

# Le syndrome de glissement chez la Personne Âgée en Maison de Repos et de Soins



Par Carine Duray, Psychothérapeute et Noémie Nielens, Psychologue

©, Mai 2020

# DEFINITIONS

DEFINITION : le **Syndrome de Glissement** chez la Personne Âgée en maison de repos, c'est quoi ?

Le **syndrome de glissement** reste une entité psychopathologique encore mal connue en gériatrie.

Apparu dans la littérature médicale française dans les années 1950 et décrit par le gériatre Jean Carrié comme « *un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet* » (Delomier, 1985)

Renvoie à la perception d'un état dans lequel la personne âgée semble sciemment se laisser aller vers sa propre mort.

Médicalement il s'agit d'un **état de décompensation rapide** de l'état général survenant à la suite d'une affection aiguë.

**Le syndrome de glissement** = état de grande déstabilisation physique et psychique marqué par l'anorexie, la dénutrition, un comportement de repli et d'opposition.

- survient après un intervalle libre, à distance d'une maladie en voie de guérison ou d'un événement perturbant.
- se distingue de la mélancolie.
- met en jeu la désinhibition pulsionnelle et constituerait une désorganisation psychosomatique survenant des suites d'un traumatisme.

(l'Encéphale, Paris, 2019)

# Que se passe-t-il ?

La personne âgée refuse :

- de s'alimenter,
- de boire
- de se lever,
- de communiquer

Elle montre :

- un état passif
- demande à ce qu'on la « laisse tranquille »
- qu'on ne l'importune plus avec les soins
- qu'on la laisse mourir



- Spécifique de l'âge avancé, le « **syndrome de glissement** » est donc une détérioration rapide de l'état général, déclenchée par une affection aiguë médicale (infectieuse, vasculaire, virale (ex. COVID-19), chirurgicale ou psychique, dont il est séparé par un intervalle libre où la personne âgée semble en bon état.
- Ce syndrome évolue en quelques jours ou semaines au maximum, et peut conduire à la mort en l'absence de prise en charge thérapeutique adaptée et souvent, malgré cette dernière, dans un tableau de déclin fonctionnel et de dépression sévère (Bazin N., 2002)
- La personne âgée assiste à l'effondrement de tout son être physique et psychologique démontrant sa fragilité extrême. Il est considéré comme « *glissant vers la mort* » (Ferrey G. 1991)

# Au niveau Epidémiologique

Suivant les études internationales, on constate que 1% à 4% des personnes âgées hospitalisées seraient atteintes de « **syndrome de glissement** » sans prédominance de sexe.

L'âge très avancé et le lourd passé pathologique constitue le terrain de cette pathologie.

# L'âge

La moyenne d'âge des personnes atteintes d'un « syndrome de glissement » serait de 83,4 ans

Soit

85,4 ans pour les femmes

78,5 ans pour les hommes

# Antécédents pathologiques

- Un passé pathologique riche en maladies prédispose à l'apparition du syndrome de glissement. Parmi ces atteintes antérieures figurent :
  - des antécédents neuro-musculaires,
  - des affections pulmonaires,
  - des maladies cardio-vasculaires,
  - des problèmes nutritionnels
  - des antécédents d'incontinence urinaire



Sur le plan psychique, on relève :

- l'importance de la dépression
- des traumatismes
- des épisodes d'agitation

La lourdeur et la fréquence de ces atteintes précédemment décrites seraient responsables de la constitution de tares organiques et fonctionnelles formant un terrain au « syndrome de glissement » (Delomier Y. 1978).

# Etiologie

Les facteurs déclenchants du **syndrome de glissement** sont multiples et classés par ordre de fréquence:

- épisodes infectieux : pneumopathies, épisodes grippaux, infections urinaires, fièvre inexplicquée, COVID-19, ...)
- épisode traumatique : fracture, ...
- intervention chirurgicale
- le décès brutal d'un conjoint
- l'hospitalisation et le sentiment d'abandon familial
- le déménagement



Il semble important de décrire l'attitude de la personne âgée face aux traumatismes supposés déclencher un **syndrome de glissement**.

Le sujet,

- apparaît indifférent au décès d'un proche
- se montre difficile à interroger
- réduit au maximum sa communication verbale

👉 ce qui reflète une inaffectivité apparente et un négativisme.

Malgré l'apparente « guérison » de la personne âgée, elle reste cependant marquée par l'affection responsable : « *elle semble avoir épuisé ses forces à cette occasion et ne peut plus assumer sa convalescence* ».

👉 Elle assiste ainsi à son propre glissement

# Hypothèses pathogéniques

Il s'agit d'une « polypathologie infraclinique qui va converger sur un malade fragilisé et ceci dans un temps bref ».

On retient donc les hypothèses suivantes (pas nécessairement confirmées par des tests biologiques) :

- insuffisance rénale fonctionnelle (déshydratation et anorexie)
- débordement des systèmes de défense par la maladie initiale
- L'hypoxie cellulaire (qui engendre une altération des métabolismes cellulaire).
- Les déficits hormonaux
- L'adipsie (refus de boire pour s'hydrater)
- Les carences (vitamines et nutriments)
- Un état confuso-dépressif à manifestation somatique, avec un désir de mort probablement inexprimé

(Delomier Y., 1978)

# Syndrome de glissement et dépression

Plusieurs dimensions :

## 1) Sur le plan étiologique :

La dépression est citée par de nombreux auteurs parmi les maladies déclenchantes ou processus causal.

- a) Pour Graux (1978), le syndrome de glissement et dépression ne sont pas superposables mais un état dépressif peut parfois se compliquer d'un syndrome de glissement;
- b) Selon Delomier (1990), il situe la dépression comme une voie pathogénique entre le facteur déclenchant et le glissement dans son modèle de crise.

## 2) Sur le plan sémiologique :

Les descriptions classiques mettent en avant un « **syndrome confuso-dépressif** » ou « **syndrome asthénodépressif** ».

Les symptômes liés à la dépression sont :

- indifférence
- apathie
- clinophilie (manie de rester couché, allongé)
- refus de la communication
- repli
- mutisme



Le syndrome de glissement constituerait-il une forme clinique de dépression ou plutôt un diagnostic différentiel ?

Pour certains cliniciens, le **syndrome de glissement** est considéré comme une dépression sévère à tonalité mélancolique, d'évolution fulgurante, insistant sur le fait qu'on peut remettre en cause le diagnostic sur l'absence d'efficacité des antidépresseurs, le syndrome de glissement laissant rarement le délai suffisant pour atteindre l'efficacité du traitement.

Ferrey et al. (1991) relèvent des différences sémiologiques avec la dépression majeure : absence d'idées d'indignité, d'auto-accusation et absence de recherche active du suicide. Ils considèrent, par contre, la dépression comme un diagnostic différentiel pouvant être à l'origine d'une symptomatologie associant anorexie, adynamisme, apragmatisme et complications somatiques.

# **HYPOTHESES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

# Hypothèses psychopathologiques



- Ces hypothèses s'organisent autour de plusieurs axes :
  - la dimension suicidaire et le rapport à la mort
  - la désintrication pulsionnelle,
  - la régression / désorganisation
  - la désorganisation psychosomatique
  - le traumatisme

# Désintrication pulsionnelle

La pulsion de vie et la pulsion de mort sont intriquées par l'intermédiaire de l'objet qui assure un destin croisé à ces énergies. Dès lors, le syndrome de glissement s'inscrirait comme la manifestation d'une désunion entre ces tendances.

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette situation de désintrication pulsionnelle :

- maladie,
- guérison,
- confrontation à la mort
- absence ou défaillance de l'objet

Chacun de ces facteurs engendre une rupture dans la continuité des équilibres psychiques habituels.

Dans le cas du **syndrome de glissement**, aucune réintrinsication ne paraît s'opérer.

L'énergie pulsionnelle ne s'oriente vers aucun objet interne ou externe.

(Ferrey G, 1991; Péruchon M., 1999)

# Désorganisation et dépression essentielle

Selon Marty (1998), un impact traumatique vient contrarier l'organisation individuelle et engendre un mouvement contre évolution de désorganisation, mû par les *instincts de mort*.

La désorganisation est progressive. Elle conduit à une dépression essentielle qui traduit l'abaissement du tonus des *Instincts de vie* au niveau du fonctionnement mental puis à une désorganisation psychosomatique pouvant mener jusqu'à la mort.

Comme pour la dépression essentielle, la symptomatologie du **syndrome de glissement** fait suite à un événement qui peut s'avérer désorganisant.

Le syndrome de glissement pourrait être envisagé comme une désorganisation psychosomatique précédée par une phase de dépression essentielle (Marty P., 1998)

# Syndrome de glissement : un processus traumatique ?

Le **syndrome de glissement** constituerait un processus traumatique plus qu'un processus de deuil selon Charazac qui compare son mode évolutif aux névroses traumatiques.

Monfort le classe parmi les états post-traumatiques d'involution. C'est-à-dire que la dimension économique du traumatisme est prépondérante. Elle rend compte du dépassement des systèmes protecteurs habituellement dévolus à la gestion des excitations.

Dans le **syndrome de glissement**, un traumatisme par excès d'excitation et/ou défaut d'étayage serait en cause.

(Charazac, 2001; Monfort, 1998)

**QUEL ECLAIRAGE POUR LA  
CONDUITE DES SOINS ?**



# Difficultés pour le soignant

S'occuper d'une personne âgée qui fait un syndrome de glissement n'est pas une démarche aisée.

Les soignants prennent la place d'un objet défaillant / d'une famille absente.

L'image d'un patient glissant est traumatique.

Le soignant peut en arriver à avoir des attitudes de rejet ou de surprotection face à la *violence du glissement et la dépendance totale* projetée par la personne âgée sur le soignant.

Dans ce contexte, la **relation soignante** est indispensable et les **soins de maternage** sont primordiaux.

A l'instar de « la mère suffisamment bonne » décrite par Winnicott (1969), des « *soins suffisamment bons* » sont à soutenir en gériatrie.

Les soins corporels ont une grande valeur dans le syndrome de glissement : le « holding » et le handling » offrent à cette période de la vie, une contenance physique et psychique et permettent des moments d'intégration psychosomatique ainsi qu'un réinvestissement libidinal du corps.

Une parole décrivant les soins ou même évoquant quelques événements anodins permet de faire le lien entre sensations corporelles et monde extérieur et peut favoriser la remise en route de la pensée.

**TRAITEMENT**

# 1) Médical



- Les médicaments psychotropes :
  - Antidépresseurs
  - Neuroleptiques
  - Psychostimulants
  - Désinhibiteurs
- Pour certains cas rebelles : sismothérapie (traitement par électrochocs)
- Traitement anti-infectieux relève des antibiotiques les moins toxiques possibles
- Réhydratation intraveineuse est importante

## 2) Les soins infirmiers

- nursing rigoureux et attentif : association de maternage et dynamisme (pour les soins d'hygiène, des changements de position, la mise en place d'une voie veineuse, d'une sonde urinaire, d'une sonde rectale, l'aspiration des sécrétions bronchiques,...)



- Les apports alimentaires et hydriques doivent être surveillés au moyen d'une fiche quotidienne

### 3) Le traitement diététique

Les apports alimentaires doivent être :

- équilibrés,
- hypercaloriques
- hyperprotéiniques
- enrichis en vitamines

En évitant les diarrhées.



## 4) La prise en charge physiothérapique

Les massages et la mobilisation prudente peuvent aboutir graduellement au lever et à la station debout si possible



## 5) La prise en charge psychologique

= rôle des psychologues et de l'équipe soignantes (infirmiers, aides soignants, ergothérapeutes, psychomotriciens, ...) qui doit être centré sur le soutien psychologique et sur la valorisation narcissique de la personne âgée.

La thérapie institutionnelle est importante dans la mesure où elle noue des relations humaines entre les membres de l'équipe soignante et les résidents de la Maison de Repos et de Soins, à travers des rencontres régulières où les soignants écoutent les personnes âgées, en particulier, celles qui se plaignent de leur état de santé

Lorsque le personnel remarque qu'une personne âgée est en train de se détériorer et d'évoluer vers un état de déclin fonctionnel et de dépression, il ne faut pas se montrer complice en disant : « *il n'est plus capable, il n'a plus la force, il préfère ne pas marcher par peur de tomber,...* »  cette façon de se résigner et d'attendre le stade final de la pathologie risque d'aggraver l'état de la personne âgée.

Il vaut mieux se montrer prêt à écouter la personne âgée et essayer de faire des activités d'animation (fêtes, chants, danses, promenades, anniversaires, groupes de discussion, projection de diapositives,...), en attribuant à chacun une activité en fonction de ses déficits instrumentaux et de ses capacités.

L'aide réciproque des plus capables envers les plus atteints est une bonne idée institutionnelle.

Des soignants bien entraînés doivent toujours essayer de trouver des moyens pour aider la personne âgée à progresser et prévenir ou retarder leur glissement vers la mort.

Il importe donc de souligner que l'atmosphère régnant dans la Maison de Repos et de Soins ET la qualité de vie dans cette structure offrent une véritable thérapie psycho-sociale.

## 5) Les familles

- Les familles jouent un rôle primordial surtout sur le plan affectif.
- Attention de ne pas attribuer la prise des décisions à un membre de la famille car, en cas de mauvaises évolution, il risque de culpabiliser.
- Certaines familles ont besoin d'une thérapie familiale qui permet d'aborder plusieurs problèmes :
  - La souffrance du conjoint et des enfants
  - Leur attitude envers la personne âgée
  - L'évaluation des conflits familiaux



## 6) La prise en charge sociale

Dès l'admission d'une personne âgée en milieu hospitalier, une évaluation doit être faite auprès de la famille afin d'organiser un projet de retour harmonieux dans la Maison de Repos et de Soins.

**Un confinement majoré (au-delà de 14 jours) suite à la crise sanitaire COVID-19**



L'impact psychologique des mesures de confinement est plus large, substantiel et sans doute durable. Les répercussions psychologiques du confinement tant pour le personnel soignant que pour nos aînés de plus de 70 ans vont certainement dépendre de la durée. Nous devons dès lors revisiter toutes nos connaissances sur l'accompagnement de la personne âgée et des soins gériatriques en Maison de Repos et de Soins et apprendre à réagir de façon plus efficace à toute nouvelle épidémie tant sur le plan social que sur le plan psychologique.

L'insuffisance d'études concernant l'impact psychologique sur le confinement auprès des personnes âgées et des soignants en institution en Europe nous laisse à penser que le politique et les experts médicaux n'ont pas été préparé à cette crise sanitaire et à défaut ont dû agir sur l'aspect urgentissime afin de mettre des stratégies en place pour y répondre.

Il nous faudra certainement du recul et des études statistiques plus approfondies à comparer avec celles réalisées aux études précédemment sur des épidémies moins longues et dans des zones géographiques plus petites comme le SRAS en 2003, Ebola en Afrique ou le H1N1, plus récent en Europe, dans le but d'analyser et comparer les conséquences médico-psycho-sociales de cette pandémie. Par ailleurs, les études réalisées sur le COVID -19 semble généralement orientées sur les statistiques de cas relevés dans différents pays, sans doute, dans le but mesurer les courbes ascendantes et descendantes de l'évolution de la pandémie afin de mettre en place les stratégies de déconfinement par la suite.

Pour conclure, il sera judicieux, nous semble-t-il, de comparer, dans chacune des Maisons de Repos, les ressources mises en place au moment de la crise tant par personnel soignant au sein de la Maison de Repos et les résidents pendant la crise sanitaire; observer l'impact psychologique de tout cet environnement après le confinement et tenir compte des observations concernant le **syndrome de glissement** chez les personnes âgées en institution.



# Références

Bazin N., Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ? Rev Geriatr 2002; 27; 371-2

Bowlby J. Le traumatisme de la perte. Attachement et Perte, 3. Paris : PUF, le fil rouge; 1984. p. 19-38

Charazac P. Introduction aux soins gérontopsychiatriques. Paris : Dunod; 2001

Delomier Y. Vers une définition restrictive du syndrome de glissement. In : L'interdisciplinarité en gérontologie, Actes du 4<sup>ième</sup> congrès international francophone de gérontologie. Montréal : Maloine; 1990 (533-541)

Delomier Y. Le syndrome de glissement. Rev Geriatr 1978;289-96

Delomier Y Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement Psychol Med 1985;17:1111-5

Ferrey G. Le syndrome de glissement : effondrement psychosomatique ? Psychol Med 1991; 23;907-11

Ferrey G, Taurand P, Ghodhban T. Le syndrome de glissement , effondrement psychosomatique ? Psychol Med 1991; 23;907-11

Graux P. Le syndrome de glissement. Actuel Gerontol1978; 12:21-3

Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Paris: Payot, Editions Payot et Rivages, Bibliothèque scientifique; 1998

Montfort JC. Le syndrome de glissement existe-t-il ? Gerontol Prat 1998; 96:1-3

Péruchon M. Régression et/ou désorganisation au regard de la sénescence. Psychiatr FR, Imprévis 1999;30:126-33

Spitch R, De la naissance à la parole, Paris, PUF, 1979

Weimann Péru N., Pellerin J. Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge, l'Encéphale, 2010

Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, Science de l'homme, 1969

Winnicott, DW.1956-1958. La mère suffisamment bonne, Paris, Payot, 2006