

Arcand - Hébert

PRÉCIS PRATIQUÉ DE GÉRIATRIE

TROISIÈME ÉDITION

EDISEM

MALOINE

La publication de cet ouvrage a été facilitée par le soutien financier
des organismes suivants :
Société québécoise de gériatrie
Association des médecins de langue française du Canada

PRÉCIS PRATIQUES DE GÉRIATRIE

Arcand - Hébert

1^{re} édition 1987

Les lecteurs sont invités à faire part de leurs commentaires
par tout moyen à leur convenance.

Marc ARCAND
marcel.arcand@sympatico.ca
RÉJEAN HÉBERT
rejean.hebert@usherbrooke.ca



© Edisem inc., 2007
Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2007
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISBN 978-2-89130-209-8 (Edisem)
ISBN 978-2-224-02972-2 (Maloine)

Imprimé au Canada

CHAPITRE 10

PERTE D'AUTONOMIE

RÉJEAN HÉBERT et DANIEL TESSIER

Définition et cadre conceptuel

Présentation clinique

Formes cliniques

Diagnostic différentiel

Néoplasies

Endocrinopathies

Affections métaboliques

Infections

Affections neurologiques

Maladies pulmonaires et cardio-vasculaires

Affections musculo-squelettiques

Médicaments

Troubles psychiques

Problèmes sociaux

Syndrome préterminal

Évaluation

Traitement

Bibliographie

Lectures suggérées

La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée. Ce syndrome clinique est le prototype même de la maladie du vieillard : symptômes peu spécifiques, évolution insidieuse, présentation atypique, atteinte concomitante des sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle. La perte d'autonomie recouvre une foule de diagnostics et est souvent réversible, une fois la cause identifiée. Elle demande donc une attention particulière et une évaluation exhaustive.

Plusieurs appellations sont utilisées pour désigner cette condition. La littérature anglo-saxonne parle de « *going off syndrome* », « *decreased vitality* », « *unexplained decline* » et de « *failure to thrive* », expressions empruntées à la nosologie pédiatrique. Le terme « sénilité », qui fait tant horreur aux gériatres, recouvre à peu près les mêmes manifestations. Le syndrome de glissement décrit par Graux est une des formes de la perte d'autonomie survenant à la suite d'une affection aiguë apparemment jugulée. Il ne faut pas confondre ce dernier avec l'autre syndrome de glissement utilisé en psychogériatrie pour désigner un état de régression quasi suicidaire accompagnant certaines dépressions.

Dans une étude longitudinale réalisée sur un échantillon représentatif de 572 personnes de plus de 75 ans vivant à domicile, nous avons montré que chez les sujets dont l'autonomie était stable durant l'année précédente, l'incidence annuelle de perte d'autonomie s'élève à 11,9 %, l'incidence de

récupération fonctionnelle est de 6,2 % et le taux de mortalité atteint 3,4 %. Chez les sujets qui ont perdu de l'autonomie au cours de l'année précédente, l'incidence de perte d'autonomie s'élève à 15,7 % et le taux de mortalité grimpe à 9,6 %. Fait intéressant, 32,2 % de ces sujets récupèrent l'autonomie perdue au cours de l'année subséquente. Ces données indiquent donc que la perte d'autonomie est un processus dynamique évoluant rapidement et que le défaitisme manifesté face à cette condition n'est pas justifié.

Les facteurs associés à la perte d'autonomie sont l'âge, le fait de ne pas vivre seul, le nombre de jours vécus à l'écart des activités régulières, les incapacités préalables, l'affect dépressif et surtout la déficience cognitive. Ces données contredisent le mythe voulant que la « vieille-veuve-vivant-seule » soit une personne à haut risque de perte d'autonomie, puisque ni le sexe ni le statut marital n'ont d'influence sur la perte d'autonomie, et que non seulement le fait de vivre seul n'est pas un facteur de risque, mais il semble avoir plutôt un rôle protecteur. De plus, certains autres facteurs comme le revenu, le niveau d'éducation, le réseau social et les événements stressants n'ont pas de lien avec la perte d'autonomie. Le nombre de maladies et la gravité de celles-ci n'ont pas non plus d'influence sur la détérioration fonctionnelle. En plus de la déficience cognitive et de l'affect dépressif, seuls les maladies pulmonaires ainsi que les troubles de vision et d'audition sont associés à la perte d'autonomie.

Par ailleurs, parmi les facteurs favorisant la récupération fonctionnelle, on note le fait de ne pas vivre seul, le nombre de jours d'hospitalisation, les soins à domicile et de meilleures fonctions cognitives. Ces données confirment que l'âge n'est pas un facteur important et que les interventions sanitaires ont un rôle majeur.

DÉFINITION ET CADRE CONCEPTUEL

La perte d'autonomie s'appuie sur une définition fonctionnelle de la maladie. Philip Wood et l'Organisation mondiale de la santé en ont proposé le cadre théorique dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps. L'incapacité représente les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en terme de limitation de fonction ou de restriction d'activités. Le handicap est l'écart ou l'intervalle entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités. Cet écart lui confère un désavantage social.

Au niveau personnel, l'autonomie représente l'antithèse de l'incapacité qui résulte de l'effet d'une déficience sur un individu rendu vulnérable par les effets délétères du vieillissement biologique ou psychologique. Les processus de sénescence cellulaire et tissulaire induisent non seulement une plus grande vulnérabilité de l'organisme (vieillesse primaire), mais favorisent ou déclenchent aussi l'apparition de déficiences (vieillesse secondaire). Au niveau social, l'autonomie s'oppose au handicap et repose sur l'équilibre entre, d'une part, les incapacités physiques et mentales de l'individu et, d'autre part, les ressources matérielles et sociales dont il dispose. Ces ressources sont modulées par la vulnérabilité sociale associée au vieillissement (revenu, conditions de logement, réseau social). Le maintien à domicile représente la situation d'autonomie sociale typique où les proches et les services de soutien

à domicile compensent les incapacités. L'entrée en institution d'hébergement résulte d'une disproportion entre les incapacités du sujet et les ressources, surtout sociales, dont il dispose et qui ne compensent plus les incapacités, conférant ainsi à l'individu un handicap que l'institution viendra combler. Ce déséquilibre résulte le plus souvent d'une augmentation subite ou chronique des incapacités, lesquelles dépassent les capacités du réseau d'aide familial et professionnel. La figure 10.1 résume ce modèle de la perte d'autonomie.

Dans ce modèle, diverses interventions peuvent être entreprises pour prévenir, retarder ou pallier la perte d'autonomie. La prévention primaire vise à contenir le processus de vulnérabilité par des activités individuelles ou collectives orientées vers la personne elle-même (vaccination, nutrition, activités physiques) ou ses ressources matérielles et sociales (préparation à la retraite, interventions sociétales pour combattre la pauvreté et améliorer le logement et le transport pour les personnes âgées). La prévention secondaire s'attache à dépister les individus à risque de perte d'autonomie pour intervenir plus précocement avant que le processus ne soit enclenché. Les services d'évaluation et de réadaptation gériatriques agissent au niveau tertiaire en diminuant les conséquences de la perte d'autonomie.

Ces interventions gériatriques seront axées sur la correction des déficiences, sur la réadaptation des incapacités et sur la mobilisation des ressources sociales et matérielles. À ce chapitre, les services de soutien à domicile occupent un rôle clé, non seulement par l'aide complémentaire qu'ils apportent mais aussi par l'intervention auprès du réseau naturel d'aidants. Enfin, en institution, diverses interventions sont nécessaires pour répondre de façon efficace aux besoins des personnes âgées dépendantes.

PRÉSENTATION CLINIQUE

La perte d'autonomie est un syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symp-

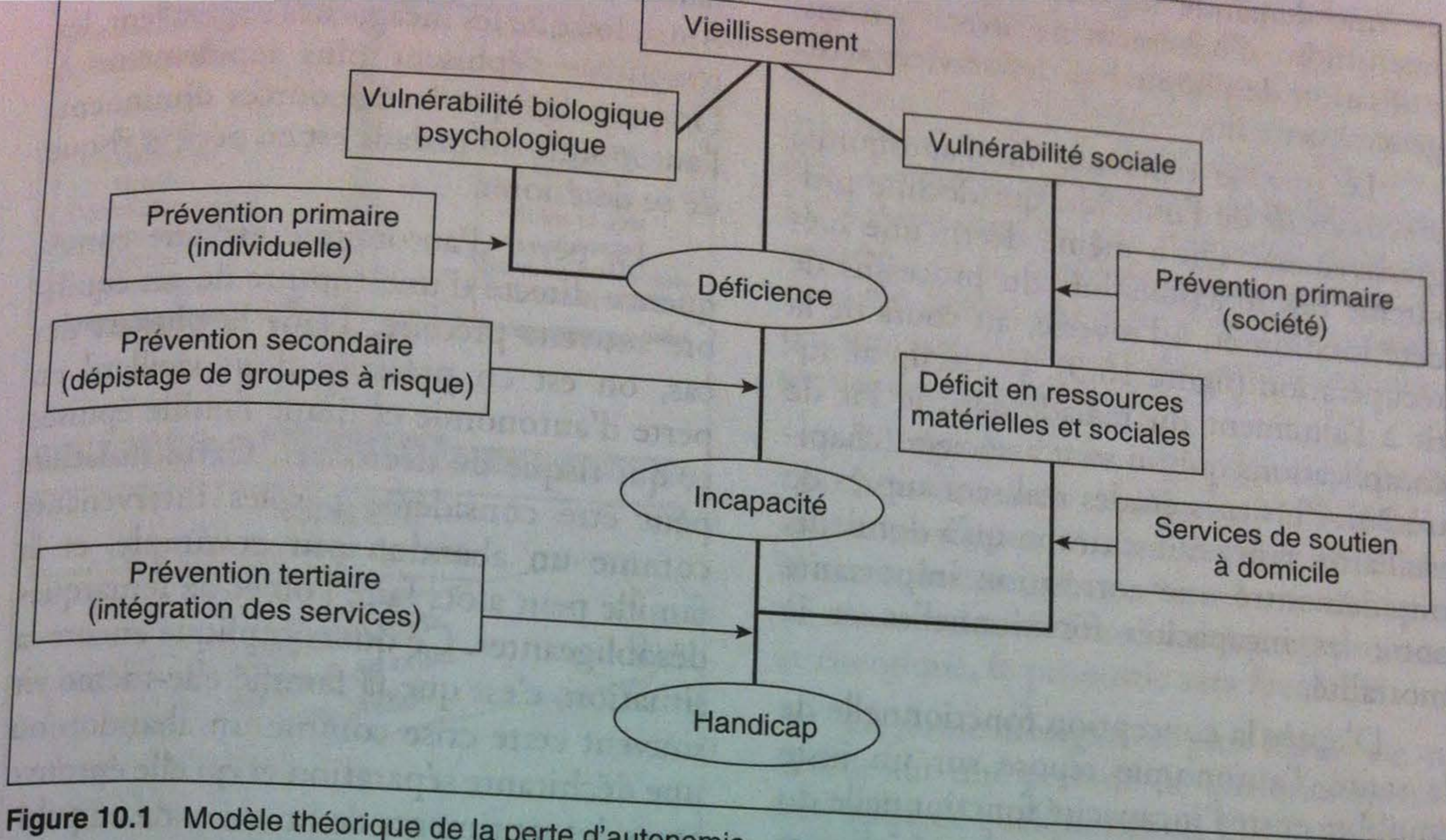


Figure 10.1 Modèle théorique de la perte d'autonomie

tômes non spécifiques touchant les sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle (figure 10.2).

Au niveau *physique*, le malade ou les proches décrivent les symptômes en termes vagues : « Il ne va pas bien », « Il a beaucoup vieilli », « Il en a beaucoup perdu ». On re-

tient, à l'interrogatoire, un état de fatigue, de faiblesse, d'asthénie souvent accompagné d'anorexie, d'adipsie et de perte de poids. Le tableau s'accompagne de chutes qui, parfois, précèdent l'apparition du syndrome (chutes prémonitoires). L'incontinence urinaire ou fécale est fréquente.

Le malade présente aussi divers symptômes *psychiques* qui, parfois, dominent le tableau. On remarque une diminution de l'initiative, de l'attention et de l'énergie vitale. L'affect est émoussé et il y a perte d'intérêt et de motivation. Des problèmes cognitifs de type lentement progressif ou confusionnel aigu (delirium) sont souvent présents et peuvent s'accompagner de troubles du comportement.

Du point de vue *social*, on note d'abord un isolement progressif avec retrait des activités sociales habituelles. On remarque aussi une négligence progressive, d'abord dans l'entretien de la maison puis dans l'hygiène personnelle. Peu à peu, les proches (famille, conjoint, entourage) s'épuisent, ce qui peut provoquer des crises familiales pouvant aller jusqu'aux sévices corporels ou mentaux à l'endroit du vieillard. Le tout peut résulter

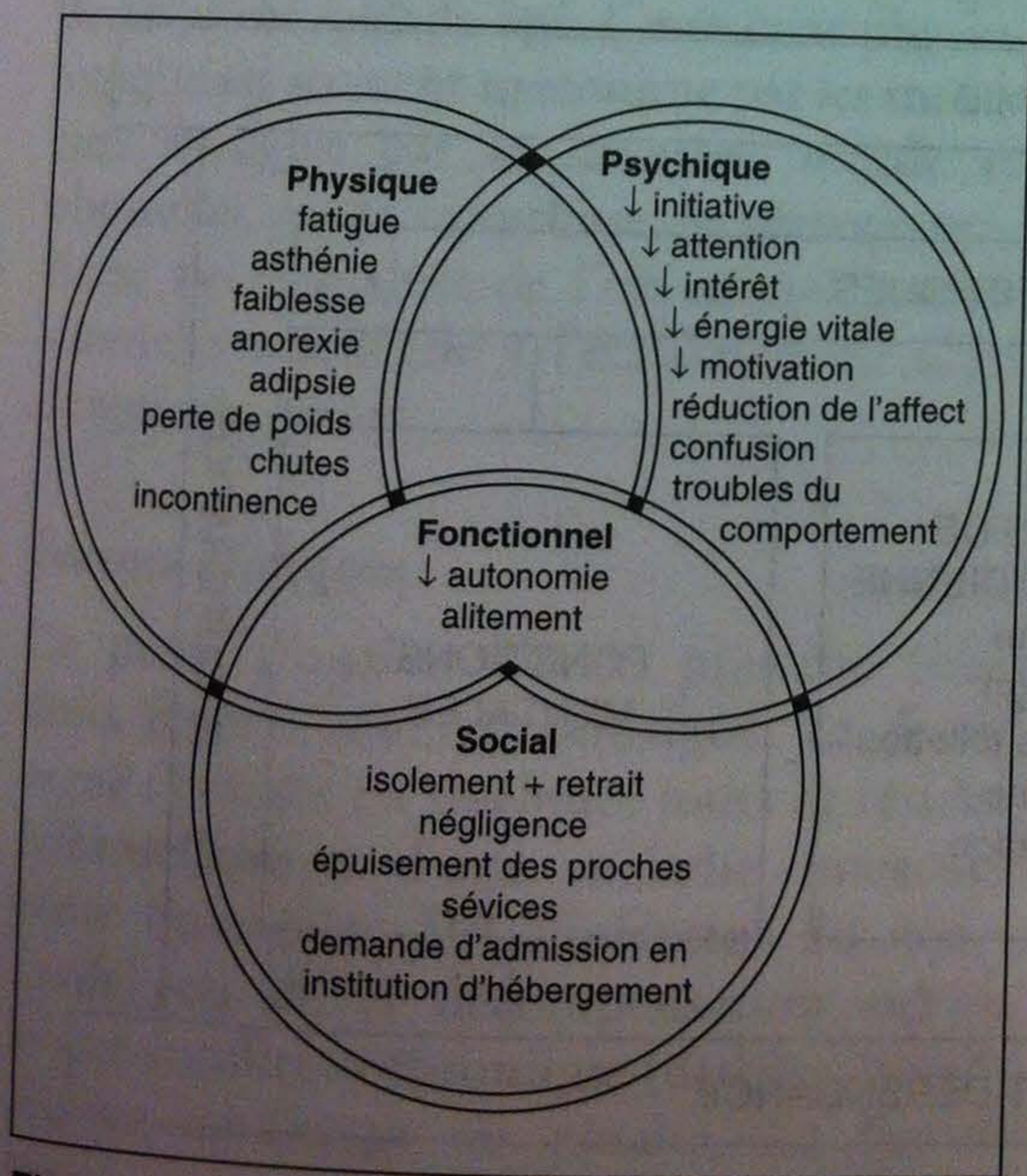


Figure 10.2 Présentation clinique de la perte d'autonomie

en une demande urgente d'admission en institution d'hébergement avec, parfois, utilisation de l'hôpital et des services d'urgence à cette fin.

Le tout se répercute sur l'autonomie fonctionnelle de l'individu qui décline progressivement. On a même décrit une hiérarchie des fonctions lors du processus de détérioration et, à l'inverse, au cours de la récupération (figure 10.3). Le déclin aboutit à l'alitement du malade avec le lot de complications qui lui sont associées (chapitre 28). Plusieurs études réalisées auprès de vieillards, tant en institution qu'à domicile, ont démontré une corrélation importante entre les incapacités fonctionnelles et la mortalité.

D'après la conception fonctionnelle de la santé, l'autonomie repose sur un juste équilibre entre l'incapacité fonctionnelle du malade âgé et les ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier cette incapacité (figure 10.4). La rupture de cet équilibre engendre une situation de handicap et peut résulter d'une aggravation des incapacités, d'une diminution des ressources ou d'une combinaison de ces deux facteurs. Quoi qu'il en soit, une modification à l'un

des plateaux de la balance entraîne secondairement des effets sur l'autre plateau. Ainsi, lorsque les incapacités s'aggravent, les ressources s'épuisent plus rapidement. À l'inverse, lorsque les ressources diminuent, l'autonomie du malade est en péril et risque de se détériorer.

La perte d'autonomie est une conséquence directe d'une rupture de cet équilibre souvent précaire. Dans la plupart des cas, on est en présence d'un vieillard en perte d'autonomie et d'une famille épuisée et qui risque de décrocher. Cette situation peut être considérée par les intervenants comme un abandon pur et simple, et la famille peut alors faire l'objet de remarques désobligeantes. Ce qui complique encore la situation, c'est que la famille elle-même vit souvent cette crise comme un abandon ou une déchirante séparation et qu'elle éprouve aussi des sentiments de honte et de culpabilité. Ces sentiments, renforcés par le milieu hospitalier, engendrent des comportements de défense qui confortent les intervenants dans leur fausse impression. Ainsi, voit-on des fuites précipitées de la famille, des téléphones décrochés, des absences prolongées, des scènes de colère, etc.

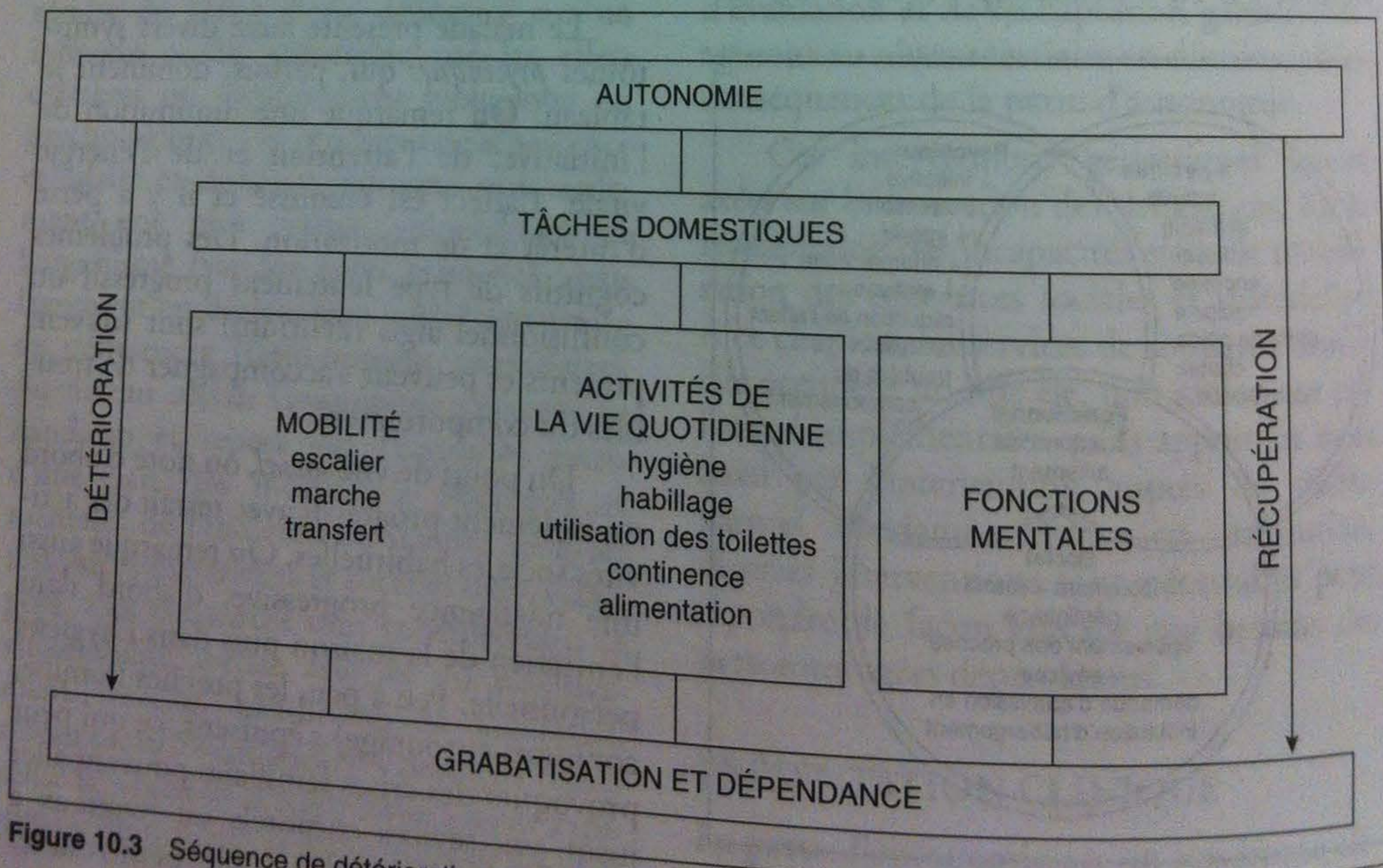


Figure 10.3 Séquence de détérioration des fonctions au cours d'une perte d'autonomie

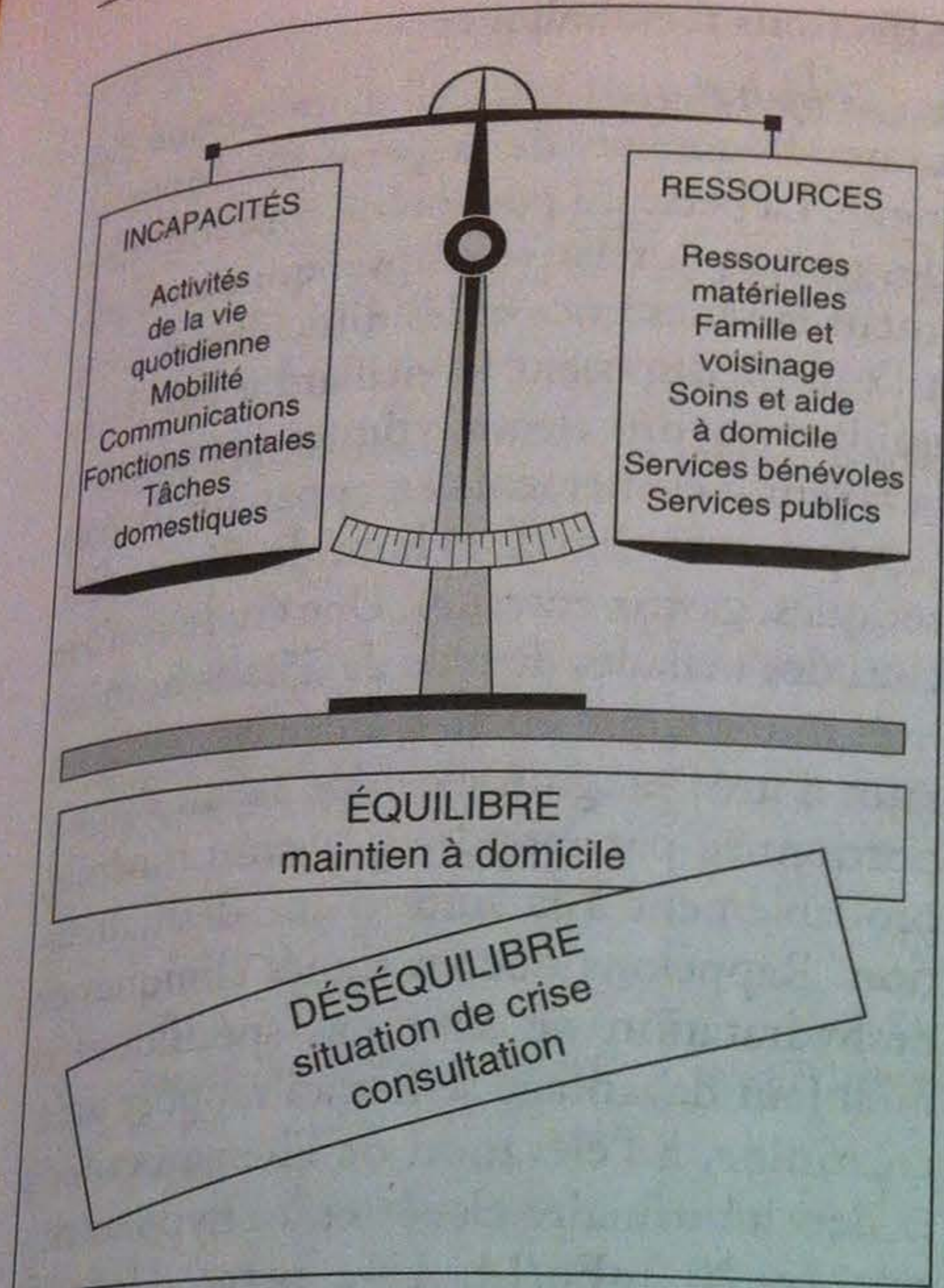


Figure 10.4 Équilibre incapacités-ressources

L'erreur grossière dans toute cette problématique est qu'on oublie ou sous-estime l'autre plateau de la balance : le vieillard en perte d'autonomie. Dans la très grande majorité des cas, le déséquilibre est provoqué par une détérioration aiguë ou subaiguë de l'état du malade âgé. Cette crise physiologique est souvent méconnue par les médecins aveuglés par la situation sociale et obnubilés par la « psychose du placement ». Ils se privent ainsi de l'objectivité professionnelle essentielle à l'établissement d'un diagnostic précis.

Formes cliniques

La perte d'autonomie se présente sous deux formes, aiguë et subaiguë. La *forme aiguë* s'installe en quelques jours et résulte habituellement d'une maladie intercurrente (infection, AVC, infarctus du myocarde) ou de la décompensation subite d'une condition chronique (diabète, insuffisance cardiaque ou rénale). La forme aiguë peut également accompagner une

crise psychologique ou sociale importante. Elle se manifeste parfois chez la personne âgée quittant son domicile pour être admise en institution d'hébergement ou au cours des premiers jours d'une hospitalisation. Elle s'accompagne souvent d'un delirium. La « chute signal » est fréquente dans ce contexte. Il ne s'agit pas d'une chute accidentelle, mais d'une perte d'équilibre causée par une altération des mécanismes neurologiques de coordination.

Il s'agit là d'une urgence à laquelle il faut remédier très rapidement. L'hospitalisation est souvent nécessaire pour identifier la cause, la corriger et amorcer une thérapie de réactivation. Si l'intervention est précoce et énergique, le pronostic sera favorable.

La *forme subaiguë* est plus insidieuse et évolue sur une période de quelques semaines, voire de quelques mois. Elle peut être le reflet de l'aggravation progressive d'une maladie chronique (maladie de Parkinson, insuffisance rénale) ou être la manifestation d'une maladie non décelée jusque-là (hyperthyroïdie, tuberculose, néoplasie). La présence d'une démence sous-jacente est très fréquente. Elle est souvent iatrogène et peut être causée par une médication prolongée, souvent psychotrope, dont on ne soupçonne pas la toxicité. L'usage d'alcool est souvent un facteur contributif sous-estimé. C'est par ce tableau subaigu que peuvent se présenter des réactions psychologiques importantes. Cette forme de perte d'autonomie passe parfois inaperçue, notamment en institution d'hébergement. Pour cette raison, la *réévaluation périodique de l'autonomie des malades est essentielle*.

Ces malades doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive qui détermine la cause de la détérioration. Qu'une cause réversible soit identifiée ou non, ces malades doivent bénéficier d'un essai de réadaptation, afin de bloquer la détérioration et de récupérer l'autonomie perdue. Le pronostic est ici plus difficile à établir et demande, bien souvent, une période d'observation assez longue.