VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°56 - Juillet 2008

LA PERTE D'AUTONOMIE, DIAGNOSTIQUER ET AGIR

La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation le plus fréquent des maladies chez la personne âgée. C'est un syndrome clinique qui regroupe un ensemble de symptômes non spécifiques touchant les sphères physiques, psychiques, sociales et fonctionnelles.

Au niveau physique, on observe un état de fatigue, de faiblesse, d'asthénie, souvent accompagné d'anorexie, d'adipsie et de perte de poids. Ces symptômes sont souvent précédés d'une période de chutes itératives. Parfois les symptômes psychiques dominent le tableau : perte d'initiative, de l'attention et de l'énergie vitale. Des problèmes cognitifs (confusion) sont souvent présents et peuvent s'accompagner de troubles du comportement. Au niveau social, s'installe un isolement progressif puis une négligence 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 provoque des crises familiales pouvant aller jusqu'aux sévices corporels ou psychologiques. Le tout conduit souvent à des demandes d'admission en institution ou d'hospitalisation via le service des urgences. Tout ceci retentit sur l'autonomie fonctionnelle de l'individu qui décline progressivement. Le déclin aboutit fréquemment à l'alitement du malade avec son lot de complications.
L'autonomie fonctionnelle repose donc sur un juste équilibre (comparaison avec deux plateaux d'une balance) entre *l'incapacité fonctionnelle* du malade âgé et *les ressources matérielles et sociales disponibles* pour pallier cette incapacité. C'est le concept de Wood qui définit la déficience (lésion organique) comme précédant l'incapacité (fonctionnelle) qui peut occasionner le handicap (en fonction des ressources techniques et soignantes). 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. Lorsque les incapacités s'aggravent, les ressources s'épuisent plus rapidement et inversement 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'une personne âgée 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.
Il ne faut pas sous estimer l'autre plateau de la balance : la personne âgée en perte d'autonomie. Dans la grande majorité des cas, le déséquilibre est provoqué par une **détérioration aiguë ou sub-aiguë de l'état du malade âgé**. Cette crise physiologique est souvent méconnue par les médecins, parasitée par le problème social et le devenir du patient. Il faut donc faire 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 récupérer l'autonomie perdue. Le pronostic est ici plus difficile à établir et demande, bien souvent une période d'observation assez longue.

On y retrouve deux formes cliniques :
1) la première, aiguë, qui résulte habituellement *d'une maladie intercurrente* (infection, AVC, infarctus du myocarde…), de la *décompensation subite d'une maladie chronique* (diabète, insuffisance cardiaque ou rénale…). Elle peut également accompagner *une crise psychologique ou sociale* importante (hospitalisation du conjoint, déménagement, …). 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.
2) une deuxième phase plus insidieuse se développe sur quelques semaines. Ce peut être *l'aggravation progressive d'une maladie chronique* (pulmonaire, cardio-vasculaire, rénale…) ou la *manifestation d'une maladie non décelée* jusque là (hyperthyroïdie, néoplasie…).
Elle est le plus souvent *iatrogène* et peut être causée par une médication prolongée. On pensera aux effets secondaires des sédatifs, neuroleptiques, hypotenseurs, diurétiques et aussi aux abus d'alcool. C'est par ce tableau sub-aigu 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. Quant au traitement, il vise d'abord la ou les causes.

Pendant la période active de la maladie, on veille à prévenir les complications de l'immobilisation. L'intervention infirmière vise à soutenir le malade et à lui permettre de traverser la période de crise. La prévention des escarres de décubitus, des thromboses veineuses, la surveillance étroite de l'hydratation et de l'élimination, ainsi que la mobilisation sont des mesures essentielles. On portera aussi une attention particulière à l'alimentation du malade, tant en quantité qu'en qualité.
Une fois l'étiologie connue et le traitement spécifique institué, s'amorce la phase de réadaptation. Elle vise la récupération maximale de l'autonomie. Toute l'équipe soignante doit conjuguer ses efforts pour stimuler le malade à retrouver son autonomie. Si la récupération est suffisante prévoir les services supplémentaires nécessaires. Enfin, il est possible que la phase de réadaptation se prolonge et que le malade doive être transféré dans un centre de réadaptation gériatrique (Soins de Suite et de Réadaptation).
Le travail en réseau se conçoit selon plusieurs axes:
- un social, avec l'anticipation des situations de "rupture": renfort des professionnels, signalement précoce des crises...et la réponse que l'on peut donner avec nos compétences "ressources" (avis gériatrique, psychologue, assistante sociale...), lien avec les services de l'APA, le lien ville-hôpital.
- un plus médical avec les hospitalisations de répit, les hospitalisations programmées pour bilan ou évaluation, la préparation des retours à domicile, lien hôpital-ville.
- le **partage d'information** : téléphonique ou par mail, ou dans le « dossier patient partagé »informatisé, a toute sa place ici, dans la prévention des crises, l'épuisement des familles ou des professionnels, l'aggravation d'une maladie… et le suivi régulier.

Dr Anne-Marie AMMEUX réseau VISage. D'après « Précis pratique de gériatrie » ARCAND – HEBERT, Editions Maloine, pages 111 à 120.

Réseau gérontologique VISage *- Centre Hospitalier Lucien Hussel - BP 127 - 38209 VIENNE cedex*
n°finess : 960820108
visage@ch-vienne.fr – secretariat.visage@ch-vienne.fr – 04 74 31 32 97