



L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé

Le nouveau droit de la protection de l'adulte, une opportunité pour le dépistage au cabinet médical

Albert Wettstein^a, Daniela Dyntar^b, Max Kälin^c

^a FMH-Delegierter in VIA, Best Practice Gesundheitsförderung im Alter

^b Städtärztlicher Dienst Zürich

^c Leitender Arzt, Allgemeinpraxis Notfall Zürich 3, 8003 Zürich

Quintessence

- L'isolement des personnes âgées est fréquent et il rend malade.
- L'isolement peut être atténué. L'efficacité de diverses interventions a été prouvée scientifiquement.
- Le nouveau droit de la protection de l'adulte offre une opportunité d'identifier au cabinet médical les patients sans personnes de référence. A cet égard, l'assistante médicale peut jouer un rôle clé.
- Clarifier les règles de représentation dans une directive anticipée permet la défense des intérêts du patient en cas d'incapacité de discernement ultérieure.
- Solitude et isolement ne doivent pas être confondus. La solitude peut également correspondre à un désir et une quête de transcendance et renforcer le sujet.

Importance de l'isolement comme risque pour la santé chez le sujet âgé

Les effets de la compassion et de l'affection, ainsi que de leur absence, sont bien confirmés empiriquement [2]. Le risque de décès prématuré est deux à cinq fois plus élevé chez les personnes socialement isolées par rapport aux personnes bien intégrées socialement. Il en va de même pour la morbidité, les chances et la durée de guérison, ainsi que le taux de complications. Ces corrélations reposent avant tout sur l'action protectrice des relations sociales vis-à-vis des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies infectieuses et des maladies immunologiques.

Une étude suédoise conduite avec 17 433 personnes âgées de 29 à 74 ans sur une période de 6 ans a montré que les personnes ayant déclaré avoir peu de contacts sociaux (tiers inférieur) avaient une mortalité 3,7 fois plus élevée que celles ayant de nombreux contacts sociaux (tiers supérieur), même après correction pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'activité, le statut migratoire, le tabagisme, la consommation d'alcool et les maladies chroniques [3].

D'autres résultats impressionnants sont ceux de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), qui est réalisée tous les 5 ans depuis 1992; ces résultats sont décrits en détails dans le rapport sur la santé de la Ville de Zurich basé sur les données de l'ESS de 2007 [4] et sont confirmés par les données actuelles pour l'ensemble de la Suisse issues de l'ESS de 2012. Lorsque les données relatives à la fréquence des sentiments d'isolement (réponse à la question: «Vous arrive-t-il souvent de vous sentir seul(e)?») sont mises en relation avec la fréquence des plaintes relatives à la santé physique, il apparaît clairement que les personnes qui souffrent très souvent d'isolement souffrent aussi beaucoup plus souvent de troubles physiques tels que maux de dos ou problèmes digestifs. En chiffres, cela signifie pour la Suisse: alors que parmi les personnes interrogées âgées de 15 à plus de 85 ans qui ne souffrent jamais d'isolement, 47% se plaignent de quelques problèmes de santé ou de problèmes de santé importants, cette proportion s'élève à environ 80% pour les personnes ayant des sentiments d'isolement très fréquents. Dans ce dernier groupe, la proportion de personnes se plaignant de problèmes de santé importants s'élève même à 55%, contre seulement 15% pour les

Précisions terminologiques: isolement, délaissement (en anglais abandonment) et solitude sont souvent mal délimités. Le délaissement est un phénomène passif, la vie ne paraît plus digne d'être vécue, ce qui aboutit à l'isolement, qui est lourd de conséquences et affaiblit le sujet. La personne isolée ressent l'absence de personnes de confiance proches, elle se sent exclue de la société et l'intégration sociale lui manque. S'y oppose la solitude choisie (ne provoquant pas de souffrance), qui est volontairement recherchée et peut renforcer le sujet. Des explications supplémentaires à ce sujet sont disponibles à la fin de l'article ainsi que dans le document de travail de Promotion Santé Suisse (en allemand) par Hilde Schäffler, et al. «Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter» [1].

Cet article fait partie d'une série de six articles spécialisés sur des thèmes ayant trait à la promotion de la santé des personnes âgées. Les articles ont été rédigés par les auteurs dans le cadre d'un partenariat entre le projet Via - Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées (<http://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees.html>) et la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie. La FMH et le Collège de Médecine de Premier Recours soutiennent cette initiative. Les auteurs sont indépendants de l'autorité responsable de la revue et ils n'ont perçu aucune compensation financière pour leurs travaux. Les articles ont fait l'objet d'une révision par la rédaction et externe dans le cadre du processus décisionnel habituel du FMS.

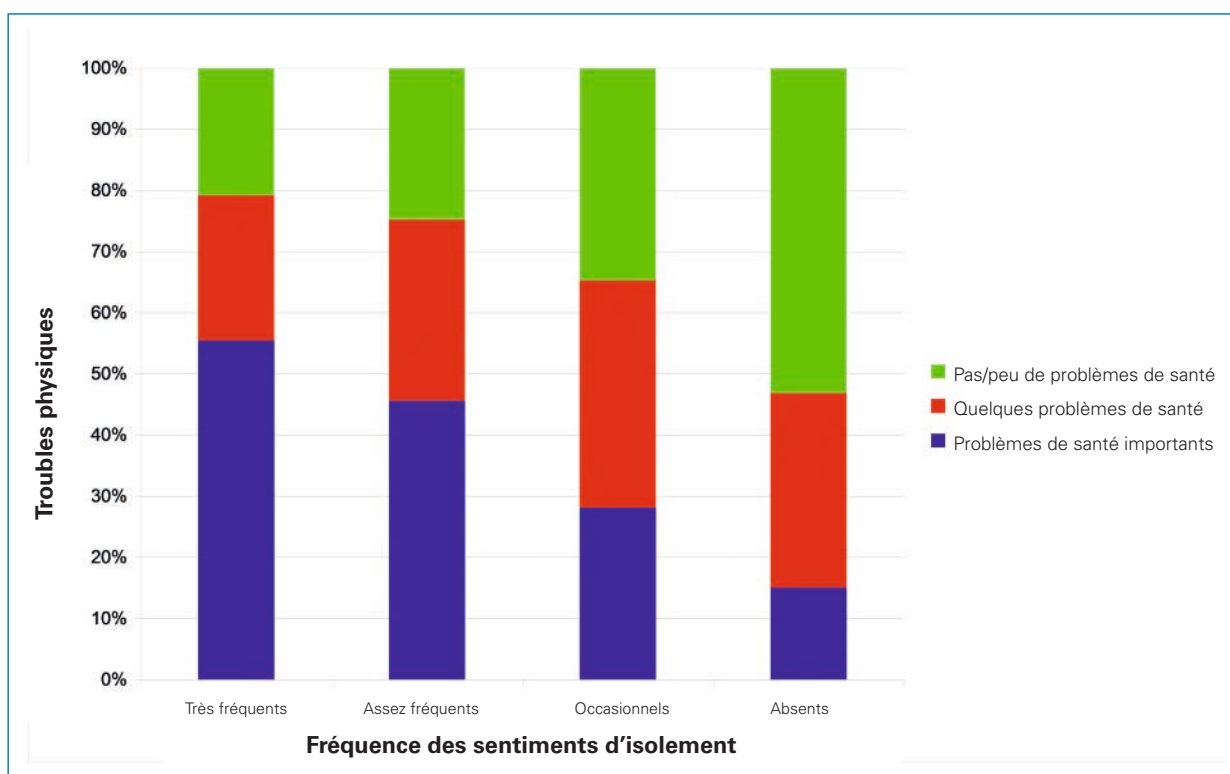


Figure 1

Troubles physiques en fonction de la fréquence des sentiments d'isolement en Suisse [5].

Réponse à la question TPSYG05: Vous arrive-t-il souvent de vous sentir seul(e)?

Source: Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé 2012, (n = 19 783).

personnes ne souffrant jamais d'isolement (fig. 1) [5]. Mortimore a montré à quel point les relations sociales pouvaient influencer la mortalité postopératoire [6]: 6734 personnes âgées de 84 à 88 ans vivant à domicile ont été interrogées sur la fréquence à laquelle elles ont eu des contacts téléphoniques ou personnels avec des amis ou des membres de leur famille au cours des 14 jours ayant précédé leur fracture de hanche. Toutes catégories confondues, la mortalité à 2 ans s'élevait à 25%. Toutefois, le risque de décès était 4,9 fois plus élevé pour les personnes n'ayant eu aucun contact avec des amis par rapport à celles ayant eu au moins un contact quotidien. Après correction pour le sexe, le nombre de handicaps, la démence (les proches ont été interrogés sur ce point) et la présence de plus de quatre affections concomitantes, le risque était même multiplié par 5. En cas de contacts avec des membres de la famille et non pas des amis, l'effet était moins prononcé: le risque de décès était multiplié par 4,1 chez les personnes sans contacts avec des membres de leur famille et il était uniquement multiplié par 2,3 lorsque les corrections ci-dessus étaient appliquées. L'effet de l'absence de contacts sociaux avec des amis était même plus prononcé que celui de la présence de plus de quatre maladies concomitantes (risque relatif = 4,5).

Ainsi, l'effet des relations avec les amis est nettement plus important que celui des relations avec les membres de la famille, probablement parce que les relations amicales perdurent uniquement si elles sont de bonne qualité, si elles sont entretenues et si elles procurent un

bien-être mutuel, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les relations familiales.

L'isolement augmente avec l'âge

L'isolement est certes loin de se limiter uniquement aux personnes âgées, mais il augmente toutefois avec l'âge [2]. Les différences entre les sexes sont en outre spécifiques à l'âge. La proportion de femmes sans au moins une personne de confiance augmente sensiblement avec l'âge, passant de 2,7% chez les 15–24 ans à 8,3% chez les plus de 75 ans. Chez les hommes, cette proportion passe de 3,3% chez les 25–34 ans à 8,1% chez les 45–54 ans et les plus de 75 ans. Par ailleurs, 23% de toutes les femmes et 17% de tous les hommes déplorent l'absence d'une personne de confiance.

Malgré le nombre croissant de personnes vivant seules, la proportion de sujets n'ayant aucune personne de confiance a diminué entre 1992 et 2007 en Suisse, passant de 6,0 à 4,4% chez les femmes en général, de 10,0 à 5,8% chez les 65–74 ans et de 10,3 à 8,3% chez les plus de 75 ans. Chez les hommes, aucune tendance uniforme ne se dégage. Tandis que la proportion d'hommes sans personne de confiance a augmenté de 6,5 à 8,1% chez les plus de 74 ans, elle a diminué chez les 65–74 ans, passant de 8,0 à 6,4%. L'évolution positive chez les femmes et les hommes de 65 à 74 ans pourrait être attribuable à l'augmentation des couples ne partageant pas de logement commun et à la mobilité accrue. L'évolution négative observée chez les hommes âgés pourrait être imputable à l'augmentation des divorces.

Tableau 1

D'après l'art. 378 1 du Code civil suisse sont habilités à représenter la personne incapable de discernement pour les prises de décision relatives aux mesures médicales:

1. La personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'incapacité
2. Le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical
3. Son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière
4. La personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière
5. Ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière
6. Ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière
7. Ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière

Tableau 2

Guide de conversation à l'attention de l'assistante médicale afin de compléter les données personnelles des patients, avec recherche du représentant habilité en cas d'incapacité de discernement ultérieure.

1. Vos données personnelles sont-elles encore valables (adresse, téléphone, e-mail)?
2. A qui devons-nous nous adresser si vous tombiez malade et n'étiez plus capable de décider? Dans un tel cas de figure, qui est votre personne de confiance?
3. S'agit-il de l'une des sept catégories de personnes prévues par la loi? (montrez le tab. 1 au patient!)
4. Si ce n'est pas le cas, nous vous demandons de désigner une telle personne, les directives anticipées étant le moyen le plus simple. En avez-vous déjà rédigées?
5. Si nécessaire, téléchargez les deux modèles aux choix de directives anticipées de la FMH sous http://www.fmh.ch/fr/services/directives_anticipees.html et donnez-en un exemplaire imprimé au patient pour qu'il le remplisse; signalez au patient que dans ces directives anticipées, la personne de confiance souhaitée doit être désignée comme personne habilitée à le représenter.
6. Demandez au patient de vous communiquer les informations utiles après la rédaction des directives anticipées, au plus tard lors de la consultation suivante.
7. Informez le médecin et convenez de la marche à suivre ultérieure.

L'isolement peut être traité

Les personnes travaillant dans le domaine social ou diaconal savent depuis longtemps déjà que l'isolement peut être influencé, avec des conséquences positives pour la santé. Une étude médico-sociale récente le confirme. Ainsi, dans une étude interventionnelle contrôlée et randomisée, Pitkälä [7], et al. ont montré que des interventions socio-thérapeutiques (participation à des groupes d'art, de discussion, d'écriture ou d'activité physique, en fonction des centres d'intérêt des sujets) chez 235 personnes de plus de 75 ans de Turku en Finlande, qui vivaient seules et souffraient d'isolement, se sont révélées efficaces: après 3 mois d'intervention et également encore après 12 mois, les participants aux groupes avaient significativement plus d'amis par rapport aux sujets contrôles, avaient plus souvent le sentiment d'être utiles (66 vs 48%), étaient en bonne santé subjective (81 vs 60%) et les coûts des prestations sociales et médicales les concernant s'élevaient à 3122 euros par rapport à 4752 euros chez les sujets contrôles ($p = 0,022$).

A Zurich, dans deux études contrôlées, les visites de sujets âgés déments par des bénévoles, à la fois en établis-

sement médico-social et à domicile, ont entraîné une amélioration durable du bien-être et un ralentissement de la détérioration progressive de l'autonomie [8]. Déjà en 1976, il avait été montré que les visites doivent être répétées et annoncées à l'avance pour être efficaces. Toutefois, le fait que les visiteurs soient des membres de la famille, des connaissances de longue date ou des bénévoles spécialement recrutés n'a pas d'importance [9].

Saisir l'opportunité offerte par le nouveau droit de la protection de l'adulte

L'isolement et l'absence de relations sociales ne sont pas une maladie dont les médecins doivent s'occuper en priorité, même si la définition controversée élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de la Charte d'Ottawa inclut également le bien-être social. Cette définition ne constitue pas un objectif réalisable, mais elle fournit l'orientation souhaitable, comme pour les notions de guérison et de justice. Il est néanmoins essentiel que les médecins praticiens réfléchissent au fait que l'isolement ne doit pas être accepté comme une fatalité et qu'ils prennent conscience de leurs possibilités d'action.

Le succès d'une intervention présuppose bien sûr que l'on sache au juste qui n'a pas de relation de confiance, qui est isolé et donc particulièrement vulnérable aux maladies.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte [10] offre une opportunité pour y parvenir. Il stipule que les interventions médicales en cas de problèmes médicaux de tous types peuvent uniquement être mises en œuvre avec le consentement de personnes capables de discernement et qu'en cas d'incapacité de discernement, une personne de confiance habilitée à représenter la personne concernée doit donner son consentement. Par ailleurs, le Code civil suisse révisé, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, précise qui peut être la personne de confiance habilitée à représenter une personne incapable de discernement (tab. 1 ↻). Aujourd'hui, en cas d'incapacité de discernement et à l'exception des situations d'urgence, c'est à ce représentant habilité, et non plus au médecin, de déterminer ce qui peut ou doit être fait sur le plan médical, conformément à la volonté présumée de la personne concernée.

Dans le cadre de son activité, il n'est pas rare que le médecin de famille soit confronté à des situations dans lesquelles des décisions complexes doivent être prises, alors que la personne concernée n'est pas capable de discernement. Dans ce cas, la personne habilitée à la représenter doit impérativement être informée. A cet effet, les coordonnées de cette personne doivent être connues au cabinet, si possible à l'avance.


La situation est plus simple pour les personnes mariées. Dans ce cas, les conjoints sont généralement habilités à les représenter.

Toutefois, si, au cabinet, aucun représentant habilité ne parvient à être trouvé pour une personne incapable de discernement, cela doit faire soupçonner l'absence de contacts sociaux et une situation d'isolement. Ce point doit être abordé au cabinet. Il convient d'insister

sur les risques inhérents à l'isolement social et sur les possibilités de remédier à cet isolement en impliquant des organisations spécialisées, ainsi que les institutions ou personnes du domaine social, médico-social ou diacanal. Il se pose alors souvent la question de savoir si une telle personne, organisation ou institution peut être informée ou s'il est nécessaire d'adresser la personne isolée à de tels professionnels ou structures. Cela présume que le médecin connaisse les offres existantes dans la région (par ex. services de visite de la Croix-Rouge suisse, de Pro Senectute, d'églises, etc.). Outre les services de visite et offres sociales non spécifiques, les offres de groupe des Ligues de la santé et d'autres offres d'entraides sont spécifiquement adaptées, en particulier pour les malades chroniques, et sont utiles à la fois pour les personnes concernées mais également pour leurs proches et pour les cabinets qui les orientent vers de telles offres.

Adresser la personne concernée, bien sûr uniquement avec son consentement, à une organisation, à une institution ou à un professionnel adapté permet souvent, sans même solliciter le système de santé, d'obtenir un soulagement bien plus prononcé et plus durable des symptômes que si des mesures purement médicales ou pharmaceutiques avaient été initiées.

Mission essentielle de l'assistante médicale

La tenue et la mise à jour des données personnelles des patients constituent l'une des tâches fondamentales de l'assistante médicale. A cet effet, nous proposons d'adopter une démarche systématique, comme celle qui est présentée dans le tableau 2 . Si l'atmosphère du cabinet n'est pas suffisamment confidentielle pour mener une telle discussion, il est possible d'uniquement demander au patient s'il a une personne de référence à informer en cas d'urgence ou d'inclure une question correspondante dans le questionnaire que tous les nouveaux patients et les patients n'ayant plus consulté depuis longtemps sont priés de remplir.

Si l'assistante médicale se trouve face à des patients qui sont incapables de citer une personne de confiance, elle peut essayer, en fonction de la situation, d'interroger le patient et d'évaluer si ce dernier souffre peut-être d'isolement. Si le soupçon se confirme, elle peut aborder des mesures possibles directement avec le patient ou faire part de ses soupçons ou de sa découverte au médecin. Ensuite, le plan d'action (qui fait quoi et quand) varie selon le cas. L'important est de faire quelque chose.

Conclusion

La solitude et le délaissement sont souvent peu différenciés. Pourtant, la solitude peut être recherchée, tandis que le délaissement résonne plutôt comme une fatalité et un phénomène douloureux. Vu sous cet angle, la solitude peut renforcer la personne concernée, alors que le délaissement peut l'affaiblir.

La solitude peut avoir une signification plus profonde: elle peut être considérée comme faisant partie du dé-

veloppement spirituel. Il s'agit d'une préparation à la mort, en supposant que les liens habituels disparaîtront dans la mort et pourraient céder la place à des captivités mystérieuses. La capacité à supporter la solitude peut être apprise.

L'isolement (plus précisément, lorsque tout ce qui rend la vie digne d'être vécue s'en va) lui non plus n'est pas uniquement une fatalité, mais il est étroitement lié à la manière de vivre et à la conception du monde. Cette connaissance n'est pas nouvelle. Il y a environ 2500 ans, le Bouddha Shakyamuni, avant son éveil, a passé de nombreuses années dans la solitude [11]. Environ 500 ans plus tard, Jésus-Christ a jeûné pendant 40 jours dans la solitude du désert (Matthieu 4:1-11) [12] et a ainsi vaincu des tentations diaboliques.

Le délaissement provoque toujours un affaiblissement et il s'accompagne souvent d'une désorientation ainsi que d'une déchéance intérieure et extérieure. De ce point de vue, ce n'est pas la solitude qui rend malade, mais bel et bien le délaissement. Finalement, l'isolement est synonyme de souffrance.

Correspondance:

PD Dr Albert Wettstein

FMH Neurologie

FMH-Delegierter im Projekt Via, Best Practice Gesundheitsförderung im Alter, einem Projekt von Gesundheitsförderung Schweiz

Bickelstr. 3a

CH-8942 Oberrieden

[wettstein.albert\[at\]bluewin.ch](mailto:wettstein.albert[at]bluewin.ch)

Références

- Schäffler H, Biedermann A, Salis Gross C (2013). Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Document de travail. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Bachmann N. Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé: leur mode d'influence et leur distribution dans la population suisse et en Europe. Dossier OBSAN 27, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé; 2014.
- Orth-Gomér K, Johnson J. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal Of Chronic Diseases*. 1987;40(10):949-57.
- Stadt Zürich, Koordinationsgruppe Gesundheitsförderung. Gesundheitsbericht der Stadt Zürich 2011. Kapitel Psychosoziales Wohlbefinden. S. 8-9.
- Office fédéral de la statistique, OFS, Enquête suisse sur la santé 2012.
- Mortimore E. Amount of social contact and hip fracture mortality. *JAGS*. 2008;56(6):1069-74.
- Pitkälä KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis R. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *The Journals of gerontology. Series A: Biological Sciences and medical sciences*. 2009;64(7):792-800.
- Albrecht K, Oppikofer S. Das Projekt «more...». Wohlbefinden und soziale Kompetenz durch Freiwilligentätigkeit. *Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 1*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie; 2004.
- Schulz R. Effects of Control and Predictability on the Physical and psychological Well-Being of the Institutionalized Aged. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1976;33(5):565-75.
- Loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA), 213.316. 1.2.2012. https://www.sta.be.ch/belex/F/2/213_316.html (dernière consultation le 18.9.2014).
- Thanissaro B, Maha-Saccaka S. The Longer Discourse to Saccaka, (2008, translated from Pali), available at <http://www.accesstosight.org/tipitaka/mn/mn.036.than.html> (dernière consultation le 8.6.2014).
- Zürcher Bibel. Die Heilige Schrift. 1942, 20. Auflage 1991, Stämpfli Bern.