

Prise en charge complexe

Dépendance, isolement et négligence dans le vieillissement

Dr méd. Aurélie Tahar Chaouche^a, Dr méd. Nadja Gardijan^b

Hôpitaux Universitaires de Genève:

^a Unité de gériatrie communautaire, Service de médecine de premier recours

^b Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge, Service de psychiatrie gériatrique

Les professionnels de santé sont amenés à prendre en charge de nombreux patients de plus en plus âgés vivant à leur domicile. Pour que la dépendance, l'isolement et la négligence ne deviennent pas des adages du vieillissement, avoir une approche globale et préventive, dépister précocement et à travailler avec le réseau est nécessaire.

Introduction

En Suisse, l'espérance de vie à la naissance qui est l'une des plus hautes d'Europe, dépasse les 85 ans pour les femmes et atteint les 82 ans pour les hommes [1]. Rester vivre à domicile en gardant une bonne autonomie est le désir de nombreuses personnes. Les dernières années de vie peuvent cependant être marquées par des problèmes de santé, une perte d'indépendance fonctionnelle et un amoindrissement du réseau social et familial qui peut conduire à des difficultés de maintien à domicile. Cet article a pour objet de définir et d'aider à dépister la dépendance, l'isolement et la négligence et d'illustrer les répercussions sur les patients âgés à domicile.

La dépendance

Nous parlerons ici uniquement de la dépendance fonctionnelle ou déclin fonctionnel qui se définit par une impossibilité partielle ou totale à effectuer certaines activités de la vie quotidienne. Par conséquent, les personnes dépendantes nécessitent une aide humaine ou technique pour pouvoir accomplir leurs activités. Malgré qu'on note une augmentation de celle-ci avec l'âge, elle n'en est en aucun cas la conséquence systématique. En suisse, parmi les plus de 80 ans, 85% vivent à leur domicile, 29% ont recours aux soins à domicile et 16% présentent au moins une difficulté pour les activités quotidiennes soit trois fois plus que chez les personnes de 65-79 ans [2]. Les échelles les plus communément utilisées pour évaluer les aptitudes des patients dans leur vie quotidienne sont l'«Activities of Daily Living Scale» (ADL de Katz) [3] et l'«Instrumental Activities of Daily Living» (IADL de Lawton) [4]. Faciles et

rapides de passation, elles permettent au praticien une évaluation globale de la situation du patient, d'adapter les aides à mettre en place à domicile mais également l'attitude diagnostique et thérapeutique générale. L'ADL comporte six items: hygiène, habillage, toilette, locomotion, continence et prise des repas. L'IADL comporte huit items: aptitude à utiliser le téléphone, faire les courses, faire la cuisine, faire le ménage, faire la lessive, utiliser les transports, prendre ses médicaments et gérer l'argent. Ces échelles doivent être remplies de préférence avec les aidants ou les soignants qui interviennent à domicile car les personnes âgées ont tendance à minimiser leurs besoins. L'atteinte d'au moins un de ces items justifie une évaluation globale basée sur une approche médico-psycho-sociale plutôt qu'uniquement sur les pathologies car le déclin fonctionnel est souvent d'origine multifactorielle (médical, psychologique, social, environnemental). Il existe certains indicateurs comme la baisse de la vitesse de marche (<1 m/s), les chutes à répétitions, les difficultés à monter les escaliers, la baisse d'activité physique, les difficultés à soulever ou porter un sac qui peuvent précéder l'atteinte des ADL et aider le clinicien à anticiper et à mettre en route des actions préventives. Citons par exemple, l'histoire de Mme K 86 ans qui présente des troubles de la marche pour lesquels elle bénéficie d'une canne. Du fait de travaux réalisés dans sa cage d'escalier elle ne peut plus sortir de chez elle, faire ses courses et voir ses amies depuis plusieurs semaines. Elle se plaint d'une fatigabilité accrue, une perte d'intérêt pour la cuisine et une perte d'appétit ainsi que de l'aggravation de douleurs lombaires sans notion de chute. Elle est devenue dépendante de sa fille pour les courses mais également pour les repas qu'elle prenait régulièrement à l'extérieur. L'intervention conjointe d'un phy-



Aurélie Tahar Chaouche

siothérapeute pour renforcer sa proprioception et ses capacités de marche, d'un ergothérapeute pour adapter son environnement, son moyen auxiliaire et travailler les stratégies de déplacements et le soutien d'un accompagnant pour l'aide au repas, lui ont permis en quelques semaines de pouvoir ressortir de chez elle ce qui a grandement amélioré sa thymie. La patiente n'est désormais plus dépendante de sa fille. Cette situation illustre que la dépendance peut mener au repli sur soi, à la perte d'estime de soi-même et à l'aggravation de pathologie sous-jacente voir à la dépression et à l'isolement social.

L'isolement

L'isolement regroupe deux notions souvent intriguées: la solitude et l'isolement social. La solitude est un sentiment subjectif traduisant un manque de soutien émotionnel. Elle reflète la qualité des rapports. L'isolement social correspond à la quantité de contacts avec les autres. La solitude et l'isolement sont souvent associés et ils partagent de nombreux facteurs de risque et conséquences. L'isolement social peut conduire à la solitude. Ils ne vont cependant pas toujours de pair car on peut se sentir seul en ayant un bon réseau social et familial [5]. L'avancé en âge conduit à la perte de son conjoint et de ses amis ce qui modifie le schéma de vie des personnes se retrouvant souvent à vivre seul. A cela s'associe l'éparpillement géographique des familles qui peut conduire à une diminution des contacts intrafamiliaux.

Alors que l'avancé en âge prédispose à l'isolement social, les études entre la solitude et l'âge restent contradictoires: vieillir ne veut pas toujours dire se sentir seul [6]. Le sentiment de solitude dépend de la personnalité de chaque individu. Il est favorisé par les chocs éprouvés dans la vie comme la perte d'un être chère, un changement de mode de vie (veuvage, divorce, institutionnalisation), un mauvais état de santé et la perte d'autonomie. Le diagnostic de solitude est complexe car il peut prendre différentes formes d'expression comme l'agressivité, les douleurs psychosomatiques, l'abus de substances psychoactives. L'échelle de solitude de l'université de Laval ou «Loneliness Scale» (tab. 1: UCLA) fréquemment utilisée en recherche peut apporter une aide diagnostique [7].

L'isolement social est plus aisé à détecter car il est quantifiable (par ex: fréquence des visites du réseau primaire). La perte d'autonomie suite à des troubles de la marche et de l'équilibre, les douleurs invalidantes, les troubles sensoriels, les problèmes de continence ou les déficits cognitifs peuvent conduire les personnes âgées à réduire leurs déplacements. Le faible niveau de ressource peut également les amener à renoncer à certains loisirs et de ce fait à limiter leurs interactions sociales. Il est essentiel de pouvoir dépister l'isolement et ses facteurs contributifs car s'ils se chronicisent, ils peuvent engendrer des états anxio-dépressifs qui à leurs tours peuvent aggraver l'isolement. Pour soutenir les personnes isolées, il est nécessaire d'augmenter les interactions sociales, de favoriser les moments de

Tableau 1: Echelle de solitude de l'Université de Laval (validation française de l'échelle «UCLA Loneliness scale» [17]).

	Jamais 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4
Je me sens sur la même longueur d'onde que les gens autour de moi				
Je n'ai pas assez de compagnons (compagnes)				
Il n'y a personne à qui je peux avoir recours				
Je ne me sens pas seul(e)				
Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis				
J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent				
Je ne me sens plus proche de quiconque				
Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent				
Je suis une personne sociable				
Il y a des gens dont je me sens proche				
Je me sens exclu(e)				
Mes relations sociales sont superficielles				
Personne ne me connaît vraiment bien				
Je me sens isolé(e) des autres				
Je peux m'entourer de compagnons (compagnes) quand je le veux				
Il y a des gens qui me comprennent vraiment				
Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré(e)				
Les gens sont autour de moi et non avec moi				
Il y a des gens à qui je peux parler				
Il y a des gens à qui je peux avoir recours				

partage qui peuvent aider à restaurer l'estime et de soi, le plaisir et l'idée d'appartenance. La qualité des rapports étant essentiel, toutes les activités favorisant la communication et les rencontres sont à privilégier (foyers de jour, hôpitaux de jour, clubs des aînés, participation à des activités sportives ou artistiques collectives ...) [8, 9]. «Promotion Santé Suisse» a édité en Juin 2020 un guide sur les ressources sociales et les projets qui sont à disposition pour la population afin de promouvoir une bonne qualité de vie [10].

La négligence

Deux formes de négligence sont à distinguer: l'auto-négligence et la négligence d'autrui. Elles peuvent prendre différentes formes résumées dans le tableau 2.

Face au vieillissement de la population, le risque de maltraitance augmente. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la négligence est une forme de maltraitance et représente 4,2 % des abus. En Suisse on estime à 300 000 le nombre de personnes âgées maltraitées. Près de 80% des cas ont lieu à domicile, au sein de la famille, ou du voisinage et 20% ont lieu dans des institutions [11–13]. Les personnes dépendantes physiquement, psychologiquement, souffrant d'une démence sont plus souvent victimes de négligence au domicile par une autre personne. L'épuisement et la solitude des aidants, les relations conjugales ou familiales perturbées, la cohabitation d'un enfant adulte avec leurs parents âgés, les problèmes financiers sont des facteurs de risque à repérer pour anticiper et prévenir ces situations [14]. L'auto-négligence qui est un refus ou omission de subvenir à ses propres besoins essentiels met en danger la santé et la sécurité des personnes concernées. Les personnes âgées souffrant de troubles anxio-dépressifs, de pathologies neurocognitives, de troubles de la personnalité, d'éthylisme, de déficits physiques et de problèmes finan-

ciers sont plus susceptibles de se négliger. Les conséquences de la négligence sont graves car elles peuvent causer une dégradation de l'état de santé physique et psychologique suite à l'aggravation des maladies chroniques sous-jacentes [15]. Ceci conduit à l'augmentation du risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation et à une surmortalité. Les professionnels de la santé qui s'occupent des personnes âgées à leur domicile ou dans les différentes structures médico-sociales ont une obligation légale et morale d'identifier et d'intervenir lorsque la négligence est suspectée. Selon l'article 426 du Code Civil Suisse, un placement d'une personne dans une institution approprié est permis lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. Dans ce cas peu importe la capacité de discernement de la personne, un placement à fins d'assistance (PAFA) peut être ordonné par le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (PAFA-TPAE) ou par un médecin (PAFA médical). Le travail en équipe et en réseau permet de mieux prévenir, dépister et prendre en charge ces situations mais également de poser un regard plus objectif sur des situations douteuses ou limites d'atteinte de l'intégrité d'une personne âgée parfois sous l'impulsion de bonnes intentions.

Conclusion

La dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées signe un tournant dans leur vie. Elle favorise de nombreuses complications comme la dépression, l'isolement et la négligence qui interagissent entre elles et conduisent à la perte d'autonomie (fig. 1).

Tableau 2: Les différentes formes de négligence.

Auto-négligence	Négligence d'autrui
Refus de soin: mauvaise observance thérapeutique, refus de consulter ou de prendre des traitements ou de faire des examens complémentaires indiqués	Privation des soins: accès limité aux consultations et/ou aux traitements, suivis irréguliers
Hygiène corporelle insuffisante	Insuffisance d'hygiène corporelle
Alimentation et/ou hydratation insuffisante	Alimentation ou hydratation insuffisante ou gavage
Insalubrité du logement par refus d'aides, syndrome de Diogène	Inadaptation du logement (température, espace, hygiène...)
Négligence financière: manquement de paiements des factures (risque d'expulsion...)	Négligence financière: privation de moyen auxiliaire (fauteuil roulant, appareil auditif, lunettes, appareil dentaires, lit adapté...)
Isolement sociale	Insuffisance de surveillance ou excès (patient laissé trop souvent seul, patient surveillé constamment par caméras ou autres...)

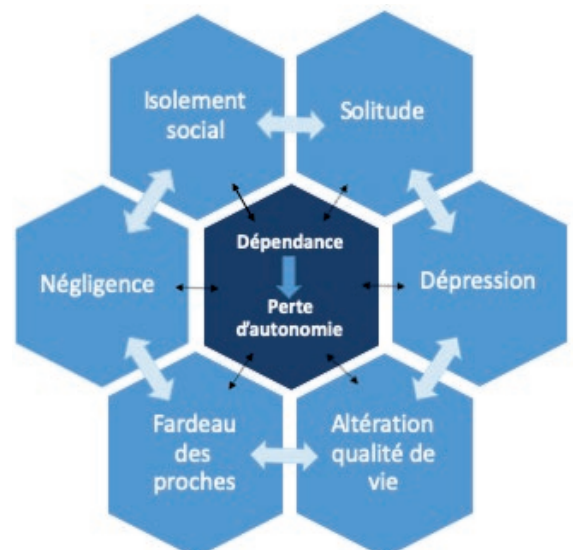


Figure 1: Interactions entre dépendance, dépression, isolement et négligence.

Même si des pistes de stabilisation sont possibles au stade de dépendance, il paraît essentiel de dépister les personnes âgées à un stade plus précoce pour promouvoir et maintenir leur indépendance fonctionnelle et leur qualité de vie. La prise en charge des patients âgés fragiles à domicile demande une bonne coordination entre les soignants, les services sociaux et le réseau primaire des patients. Le projet pilote cantonal romand COGERIA (coordination de soins pour les personnes âgées fragiles) qui vise à favoriser l'anticipation et la coordination des soins, en est un exemple. Son objectif est de renforcer le maintien à domicile et de diminuer les passages aux urgences [16].

Le vieillissement de la population représente un défi pour notre société qui doit pouvoir adapter son système de soin afin de promouvoir des actions de santé pour renforcer le maintien de la qualité de vie des personnes âgées voulant rester vivre à leur domicile.

Correspondance:

Dr méd.

Aurélie Tahar Chaouche

Unité de gériatrie

communautaire (UGC)

Service de médecine

de premier recours

Hôpitaux Universitaires

de Genève

Rue Gabriel Perret-Gentil 4

CH-1205 Genève

aurelie.tahar[at]hcuge.ch

Disclosure statement

Dre Tahar Chaouche est la responsable médicale de l'équipe COGERIA (projet Cantonal, Canton de Genève) qui est cité en fin de l'article.

Références

- Office fédéral de la statistique (OFS). Naissances et décès [Internet]. [cited 2020 Sep 10]; available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle.html>.
- Office fédéral de la statistique (OFS). Santé des personnes âgées [Internet]. [cited 2020 Sep 10]; available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html>.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963;185(12):914–9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
- Lapa Marques da Costa A. Solitude des personnes âgées: une étude de cas en deux contextes distincts [Internet]. 2018; available from: <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:13635>.
- Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS ONE* [Internet] 2017 [cited 2020 Sep 10];12(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513556/>.
- Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20–40.
- Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(4):381–90.
- Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):129.
- Promotion Santé Suisse. Ressources sociales: La promotion des ressources sociales, une contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée. 2020. [cited 02.08.2021]; available from: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Brochure_PSCH_2020-06_-_Ressources_sociales.pdf.
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–56.
- World Health Organisation (WHO). Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected [Internet]. [cited 2020 May 23]; available from: <https://www.who.int/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>.
- Vieillesse sans Violence [Internet]. [cited 2020 May 23]; available from: <http://vieillesse sans violence.ch/>.
- Mion LC, Momeyer MA. Elder abuse. *Geriatr Nur (Lond)*. 2019;40(6):640–4.
- Dong X-Q. Elder self-neglect: research and practice. *Clin Interv Aging*. 2017;12:949–54.
- COGERIA [Internet]. GECH – Répub. Cant. Genève. [cited 2020 May 24]; available from: <https://www.ge.ch/dossier/cogeria>.
- Grâce GR, Joshi P, Pelletier R. L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale [The Laval University loneliness scale: A Canadian-French validation of the University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 1993;25(1):12–27.

L'essentiel pour la pratique

- Dépister et prendre en charge précocement le déclin fonctionnel chez les personnes âgées est essentiel pour préserver la qualité de vie et le maintien à domicile.
- Les personnes dépendantes mais également celles souffrant de pathologies neurodégénératives et psychiatriques représente une population plus à risque d'isolement et de négligence.
- La prise en charge des patients âgés dépendants, isolés ou en situation de négligence est complexe et nécessite une bonne coordination entre les acteurs médico-psycho-sociaux du terrain ainsi qu'une approche multi domaine.