

## **Le syndrome de glissement de la personne âgée : mythe ou réalité ?**

Bernard Pradines

**Le syndrome de glissement fait partie de ces zones ombrées de la médecine. Il s'agit bien d'un syndrome car il regroupe plusieurs symptômes.**

### **En quoi consiste le syndrome de glissement ?**

Sa définition est établie, bien que floue et limitée à l'Hexagone.

Pour Bazin (1), il apparaît typiquement chez un sujet âgé, voire très âgé, aux antécédents médicaux chargés et dont l'état somatique déjà précaire a été fragilisé récemment par un épisode somatique aigu dont il se remet à peine.

Après un fréquent intervalle libre de quelques jours, une altération de l'état général majeure s'installe rapidement avec déshydratation, dénutrition ainsi que les troubles biologiques et somatiques en rapport. La rétention urinaire et la constipation sont majeures. Le patient refuse de se lever, de s'alimenter, de boire, de communiquer. S'il en a encore la volonté et les capacités, il demande qu'on le laisse tranquille.

Pour Weimann et Pellerin (2), il s'agit d'une grande déstabilisation physique et psychique marquée par l'anorexie, la dénutrition, un comportement de repli et d'opposition. Il survient dans les suites d'une maladie en voie de guérison ou d'un événement perturbant. Son pronostic est rarement favorable.

### **Des causes qui restent à déterminer**

En pratique, le sens donné au « syndrome de glissement » a pourtant évolué insensiblement vers toute faillite progressive de l'organisme sans qu'il soit possible de lui attribuer une cause prédominante. En effet, ces termes ont été souvent utilisés de manière plus générale pour désigner la fin de la vie sans cause apparente, jadis qualifiée de « mort de vieillesse ».

### **Sont-elles d'abord organiques...**

S'agirait-il ici d'un constat empirique de défaillance multi-organe tel qu'il fut décrit en unités de soins intensifs ? Est-ce un processus d'évolution ultime du modèle du gériatre français Bouchon (3) qui nous propose d'analyser l'évolution péjorative de la personne âgée à l'aide de trois composantes : le vieillissement physiologique dit « normal », les

maladies chroniques si souvent présentes au grand âge, enfin les facteurs de décompensation, encore qualifiés de précipitants, lorsqu'ils amènent spontanément à la mort ?

Sauf que, dans ces deux dernières situations, les facteurs causaux, qualifiés d'étiologiques en médecine, sont connus ou supposés. Ce qui n'est pas classiquement le cas du « vrai » syndrome de glissement.

### **... psychopathologiques...**

S'agirait-il d'une qualification par spécialité, les psychiatres suspectant volontiers d'abord un équivalent dépressif ou même un authentique état dépressif majeur ? Est-ce un équivalent suicidaire d'autant plus à suspecter que la dimension mélancolique est présente ?

La non-demande de soins peut s'accompagner d'un accord tacite de la famille au travers d'une phrase telle que « pourvu qu'il ne souffre pas » (1). Encore faudrait-il qu'une pathologie organique ne se dissimulât pas derrière le syndrome dépressif (4).

### **... ou « adaptatives » ?**

S'agit-il d'un « lâcher-prise » des patients, las de vivre, abandonnant un combat dont ils perçoivent qu'il est perdu d'avance sans qu'aucune justification ne vaille la peine d'être fournie du fait de la fatigue ou de la souffrance infligée à l'entourage ?

Si l'on écoute Brossard et Caron (5) sur la piste du désir de mort, s'agirait-il d'une « mort souhaitée et qui semble être agie par le résident » ? Face à une maladie grave, peut-on aussi y voir « la perte de confiance du médecin dans une guérison possible » ? Ou encore un ultime sursaut du patient pour maîtriser sa destinée, même en l'anticipant ?

Ou bien chacune de ces situations serait-elle possiblement en cause, isolément ou simultanément ?

### **Des mots à manier avec précaution**

Dans tous les cas, le risque de l'étiquette trop rapide estampillée « syndrome de glissement » est celui de recourir à un fourre-tout pour masquer notre incapacité à établir un diagnostic.

Récemment, le syndrome de glissement a perdu de sa vigueur. Il est souvent remplacé par de nouveaux termes à la mode, ceux de « fin de vie » (6). On mesure ici à nouveau la dangerosité potentielle d'un tel

pronostic vital, souvent incertain, alors que le diagnostic devrait demeurer la seule démarche correcte des états de défaillance de l'organisme.

En somme, mieux vaudrait ne pas utiliser de dénomination que de se fourvoyer dans un diagnostic sans signification ou dans un pronostic incertain. Après tout, chez un patient chez qui il n'est plus raisonnable de proposer des investigations approfondies, on peut légitimement parvenir à des hypothèses, non à des certitudes.

Si la médecine était un art et une science faciles, cela se saurait ...

---

### Références :

- (1) [Bazin N. Le syndrome de glissement.](#) *La Revue de Gériatrie*, Tome 27, N°5. MAI 2002.
- (2) Weimann Péru N, Pellerin J. *Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge.* *Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D1-6.
- (3) Bouchon JP. *1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ?* *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888 – 92
- (4) Juddoo S, Beddock R, Sebbane G. *Méningiome et syndrome de glissement.* *Rev Geriatr* 2014 ; 39(2) : 119 – 23.
- (5) Brossard F, Caron R. *Expressions et mise en acte du désir de mort chez le sujet très âgé : enjeux psychiques et éthiques.* *NPG. Vol 15 – N° 87, P. 178 – 183 – juin 2015*
- (6) Pradines B, Pradines-Rouzeirol V, Poli P. *Fin de vie en soins de longue durée.* *NPG. Vol 9 – N° 49, P. 32 – 41 – février 2009*