

Le syndrome de glissement

Au décours d'une maladie, le sujet âgé qu'on croyait guéri connaît une altération grave de son état. Le syndrome de glissement peut être considéré comme un échec de la régression.

■ Décrit pour la première fois en France en 1956, le syndrome de glissement est un processus qui survient chez des sujets âgés au décours d'une affection somatique grave, et qui connaissent sans raison apparente une altération de l'état général évoluant jusqu'à la cachexie terminale.

CLINIQUE

Aussi énigmatique que la mort subite du nourrisson, ce syndrome porte une appellation descriptive jugée insatisfaisante par beaucoup d'auteurs. Son tableau clinique s'est néanmoins imposé depuis que Delomier (1978) l'a précisé en insistant sur l'intervalle de quelques jours entre l'épisode somatique qui passe pour guéri et non évolutif, et l'installation du syndrome. Ce premier épisode peut être un syndrome infectieux, un infarctus, un AVC, un traumatisme physique ou une intervention chirurgicale suivie d'un épisode de confusion.

• **Au plan somatique**, le syndrome comporte la triade déshydratation-dénutrition-adynergie, l'hypotension, l'anorexie et l'adipsie, le météorisme abdominal avec constipation, la rétention d'urine ou l'incontinence. Il s'accompagne d'un syndrome asthéo-dépressif atypique : malgré l'amélioration de sa maladie initiale, le patient réclame de garder le lit. Il s'installe dans un repli dont il ne sort que pour protester contre l'obligation de se lever ou se laisse glisser à terre comme une poupée de son. Si l'on tente de surmonter son refus alimentaire en lui posant une sonde naso-gastrique, il l'arrache. L'évolution est fatale dans un délai allant de quelques jours à un mois, par défaillance d'une fonction vitale (insuffisance rénale aiguë, arrêt cardiaque par hyperkaliémie) ou complication de l'immobilisation (escarres foudroyantes).

Ce syndrome se distingue de :

- l'état dépressif franc. Quand le patient n'est pas franchement hostile, il reste indifférent aux arguments ou réclame avec agacement qu'on le laisse tranquille ;
- l'hypocondrie car ses plaintes corporelles restent vagues, incriminant « la fatigue ».

– l'état régressif aigu décrit qui survient aussi après un traumatisme chez des sujets marqués par l'immaturité intellectuelle et affective. Ce tableau est réversible, sans atteinte de l'état général compromettant le pronostic vital ;

– le syndrome de régression psycho-motrice, qui débute aussi brutalement après un choc affectif ou une chute mais sans une atteinte comparable de l'état général. La marche est rendue difficile par le phénomène de rétropulsion et le pronostic est amélioré par la rééducation.

• **Du point de vue physiopathologique**, aucune hypothèse ne fait l'unanimité.

• **Du point de vue psychopathologique**, pour s'accorder avec la clinique, l'hypothèse de la dépression et celle de la régression doivent être considérées sous l'angle de la théorie psychosomatique de la dépression dite essentielle et de la régression narcissique négative, comportant l'une et l'autre un risque de désorganisation somatopsychique irréversible. C'est l'absence de travail de guérison ou d'auto guérison qui fait la différence avec la dépression névrotique et la mélancolie. Sur la chronologie de ce travail, Marty (1992) écrit : « *Un changement des conditions antérieures de vie du sujet se montre souvent nécessaire pour que se prolonge la guérison d'une maladie grave partiellement acquise grâce à des bénéfiques secondaires. L'adaptation superficielle ou seulement provisoire des entourages à l'occasion de la maladie risque de renvoyer finalement le convalescent à son mouvement premier de désorganisation, c'est-à-dire à la reprise de sa pathologie, ou à l'éclosion d'une autre affection.* »

UNE RÉACTION D'IMMOBILISATION

L'hypothèse d'un événement désorganisateur déclenchant un signal interne de mort, suivi d'un échec de la régression par la double défaillance de l'entourage et de la pulsion de vie, se retrouve chez plusieurs auteurs. Ferrey (1991) observe la parenté clinique du glissement et de la névrose traumatique qui se caractérise elle aussi par

un intervalle libre et un effroi entraînant « une réaction d'immobilisation » et de renoncement. « *On pense à ces pathologies d'origine magique où le sujet meurt par suite d'une malédiction venue de l'extérieur à laquelle il ne peut s'opposer (...)* La guérison de l'accident initial ne suffit pas pour le convaincre et le sortir de l'emprise de la mort. Il est même capable d'être fasciné et attiré par elle, par son mystère ».

Pour Charazac (2005), l'entourage familial ou soignant qui a sous-estimé la gravité de l'affection ou pense le sujet hors de danger, lui retire sinon la totalité de son investissement, du moins le supplément qu'il lui avait momentanément apporté. Rassuré sur son compte, il se détourne des appels du patient et lorsqu'il se mettra de nouveau à son écoute, ce dernier aura, en quelque sorte, cessé d'émettre. Cette façon de glisser des bras de proches ou de soignants inattentifs peut s'interpréter comme une défaillance du soutien (*holding*) maternel. Face au glissement, Léger (1991) observait à juste titre que « *l'asepsie affective et relationnelle est un danger redoutable* ». C'est en effet de la qualité du soutien apporté par les soins, en terme d'adaptation (empathie), de continuité (routine) et de sentiment de sécurité (apaisement, respect de la sensibilité) que dépend l'issue favorable ou non de toute régression.

Pierre CHARAZAC,
d'après son ouvrage *L'Aide-mémoire de psychogériatrie*, Dunod, 2011, p. 308-311.

BIBLIOGRAPHIE

- Charazac P. (2005) *Le syndrome de glissement, Comprendre la crise de la vieillesse*. Paris, Dunod : 160-163.
- Delomier Y., Faure J.C. (1978) *Le syndrome de glissement*, *Revue de Gériatrie*, 3 : 289-296.
- Ferrey G., Taurand P., Ghodhabane T. (1991) *Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? Psychologie Médicale*, 23, 8 : 907-911.
- Léger J.M et de Rekeneire N. (1991) *Le syndrome de glissement. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Paris, Masson, tome II : 103-108.
- Marty P. (1992) *La psychosomatique de l'adulte*. PUF.