VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 58 – Septembre 2008

Le syndrome de désadaptation psychomotrice n'est pas un mouton à cinq pattes…

Les troubles de la marche et les chutes chez la personne âgée sont d'une dramatique banalité. Ils sont un facteur fragilisant de la vie à domicile et un motif extrêmement fréquent de recours à l'hospitalisation. Plus que les causes rhumatologiques et orthopédiques, ou encore les causes neurologiques comportant un déficit moteur, la discipline gériatrique est occupée par **le syndrome de désadaptation psychomotrice** (SDPM). Cette entité est décrite depuis une vingtaine d'années initialement sous le terme de syndrome de régression psychomotrice, assez connu aujourd'hui dans sa forme du syndrome post-chute. Dans les années qui viennent, il s'appellera peut être le syndrome de dysfonctionnement sous cortico-frontal. Ces évolutions sémantiques traduisent les progrès dans la compréhension des mécanismes physio-pathologiques de cette maladie.

Cette affection survient en règle générale en conséquence à une **sommation** du **vieillissement** physiologique associé à des **pathologies cérébrales chroniques** dégénératives ou vasculaires, et enfin des **facteurs aigus** qui précipitent la décompensation.

Sur le plan clinique, la personne âgée présente des troubles de la **posture**, avec comme principal signe la rétropulsion (déjettement du tronc en arrière en position assise, position des pieds en avant lors du passage assis-debout, tendance à la chute en arrière en position debout), des troubles de la **marche** avec principalement un freezing (pieds adhérents au sol au démarrage), et des petits pas glissés sans déroulement des pieds au sol avec une augmentation du temps d'appui bipodal, des signes **neurologiques** comme l'akinésie, l'hypertonie oppositionnelle, la disparition des réactions d'adaptation posturale, enfin des signes **psychomoteurs** comme la phobie de la station debout, la peur de la marche, l'indifférence, la démotivation et l'apathie.

Sur le plan physiologique, il s'agit bien d'une décompensation de la **fonction posturale et de la marche** et des **automatismes psychomoteurs**. La présentation est motrice et posturale, mais il est associé des signes du registre **émotionnel** et enfin des troubles **cognitifs** (déficit d'initiation, de planification, d'organisation, de la programmation de la posture et du mouvement), tout ceci aboutissant à une réponse posturale et motrice inadaptée.

La forme **aiguë** est la plus typique et la moins indiscutable. C'est le syndrome de désadaptation psychomotrice consécutif à un facteur précipitant comme la chute (d'où le syndrome post-chute), ou encore la fièvre, la déshydratation, certains médicaments hypotenseurs ou psychotropes, l'alitement et la non utilisation de la fonction. Il s'agit d'une **sidération fonctionnelle des automatismes moteurs**.
La forme **chronique** est également décrite, qui entre la plupart du temps dans le cadre d'une affection neurologique comme la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens, les démences, les encéphalopathies vasculaires.

Sur le plan organique, on observe au niveau cérébral des atteintes de la substance blanche et des noyaux gris, qui altèrent le fonctionnement du système de maintien de la posture : afférences sensorielles, traitement et stockage central de l'information dans les systèmes sous-cortico-frontaux, efférences motrices. La composante fonctionnelle reste majeure ce qui permet la plupart du temps une rééducation et une restauration de la fonction de l'équilibre et de la marche.

La prise en charge relève :
- d'une **réadaptation motrice** par les kinésithérapeutes formés à la prise en charge des sujets âgés fragiles. Elle constitue une urgence dans le cadre du SDPM. Elle doit être globale, intégrant les objectifs de vie et la motivation résiduelle du patient. Elle comporte le réapprentissage de la motricité nécessaire à la réalisation des actes de la vie quotidienne (se retourner dans le lit, se lever et s'asseoir au fauteuil), la correction de la rétropulsion, et l'apprentissage du relever du sol.
- d'une **prise en charge ergothérapique**, pour la maintenance et la récupération des schémas posturaux et moteurs, l'adaptation de la hauteur du siège et des accoudoirs au sujet, et les aides techniques au lever du lit.
- d'un **soutien psychologique**, pour vaincre la phobie de la verticalisation et lutter contre la démotivation.
- de **soins de nursing** par l'équipe soignante associant stimulation psychique qui lutte contre la désafférentation (parler, toucher…) et le ralentissement, et motrice en veillant à ce que le patient soit mobilisé selon des schémas moteurs identiques répétés tout au long de la journée.
- d'une **prise en charge médicale**, comportant le diagnostic précoce des situations qui précipitent la décompensation psychomotrice, l'identification de la pathologie neurologique sous-jacente, la révision de l'ordonnance (psychotropes sédatifs, hypotenseurs, hypoglycémiants), la prescription éventuelle de psychotonique.

Dr Eric KILEDJIAN, réseau VISage. Lecture : Repères en Gériatrie janvier 2007

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