



Le Syndrome de Désadaptation Posturale et Motrice (SDPM) en SMR gériatrique Comment faire ?

Docteur Cécile DELOMAS – Gériatre (CH Libourne - SMR gériatrique)

Marine CELADON – Ergothérapeute (HAD rééducation - Libourne)



INTRODUCTION

- Syndrome très fréquemment rencontré dans notre pratique en SMR gériatrique.
- La prise en soin de ces patients est longue et les résultats incertains.
- Manque de protocoles standardisés.



DEFINITION

- Décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs, liée à une **détérioration des structures sous-corticofrontales (1,3)**.
- Le plus souvent après une chute ou un alitement prolongé.
- Très peu étudié. Aucune étude épidémiologique exploitable à ce jour **(2)**.



ATTEINTE NEUROLOGIQUE

1. Détérioration des structures cortico-frontales

Cortex préfrontal : siège des fonctions exécutives

- ⇒ Difficultés à planifier, organiser, anticiper.
- ⇒ Rigidité mentale, persévérations, lenteur de traitement.
- ⇒ Diminution de la capacité d'adaptation aux situations nouvelles

▪ **Cortex moteur et prémoteur : initiation et programmation du mouvement.**

▪ **Aires orbitofrontales et médiales : régulation émotionnelle, motivation, inhibition sociale.**

- ⇒ Apathie, perte d'initiative.
- ⇒ Indifférence affective ou réactivité émotionnelle inappropriée

▪ **Boucles fronto-sous-corticales (via noyaux gris centraux et thalamus) : intégration entre cognition, émotion et motricité.**



ATTEINTE NEUROLOGIQUE

2. Etiologies :

- **Vieillissement physiologique**
- **Pathologies neurodégénératives**
- **Lésions vasculaires multiples**
- **Traumatismes ou encéphalopathies**



SYMPTOMATOLOGIE

- ▶ **Désadaptation posturale** : hypertonie oppositionnelle, rétropulsion/déséquilibres postérieurs, agrippements paradoxaux, position en triple flexion, appuis talonniers
- ▶ **Désadaptation des schémas moteurs**: dychronométrie, perte des capacités d'adaptation (mauvaise utilisation de l'environnement), persévérations
- ▶ **Composante psychologique** : peur de la verticalisation et du vide antérieur



LE DIAGNOSTIC

Difficile, non standardisé

- Analyser le contexte
- Rechercher des facteurs favorisants (TNC ?, syndrome parkinsonien ?, patient vasculaire ?)
- Evaluer la désadaptation
=> Ergothérapeute formé(e)
- +/- Bilan cognitif (troubles exécutifs ?)



TRAVAIL EN RÉADAPTATION / RÉÉDUCATION

- ▶ **PEC précoce** sinon risque de grabatisation : Verticalisation ou mobilisations dans le lit (J1 si pas de CI)
- ▶ **Aides techniques** aux transferts plutôt qu'aide humaine (souvent plus sécurisant pour le patient)
- ▶ Aides techniques à la marche adaptées



TRAVAIL EN RÉADAPTATION / RÉÉDUCATION

- ▶ Nécessité d'un **guidage externe** (verbalisations, indices visuels, environnement organisé)
- ▶ Travail des automatismes posturaux et moteurs via tâches répétitives et contextualisées
- ▶ Adaptation de la **prise en charge aux troubles comportementaux** (apathie +++).



PRINCIPES DE BASE POUR LES TRANSFERTS

- ▶ Ne pas tracter
- ▶ Laisser faire le patient
- ▶ Expliquer ++ et **s'assurer de la bonne compréhension des consignes**
- ▶ Ecouter, rassurer
- ▶ **Répéter les consignes** à chaque transfert pour favoriser la reprogrammation motrice
- ▶ Pluridisciplinarité : travail postural/mobilisations en kiné, travail des transferts en chambre par ergo, **poursuivis par équipe soignante**

15^{ème} CONGRÈS
de la **Société de
Gérontologie
de Bordeaux et
du Sud-Ouest**

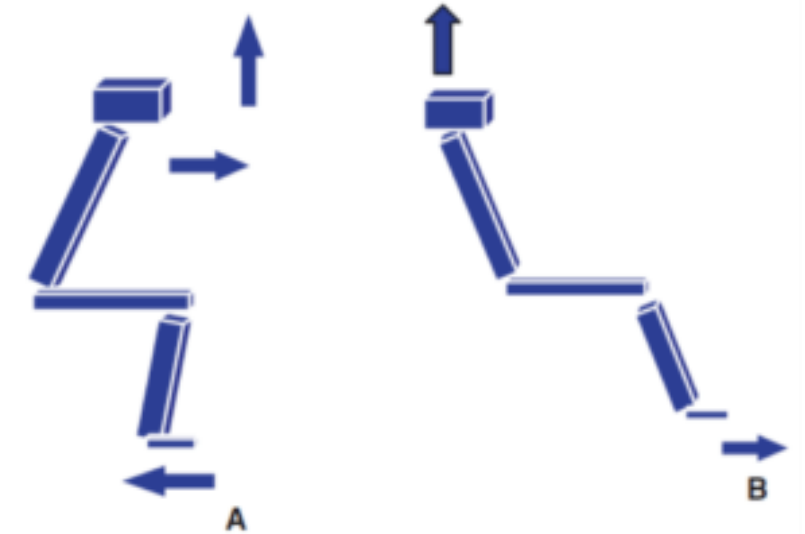


“ ÇA CHAUFFE
EN GÉRIATRIE !



**9 et 10
oct. 2025**

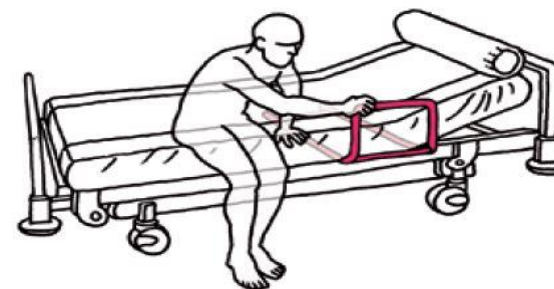
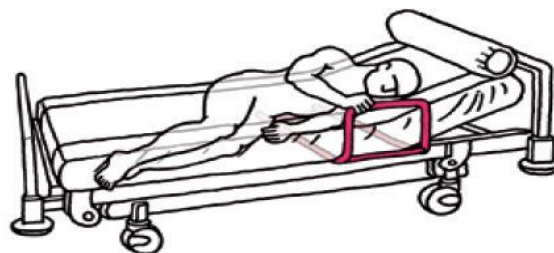
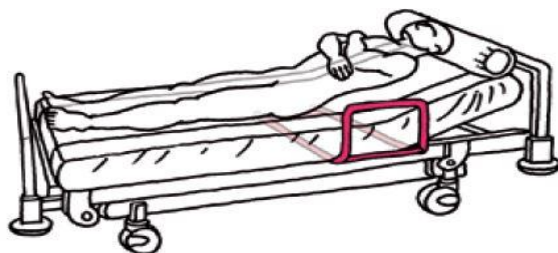
LE CONNECTEUR
BIARRITZ





TRANSFERTS ASSIS / COUCHÉ

- ▶ Reprogrammation du schéma moteur :
 - ▶ Passage par le côté, jambes hors du lit puis redressement du tronc en latérale à l'aide du membre sup.
 - ▶ Au départ, aide d'un soignant avec une guidance verbale en 1^{ère} intention puis possibilité barre latérale de redressement (reproduction instinctive du bon schéma)
 - ▶ La potence est utilisée uniquement pour le rehaussement dans le lit





TRANSFERTS ASSIS / DEBOUT

- ▶ Reprogrammation du schéma moteur :
 - ▶ Genoux à 90 ° minimum, passage de la tête en avant des pieds en antépulsion du tronc et aide des accoudoirs pour propulsion.
 - ▶ Si nécessaire aide par un soignant en privilégiant une guidance verbale puis un appui antérieur fixe et/ou une aide à l'impulsion par la ceinture.
 - ▶ Possibilité d'utiliser un guidon pivotant ou fixe.





CONCLUSION

- Impact fonctionnel majeur
- Diagnostic complexe et pluri disciplinaire (médecin, ergothérapeute, neuropsychologue, aides soignantes)
- Ne pas passer à côté / Ne pas « sur-diagnostiquer »
- Actions courtes et répétées
- Nécessité de protocoles rééducatifs validés
- **Tous les soignants sont concernés**



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Formation à la prévention et à la réadaptation psycho-posturo-motrice. Démarche clinique selon la méthode PEA. SOFTAGES formations.
2. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice [Psychomotor disadaptation syndrome]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 Mar;12(1):94-100. French. doi: 10.1684/pnv.2014.0450. PMID: 24647243.
3. Merendino A, Mourey F, Renoncourt T, Da Silva S, Dipanda M, Larosa F, Putot A, Manckoundia P. Psychomotor disadaptation syndrome: a scoping review. Eur Geriatr Med. 2025 Jun;16(3):807-826. doi: 10.1007/s41999-025-01176-1. Epub 2025 Mar 13. PMID: 40080340.
4. Manckoundia P, Mourey F. Description du syndrome de désadaptation psychomotrice [Description of psychomotor disadaptation syndrome or frontal-subcortical dysfunction syndrome]. Soins Gerontol. 2021 Jan-Feb;26(147):34-36. French. doi: 10.1016/j.sger.2020.10.007. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33549239.
5. Meyer M, Constancias F, Vogel T, Kaltenbach G, Schmitt E. Gait Disorder among Elderly People, Psychomotor Disadaptation Syndrome: Post-Fall Syndrome, Risk Factors and Follow-Up - A Cohort Study of 70 Patients. Gerontology. 2021;67(1):17-24. doi: 10.1159/000511356. Epub 2020 Nov 30. PMID: 33254165.