

Pr. Pfitzenmeyer

La morbidité d'une chute chez le sujet âgé ne peut en aucun cas se résumer aux seules conséquences traumatiques.

Le syndrome post-chute peut-être à l'origine d'une perte d'autonomie de la personne âgée.

La plupart des chutes n'entraînent pas de traumatisme physique sérieux.

En effet, 6 à 8 % seulement des chutes seraient responsables de fractures, dont une fois sur trois de l'extrémité supérieure du fémur.

Ainsi, la morbidité des chutes ne peut en aucun cas se résumer à leurs seules conséquences traumatiques.

Par contre, le ralentissement psychomoteur et l'impact psychologique de la chute se traduisent souvent par une perte de confiance avec réduction des aptitudes physiques et des conduites de retrait social, le risque essentiel étant la perte d'autonomie de la personne âgée.

I. LE SYNDROME POST-CHUTE :

Véritable sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté ou parfois même impossibilité totale pour le sujet à se maintenir en orthostatisme, ce syndrome survient habituellement dans les heures suivant la chute.

Il constitue donc **une urgence gériatrique** car, en l'absence de prise en charge, il évolue vers une perte définitive des possibilités de mobilité, d'orthostatisme et de marche, ce tableau chronique ayant été décrit sous le nom de « **syndrome de régression psychomotrice** ».

A. Clinique du syndrome post-chute :

Le syndrome post-chute associe :

- une composante motrice (troubles posturaux et de la marche)
- des signes neurologiques
- une composante psychologique.

1/ La composante motrice :**LES ALTERATIONS DU SCHEMA DE MARCHÉ**

Retrouvées dans différents tableaux neurologiques, elles ne peuvent être considérées comme spécifique du syndrome de régression psychomotrice. Elles témoignent uniquement d'une altération des aptitudes posturales responsables d'une phobie de l'orthostatisme et d'une peur de la marche.

Les signes posturaux sont dominés par le **déséquilibre arrière**.

Le terme de **répropulsion** a été adopté pour définir à la fois :

- le déjettement du tronc en arrière en position assise
- la tendance à la chute arrière en position debout

En position assise, le bassin est positionné au bord antérieur de l'assise, alors que les épaules restent appuyées au dossier.

En position debout, certains sujets compensent cette anomalie en inclinant le tronc en avant, en fléchissant les genoux ou les deux simultanément.

Au moment du passage assis - debout, les pieds sont en général positionnés en avant, à distance du siège, et le tronc demeure vertical. La projection du tronc en avant, nécessaire pour la réalisation d'un lever harmonieux, est insuffisante ou inexistante. La rétropulsion est majorée quand une aide est apportée par traction sur les membres supérieurs.

Le retour en position assise s'effectue, lui aussi, avec un peu ou pas de flexion antérieure du tronc et se caractérise par une arrivée brutale dans le fauteuil.

L'examen de la marche montre des difficultés d'initiation au démarrage décrites dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de « freezing ». Quand la marche est possible, elle s'effectue à petits pas, sans déroulement du pied au sol, avec une augmentation du temps du double appui, toujours à la limite du déséquilibre arrière. Les difficultés sont majorées au demi-tour et à l'approche d'un obstacle.

2/ Les signes neurologiques :

Deux signes essentiels sont caractéristiques du syndrome :

-une hypertonie qualifiée d'oppositionnelle, c'est-à-dire augmentant au fur et à mesure de la traction exercée sur le segment corporel intéressé, se distinguant ainsi de l'hypertonie extrapyramidale. Cette hypertonie diminue sous l'effet de la mise en confiance et de la détente ;

-une altération, voire une disparition des réactions d'adaptation posturale et des réactions de protection. Il n'existe plus, chez ces personnes âgées, de possibilité de répondre au déséquilibre et le risque de chute devient imminent.

3/ Les signes psychocomportementaux :

Le passage debout permet souvent de mettre en évidence une **anxiété** parfois majeure, responsable d'une **inhibition psychomotrice intense**. Dans les formes sévères, on peut observer une véritable phobie de la verticalité.

B/ Les réflexions physiopathologiques :

-Les aptitudes posturales permettant équilibre et marche sont des automatismes moteurs d'autant plus fragiles qu'ils sont acquis durant l'enfance.

-Le vieillissement neurosensoriel et cérébral s'accompagne d'une réduction de l'efficacité des aptitudes posturales.

-Certaines pathologies cérébrales chroniques surajoutées peuvent altérer à différents niveaux l'ensemble des processus qui sous-tendent la programmation des fonctions motrices réduisant de ce fait les aptitudes posturales.

-Sur ce terrain fragilisé, la chute représente l'élément précipitant responsable d'une véritable sidération des aptitudes posturales de l'individu.

Ainsi, les troubles posturaux fragilisent l'équilibre de l'individu, augmentant de manière considérable le risque de chute. Or, ces mêmes individus, dont les réserves posturales sont réduites, présentent de ce fait un risque élevé de syndrome post-chute, la survenue de cette sémiologie réduisant de manière considérable les aptitudes posturales restantes. Cette situation typique dits de « cercles vicieux » où la conséquence vient aggraver la cause.

C/ Les principes de prise en charge du syndrome post-chute :

Le syndrome post-chute constitue une **urgence en pratique médicale et en rééducation**. Les particularités de la prise en charge sont détaillées dans le chapitre suivant consacré à « la prise en charge après chute ». Cette prise en charge spécifique, lorsqu'elle est suffisamment rapide, permet une amélioration des aptitudes motrices du patient avec retour à l'état d'autonomie antérieure dans plus de trois quarts des cas.

II. LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA CHUTE :

-A côté du tableau dramatique de syndrome post-chute, les conséquences psychologiques peuvent être plus insidieuses mais avoir une réelle gravité.

-La chute est l'occasion pour le patient âgé de prendre conscience de son vieillissement, de la fragilité de son état et de l'approche de la mort.

-Le choc émotionnel qui en résulte entraîne une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation, avec repli sur soi, démotivation et restriction des activités. Ce tableau d'inhibition psychomotrice pourra évoluer vers un syndrome dépressif.

-Ainsi, toute personne âgée qui est resté au sol sans pouvoir se relever devrait bénéficier, dans l'idéal, d'une psychothérapie de soutien dès le premier jour d'hospitalisation. Cette prise en charge repose sur les mêmes principes que la psychothérapie offerte aux patients victimes de catastrophe, le but étant l'expression des affects à travers la narration répétée de l'accident, afin d'éviter le refoulement d'émotions particulièrement intenses potentiellement déstructurantes. Faute de psychologues, l'écoute attentionnée peut parfaitement être offerte par le médecin ou un membre de l'équipe soignante.

-Parallèlement, l'instauration d'un traitement antidépresseur doit être largement envisagée.

-La perte d'autonomie secondaire à cet état de choc psychologique est volontiers aggravée par l'entourage qui, inquiet d'une nouvelle chute, a tendance à surprotéger la personne et refuse souvent le retour au domicile. Une négociation entre l'équipe médicale, la personne âgée et sa famille est indispensable afin de trouver un compromis entre la sécurité du patient et son désir de rester à domicile.

A RETENIR

Le syndrome post-chute et le retentissement psychologique représentent les conséquences les plus fréquentes et les plus graves des chutes, conduisant, en l'absence de prise en charge rapide et adaptée, à la dépendance lourde et à l'installation d'un état grabataire. Le syndrome post-chute représente la situation gériatrique typique d'un cercle vicieux pathologique, la chute venant décompenser une fonction posturale auparavant précaire.

LES MALADIES CHRONIQUES PREDISPOSANT AU SYNDROME POST-CHUTE**Déficits sensoriels, désafférentation****Dysfonctionnements sous-corticaux**

-maladie de Parkinson, syndromes parkinsoniens et dégénérescence multi systémique

-atteintes vasculaires de la substance blanche ;

-hydrocéphalie à pression normale ;

-non-utilisation

Dysfonctionnements frontaux

-syndromes démentiels dégénératifs et vasculaires