

# Expertise de la personne âgée

Pr V SCOLAN

DES MPR 2024-2025

---

# Plan

## Définition

## Particularités de la personne âgée « malade »

- Le syndrome de glissement
- Le syndrome de désadaptation psychomotrice
- Les pathologies en cascade

## Caractériser la personne âgée en expertise

- Définir l'état antérieur
- Examen médical

## Discussion médico-légale

- Imputabilité et vieillesse
- Vieillesse et évaluation des préjudices

# Définitions

---

- Âge
  - OMS > 65ans
  - Âge social : âge de la retraite 55 ans à 65 ans
  - HAS et gériatre > 75 ans
- Classification sociologique plus de 60 ans
  - 4 grands types décrits par Guérin
  - Hétérogénéité des plus de 60ans



# Définitions

---

- Fragilité
  - *« diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. »*
  - *Marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs et facteur de risque d'incapacités, de chute, d'hospitalisation et d'institutionnalisation*
  - Ne se résume ni à la poly pathologie, ni à la perte d'autonomie ni au vieillissement
  - Potentiellement réversible

# Fragilité (1)

---

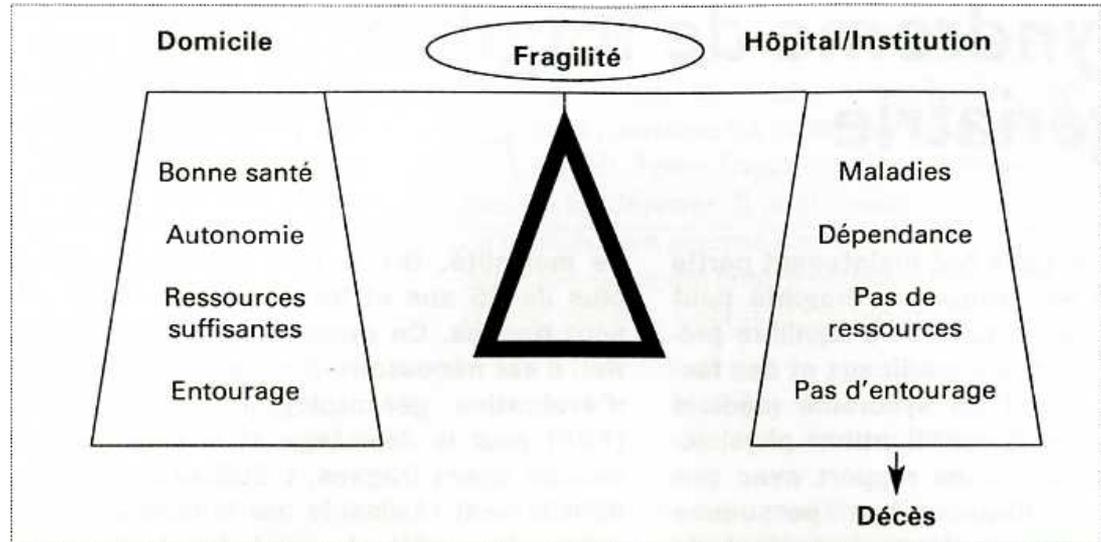
- Outils d'évaluation de la fragilité
  - Vitesse de marche (indicateur de sévérité et pronostic; approche motrice)
  - Critères de Fried (approche motrice; Fried LP, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001)
    - Perte de poids involontaire (5% sur 1an) non fragile =0
    - Vitesse de marche lente (<0,6m/sec) pré fragile 1 à 2
    - Sédentarité <380Kcal/sem 270Kcal/sem) fragile 3 ou+
    - Faiblesse musculaire
    - Fatigue
  - Echelle clinique de Rockwood (7 points ; approche médico-psycho-social)
  - Gérontopole de Toulouse (outil de repérage, dépistage)
  - [Grille de repérage et fiche d'évaluation de l'HAS](#) en soins ambulatoires
  - ADL, IADL, MMS, MNA
  - etc.

# Fragilité (2)

---

- Echelle de Rockwood (Rockwood K CMAJ 2005)
  1. Santé excellente
  2. Bonne santé
  3. Bonne santé avec comorbidité traitée et asymptomatique
  4. Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
  5. Fragilité légère (IADL modérément perturbées)
  6. Fragilité moyenne (besoin d'aide pour les ADL et les IADL)
  7. Fragilité sévère (perte de toutes les ADL ou phase terminale de pathologie)

# Fragilité



Le concept de fragilité : Schéma d'après Rockwood

Particularités de la  
personne âgée « malade »

---

# Le syndrome de glissement

---

- Spécifique du grand âge
- Détérioration rapide de l'état général avec anorexie, confusion, déshydratation, dénutrition et les troubles biologiques et somatiques en rapport, accompagnée d'un désir de mort +/- exprimé, renoncement aux soins et à la vie
- Déclenché par des évènements physiques ou psychiques
- Évolution rapide vers le décès si pas de traitement (réhydratation, traitement de la maladie aiguë +/- traitement antidépresseur)
- Touche 1 à 4 % des malades âgés hospitalisés

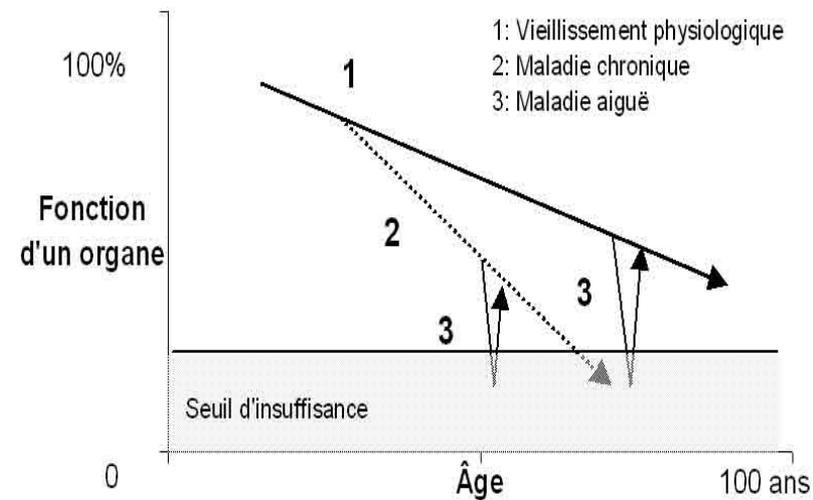
# Le syndrome de désadaptation psychomotrice

---

- En rapport avec une altération des structures sous corticofrontales
- Associe cliniquement
  - troubles posturaux (rétropulsion),
  - des altérations non spécifiques de la marche,
  - des anomalies neurologiques (akinésie, hypertonie oppositionnelle, diminution des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes)
  - troubles psycho comportementaux (phobie de la verticalisation, de la marche)
- 2ndaire à l'association de 3 facteurs : vieillissement, maladies chroniques et des facteurs aigus organiques ou fonctionnels
- Urgence gériatrique → Prise en charge multidisciplinaire en milieu hospitalier

# Les pathologies en cascade

- Enchaînement de décompensations, la première entraînant la deuxième et ainsi de suite
- Favorisé par un état polypathologique (au moins 2 pathologies chroniques)
- Schéma 1+2+3 de JP Bouchon prenant en considération 3 éléments s'accumulant et aboutissant à la décompensation d'une fonction



JP Bouchon, 1,2,3 comment tenter d'être efficace en gériatrie Rev. Prat 1984, 34:888

Caractériser la personne  
âgée en expertise

---

# Etat antérieur (1)

---

- Antécédents médicaux et chirurgicaux
  - Le suivi médical, le rythme des consultations, les traitements médicamenteux
  - Les hospitalisations, leur rythme
  - L'état nutritionnel
- Les capacités fonctionnelles avant le fait dommageable
- Evaluation de la fragilité au moment du fait dommageable

# Etat antérieur (2)

---

- Autonomie antérieure
  - Type d'habitat /institutionnalisation
  - Mode de vie
  - Autonomie (ADL et IADL)
  - Aides humaines
  - Activités de loisirs
  - L'existence ou non d'une Allocation Personne Agée (APA)
  - Echelle ADL et IADL, MMS
  - Etc.

# Examen médical

---

- Evaluation clinique et par EGS
  - Evaluation de la mobilité
  - Evaluation de l'autonomie fonctionnelle (ADL, IADL)
  - Evaluation cognitive par MMS, teste de l'horloge, test des 5 mots, etc.
  - Evaluation d'une dépression
  - Evaluation de la dénutrition
  - Evaluation des fonctions sensorielles, de l'état buccodentaire et de la fonction urinaire
- Evaluation de l'autonomie et de la restriction de participation

# Vignette clinique

---

- Femme âgée de 86 ans vivant à domicile admise le 04/11 dans un service d'urgences pour coma secondaire à un traumatisme crânio-facial dans un contexte de vol avec violence
- Le bilan lésionnel
  - *Multiples saignements intra crâniens de type sous-dural, sous-arachnoïdien, ventriculaire et parenchymateux au niveau cingulaire bilatéral et pariétal droit, sans effet de masse significatif.*
  - *Fracture de l'orbite droite et Fracture de l'aileron nasal droit*
  - *Fracture trans discale instable T10-T11 sur rachis ankylosé*

# Vignette clinique

---

- *Hospitalisation 1 mois en réanimation :*
    - *Absence d'intervention neurochirurgicale tant pour les lésions neurologiques que les lésions rachidiennes*
    - *Réveil progressif réponses aux ordres simples et complexes*
    - *Hémi-parésie droite – alimentation par SNG*
    - *Complications pneumopathie d'inhalation , Fibrillation atriale secondaire à une hypovolémie*
  - *Hospitalisation en service de neurologie (1 mois)*
    - *Dépendante pour tous les actes – voix aphone*
    - *Dégradation de l'état de santé, épisodes de confusion, troubles ioniques*
- *Décès rapide*

# Vignette clinique

---

- Etat antérieur
  - Dossiers médicaux
    - une HTA contrôlée par une bithérapie sans retentissement cardiaque (dernière consultation 6 mois avant les faits de violence)
    - un diabète de type 2 bien équilibré par une monothérapie per os sans retentissement sur la fonction rénale ni retentissement ophtalmologique
    - absence de toute décompensation ou pathologie aiguë ayant justifié une hospitalisation.
  - Autonomie
    - Patiente autonome, vivant à domicile seule, sans aide humaine
    - Aller seule à ses consultations médicales

# Vignette clinique

---

- Vieillesse non pathologique
- Espérance de vie > au temps de l'hospitalisation secondaire aux faits traumatiques
- Perte d'autonomie et décès en lien direct et certain avec les faits traumatiques

# Discussion médico-légale

---

# Imputabilité et vieillesse

---

- Etat de prédisposition
  - Vieillesse ≠ phénomène pathologique
  - Vieillesse ≠ état antérieur pathologique
  - État de prédisposition que le fait dommageable décompense ou révèle
- Évolution
  - Non présumée

# Evaluation des préjudices

- Certains postes de préjudices exclus
  - Incidence professionnelle par exemple
- Certains postes de préjudices importants
  - Poste de la tierce personne
  - Aides techniques
  - Aménagement du domicile/ nécessité d'une structure

# Conclusion

---

- Vieillesse
  - État de prédisposition mais non un état antérieur pathologique
  - Ne doit pas limiter les préjugés
  - Notion de fragilité
- Attention particulière de l'état antérieur et de l'autonomie antérieure
- Nécessite une connaissance des caractéristiques de la personne âgée et des outils d'évaluation
  - Clinique
  - Des facteurs environnementaux
  - Evaluation de l'autonomie et de la restriction de participation

# Bibliographie

---

- FRIED.L,TANGEN.CM,WALSTON.J Frailty in older adults: evidence for a phenotype, J Gerontol A Biol Sci Med Sci.2001 Mar;56(3):M146-56
- Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people CMAJ 2005;173:489-95
- Manckoundia P, Mourey F Tavernier-Vidal B Pfitzenmeyer P Syndrome de désadaptation psychomotrice. La revue de médecine interne 2007 ; 28 (2) : 79-85 Doi : 10.1016/j.revmed.2006.09.026
- HAS
- RF dommage corp. 2009, t. 35, nos 3 et 4.
- JB PREVOT L'âge et la blessure : vieillissement et dommage corporel Gaz. Pal . n°158, 7 juin 2014
- P MULLER La personne âgée et l'institutionnalisation Gaz. Pal. n° 158 7 juin 2014, =
- Sylvie VERNASSIERE, « L'évaluation du besoin en tierce personne de la personne âgée », Gazette du Palais édition spécialisée du 6 et 7 juin 2014, n°157 à 158
- Guérin S. Les séniors, une chance pour l'avenir ! Gazette du palais, 7 juin 2014 ; n°157-158 : 12-19

Merci de votre  
attention

---

