



55^e Congrès de la Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts

Pr. Armelle GENTRIC
Dr. Thierry SERVETTO
Dr. Eric PALISSON

Expertise n°2 :
Traumatisme crânien chez une personne âgée

**Expertise d'une personne âgée victime d'un
traumatisme crânio-encéphalique
accidentel, avec troubles cognitifs
préexistants non Évalués**

Congrès FFAMCE de Tours - 17 et 18.05.2019

INTRODUCTION

Madame L. victime d'un AVP le 30 mai 2015 à l'âge de 79 ans et 2 mois.

Passagère avant d'un véhicule conduit par son époux, décédé dans les suites immédiates de l'accident.

Expertise réalisée le 12 octobre 2017, à 2 ans et 6 mois de l'accident.

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

Antécédents médicaux rapportés par le fils de Madame L. lors de l'expertise :

- Etat dépressif réactionnel au décès de la fille de Madame L. en 2006
(sous SEROPLEX 10, 1 comprimé/jour)
- AIT (accident ischémique transitoire) en 1998
Aucun examen complémentaire réalisé – Aucune séquelle
(sous KARDEGIC 75, 1 sachet/jour et TAHOR 10, 1 comprimé/jour)
- Hypothyroïdie traitée par LEVOTHYROX

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

Les antécédents médicaux sont très peu documentés :

Certificat du Médecin traitant daté du 08.10.2015 relatif au suivi durant les temps précédant l'accident :

« ... son état général était bon. Madame L. était tout à fait valide sur le plan physique. Sur le plan psychique, Madame L. présentait un fond anxio-dépressif réactionnel au décès de sa fille. Sur le plan cognitif, Madame L. présentait des troubles légers de la mémoire, portant principalement sur les faits récents et ne relevant pas de consultation spécialisée. Elle reconnaissait son entourage, elle ne présentait aucune désorientation spatiale ... »

Son fils confirme les troubles de la mémoire et la nécessité de répéter souvent la même information.

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

En conclusion sur l'état de santé :

- Aucune déficience ni incapacité fonctionnelle physique significative.
- Aucun diagnostic médical n'est porté sur les troubles cognitifs.
Aucune imagerie cérébrale antérieure à l'accident n'est communiquée.

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

Informations données par le fils de Madame L. sur la perte d'autonomie et le niveau de dépendance de sa mère :

- Indépendance pour les actes essentiels de la vie avec une incitation pour la toilette.
- Tâches domestiques : réalisation spontanée et régulière d'activités ritualisées : ménage, repassage.
- Guidance pour d'autres tâches : cuisine, réalisation des courses.
- Gestion administrative et financière assurée par l'époux depuis toujours.

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

Sur questions au fils concernant la guidance lors de la cuisine :

- Erreurs dans les recettes (ex : temps de cuisson dépassé)
- Plaques électriques non éteintes après la cuisson

Sur l'utilisation du téléphone :

Contacts avec la famille réalisés sur demande, semble-t-il, de Madame L. par son époux.

ETAT DE SANTE - AUTONOMIE – DEPENDANCE AVANT L'ACCIDENT

L'état antérieur cognitif était-il celui :

- D'un vieillissement cognitif normal ?
- De troubles cognitifs mineurs ?
- De troubles cognitifs majeurs ?

VIEILLISSEMENT

Ensemble des mécanismes qui font baisser la capacité de l'organisme à s'adapter aux conditions variables de l'environnement (stress)

Perte progressive des réserves fonctionnelles

VIEILLISSEMENT

3 modalités de vieillissement (y compris vieillissement cognitif)

- Vieillessement optimal / robuste / en santé / sans incapacité
Réerves fonctionnelles identiques aux sujets jeunes
- Fragilité
Vulnérabilité aux stress (risque de décompensation en syndromes gériatriques)
- Vieillessement pathologique
Avec incapacités, handicaps et perte d'autonomie

VIEILLISSEMENT

Critères de fragilité (Grille de repérage précoce HAS juin 2013)
Patients de 70 ans et plus, à distance de toute pathologie aigue

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI a une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile :

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour :

VIEILLISSEMENT

Vieillessement cognitif normal

Processus sélectif marqué par :

- Un déclin significatif pour les tâches qui demandent un effort mental important, basées sur la rapidité des processus mentaux, caractérisées par des stimuli complexes et nouveaux
- Une préservation des performances dépendantes des connaissances sémantiques et des compétences hyper-apprises (vocabulaire)

+++ Aucun retentissement sur les activités de la vie quotidienne

VIEILLISSEMENT

Vieillessement cognitif normal

Habituellement conservés :

- Intelligence globale
- Stock lexical
- Capacités de comparaison, de confrontation avec expériences antérieures

Susceptibles de diminuer :

- Attention sélective
- Attention partagée
- Raisonnement inductif
- Mémoire d'acquisition ou d'apprentissage
- Vitesse d'exécution et de réponse
- Capacités d'abstraction

VIEILLISSEMENT

Vieillessement cognitif normal

Plaintes mnésiques « banales » :

- numéros de téléphone;
- où on a posé ses affaires
- noms propres
- ce qu'on va chercher dans une pièce
- la liste de courses

VIEILLISSEMENT

Trouble neuro cognitif mineur (DSM 5)

Apparition d'un déclin cognitif significatif atteignant au moins un domaine signalé par le patient ou un proche, démontré par une évaluation neuro psychologique standardisée avec une réduction de moins de 2DS/norme (mémoire et apprentissage, langage, fonctions exécutives, attention, perception motrice, cognition sociale)

Aucun retentissement sur le fonctionnement quotidien

Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours d'un syndrome confusionnel

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychiatrique (dépression majeure, schizophrénie)

VIEILLISSEMENT

Trouble neuro cognitif majeur (DSM 5)(ex démence)

Réduction d'au moins 2DS/norme d'un domaine cognitif (mémoire et apprentissage, langage, fonctions exécutives, attention, perception motrice, cognition sociale)

Altération significative du fonctionnement quotidien

Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours d'un syndrome confusionnel

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychiatrique (dépression majeure, schizophrénie)

VIEILLISSEMENT

IADL : Activités Instrumentales de la vie quotidienne (Lawton)

A – Activités courantes

- **Téléphone**
- Courses
- Préparation des aliments
- Entretien ménager
- Blanchisserie
- **Moyens de transport**
- **Traitement**
- **Budget**

B – Entretien quotidien

- Propreté
- Alimentation
- Habillage
- Soins personnels
- Déplacements
- Bains

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Lors de l'expertise, aucune information n'est délivrée par la victime sur les circonstances de l'accident.

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

CMI = compte-rendu du body-scanner le 30.03.2015 :

- Hémorragie intra-ventriculaire droite, petite hémorragie inter-hémisphérique sans lésion sous jacente identifiée, avec un saignement actif au sein de l'hématome intra-ventriculaire.
- Fracture de 3 côtes gauches.
- Fracture non déplacée du manubrium sternal.
- Fracture du plateau supérieur de T12 stable.

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Clinique initiale :

- Multiples hématomes et ecchymoses sur toute la surface du corps.
- Syndrome confusionnel – Désorientation temporo-spatiale.
- Aucun signe neurologique de localisation.
- Amnésie des faits.
- Pas de trouble significatif du langage.

Il n'est pas retenu d'indication opératoire neuro-chirurgicale.

Absence de pose d'une PIC.

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Hospitalisation du 30.03.2015 au 08.04.2015 dans un Service de Cardiologie d'un CH :

- Persistance d'une désorientation temporo-spatiale. Propos cohérents. Madame L. prend conscience des événements endurés. Aucune aggravation clinique neurologique.
- Scanner crânien à J3 :
 - Diminution de la contamination ventriculaire droite
 - Disparition de l'hémorragie inter-hémisphérique
 - Apparition d'une hémorragie méningée région temporale droite et d'une contamination ventriculaire gauche
- Corset rigide 6 mois pour la fracture de T12.
- Reprise de la marche.

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Hospitalisation du 08.04.2015 au 15.04.2015 en Médecine Interne d'un CH :

- Clinique :
 - Glasgow 15
 - Désorientation temporo-spatiale
 - Absence d'agitation
 - Propos cohérents
 - Examen neurologique normal
- Scanner cérébral :
 - Absence de déviation de la ligne médiane
 - Dilatation ventriculaire modérée et symétrique
 - Minime hémorragie intra-ventriculaire
 - Absence d'hémorragie en regard des 3^{ème} et 4^{ème} ventricules
 - Discrète hémorragie méningée temporale droite
 - Absence d'hématome sous-dural ou extra-dural
 - Absence d'hématome intracérébral
 - Absence de plage ischémique récente

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Hospitalisation du 15.04.2015 au 20.05.2015 dans un Service de Gériatrie et Soins de Suites d'un CH:

- Scanner crânien du 28.04.2015 :
Disparition de la minime hémorragie intra-ventriculaire et méningée droite.
- Le MMS est à 8/30, avec une franche désorientation temporo-spatiale ainsi qu'une altération de la mémoire immédiate et des troubles de l'attention. Le langage oral est préservé. Dysorthographe.

SYNDROME CONFUSIONNEL

Les lésions cérébrales post traumatiques peuvent elles expliquer le syndrome confusionnel persistant ?

SYNDROME CONFUSIONNEL

Confusion mentale (delirium)

- Perturbation aiguë
- Le plus souvent transitoire

des capacités d'éveil et d'attention secondaire à une atteinte diffuse de l'encéphale, habituellement réversible et transitoire, lorsque la cause est mise en évidence et traitée

SYNDROME CONFUSIONNEL

Critères diagnostiques (DSM V)(2013)

- A Perturbation de l'attention et de la conscience (par rapport à son environnement)
- B Installation en un temps court, changement aigu par rapport à l'état antérieur, évolution fluctuante au cours de la journée
- C Modification du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage, capacités visuo-spatiales, perception)
- D Les critères A et C ne sont pas mieux expliqués par un trouble neuro-cognitif préexistant stabilisé ou en évolution et ne surviennent pas dans un contexte de coma
- E Perturbation due à
 - Une affection médicale générale
 - Une intoxication, un effet secondaire
 - Un sevrage
 - De multiples facteurs

SYNDROME CONFUSIONNEL

DEUX MÉCANISMES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

- Lésion cérébrale directe Direct brain injury
Hypoxie, anomalies métaboliques, AVC ,médicaments

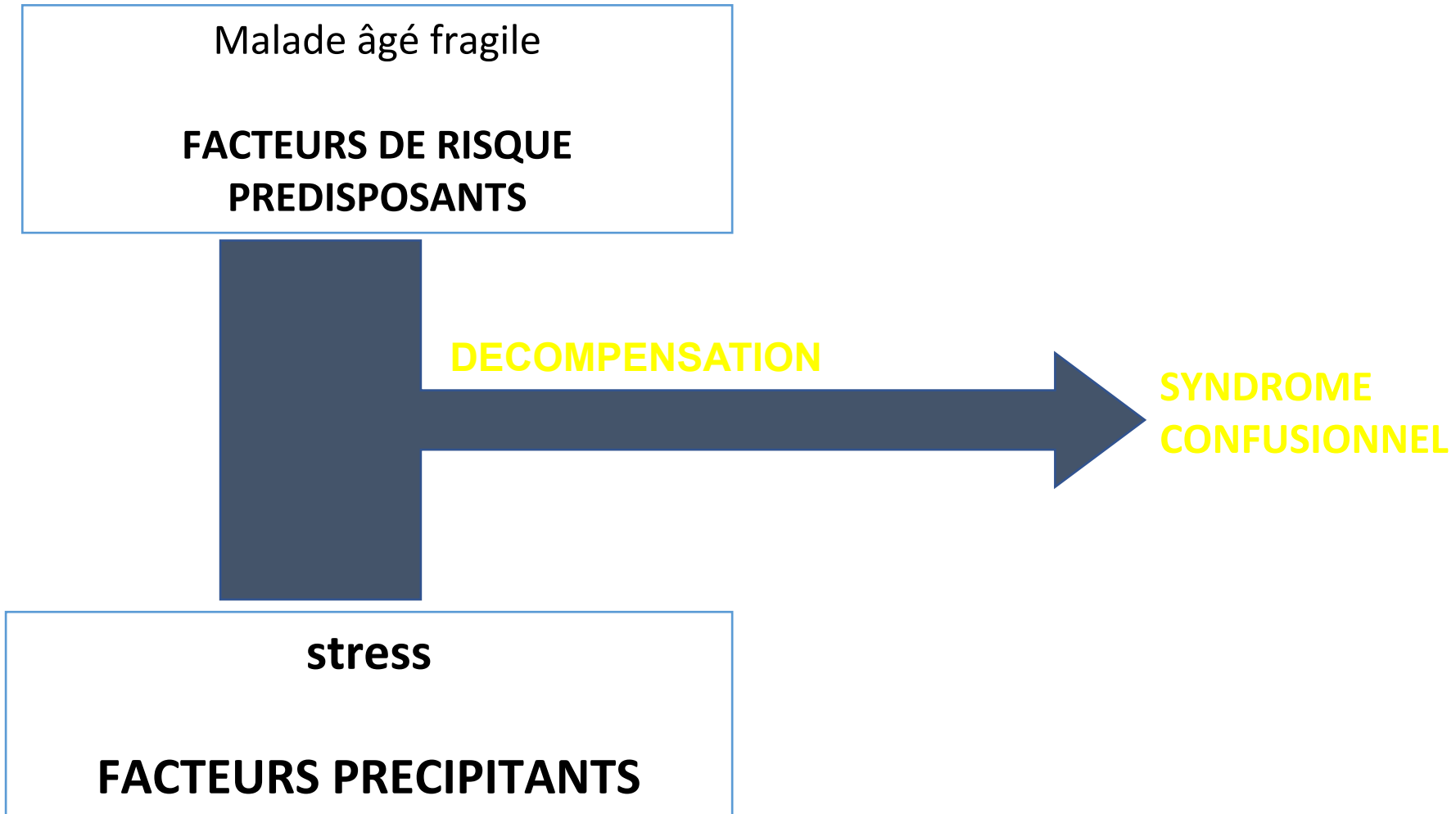
+++ - Réponse inadaptée au stress Aberrant stress response chez une personne fragile

LIBERATION EXAGEREE DE NEUROMEDIATEURS INFLAMMATOIRES
(INTERLEUKINES) ET DU STRESS (CORTISOL)

(Age and Ageing 2013; 42:667-674))

SYNDROME CONFUSIONNEL

Modèle de syndrome gériatrique



SYNDROME CONFUSIONNEL

SYNDROMES GERIATRIQUES

- Chutes / syndrome post-chute
- Immobilisation
- Dénutrition
- Dépression
- Incontinence
- Iatrogénie
- Confusion mentale

- Perte d'autonomie
- Déclin fonctionnel et/ou cognitif
- Décès

SYNDROME CONFUSIONNEL

□ Facteurs prédisposants de confusion aigue

Age > 80 ans	OR : 5.2
Déficit cognitif+++	OR : 5-11
Déficience visuelle	OR : 1.7
Déficience auditive	OR : 1.9
Dépression	OR : 1.9
Dépendance(1 ADL)	OR : 2.5

SYNDROME CONFUSIONNEL

Facteurs de risque de syndrome confusionnel persistant

(Arch facteurs prédictifs 2007, 167 : 1 406 – 1 413)

- **Démence** **OR 2-3 (1.4 – 3.7)**
- Troubles visuels OR 2.1 (1.3 – 3.2)
- Dépendance OR 1.7 (1.1 – 2.6)
- Comorbidité élevée (1 ADL) (Charlson \geq 4) OR 1.7 (1.1 – 2.6)
- Contention pendant l'épisode confusionnel OR 3.2 (1.9 – 5.2)

SYNDROME CONFUSIONNEL

Evolution du syndrome confusionnel

- Mortalité intra-hospitalière x 2 à 20
- Morbidité x 2,3
- DMS x 2
- Mortalité à 12 mois, à 2 ans x 2
- Réhospitalisations à 12 mois x 2
- Entrées en institution à 6 mois x 3
- Déclin fonctionnel et/ou cognitif x2
- **A 6 mois, retour à l'état antérieur 18-21 %**

L'ACCIDENT DU 30 MARS 2015

Madame L. intègre un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) le 20.05.2015 et y vit toujours à la date de l'expertise le 12.10.2017.

Son fils note depuis le début de l'année 2017, des troubles du langage bien plus prononcés, une conversation d'emblée impossible.

EXPERTISE LE 12 OCTOBRE 2017

Expertise réalisée par le Neurologue :

- Elle a perdu toute autonomie dans l'ensemble des actes élémentaires de la vie quotidienne (habillage, toilette).
- Elle s'alimente toujours seule sur sollicitations.
- Elle a des troubles de reconnaissance et le jour de l'expertise, elle ne reconnaît plus son fils.
- Elle ne reconnaît plus ses petits enfants.
- Depuis le début de l'année 2017, incontinence totale urinaire et anale.
- Elle a des manifestations hallucinatoires avec vision de sa mère.
- Elle ne participe plus à aucune activité d'agrément à l'EHPAD.
- Elle est dans l'incapacité de décrire ses doléances.

EXPERTISE LE 12 OCTOBRE 2017

Traitement en cours le 12.10.2017 :

- TIAPRIDAL 100 mg : ½ comprimé matin et soir
- VENLAFAXINE 50 : 1 comprimé le soir
- ALPRAZOLAM 0,25 : 1 comprimé matin et soir
- LEVOTHYROX

EXPERTISE LE 12 OCTOBRE 2017

Examen clinique :

- Désorientation temporo-spatiale complète.
- Troubles de la mémoire.
- Syndrome apraxo-agnosique: troubles de la reconnaissance des personnes familières, apraxie idéo-motrice dans les gestes sans signification, apraxie rendant impossible l'habillage, la toilette...
- Trouble aphasique sévère : incapacité de dénommer des objets présentés.
- Absence de déficit moteur, de trouble de l'équilibre.

L'expert conclut sur un tableau clinique sévère aphaso-apraxo-agnosique, très évocateur d'une maladie d'Alzheimer à un stade très sévère.



55^e Congrès de la Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts

QUESTION

EXPERTISE LE 12 OCTOBRE 2017

Discussion médico-légale – Conclusions de l'Expert :

- Accident : 30.03.2015
- Evolution clinique et examen clinique actuel très en faveur d'une maladie d'Alzheimer à un stade très sévère.
- *« Le traumatisme crânien et les différentes hospitalisations en rapport avec ce TC vont donc être un facteur d'accélération évolutive de sa maladie et qui vont nécessiter, du fait notamment du décès de son mari, une institutionnalisation ».*
- Date de consolidation : 20.05.2015, date d'entrée en l'EHPAD.
- AIPP : 20 %, *« en rapport avec l'accélération évolutive de sa maladie d'Alzheimer pré-existante au traumatisme crânien ».*
- Aucune conclusion sur la durée de prise en charge en EHPAD.



55^e Congrès de la Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts

Maître Véronique Rachet-Darfeuille
M. Benoit Mornet
M. Jean-Marc Sarafian

Expertise n°2 :

Traumatisme crânien chez une personne âgée