

URPS

MÉDECINS LIBÉRAUX

ILE-DE-FRANCE

Cycle de webinaire Bien Vieillir en partenariat avec GéronD'if

19 mars 2026

## 2. Repérer et gérer les troubles cognitifs : du repérage à la prise en charge

Pr **Matthieu LILAMAND**

Gériatre Hospitalier PU-PH chez AP-HP.Nord Université Paris Cité



## Qui sommes-nous ?

---

21 100 médecins libéraux  
en Ile-de-France dont

**8 200 médecins généralistes**



Créée par la loi du 21 juillet 2009 dite "hôpital, patients, santé et territoires", l'URPS médecins libéraux est l'interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé sur toutes les questions impliquant la médecine libérale en Ile-de-France :

- l'offre de soins ;
- la permanence des soins ;
- les activités soumises à autorisation des établissements privés ;
- l'installation.

Animée par 60 médecins libéraux, élus lors d'élections quinquennales, issus de l'ensemble des syndicats représentant les libéraux, avec une équipe de salariés expérimentés pour vous accompagner dans vos démarches.



Gériatrie pratique : clés pour le médecin libéral

**Repérer et gérer les troubles cognitifs en consultation : du repérage à la prise en charge**

Pr Matthieu Lilamand

Service de Gériatrie

Hôpital Lariboisière-Fernand Widal

INSERM UMR-S 1144 Université Paris Cité



# Plan de la présentation

**Repérer précocement** les troubles cognitifs chez la personne âgée

Identifier les signes d'alerte en consultation.

Utiliser de manière pertinente les outils de dépistage simples et validés

Initier une démarche diagnostique adaptée et **orienter efficacement**

Distinguer les situations relevant d'un bilan de mémoire, d'une consultation spécialisée ou d'une prise en charge urgente.

Connaître les parcours locaux de diagnostic et les ressources disponibles (mémoire, neurologie, gériatrie, réseaux).

Alzheimer ?

Trouble neurocognitif ?

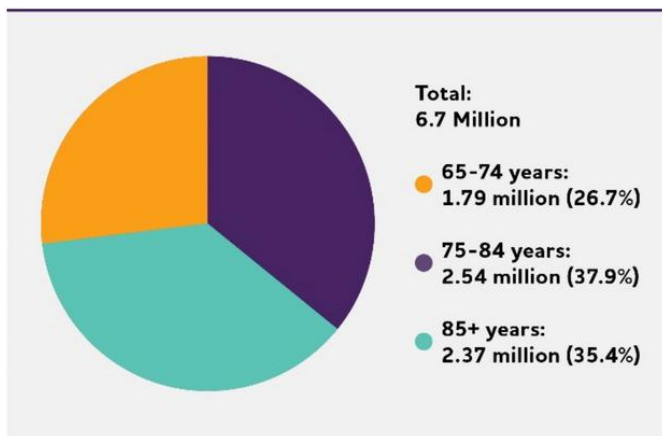
~~Démence ??~~

Altération cognitive ?

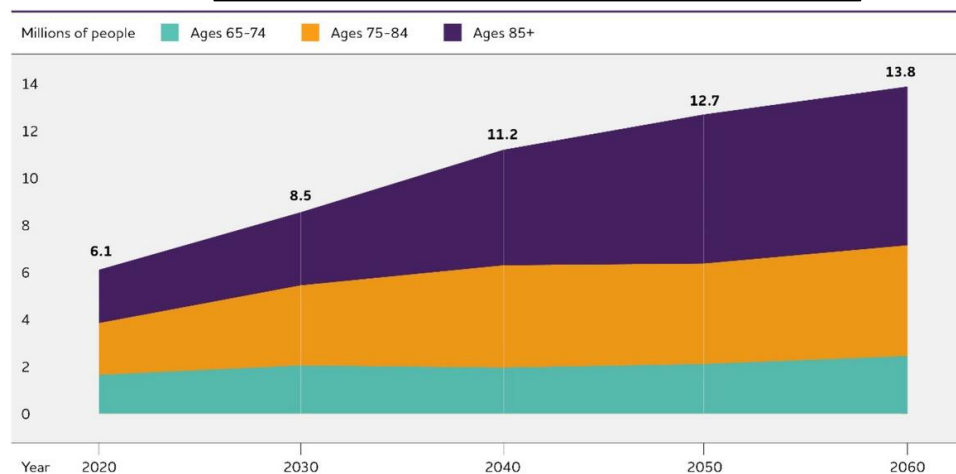
Mild Cognitive impairment ?

# Introduction : les troubles cognitifs de la personne âgée

73 % des MA ont plus de 75 ans



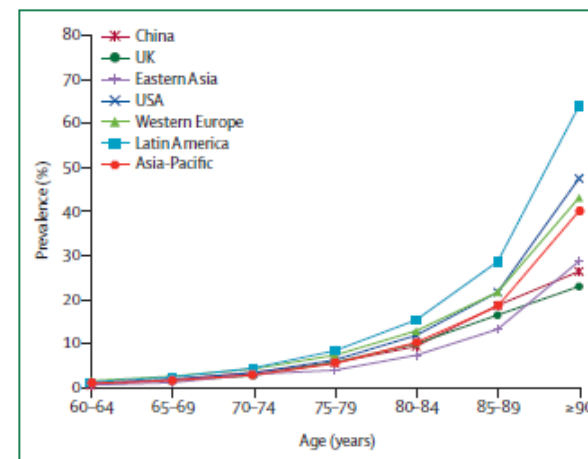
Les 85+ représenteront 50 % des patients avec trouble neurocognitif majeur



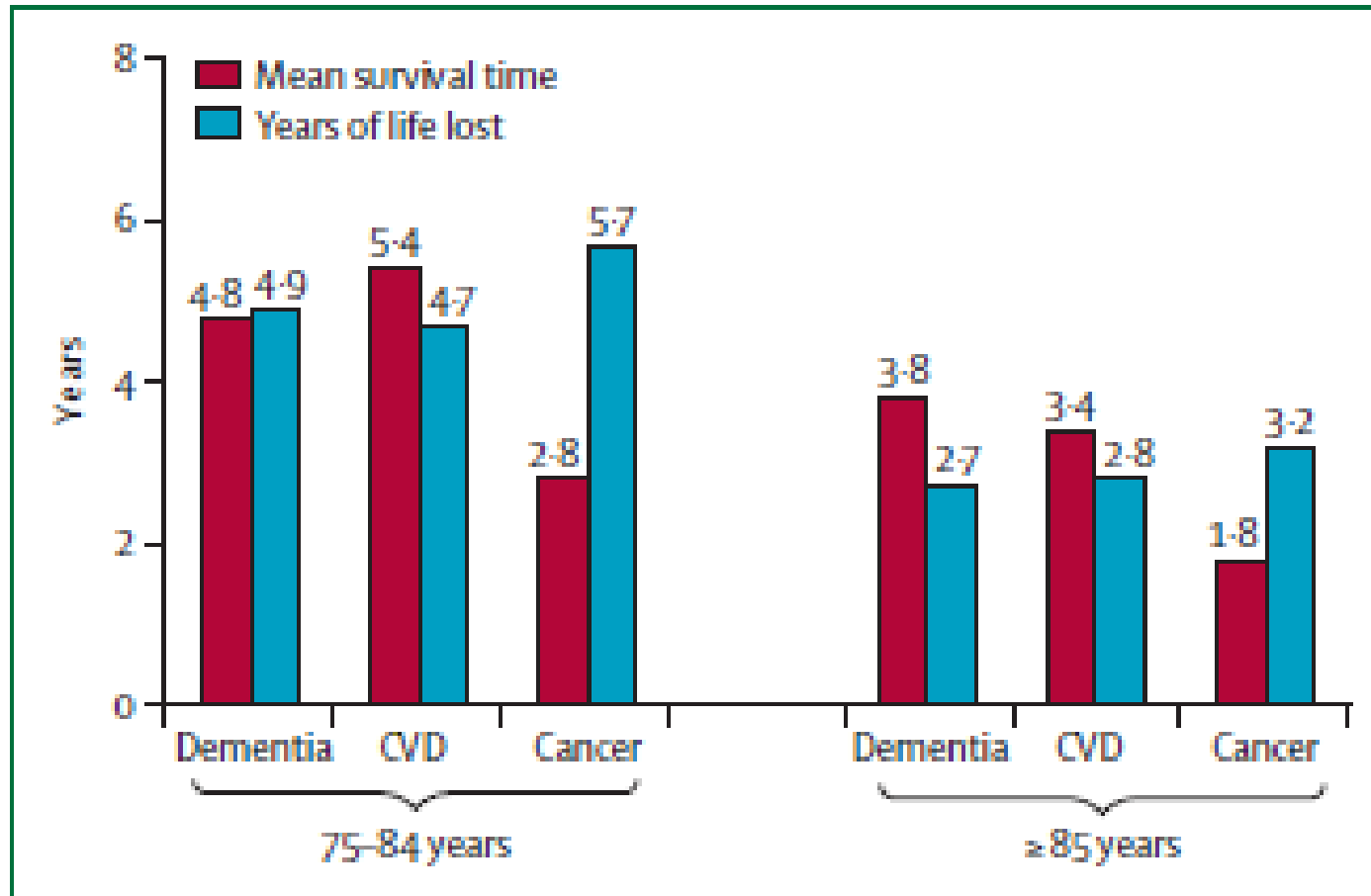
ALZHEIMER'S ASSOCIATION REPORT 2023 Alzheimer's disease facts and figures

Monde : 60 M en 2023 → doublement en 2060 ?!

Environ **2/3 des TNC dus à la MA**



# Un fardeau comparable au cancer ou aux maladies cardiovasculaires



**Et pourtant :**

**« tout le monde perd la mémoire à mon âge »**

**« je n'ai jamais eu une bonne mémoire »**

**« impossible de me souvenir de son nom ... »**

**« à quoi bon consulter, il n'y a pas de traitement ! »**

**Comment s'y retrouver ? Quand s'inquiéter ? Que faire en pratique ?**

## QUAND S'INQUIETER ?

**Une femme de 78 ans avant un antécédent de maladie d'Alzheimer chez son père, sans antécédent médical vient accompagnée de son mari en consultation de médecine générale.**

**Quel(s) symptôme(s) vous inquiéterai(en)t ?**

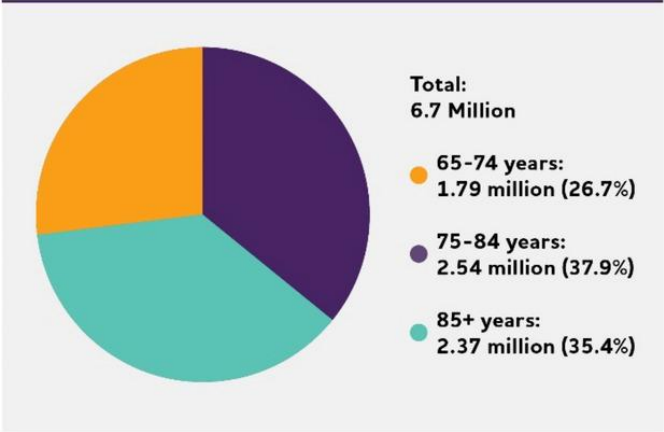
- A) Plainte portant essentiellement sur les noms propres**
- B) Plainte qui dure depuis plus de 10 ans**
- C) Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (compensées par son mari)**
- D) Absence de plainte de la patiente alors que son mari s'inquiète**
- E) Plainte qui touche la mémoire épisodique**

## QUAND S'INQUIETER ?

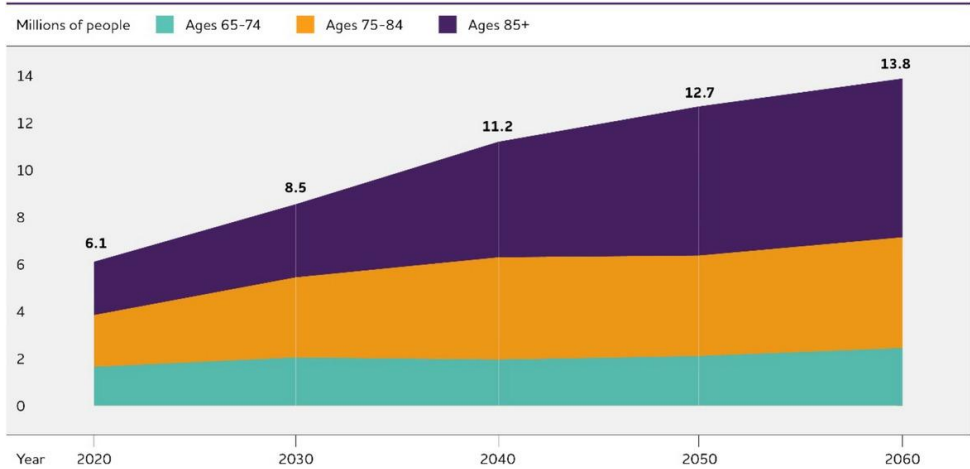
**Une femme de 78 ans avec un antécédent de maladie d'Alzheimer chez son père, sans antécédent médical vient accompagnée de son mari en consultation de médecine générale. Quel(s) symptôme(s) vous inquiéterai(en)t ?**

- A) Plainte portant essentiellement sur les noms propres**
- B) Plainte qui dure depuis plus de 15 ans**
- C) Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (compensées par son mari)**
- D) Absence de plainte de la patiente alors que son mari s'inquiète**
- E) Plainte qui touche la mémoire épisodique**

73 % des MA ont plus de 75 ans



Les 85+ représenteront 50 % des patients avec trouble neurocognitif majeur





1906 Alois Alzheimer  
Définition clinico-pathologique



DSM III => IV => V  
NINCDS-ADRDA

XXe siècle  
définitions cliniques  
(imprécises et tardives...)

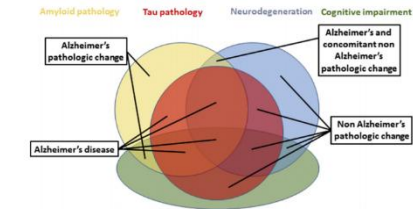


NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease

Clifford R. Jack Jr.<sup>1,2\*</sup>, David A. Bennett<sup>1</sup>, Kaj Blennow<sup>3</sup>, Maria C. Carrillo<sup>4</sup>, Billy Dunn<sup>5</sup>, Samantha Edd<sup>6</sup>, Heather Eklund<sup>7</sup>, David M. Holtzman<sup>8</sup>, William Jagoe<sup>9</sup>, Frank Jessen<sup>10</sup>, Jason Kartawish<sup>11</sup>, Enchi Liu<sup>12</sup>, Jose Luis Molinuevo<sup>13</sup>, Thomas Montine<sup>14</sup>, Creighton Phelps<sup>15</sup>, Katherine P. Rankin<sup>16</sup>, Christopher C. Rowe<sup>17</sup>, Philip Scheltens<sup>18</sup>, Eric Siemers<sup>19</sup>, Heather M. Snyder<sup>20</sup>, and Reisa Sperling<sup>21</sup>

1-24

Page 41



AT(N) profiles	Biomarker category	
A-T-(N)-	Normal AD biomarkers	
A+T-(N)-	Alzheimer's pathologic change	Alzheimer's continuum
A+T+(N)-	Alzheimer's disease	
A+T+(N)+	Alzheimer's disease	
A+T-(N)+	Alzheimer's and concomitant suspected non Alzheimer's pathologic change	
A-T+(N)-	Non-AD pathologic change	
A-T-(N)+	Non-AD pathologic change	
A-T+(N)+	Non-AD pathologic change	

2018 définition  
biologique

Dubois et al. JAMA Neurol 2024 : AD as a clinical-biological construct (IWG)

À tous les stades, identifier la présence des lésions élémentaires A $\beta$  et tau est nécessaire pour parler de maladie d'Alzheimer !

**AD**

- Refers to cognitively impaired individuals with the following:
- Specific clinical phenotypes: common (amnestic syndrome of the hippocampal type, logopenic aphasia, posterior cortical atrophy) or uncommon (corticobasal syndrome, behavioral and dysexecutive variants)
  - And a positivity of cerebrospinal fluid or PET pathophysiological AD biomarkers<sup>4</sup>. Plasma biomarkers such as p-tau 217 may soon enter the routine clinical workup.
- This includes the prodromal (mild cognitive impairment and no loss of function) and dementia (with loss of function) stages.

ATTEINTE CLINIQUE

PREUVE BIOLOGIQUE

DES LE STADE DE TNCL

## Nouvelles recommandations 2025 pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : à lire absolument !

Vous travaillez en consultation Mémoire ou en soins primaires ? Ces nouvelles recommandations vont vous intéresser.

 ACTUALITÉS MARDI 25 MARS 2025

# **Pourquoi dépister la maladie d'Alzheimer en 2026 ? Quel est l'intérêt d'un diagnostic précoce (et précis) ?**

## **Arguments déjà valables les années précédentes :**

- **Expliquer les symptômes et nommer la maladie**
- **Débuter dès que possible un plan de soins**
  - Stimulation cognitive : orthophonie, ESA ...
  - Traitement symptomatique
  - Prévention secondaire : nutrition, vaccination, activité physique ...
  - Aides financières, humaines, techniques ...
- **Anticiper et prévoir l'évolution**

## **Nouveaux arguments :**

- **Perspective de nouveaux traitements efficaces**
- **= être prêt à orienter le patient dans le bon circuit au bon moment**

## Risques associés au diagnostic précoce ?

**Risques souvent mis en avant (discutons en !) :**

- **Erreur de diagnostic / formation insuffisante**
- **« Traumatisme psychologique du patient » → dépression**
- **Stigmatisation du patient**
- **Manque de capacité de suivi au décours**

## Pièges dans le diagnostic d'Alzheimer :

**Tout syndrome amnésique n'est pas Alzheimer !**

- LATE
- Tr cog vasculaire
- Mie à corps de Lewy
- Alcool ...

**20 % des formes de MA sont non amnésiques**

- **APP logopénique**
- Atrophie corticale postérieure
- Forme « frontale »
- Sd cortico-basal ...

## **Au-delà de la plainte mnésique, plaintes cognitives en soins primaires**

- **Langage : manque du mot +++**
- **« Raisonement » « résolution de problèmes » « fonctionnement autonome » pour IADL maîtrisées jusqu'alors**

### **Plus rarement :**

- Désorientation temporo-spatiale
- Praxies
- Gnosies

### **Aidant :**

- **Cognition sociale** : désintérêt, perte empathie, désinhibition ...
- **Anosognosie**

## Panel

### Features that increase the risk of cognitive decline (SCD plus)

- Subjective decline in memory irrespective of function in other cognitive domains<sup>5, 14</sup>
- Onset of SCD within the past 5 years<sup>24, 25</sup>
- Onset of SCD at 60 years and older<sup>4</sup>
- Concern (worry) associated with SCD<sup>14, 26</sup>
- Persistence of SCD over time<sup>23, 27, 28\*</sup>
- Seeking of medical help<sup>6, 29\*</sup>
- Confirmation of cognitive decline by an observer<sup>30, 31, 32</sup>

# **UNE PLAINTÉ COGNITIVE SUBJECTIVE EST-ELLE ASSOCIEE A UN DECLIN COGNITIF FUTUR ?**

**Données scientifiques ambiguës : probable « double population »  
: maladie neuroévolutive débutante ET patients anxieux**

## **Méta-analyse Mitchell Acta Psychiatr Scand 2014**

**14% de risque d'évolution vers TNC majeur à 4 ans**

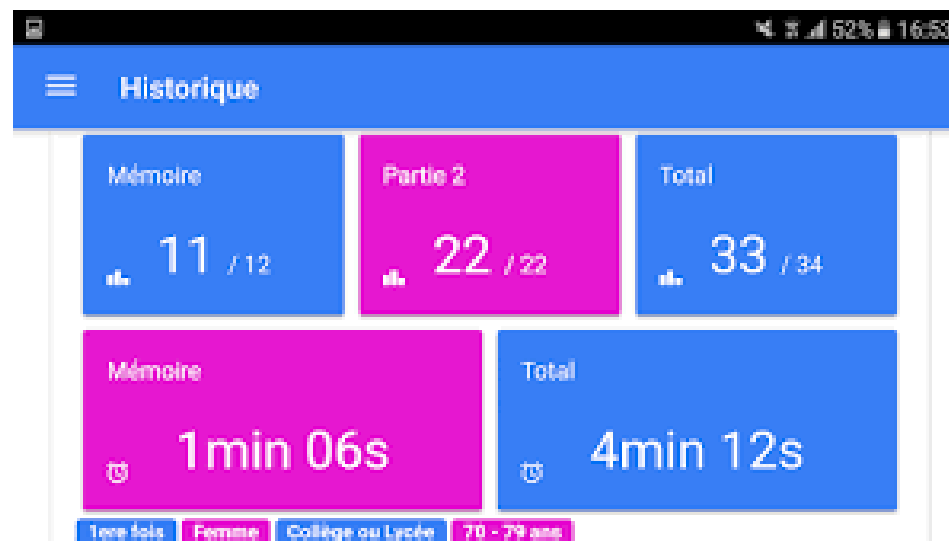
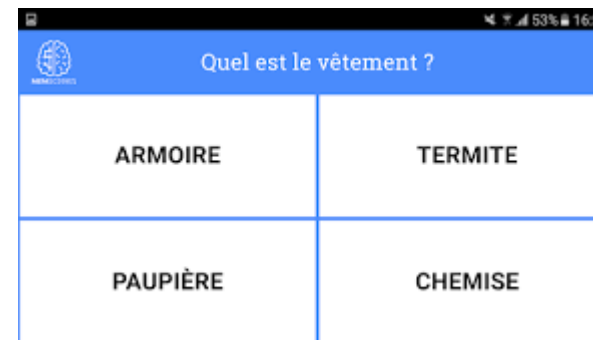
**27% de risque d'évolution vers MCI à 4 ans**

**Mais d'autres données indiquent que la plainte peut exister 10 ans  
avant TNC majeur...**

**Une plainte stable pendant 5 ans diminuerait le risque d'évoluer  
vers TNC majeur**



## Biomarqueurs « numériques »



## **TOUJOURS EVALUER L'AUTONOMIE pour IADL**

**Stade : trouble neurocognitif léger vs majeur**

**Compréhension des enjeux et des besoins**

- Aidants qui compensent ?
- Mise en danger (protection juridique ?)
- Adaptation du plan de soins (IDE à domicile)

**Echelles simples type IADL / 4 (téléphone, transports, médicaments, budget)**

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## ÉTAPE 1 – EXAMEN DU PATIENT

Sauf si spécifié, chaque question ne peut qu'être posée une seule fois.

### Nom et adresse pour un test de rappel ultérieur

Je vais vous donner un nom et une adresse. Après que je vous les ai dits, je voudrais que vous me les répétiez. Souvenez-vous de cette adresse car je vais vous la redemander dans quelques minutes: Pierre Martin, 42 rue des Acacias, Neuilly. (Faire répéter la phrase jusqu'à 4 fois si nécessaire pour un apprentissage correct.)

### Orientation temporelle

1. Quelle est la date? (Seulement si exacte)

Correct Incorrect

### Test de l'horloge (utiliser une page vierge)

2. Marquez, s'il vous plaît, les nombres pour indiquer les heures sur l'horloge. (espacement correct requis)

3. Marquez les aiguilles pour qu'il soit 11H10.

### Information

4. Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé récemment aux informations (journaux, télévision)? (Récemment = dans la semaine passée. Si la réponse est trop générale, comme "guerre" ou "pluie", demandez des détails. Ne coter qu'une réponse précise.)

### Rappel

5. Quels étaient le nom et l'adresse que je vous ai demandés de retenir?

Pierre

Martin

42

Rue des Acacias

Neuilly

Additionnez les réponses correctes:

Score total:  sur 9

9 Aucune déficience cognitive significative  
Pas de nécessité d'autres examens

5 – 8 Nécessité d'informations additionnelles  
Procédez à l'étape 2 du test à la page suivante

0 – 4 Indication d'une détérioration cognitive  
Conduisez des examens standards

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## ÉTAPE 2: INFORMATIONS VENANT DE L'INFORMATEUR

Nom de l'informateur: \_\_\_\_\_

Relation entre l'informateur et le patient (parent/ami...): \_\_\_\_\_

Demandez l'informateur:

Par rapport à il y a 5–10 années,

OUI NON Ne sait pas N/A

1. Est-ce que le patient a plus de difficultés qu'auparavant à se souvenir des choses qui lui sont arrivées récemment?

2. Est-ce qu'il ou elle a des difficultés pour se souvenir des conversations d'il y a quelques jours?

3. Est-ce qu'il ou elle a plus de difficultés à trouver le bon mot ou a une tendance à remplacer un mot par un autre?

4. Est-ce que le patient est moins capable de gérer son argent ou son budget?

5. Est-ce que le patient est moins capable de gérer ses médicaments de façon indépendant?

6. Est-ce que le patient a besoin d'aide supplémentaire pour ses transports (privés ou publics)? (Si le patient a des difficultés seulement causer par des problèmes physique, par exemple mal au jambes, cochez 'non'.)

Additionnez les réponses 'NON', 'Ne sait pas' ou 'N/A (non applicable)':

Score total:  sur 6

4 – 6 Aucune déficience cognitive significative  
Pas de nécessité d'autres examens

0 – 3 Indication d'une détérioration cognitive  
Conduisez des examens standards

En cas de renvoi à un spécialiste, mentionnez les scores individuels pour les deux étapes de test GPCOG:

ÉTAPE 1 Examen du patient: \_\_\_ / 9

ÉTAPE 2 Entretien avec l'informateur: \_\_\_ / 6 ou N/A

## FAUT-IL FAIRE UN BILAN BIOLOGIQUE ?

### Oui toujours :

- Au minimum NFS iono créat CRP TSHus Ca albuminémie glycémie
- Selon terrain on peut faire en plus
  - Vitamines B12 et folates (expliquent rarement l'ensemble des symptômes)
  - Sérologie VIH, TPHA VDRL Lyme ... rentabilité très faible !

## FAUT-IL FAIRE UNE IRM CEREBRALE ?

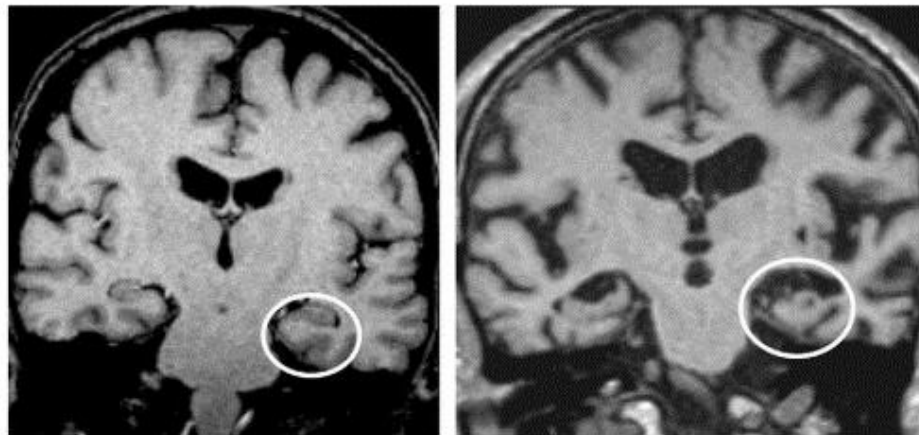
### Oui toujours :

- Sauf contre-indication
- - L'IRM cérébrale devrait comporter notamment une séquence T1 volumétrique, une
- séquence FLAIR, une séquence sensible aux saignements (T2\* ou T2EG, SWI ou SWAN).
- - Une injection de produit de contraste n'est pas nécessaire en première intention

Table 2. Visual assessment of medial-temporal-lobe atrophy

Score	Width of choroid fissure	Width of temporal horn	Height of hippocampus
0	Normal	Normal	Normal
1	↑	Normal	Normal
2	↑↑	↑	↓↓
3	↑↑↑	↑↑	↓↓
4	↑↑↑	↑↑↑	↓↓↓

↑=increased, ↓=decreased. Reproduced with permission of BMJ Publishing Group.<sup>23</sup>



Classification de Scheltens

**Fig. 2**

Grade 0



Grade 1



Grade 2

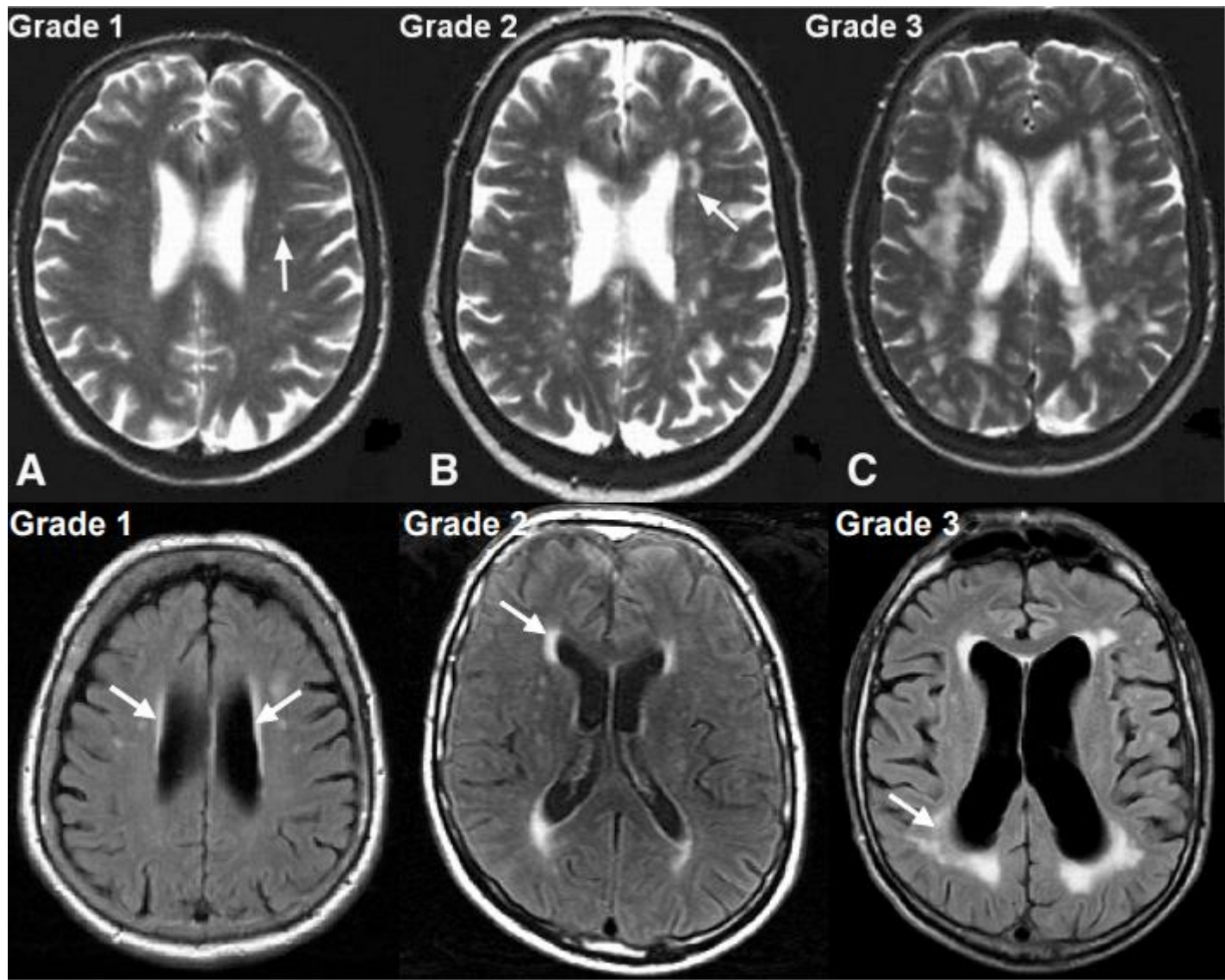


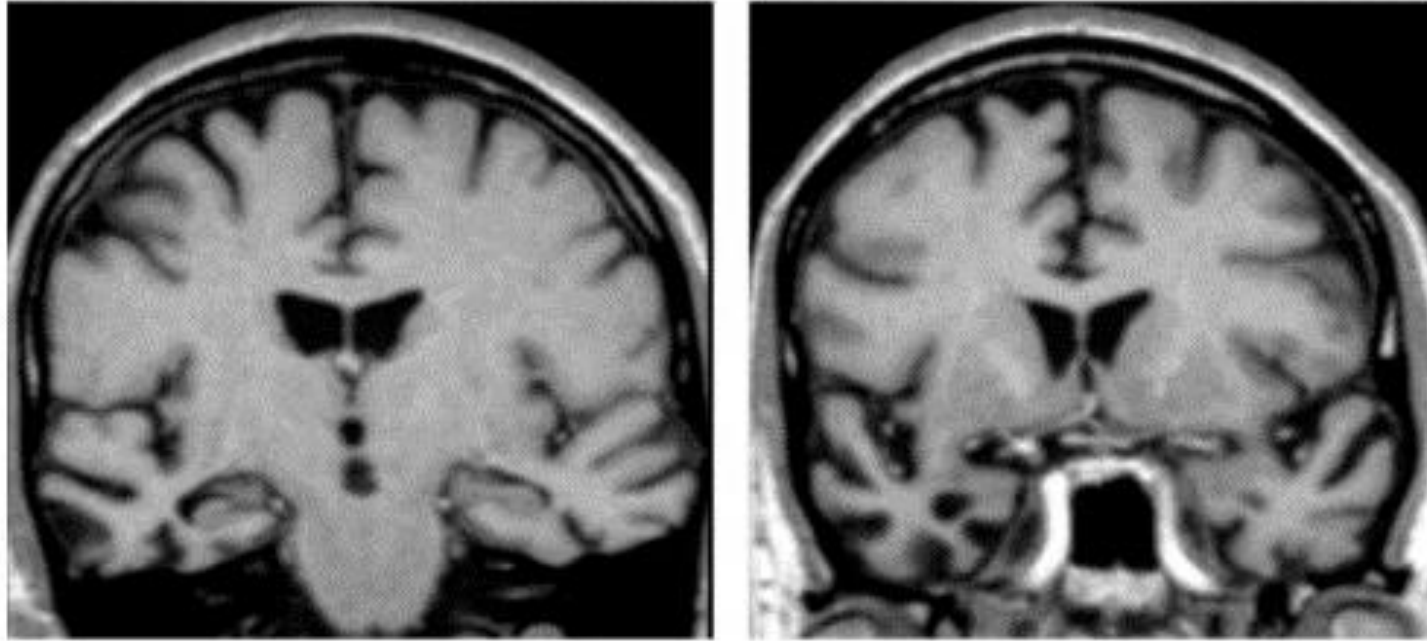
Grade 3



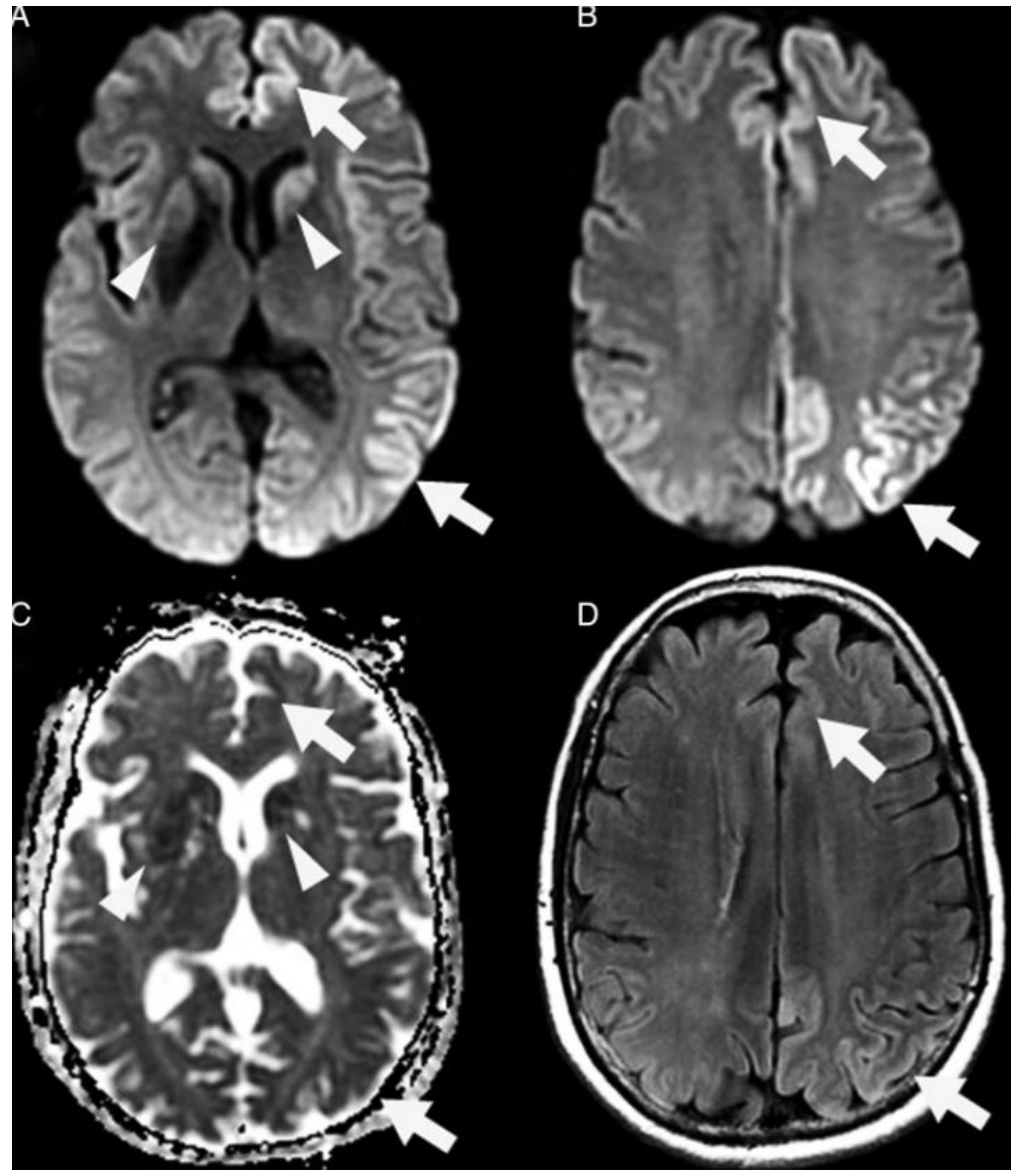
Grade 4

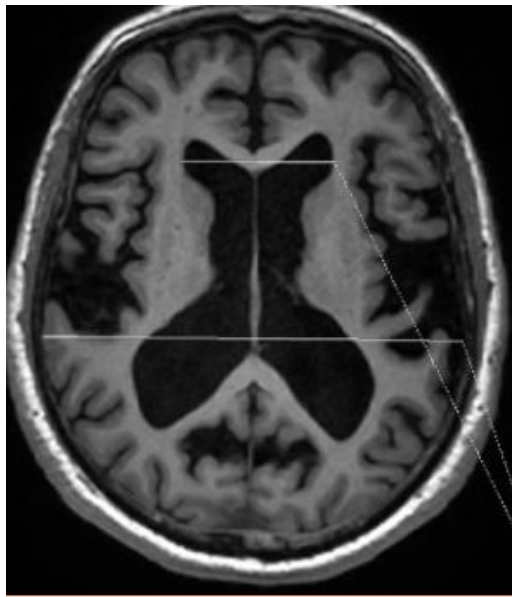




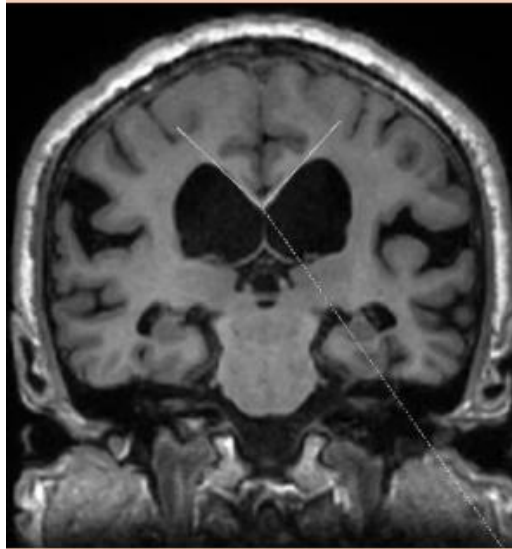


L'atrophie hippocampique n'est pas un marqueur très spécifique de MA ... comparé aux DLFT ou à la MCL





*Index de Evans*



*Angle calloso-maginal*

Post de CERBA

**CERBA**  
22845 abonnés  
1 mois

[Outil d'orientation diagnos  
plasmatique]  
English version below  
Le dosage plasmatique du pTau

👉 Ce test constitue un outil d  
de sang.

Ce nouveau dosage permet d'  
explorations complémentaires,  
biomarqueurs dans le LCR, che  
une évaluation neurocognitive

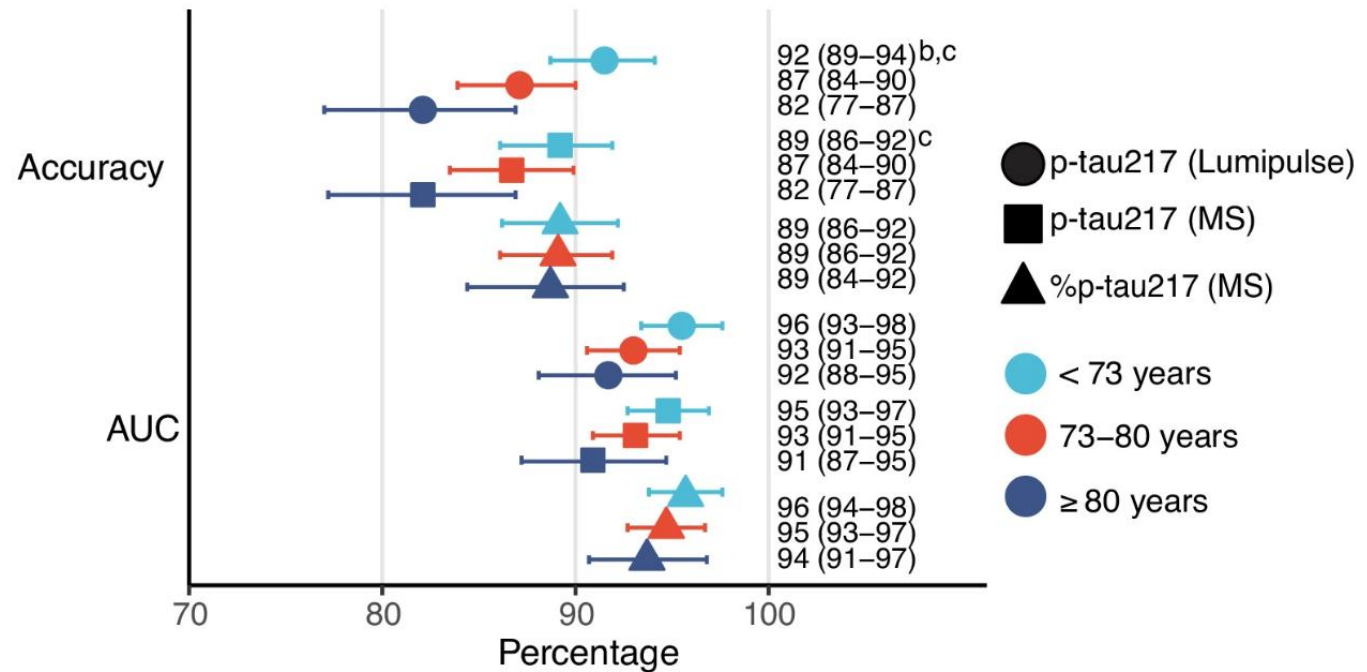
🎯 Pourquoi le pTau217 ?  
Les données scientifiques récer  
- une forte corrélation avec le s  
- une performance supérieure.  
disponibles.  
- une excellente distinction (AL

📌 Cette avancée s'inscrit pleir  
repérage précoce des maladies

**Extended Data Fig. 9: Comparison of assay performances between different age groups.**

Palmqvist et al. Nature Med  
2025

From: [Plasma phospho-tau217 for Alzheimer's disease diagnosis in primary and secondary care using a fully automated platform](#)



b: significantly higher than group 2 (age 73-80), p < 0.05

# BIOMARQUEURS PLASMATIQUES : progrès ou chaos ?

## Avantages à court terme

Sensibilisation de tous les acteurs et des patients / aidants au dépistage de la MA

Screening avec bonne VPP / VPN pour amyloïdopathie

Très (trop ?) simple à prescrire

## Dangers court terme

**Ptau217 élevée ≠ maladie d'Alzheimer**

Pas de **cadre de prescription clair** (en cours)

Nécessité d'une **évaluation clinique** associée au biomarqueur

Risque de nombreux FP si mauvaise utilisation

Surdiagnostic + erreurs et adressage massif CMRR

Examens invasifs par excès

## ORIENTATION DU PATIENT

**Si MMSE > 18 et motivation → toujours considérer bilan NP**

En HDJ de gériatrie

En ville

En CMRR problème = délais +++

**Si symptomatologie très spécifique → avis spé neurocognitif**

Troubles instrumentaux (langage, praxies, gnosies)

Atteinte cognition sociale

Signes spécifiques maladie à corps de Lewy

## SITUATION D'URGENCE 1

Monsieur A. 80 ans est suivi pour une maladie d'Alzheimer débutante (MMSE = 25/30, encore autonome sans aide professionnelle à la maison).

Depuis hier, il est agité, anxieux, son discours est complètement incohérent.

Sa femme évoque une aggravation rapide de son Alzheimer.

**Que faites-vous en pratique ?**

## **SITUATION D'URGENCE 2**

Monsieur B. 80 ans est suivi pour une maladie d'Alzheimer évoluée  
MMSE = 12/30, avec un plan de soins élaboré (SSIAD, auxiliaires de  
vie, accueil de jour). Il marche sans aide technique.

La nuit il se lève et enfile quelques vêtements, il cherche à sortir de son  
appartement par la porte ... et par le balcon.

**Que faites-vous en pratique ?**

## **SITUATION D'URGENCE 3**

Madame C 77 ans, présentait l'an dernier un trouble neurocognitif majeur avec un MMSE à 22/30, elle conservait une autonomie pour faire des courses dans le quartier, téléphoner à ses proches et prenait soin d'elle-même.

10 mois plus tard, elle est extrêmement apathique, complètement désorientée, en perte d'indépendance fonctionnelle totale. Des aides ont été mises en place en urgence. Le MMSE est à 11/30.

**Que faites-vous en pratique ?**

## « URGENCES COGNITIVES »

### **Syndrome confusionnel**

- Début brutal ET troubles de conscience
- Orientation vers SAU ou UMGA

### **Symptômes comportementaux perturbateurs**

- Dépend des symptômes, des ressources, de l'expérience du MT
- En théorie UCC / psychogériatrie mais places limitées
- Si situation très chronique : EHPAD + UVP
- Parfois UMGA pour bilan somatique

### **Déclin cognitif fulgurant avec perte d'autonomie**

- **IRM le plus vite possible et bilan biologique cf. diagnostic initial**
- **Hospitalisation en gériatrie / neuro pour identifier la cause**
  - Angiopathie amyloïde / AVC
  - Mie de CJ
  - SLA
  - Encéphalite auto-immune paranéoplasique

## DANS UN FUTUR PROCHE

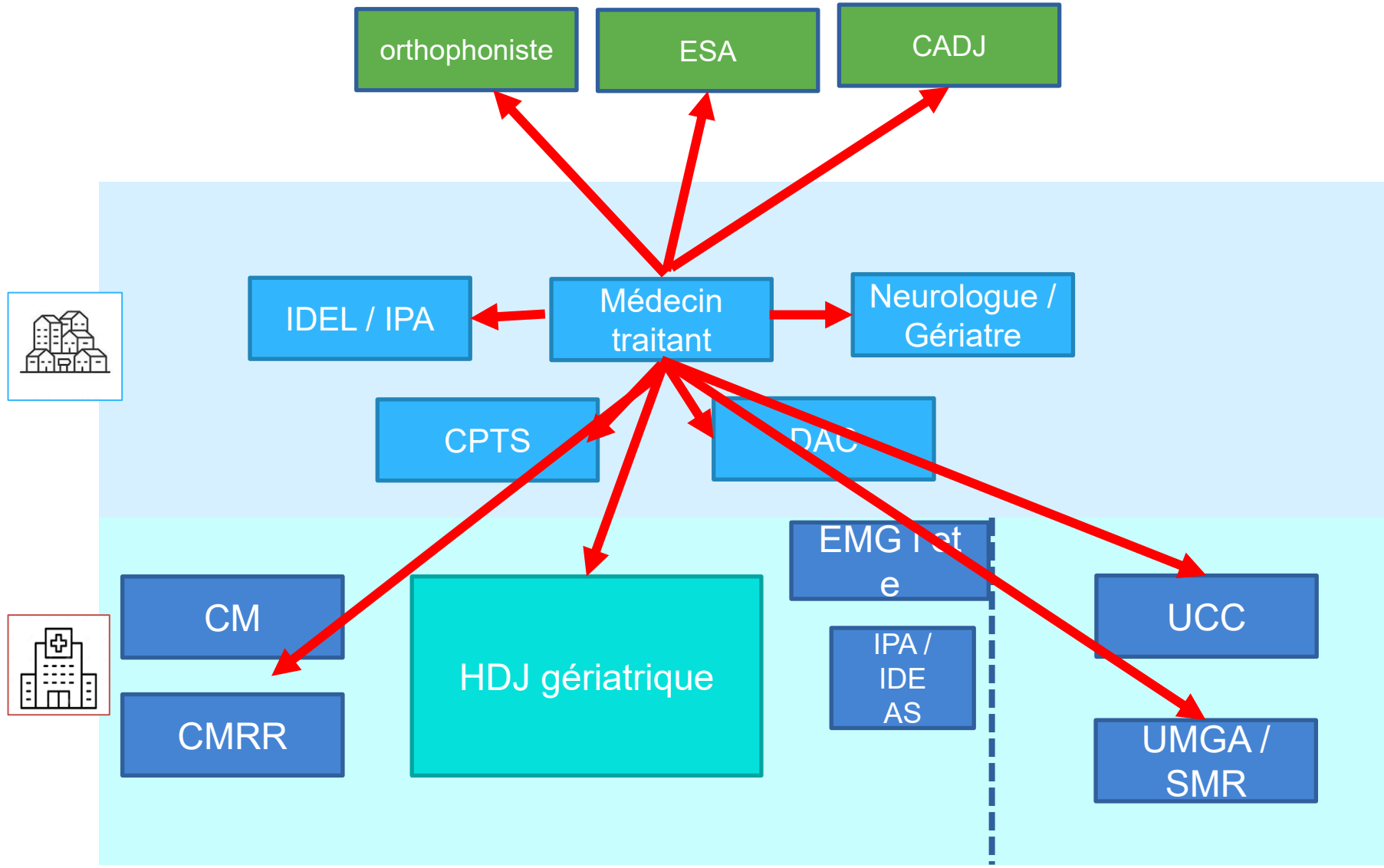


### Si traitement par immunothérapie anti-amyloïde ...

Conditions précises pour accéder au traitement (Villain et al. JPAD 2025)

Si un patient cumule tous les « feux verts » → accès rapide traitement

- MMSE > 20 (voire 22)
- Pas d'anticoagulants
- Pas de signes d'angiopathie amyloïde IRM
- Génotype non APOE4/E4
- Confirmation du diagnostic par biomarqueurs



# Messages clés

- **Caractériser toutes les plaintes cognitives +++**
- **Si signes d'alerte / inquiétude entourage : tests de dépistage**
- ➔ **Tests numériques en salle d'attente ?**
- **Retentissement sur l'autonomie**
- **Faire largement IRM et bilan biologique**
- **Parcours de soin qui se redessineront avec nouveaux traitements ? Et nouveaux biomarqueurs ?**



Merci de renseigner le questionnaire  
de satisfaction