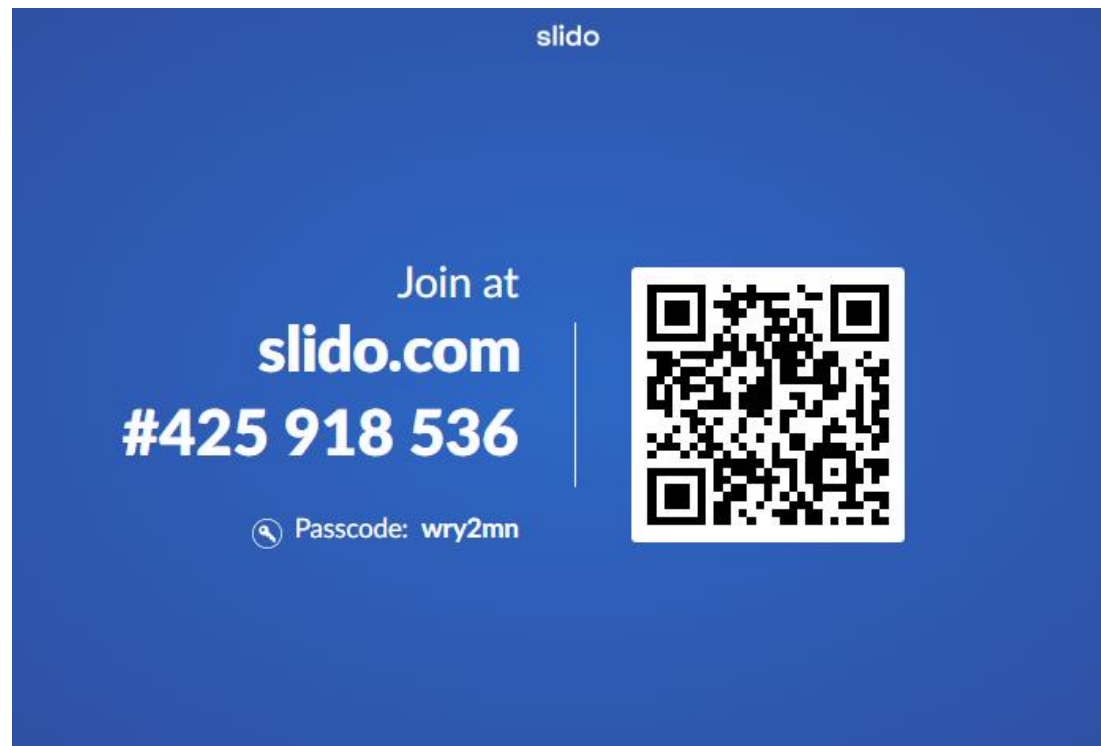


# SONDAGE INTERACTIF

Participants à distance : Le système de vote s'affichera sur votre écran


Participants dans la salle: Merci de scanner le **QR code** ci-dessous :



slido

Join at  
**slido.com**  
**#425 918 536**

🔍 Passcode: **wry2mn**





**CHUV** Service de gériatrie  
et réadaptation gériatrique  
Service universitaire de  
psychiatrie de l'âge avancé

  
CENTRE LEENAARDS  
DE LA MEMOIRE - CHUV

**mfv**  
Médecins de famille Vaud

Formation continue sur  
la médecine de la personne âgée

**« Docteur,  
j'oublie tout. »**

# Mon patient âgé a une plainte cognitive

Formation continue Médecine de la personne âgée

Vignette clinique

Dre Céleste Joly Schwartz

Madame F. A, 81 ans

- HTA
- Athéromatose diffuse, non traitée
- Troubles digestifs sans précision
- Constipation
- Risque de dénutrition protéino-calorique
- Episode dépressif 2014, ttt par Citalopram
- S/p cure d'hallux valgus D 1991
- S/p HE pour hémorragie 1985

## Traitement actuel

- Calcimagon D3 1-0-0
- Mirtazapin 15 mg 0-0-0-1
- Movicol sachet 0-0-1
- Dafalgan 1g 3x/jour en réserve

# Psychosocial

- Origine italienne, en CH depuis années 50.
- Mariée, problèmes de couple «depuis toujours».
- 2 enfants, une fille très présente, un fils, 4 petits-enfants.
- Pas de formation, ne sait plus combien d'années elle est allée à l'école, en Italie.
- Femme au foyer puis conciergerie pendant des années.
- Fréquentait un fitness presque quotidiennement.

# Avril 2019

- Premier contact
- Troubles du transit
- Conflits +++ de couple

Observation personnelle: «ça part dans tous les sens, qu'est-ce que je loupe?»

# Juin 2020 (COVID!!!)

- Stop travail 31 mai
- Fitness fermé
- Angoissée +++, multiples plaintes somatiques, baisse appétit.
- Status sp hormis perte de poids
- Labo sp



# Juin 2020 (COVID!!!)

- Proposition mise en place Mirtazapine refusée puis acceptée après discussion avec sa fille
- Par la suite, évolution lentement favorable, se sent mieux, dort mieux, mange plus mais poids reste bas.
- Situation toujours tendu ++ à la maison
- Proposition diététicienne refusée à chaque fois.
- Suivi régulier aux 4-6 sem, «petits bobos», plutôt stable

# Décembre 2021

- Vient en consultation avec sa fille, sa mère «dépérit à vue d'œil», baisse appétit, poids en baisse.
- Thymie abaissée, discours tangent, peu informatif.
- Persévère ++, reste bloquée sur histoires de conflits banaux de avec entourage.
- Inquiétude en lien avec infestation de «petites bêtes»

# Décembre 2021

- AVQ 6/6
- AIVQ 5/8 (payements, transports publics et lessive)
- Ne sort plus qu'accompagnée (par son mari!)

# A quoi pensez-vous?

A: Episode psychotique

B: Episode dépressif

C: Etat confusionnel aigu

D: Syndrome neurocognitif

E: Autre

# Que faites-vous?

A: Placement

B: Augmenter l'antidépresseur

C: Mise en place d'aide à domicile (TMRL, visite infirmière...)

D: Investigations (laboratoire, dépistage cognitif...)

E: Rien

# Bilan biologique

- FSC sp
- Fonction rénale sp
- **Légère augmentation GGT 65UI/l et ALAT 42UI/l**
- **Acide folique norme inférieure (9 nmol/l)**
- B12, TSH, Ca<sup>++</sup> corr sp...

# MOCA

| VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF   |  | Copier le cube   |         | Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) |                 | POINTS                                |   |
|---|--|--|---------|---|-----------------|---------------------------------------|---|
|   |  |  |         |   |                 | 1/5                                   |   |
| [ ]   |  | [ ]  |         | [+]<br>Contour                            | [ ]<br>Chiffres | [ ]<br>Aiguilles                      |   |
| DÉNOMINATION  |  |  |         |   |                 |                                       |   |
|   |  |  |         |   |                 | 2/3                                   |   |
| [+]   |  | [ ]  |         | [+]                                       |                 |                                       |   |
| MÉMOIRE   | Lire la liste de mots, le patient doit répéter.<br>Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi.<br>Faire un rappel 5 min après. | VISAGE   | VELOURS | ÉGLISE                                    | MARGUERITE      | ROUGE                                 | Pas de point                              |
|   |  | 1 <sup>er</sup> essai  | +       | -   | -               | +                                     | -   |
|   |  | 2 <sup>ème</sup> essai   | +       | -   | -               | +                                     | -   |
| ATTENTION   | Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).<br>Le patient doit la répéter.<br>Le patient doit la répéter à l'envers.              | [+]  |         | [+]                                       |                 | 1/2                                   |   |
| Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point et 2 erreurs<br>[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB |  | [ ] 93   |         | [ ] 86                                    | [ ] 79          | [ ] 72                                | [ ] 65                                    |
| oustraire série de 7 à partir de 100.   |  | 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt |         |   |                 | 0/3                                   |   |
| LANGAGE   | Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [+]<br>L'argument de l'avocat les a convaincus. [-]                           | [+]  |         | [-]                                       |                 | 1/2                                   |   |
| fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min  |  | [ ]  |         | (N≥11 mots)                               |                 | 0/1                                   |   |
| ABSTRACTION   | Similitude entre ex : banane - orange = fruit [+]<br>train - bicyclette [-]<br>montre - règle                                      | [+]  |         | [-]                                       |                 | 1/2                                   |   |
| RAPPEL  | Doit se souvenir des mots SANS INDICES<br>Indice de catégorie<br>Indice choix multiples  | VISAGE   | VELOURS | ÉGLISE                                    | MARGUERITE      | ROUGE                                 | Points pour rappel SANS INDICES seulement |
|   |  | [ ]  | [ ]     | [ ]                                       | [ ]             | [ ]                                   |   |
|   |  | -  | -       | -   | -               | +                                     |   |
|   |  | +  | +       | -   | -               |                                       |   |
| ORIENTATION   | [-] Date [+]<br>[ ] Mois [+]<br>[-] Année [+]<br>[ ] Jour [+]<br>[-] Endroit [+]<br>[ ] Ville [+]<br>[ ]                           | [+]  |         | [+]                                       |                 | [+]                                   |   |
| *Z.Nasreddine MD<br>Administré par :  |  | www.mocatest.org   |         | Normal ≥ 26 / 30                          |                 | TOTAL 12/30                           |   |
|   |  |  |         |   |                 | Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans |   |

*flour  
pour*

# Et maintenant...?

A: Consultation en psycho-gériatrie

B: IRM cérébrale et pré-cérébrale

C: Ponction lombaire

D: Bilan neuropsychologique

E: Demande de prise en charge à la Consultation de la Mémoire





Formation continue Médecine de la personne âgée

**Bienvenue au Centre Leenaards de la Mémoire, que puis-je pour vous?**  
Dans quelles situations a-t-on besoin du CLM? Adapter, individualiser la prise en charge et démystification.

## Equipe du CLM

**Centre Leenaards de la Mémoire**  
**Département des Neurosciences Cliniques**  
**UNIL/CHUV**



# En pratique pour adresser des patients pour évaluation au CLM: **medCHUV ou email**

medCHUV

Bienvenue,

Le CHUV vous ouvre directement l'accès à ses prestations afin d'améliorer la qualité et de faciliter la prise en charge des patients.

Le portail medCHUV vous permet d'adresser votre patient, de demander une hospitalisation sans passer par les urgences, de solliciter un avis sur dossier, en l'absence du patient, ou de demander des extraits de dossier patient.

Bonne utilisation !

Connexion au portail

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Login SVMid

HIN

Login HIN

Problème de connexion ?

[info.clm@chuv.ch](mailto:info.clm@chuv.ch)

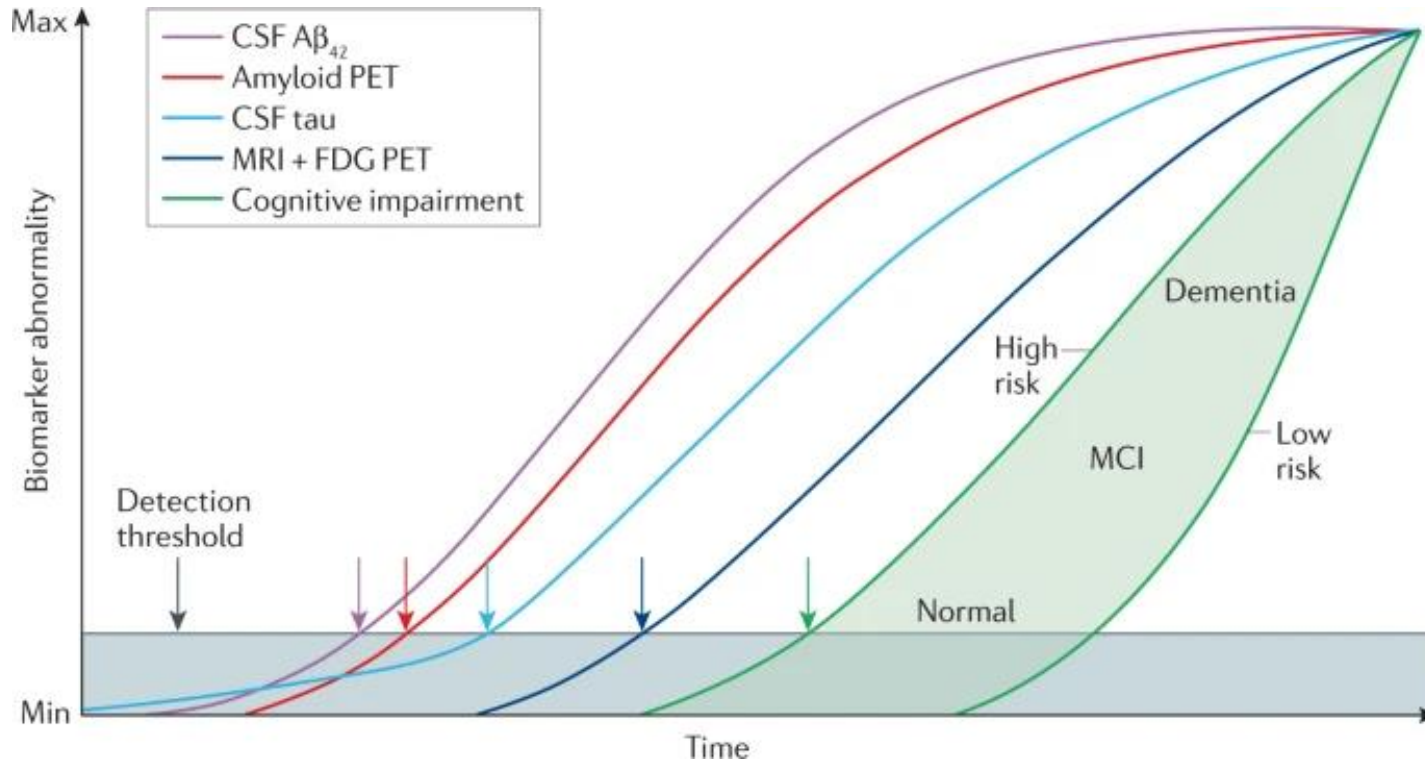


# Comment identifier les syndromes pré-dementiels au cabinet? Le Motoric Cognitive Risk syndrome

**Gilles ALLALI**

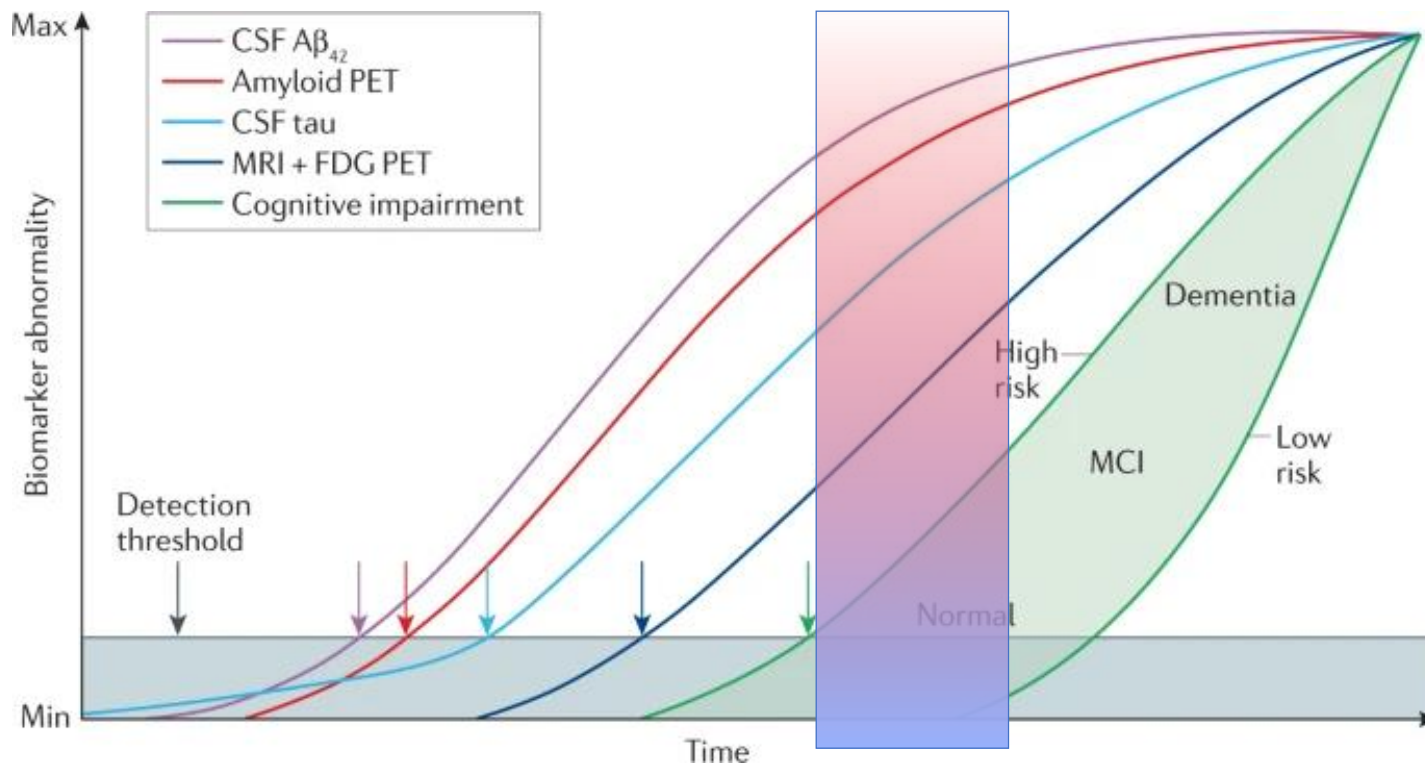
**Directeur du Centre Leenaards de la Mémoire  
Département des Neurosciences Cliniques  
UNIL/CHUV**

# Un long chemin vers la démence...



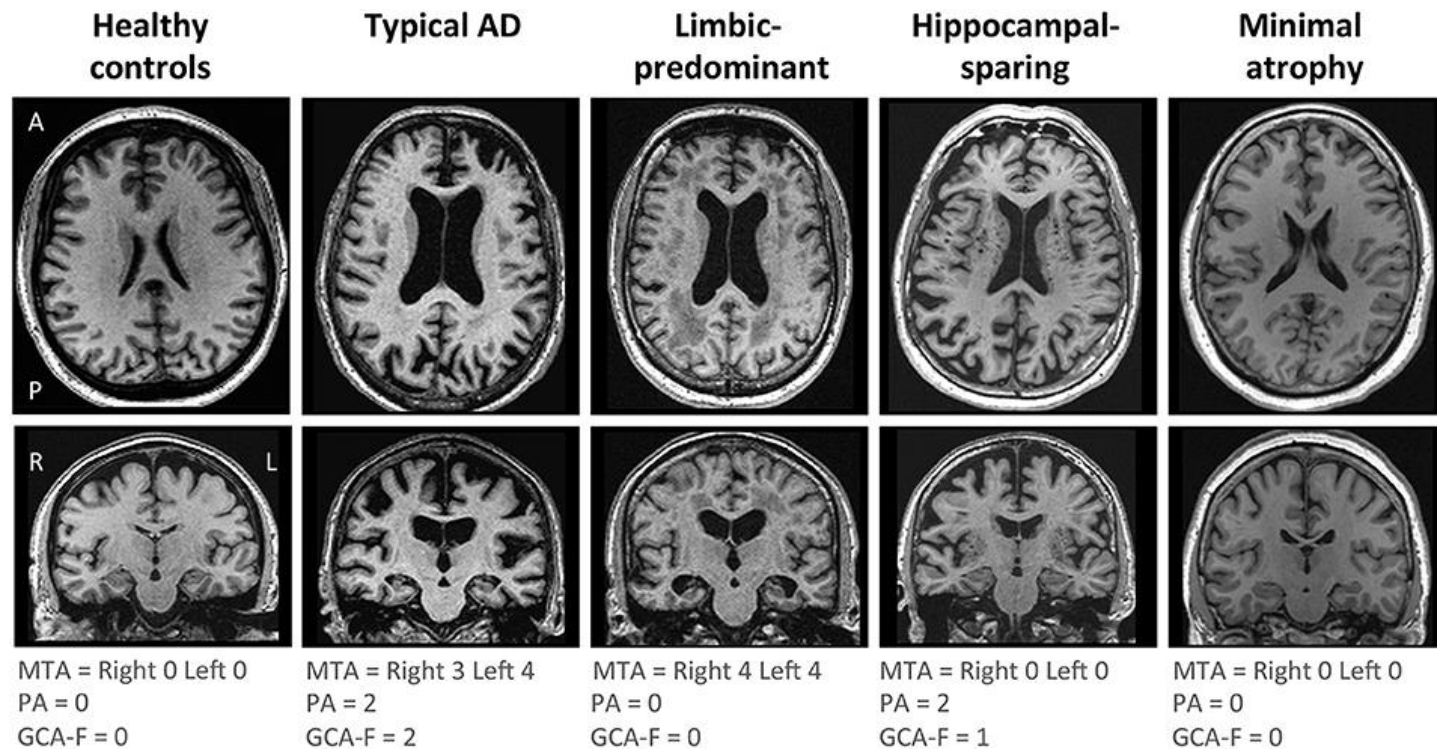
Hampel H et al. Nat Rev Neurol 2021

# Un long chemin vers la démence...



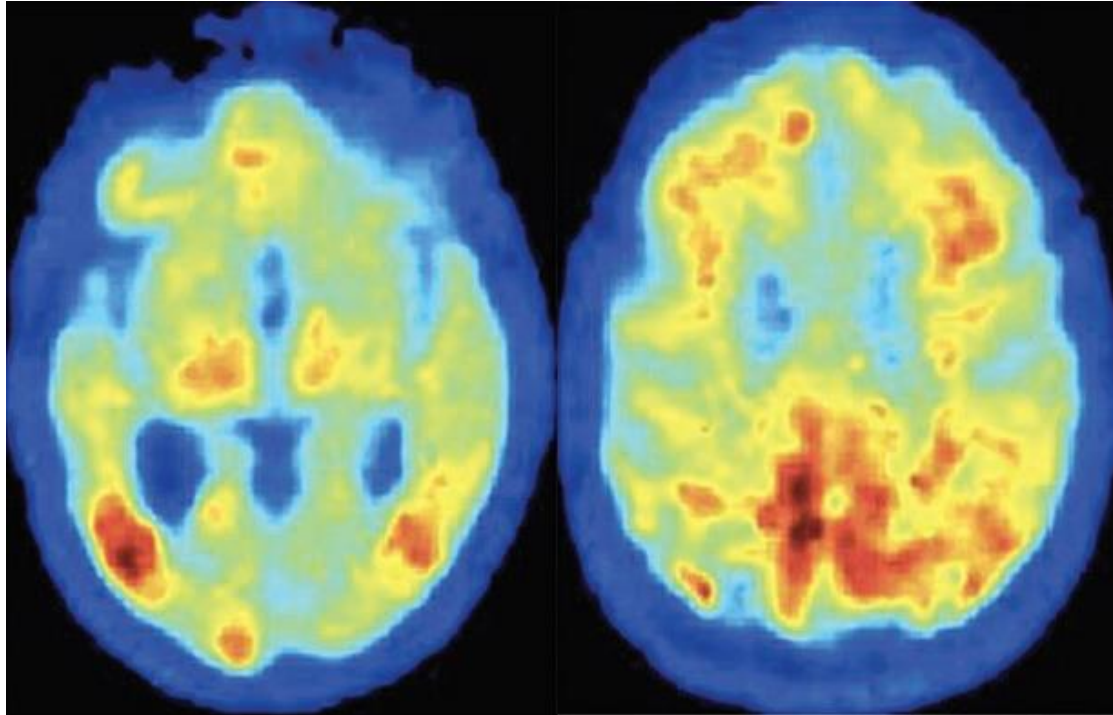
Hampel H et al. Nat Rev Neurol 2021

# L'ère des biomarqueurs



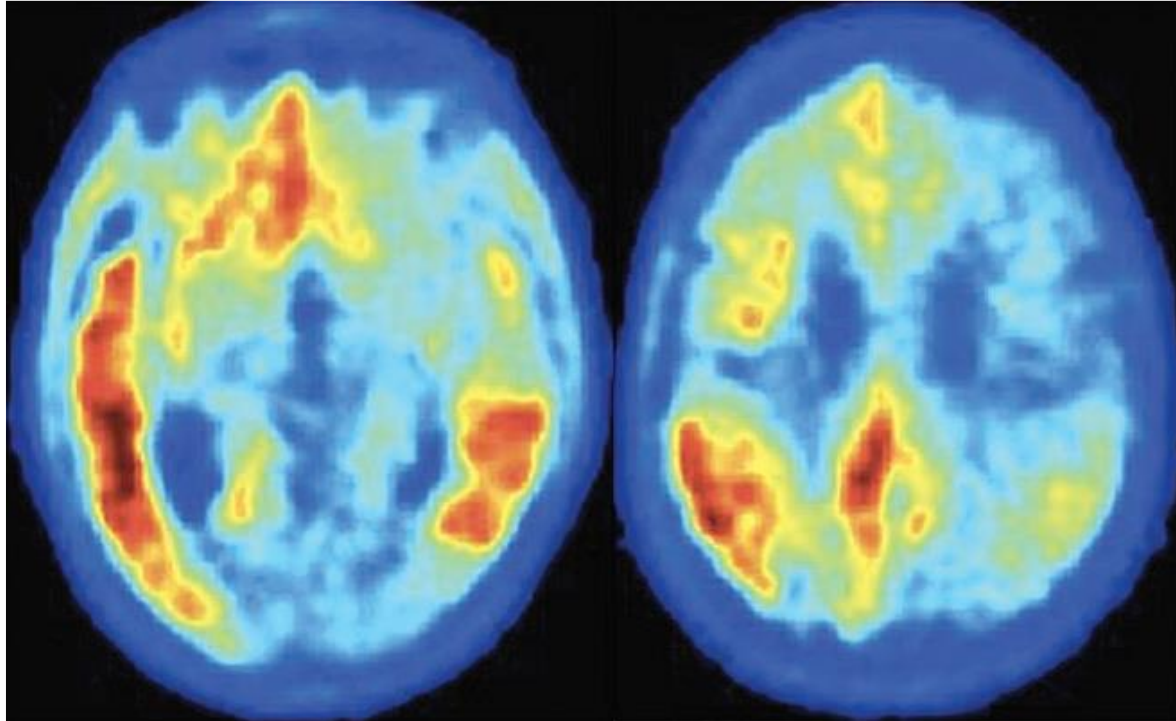
Ferreira D et al. Front Neurol 2019

## L'ère des biomarqueurs: Amyloïde



*Scheltens P et al. Lancet 2021*

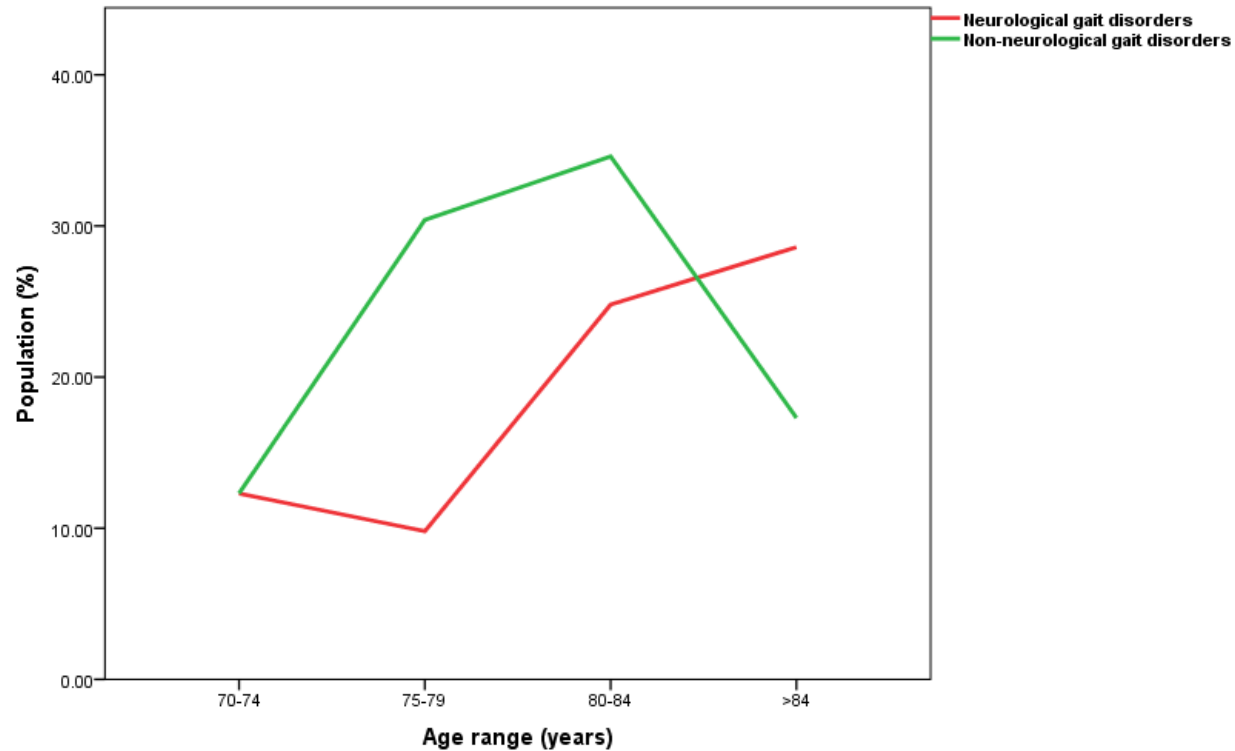
## L'ère des biomarqueurs: Tau



*Scheltens P et al. Lancet 2021*



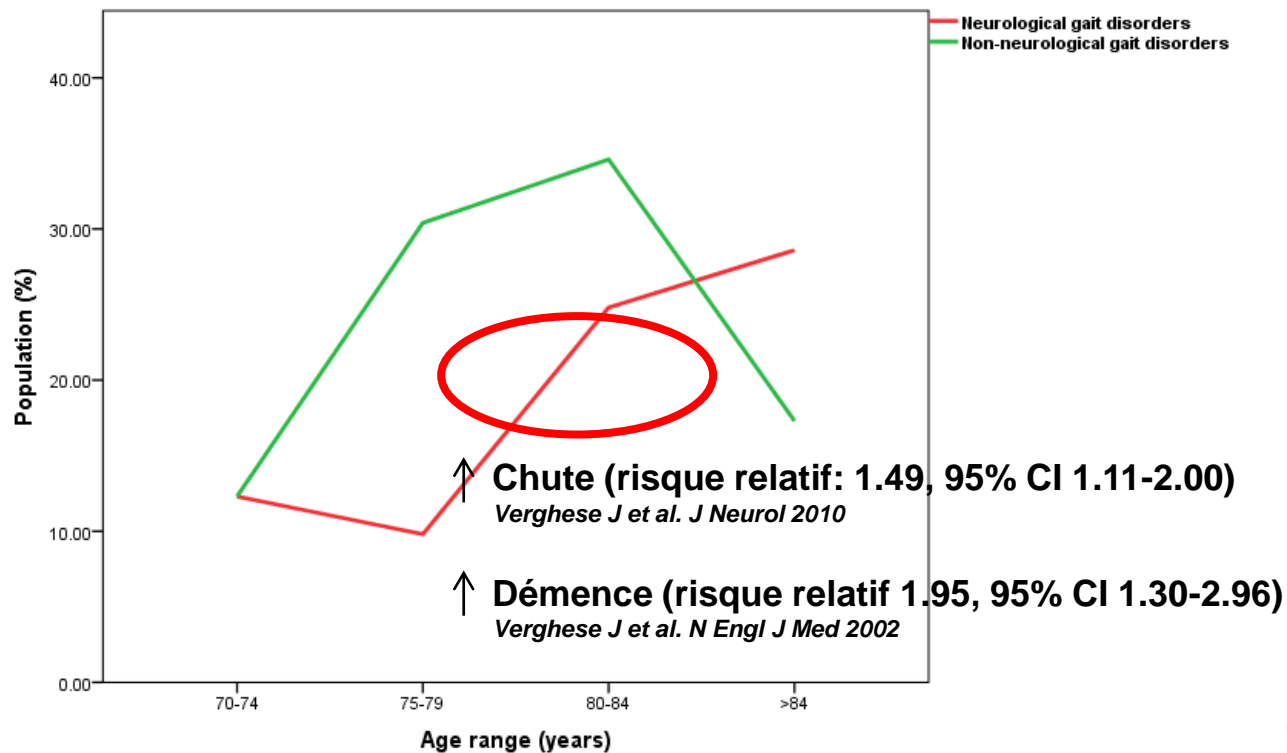
## Epidémiologie des troubles de la marche dans le vieillissement



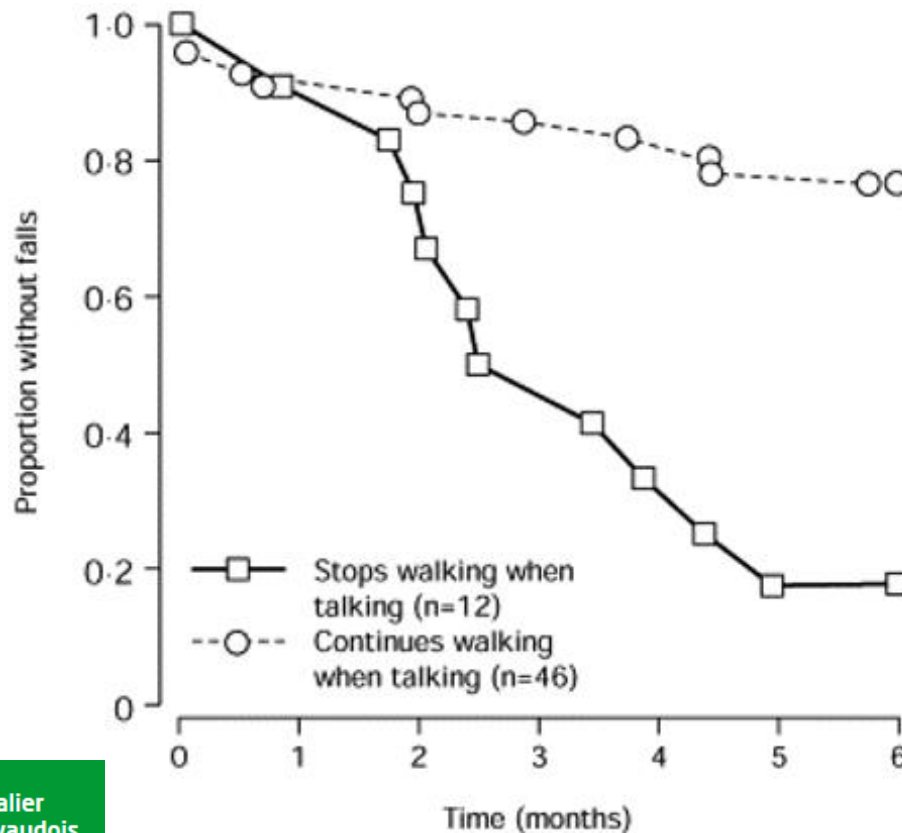
# Quiz 1: A propos des troubles de la marche d'origine neurologique:

- A. Ils augmentent avec le vieillissement.
- B. Ils sont associés à une augmentation du risque de chute.
- C. Ils sont associés à un risque accru de troubles neurocognitifs majeurs.
- D. A, B, C

## Epidémiologie des troubles de la marche dans le vieillissement



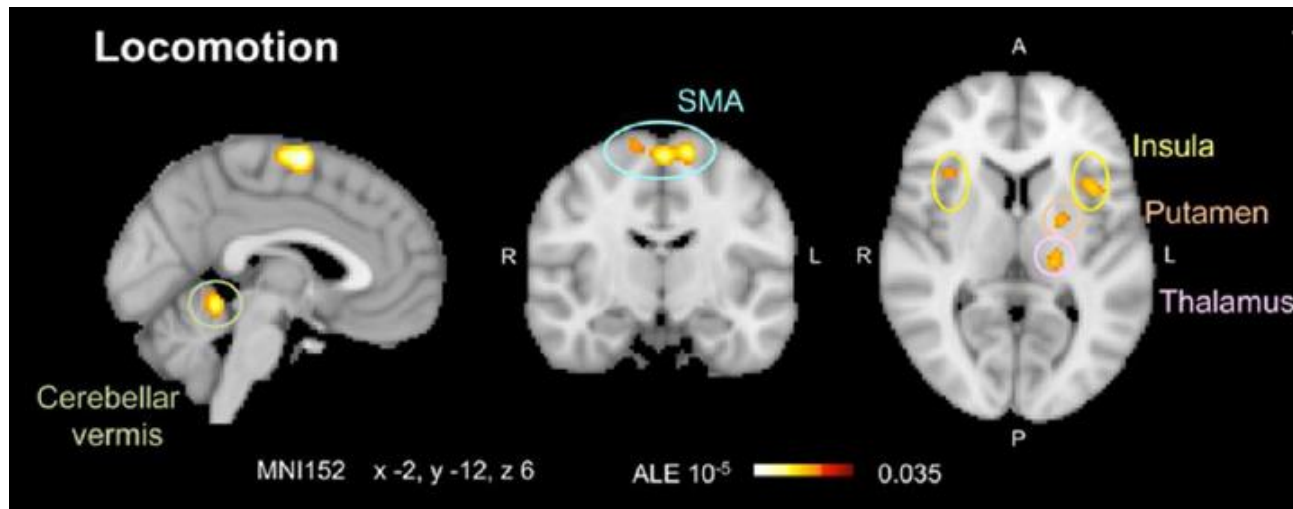
## Etude princeps: Observation d'une physiothérapeute



# Réseaux cérébraux en lien avec la marche



22 studies, 369 subjects, 45 contrasts



# Marche frontale versus parkinsonienne



# Marche Parkinsonienne versus Frontal

Table 1  
Clinical and neuropsychological features in subjects with frontal gait and parkinsonian gait

|                                  | Frontal<br>(N=11) | Parkinson<br>(N=9) | P-value |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|---------|
| Age, years                       | 84.5±5.2          | 77.7±4.8           | 0.007   |
| Men, n                           | 4                 | 5                  | 0.91    |
| Education, years                 | 13±4.6            | 10.8±4.3           | 0.24    |
| <i>Clinical signs</i>            |                   |                    |         |
| Hypomimia, n                     | 1                 | 8                  | 0.001   |
| Rest tremor, n                   | 0                 | 6                  | 0.001   |
| Cogwheel rigidity, n             | 0                 | 5                  | 0.01    |
| Retropulsion, n                  | 2                 | 5                  | 0.22    |
| Bradykinesia, n                  | 5                 | 9                  | 0.03    |
| Frontal release signs, n         | 6                 | 2                  | 0.03    |
| Falls, n                         | 2                 | 7                  | 0.02    |
| <i>Neuropsychological tests</i>  |                   |                    |         |
| Blessed test, total              | 4.5±4.5           | 4.1±3.6            | 0.81    |
| FCSRT total recall, points       | 45.2±4.6          | 47.2±1.7           | 0.22    |
| <i>Executive function</i>        |                   |                    |         |
| Digit span, total                | 12.4±5.5          | 11.1±2.3           | 0.76    |
| Digit symbol substitution, total | 28.9±14.8         | 26.9±8.9           | 0.88    |
| Verbal fluency test, points      | 28.3±10.3         | 17±6.1             | 0.009   |
| Trail making test B, s           | 215±123           | 245±103            | 0.50    |

Parkinsonism

# Motoric Cognitive Risk Syndrome (MCR)

Marche lente + plainte cognitive



## Epidemiologie (MCR consortium):

Prévalence: 9.7%  
(parmi 26'802 adultes non-déments originaires de 17 pays)

Facteurs de risque: Age, AVC, maladie de Parkinson, symptômes dépressifs, sédentarité, obésité;

Démence: Augmentation du risque de développer une démence.  
(aHR 1.9, 95% CI 1.5-2.3).

Chute: Augmentation du risque de chuter.  
(RR 1.44, 95% CI 1.16-1.78).

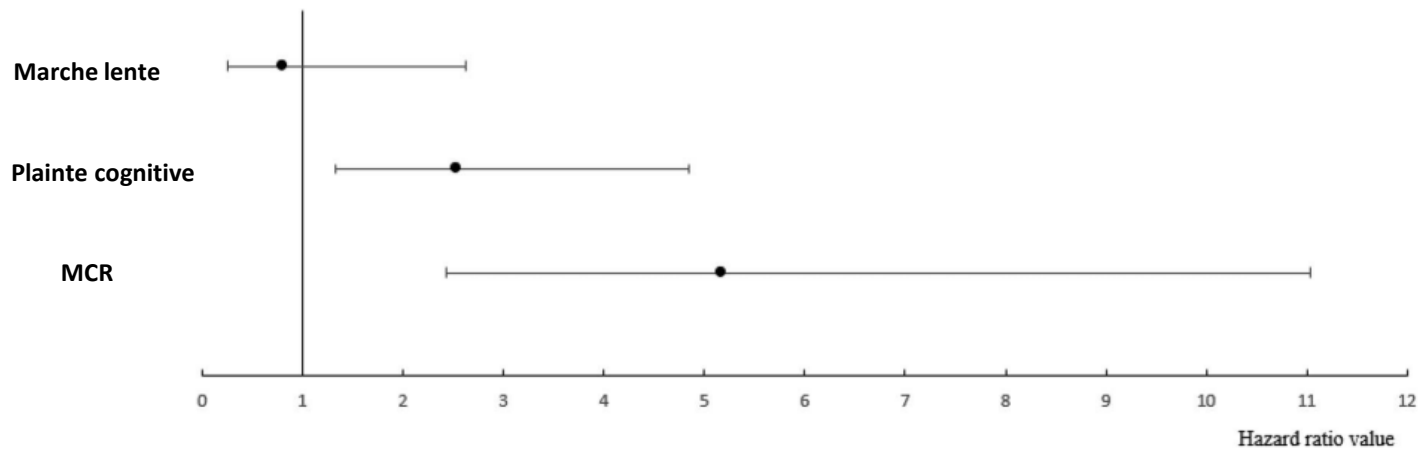


## Quiz 2: A propos du Motoric Cognitive Risk (MCR) syndrome:

- A. Il est associé à une incidence augmentée de troubles neurocognitifs majeurs.
- B. Il est associé à une augmentation du risque de chute.
- C. Il augmente avec le vieillissement
- D. A, B, C

# Motoric Cognitive Risk Syndrome (MCR):

↑ Risque de démence



*Beauchet O et al. Age Ageing 2021*

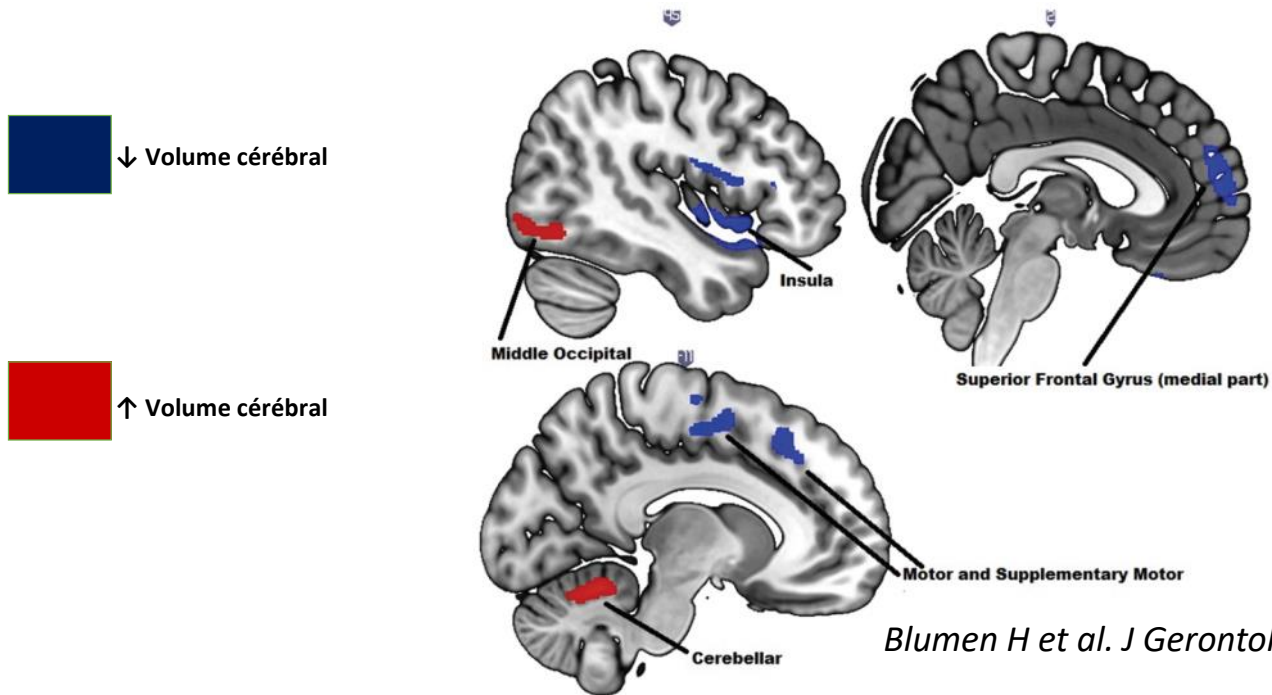
# Motoric Cognitive Risk Syndrome (MCR):

## ↑ Risque de Chute

| N = 5'958         | Chute        |             |         | Fracture de hanche post chute |             |         |
|-------------------|--------------|-------------|---------|-------------------------------|-------------|---------|
|                   | Hazard ratio | (95% CI)    | P-value | Hazard ratio                  | (95% CI)    | P-value |
| Marche lente      | 1.10         | (0.89-1.37) | 0.385   | 1.41                          | (0.86-2.33) | 0.177   |
| Plainte cognitive | 0.97         | (0.88-1.08) | 0.608   | 0.76                          | (0.57-1.01) | 0.056   |
| MCR               | 1.22         | (1.03-1.45) | 0.021   | 2.54                          | (1.78-3.63) | ≤0.001  |

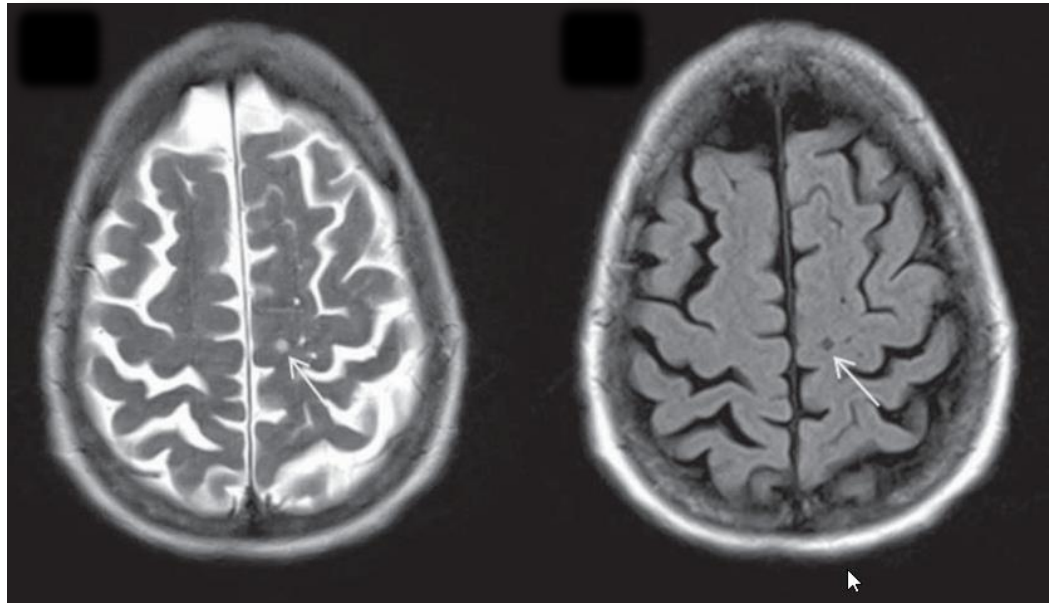
*Beauchet O et al. J Am Med Dir Assoc 2019*

## Motoric Cognitive Risk Syndrome (MCR): Substrat neuronal: atrophie cérébrale



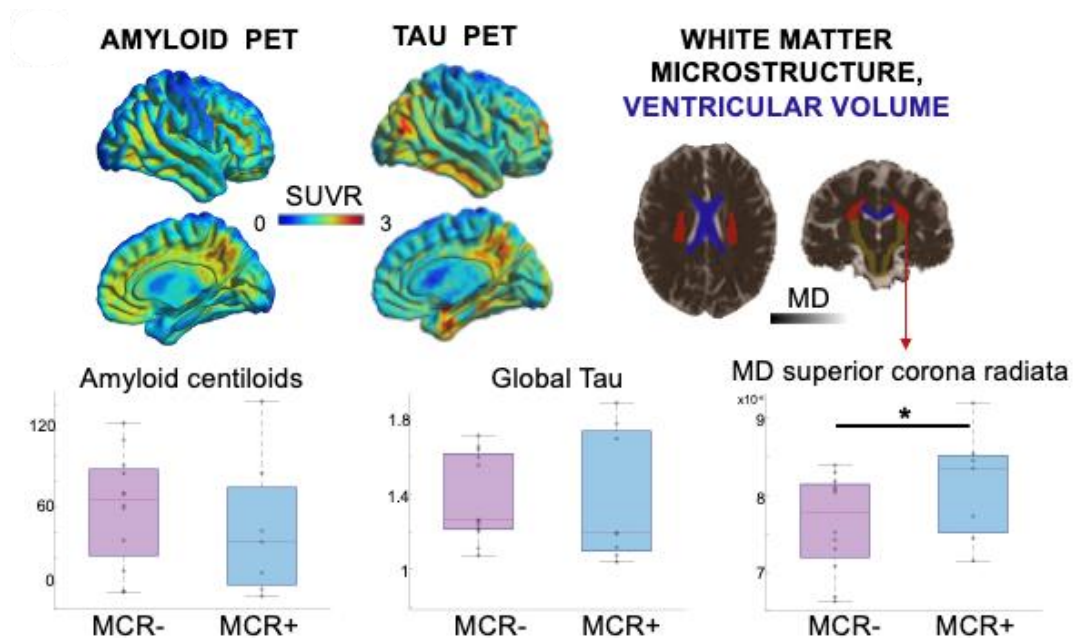
*Blumen H et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2019*

## Motoric Cognitive Risk Syndrome (MCR): Substrat neuronal: Lacunes



*Wang N et al. J Alzheimers Dis 2016*

# Substrats biologiques du MCR



Bommarito G et al. (in review)

# Management of Gait Changes and Fall Risk in MCI and Dementia

*Gilles Allali, MD PhD<sup>1,2,\*</sup> †*  
*Joe Verghese, MBBS<sup>1</sup>*

**Address**

<sup>1</sup>Department of Neurology, Division of Cognitive and Motor Aging, Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University, Bronx, NY, USA

<sup>2</sup>Department of Clinical Neurosciences, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Geneva, Switzerland

Email: gilles.allali@hcuge.ch

**Table 2. Fall risk assessment**

*Global assessment*

History of falls

Presence of fear of falling

Incontinence

*Medications*

Psychotropic drugs (i.e., benzodiazepine, neuroleptics, antidepressants)

Antiepileptics

Anti-parkinsonian drugs (high dosage)

Opioids

Non-steroidal anti-inflammatory drugs

Diuretics

Anti-arrhythmic drugs (i.e., type 1a anti-arrhythmic drugs, digoxin)

*Neurological assessment*

Type and severity of cognitive impairment: AD versus non-AD dementia

Gait and balance disorders

Other neurological impairment (i.e., seizure, peripheral neuropathy, cerebellar syndrome)

*Cardiovascular assessment*

Heart rate and rhythm

Postural hypotension

*Osteoarticular assessment*

Feet and footwear

Muscle strength

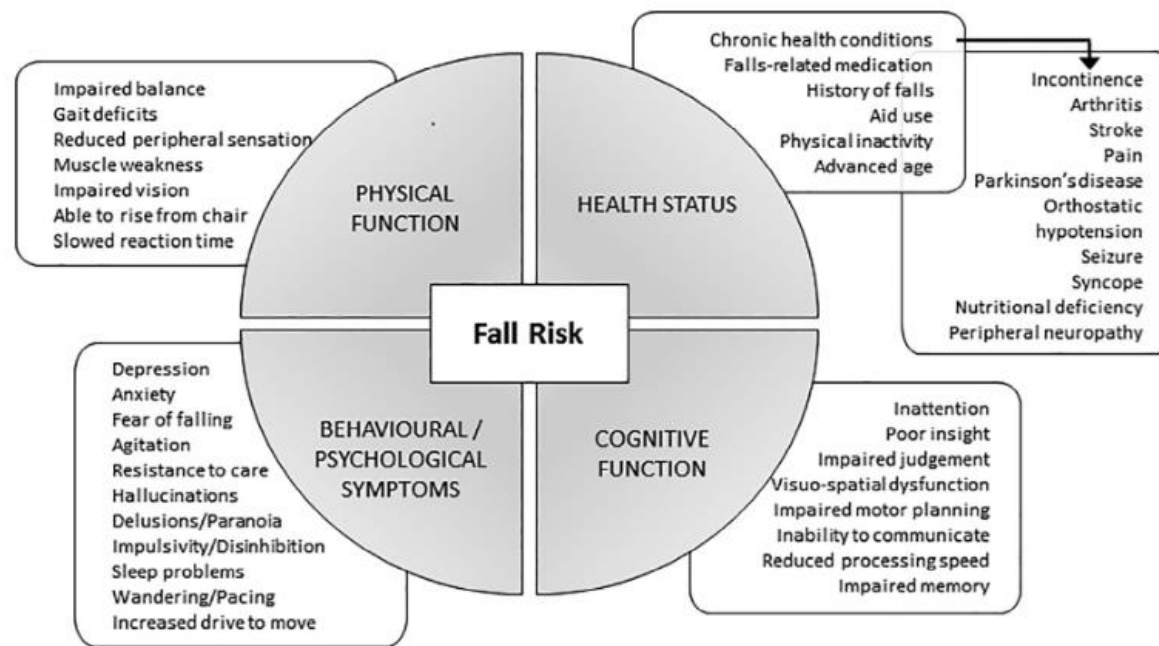
Osteoporosis risk

*Environmental hazards*



# Facteurs similaires chez les patients avec démence avancée...

FIGURE 1. Factors contributing to falls in advanced dementia.



# Falls and Cognition in Older Persons

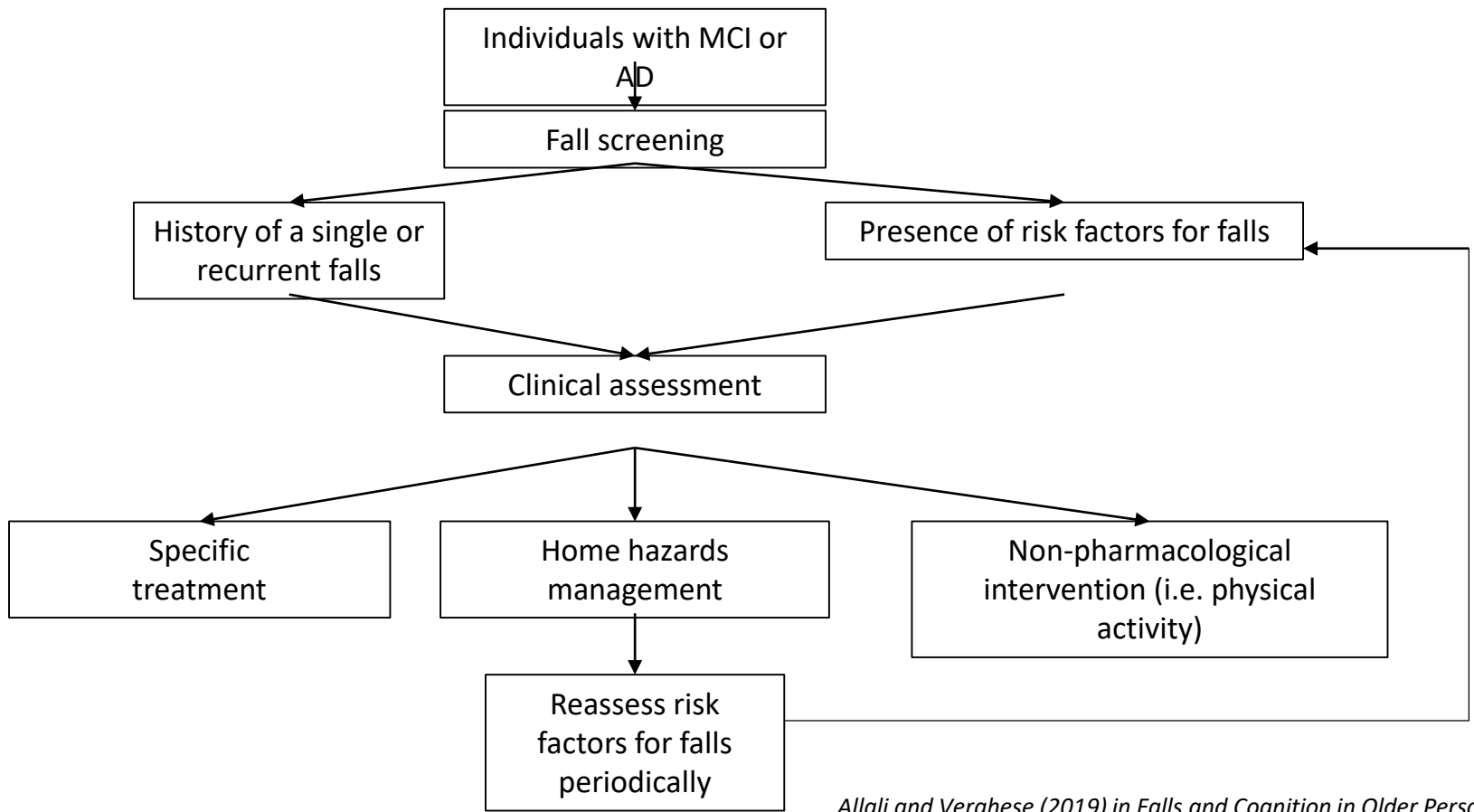
Fundamentals, Assessment  
and Therapeutic Options

Manuel Montero-Odasso  
Richard Camicioli  
*Editors*

 Springer

 Centre hospitalier  
universitaire vaudois

  
CENTRE LEENAARDS  
DE LA MEMOIRE – CHUV



*Allali and Verghese (2019) in Falls and Cognition in Older Persons*

# Conclusion

- Atteintes neurodégénératives et vasculaires affectent les mécanismes associés avec la cognition et le mouvement  
→ Augmentation du risque de chute.
- Importance d'envisager une approche systématique du risque de chute chez nos patients avec troubles cognitifs afin de déterminer les facteurs de risque réversibles.
- Intérêt du Motoric Cognitive Risk syndrome.

Merci pour votre attention!

Pour toute question, n'hésitez pas à me  
contacter: [gilles.allali@chuv.ch](mailto:gilles.allali@chuv.ch)

Pause 😊  
**Reprise du  
cours  
à 10h 30**





# Réaliser le diagnostic étiologique d'une démence à l'aide de biomarqueurs radiologiques et biologiques

*Pourquoi et quand ces bilans sont-ils nécessaires ?*

**Dr Olivier Rouaud**

Neurologue

Centre Leenaards de la Mémoire



Formation continue Médecine de la personne âgée – Lausanne 17.03.2022



# Introduction : Nombreuses étiologies à l'origine de démence

- Causes non dégénératives

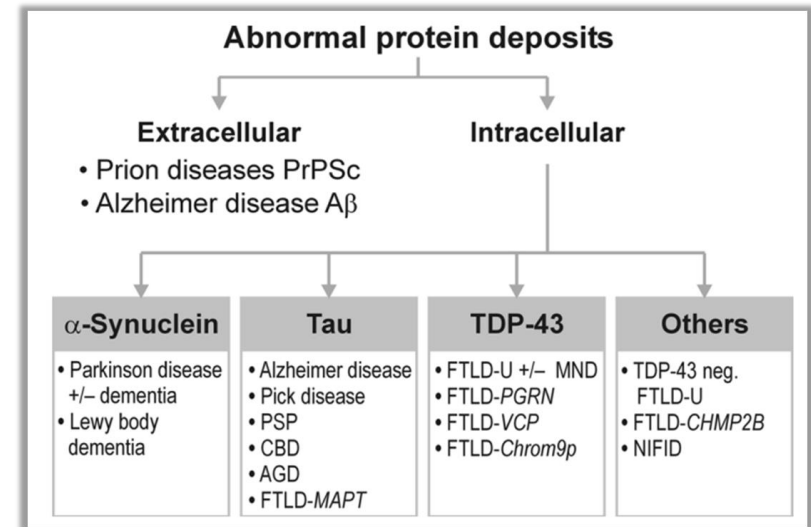
## Suspecting dementia: canaries, chameleons and zebras

Jeremy C S Johnson <sup>1</sup>, Laura McWhirter,<sup>2</sup> Chris J D Hardy,<sup>1</sup> Sebastian J Crutch,<sup>1</sup> Charles R Marshall,<sup>3,4</sup> Catherine J Mummery,<sup>1</sup> Jonathan D Rohrer,<sup>1</sup> Martin N Rossor,<sup>1</sup> Jonathan M Schott,<sup>1</sup> Rimona S Weil <sup>1</sup>, Nick C Fox,<sup>1</sup> Jason D Warren<sup>1</sup>

*Amnésie épileptique transitoire – SAOS – microangiopathies – Hydrocéphalie Chronique de l'adulte – Encéphalopathie traumatique chronique – Vasculites auto-immunes – Vasculites inflammatoires – Vasculites infectieuses – Leucodystrophies métaboliques – artériopathies génétiques – Encéphalopathies post-radiques – chemobrain – Encéphalites auto-immunes et paranéoplasiques, encéphalopathie alcoolique, iatrogénie anticholinergique, phénocopies cognitives de troubles psychiatriques...*

Johnson JCS, McWhirter L, Hardy CJD, Crutch SJ, Marshall CR, Mummery CJ, Rohrer JD, Rossor MN, Schott JM, Weil RS, Fox NC, Warren JD. Suspecting dementia: canaries, chameleons and zebras. *Pract Neurol*. 2021 Jul 2;practneurol-2021-003019.

- Causes dégénératives (protéinopathies)

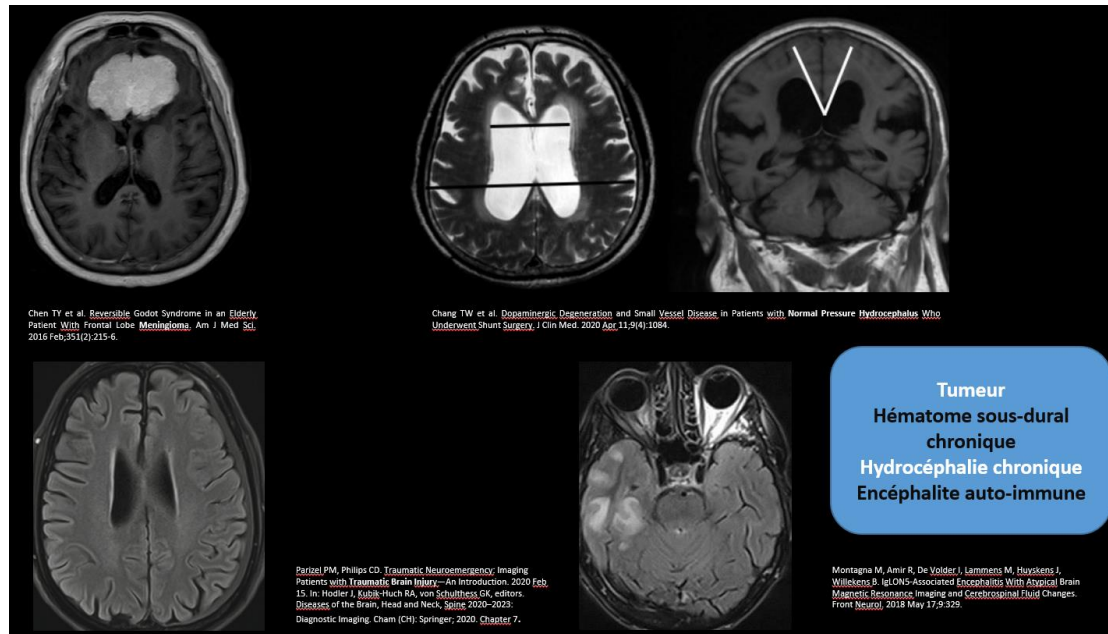






# Comment différencier un trouble cognitif progressif primaire d'un trouble cognitif secondaire ?

- **Arguments biologiques négatifs**
  - TSH, Calcémie, Folates, Vitamine B12
  - Sérologies syphilis, VIH et Lyme (en fonction du contexte)
- **Arguments radiologiques négatifs**
  - IRM cérébrale (ou à défaut CT-Scanner)
- **Autres examens en fonction du contexte (EEG, etc...).**





## Biomarqueurs diagnostiques

- Diagnostiquer les patients atteints de la pathologie étudiée (réduire l'incertitude diagnostique).
- Identifier de nouvelles cibles thérapeutiques permettant l'approfondissement de la connaissance des mécanismes physiopathologiques de la maladie.
- *≠ Biomarqueurs de dépistage*
- *≠ Biomarqueurs pronostiques*
- *≠ Biomarqueurs prédictifs*



## Objectifs

- Connaître les différents biomarqueurs accessibles en routine en 2022 pour le diagnostic étiologique de démence dégénérative
- Comprendre quand il est nécessaire de les réaliser, quand cela est utile et quand leur apport est faible



## Types de biomarqueurs des démences dégénératives

- **Topographiques** (structures et réseaux anatomo-fonctionnels)
  - IRM
  - PET Scanner au FDG
  - DAT-SCAN
- **Physiopathologiques** (protéinopathies)
  - Direct :
    - LCS (peptide amyloïde et protéine Tau)
    - PET Scanner amyloïde
    - Sanguin : progranuline
  - Indirect :
    - Polysomnographie ( $\alpha$ -synucléine)
    - Scintigraphie cardiaque au MIBG ( $\alpha$ -synucléine)
- **Etiologiques** (gènes)
  - Génétique moléculaire



## Orientation diagnostique à l'aide du profil neuropsychologique prédominant : Diagnostic cliniquement possible

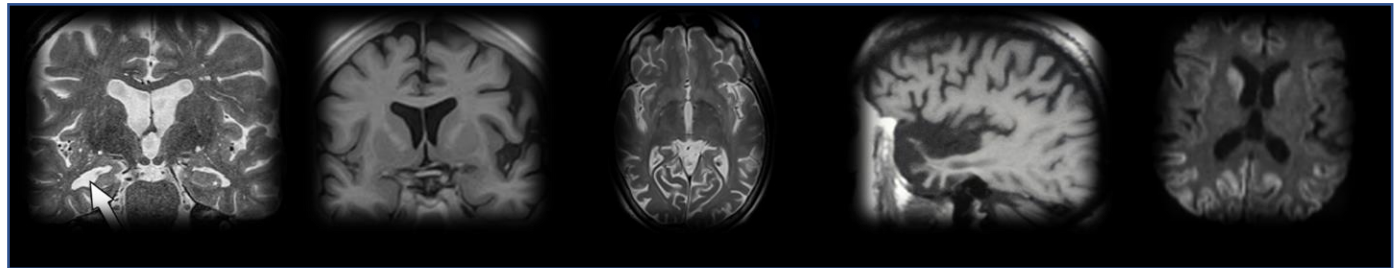
|                     | AMNESIQUE | LANGAGIER                    | VISUEL                         | EXECUTIF  | DECLIN RAPIDE                |
|---------------------|-----------|------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|
| Diagnostic possible | Alzheimer | Aphasie progressive primaire | Atrophie corticale postérieure | Dégénérescences lobaires fronto-temporales (DLFT) | Maladie de Creutzfeldt-Jacob |

⇒ Obligation d'avoir une preuve de neurodégénérescence à l'aide d'un biomarqueur topographique

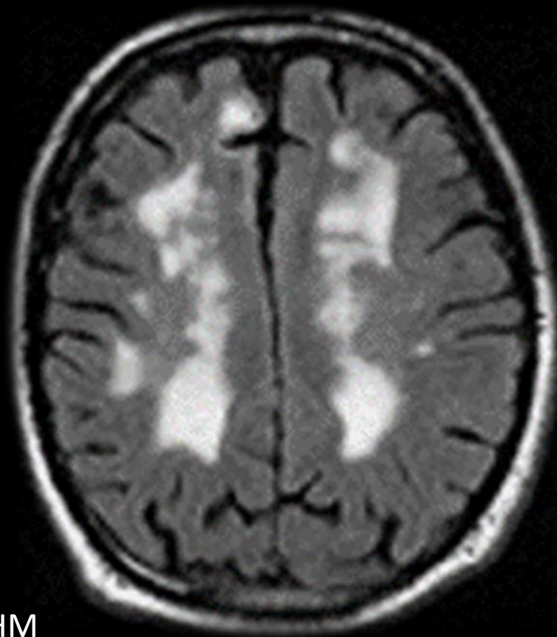


## Orientation diagnostique à l'aide du profil neuropsychologique prédominant : Diagnostic cliniquement probable (si atrophie IRM)

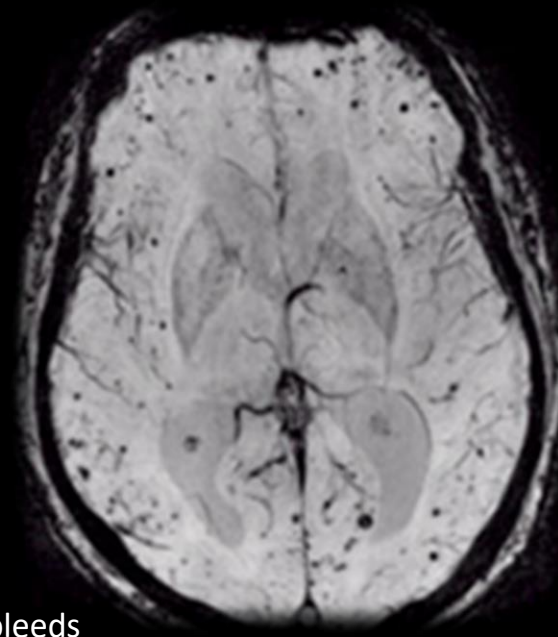
|                     | AMNESIQUE | LANGAGIER                    | VISUEL                         | EXECUTIF                                   | DECLIN RAPIDE                |
|---------------------|-----------|------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|
| Diagnostic possible | Alzheimer | Aphasie progressive primaire | Atrophie corticale postérieure | Dégénérescences lobaires fronto-temporales | Maladie de Creutzfeldt-Jacob |



**IRM** : Imagerie structurale **obligatoire** pour argumenter positivement l'hypothèse neurodégénérative et rendre le diagnostic cliniquement probable si les structures atrophiées corrént avec le phénotype clinique. Permet également d'évaluer la co-pathologie micro-vasculaire



T2 Flair : WHM

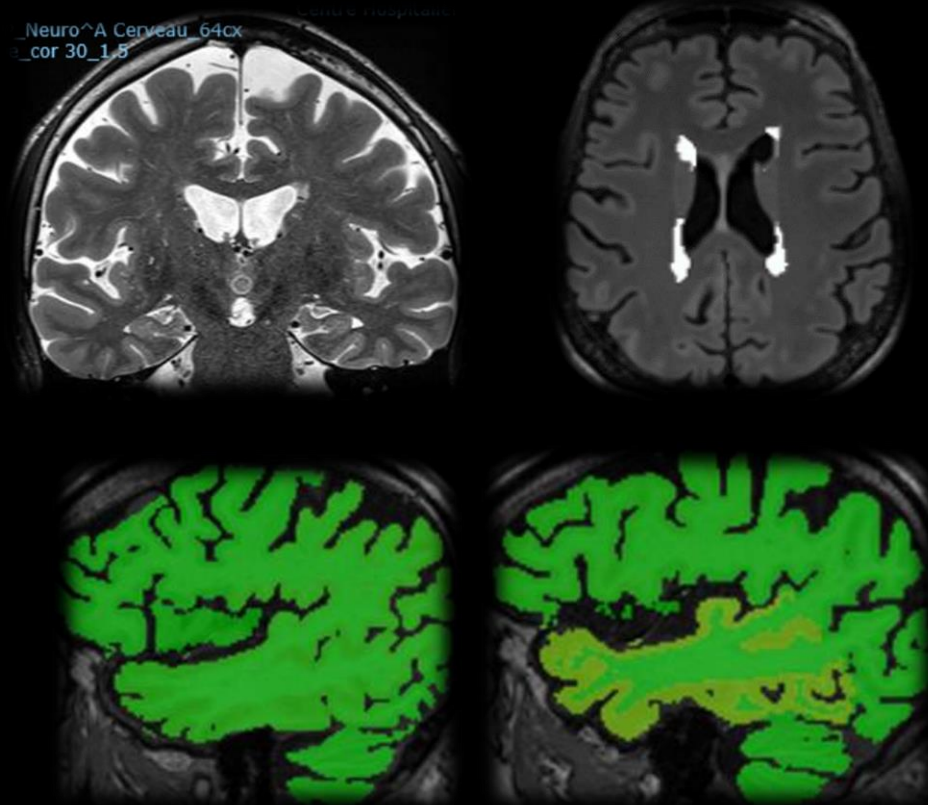


SWI : microbleeds

**IRM** : Imagerie structurale **obligatoire** pour argumenter positivement l'hypothèse neurodégénérative et rendre le diagnostic cliniquement probable si les structures atrophiées corrélerent avec le phénotype clinique.  
Permet également d'évaluer la co-pathologie micro-vasculaire (fréquente)



# IRM CHUV avec séquences T1 MPRAGE MorphoBox© et Flair3D



| Lesion Load                 |          |
|-----------------------------|----------|
| Timepoints                  | 20220214 |
| Total T2 Lesion Volume [mL] | 5.49     |
| Enlarged/New Volume         | --       |
| Shrunk/Resolved Volume      | --       |
| Total T2 Lesion Count       | 20.0     |
| Enlarged/New Count          | --       |
| Shrunk/Resolved Count       | --       |

| Structure         | Absolute [ml] | Normalized [%] | Normative Range |
|-------------------|---------------|----------------|-----------------|
| Hippocampus       | 6.8           | 0.49           | [0.39 - 0.50]   |
| Hippocampus left  | 3.5           | 0.25           | [0.20 - 0.26]   |
| Hippocampus right | 3.3           | 0.24           | [0.19 - 0.25]   |





## QUIZZ

- Une atrophie hippocampique peut s'observer en cas de :
  - A – Maladie d'Alzheimer
  - B – Dégénérescence lobaire fronto-temporale
  - C – Démence vasculaire
  - D – Maladie de Parkinson



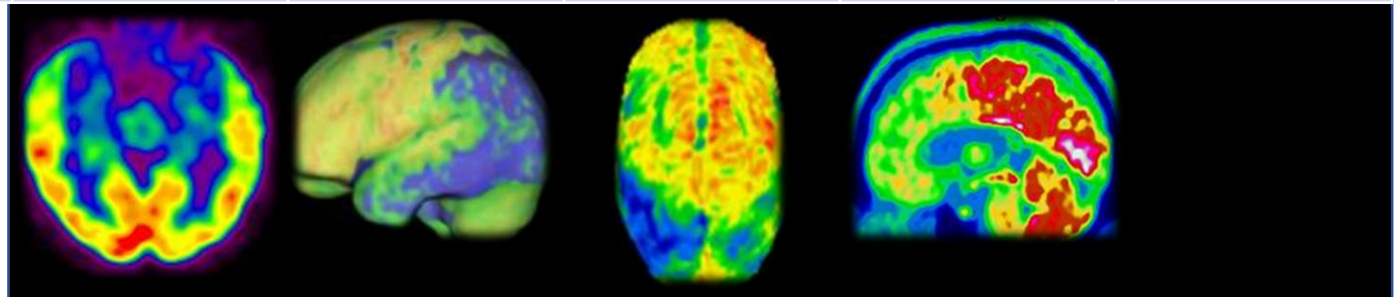
## QUIZZ

- Une atrophie hippocampique peut s'observer en cas de :
  - A – Maladie d'Alzheimer
  - B – Dégénérescence lobaire fronto-temporale
  - C – Démence vasculaire
  - D – Maladie de Parkinson



## Orientation diagnostique à l'aide du profil neuropsychologique prédominant : Diagnostic cliniquement probable (hypométabolisme PET FDG)

|                     | AMNESIQUE | LANGAGIER                    | VISUEL                         | EXECUTIF                                   | DECLIN RAPIDE                |
|---------------------|-----------|------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|
| Diagnostic possible | Alzheimer | Aphasie progressive primaire | Atrophie corticale postérieure | Dégénérescences lobaires fronto-temporales | Maladie de Creutzfeldt-Jacob |



**PET-FDG** : Imagerie métabolique pour argumenter positivement l'hypothèse neurodégénérative et rendre le diagnostic cliniquement probable en l'absence d'atrophie à l'IRM. Permet un diagnostic précoce de cause dégénérative et utile pour le diagnostic différentiel avec maladies psychiatriques et les présentations atypiques. Critères de remboursement : MMSE>10, âge < 80 ans\*, troubles < 5ans. Prix : 2050

CHF



## QUIZZ

- L'hypométabolisme au PET FDG :
  - A – précède l'atrophie à l'IRM
  - B – succède à l'atrophie à l'IRM
  - C – est corrélée au phénotype clinique
  - D – est corrélée aux dépôts amyloïdes en cas de maladie d'Alzheimer



## QUIZZ

- L'hypométabolisme au PET FDG :
  - A – précède l'atrophie à l'IRM
  - B – succède à l'atrophie à l'IRM
  - C – est corrélée au phénotype clinique
  - D – est corrélée aux dépôts amyloïdes en cas de maladie d'Alzheimer



## Orientation diagnostique à l'aide du profil neuropsychologique prédominant : Diagnostics cliniquement probables

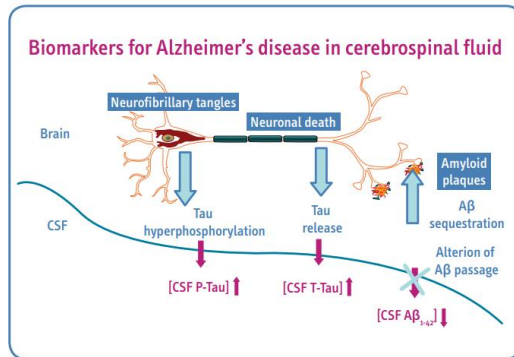
|                             | AMNESIQUE  | LANGAGIER   | VISUEL  | EXECUTIF   | DECLIN RAPIDE  |
|-----------------------------|--|---|---|--|--|
| <b>Diagnostic probable</b>  | Alzheimer  | Aphasie progressive primaire  | Atrophie corticale postérieure  | Dégénérescences lobaires fronto-temporales (DFT)   | Maladie de Creutzfeldt-Jacob   |
| <b>Etiologies possibles</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer</li> <li>- DLFT (variant temporal et AGD)</li> <li>- Sclérose hippocampique liée à l'âge</li> <li>- Limbique-TDP43 (LATE-NC)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer</li> <li>- DLFT (APP non fluente et APP sémantique)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer</li> <li>- Maladie à corps de Lewy</li> <li>- DLFT (Dégénérescence corticobasale)</li> <li>- Maladie de Creutzfeldt-Jacob</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer</li> <li>- Maladie à corps de Lewy</li> <li>- Autres DLFT (paralyse supra-nucléaire progressive, Dégénérescence corticobasale)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alzheimer avec angiopathie amyloïde</li> <li>- Maladie à corps de Lewy</li> </ul> |

⇒ **Ponction lombaire** : **Obligation** d'avoir une **preuve biologique de Maladie d'Alzheimer** à l'aide d'un biomarqueur physiopathologique **si âge de début < 65 ans** (car possible bilan génétique à proposer) – **Utile** au cas par cas entre 65 ans et 80 ans (selon souhait du patient ou si diagnostic différentiel avec DLFT ou forme atypique ou complexe). **Moins d'intérêt** chez > 80 ans. **Nécessaire pour MCJ** avec RT-Quic prion.

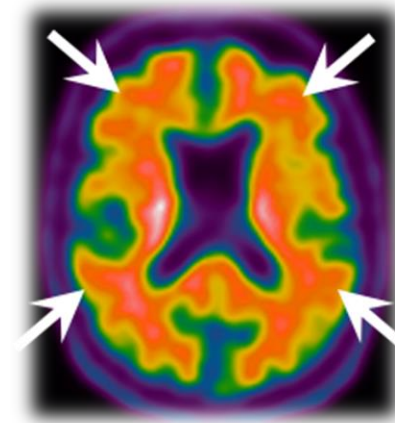


## Biomarqueurs physiopathologiques de la Maladie d'Alzheimer (diagnostic cliniquement probable avec haut niveau de

- Liquide céphalo-rachidien (par ponction lombaire)



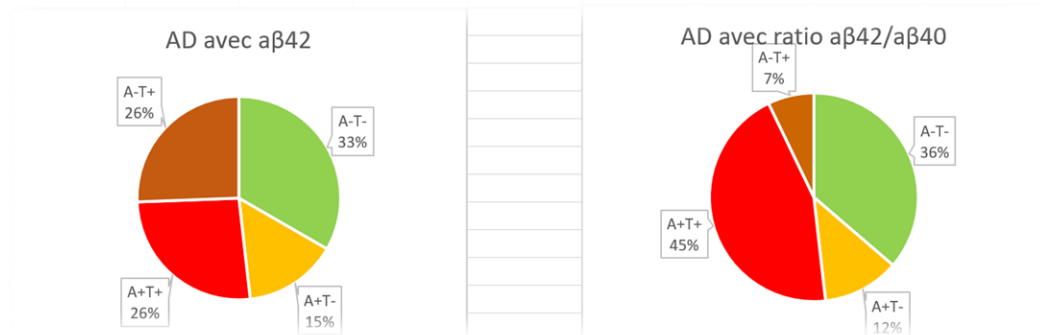
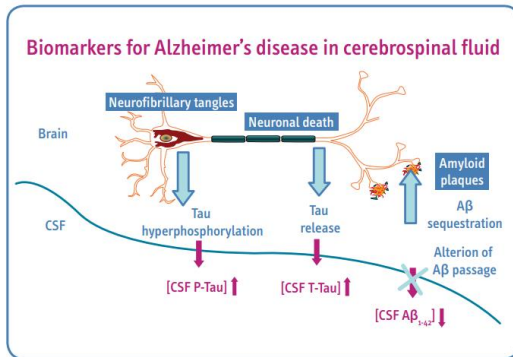
- PET Amyloïde



⇒ Apporte un diagnostic de **maladie d'Alzheimer avec haut niveau de preuve** (statut A+ et statut T+ si PL) – Coût des biomarqueurs : 140 CHF – En cas de contre-indication à la PL ou si échec ou si résultat A non congruent, possibilité de réaliser PET amyloïde pour le statut A si MMSE>10, âge < 80 ans et début < 5 ans. Coût de l'examen 3240 CHF.

## Biomarqueurs physiopathologiques de la Maladie d'Alzheimer (diagnostic cliniquement probable avec haut niveau de preuve)

- Liquide céphalo-rachidien (par ponction lombaire)



⇒ Dosage au CHUV des biomarqueurs Aβ42, Aβ40, p-Tau181 et h-Tau  
 ⇒ Le **ratio Aβ42/Aβ40** redresse 72% des statuts A- en A+ chez les sujets T+ de notre cohorte de patients MA.





## QUIZZ

- La ponction lombaire pour le dosage des biomarqueurs :
  - A – nécessite une hospitalisation de jour
  - B – est préférentiellement réalisée avant midi
  - C – est contre-indiquée en cas de prise d’anti-aggrégant plaquettaire
  - D – montre toujours une augmentation de protéine TAU dans les DFT-Tau



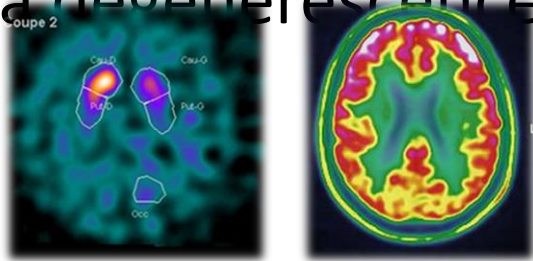
## QUIZZ

- La ponction lombaire pour le dosage des biomarqueurs :
  - A – nécessite une hospitalisation de jour
  - B – est préférentiellement réalisée avant midi
  - C – est contre-indiquée en cas de prise d'anti-aggrégant plaquettaire
  - D – montre toujours une augmentation de protéine TAU dans les DFT-Tau

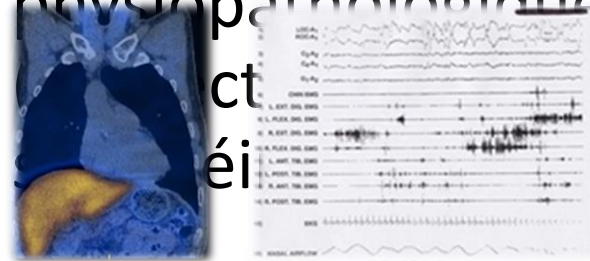


## Biomarqueurs de la Maladie à Corps de Lewy (si diagnostic seulement cliniquement possible)

- Biomarqueur topographique (site de la dégénérescence)



- Biomarqueur physiopathologique



⇒ Apporte un diagnostic de **maladie à corps de Lewy cliniquement probable**. Selon les critères de Mac Keith (2017), **un choix parmi** : **DAT Scan** si absence de syndrome parkinsonien clinique (prix 2200 CHF ), du **PET FDG** si absence d'atrophie IRM et phénotype atypique (prix 2050 CHF ), **SPECT Cardiaque MIBG** si absence de dysautonomie clinique (prix 2500 CHF) ou **polysomnographie** à la recherche de RBD.



Biomarqueurs étiologiques de la Maladie d'Alzheimer si diagnostic cliniquement probable avec haut niveau de preuve

- **Bilan génétique à la recherche de mutation :**

- Gène Préséniline 1 (chr.14)
- Gène APP (chr.21)
- Gène Préséniline 2 (chr.1)

⇒ Apporte un diagnostic de **maladie d'Alzheimer certaine (transmission AD à pénétrance complète).**

⇒ **Indication** de bilan chez sujet présentant une Maladie d'Alzheimer cliniquement probable avec haut niveau de preuve

⇒ **Si 1 cas et âge de début < 51 ans**

⇒ **Si 2 cas apparentés et âge de début < 65 ans.**



## Biomarqueurs étiologiques de la DLFT si diagnostic cliniquement probable

### • Bilan génétique à la recherche de mutation :

- Gène c9orf72 (chr.9)
- Gène GRN (ch.17) après dosage de la progranuline plasmatique abaissée

- Gène MAPT (chr.17)

⇒ Apporte un diagnostic de **DLFT certaine (transmission AD)**.

- **Autres gènes : VCP, TARDBP, FUS, ... (panel)**

⇒ Indication de bilan chez sujet présentant une DLFT cliniquement probable

⇒ Si 1 cas «sporadique» : c9orf72 et GRN (5-12% sont génétiques)

⇒ Si autres cas familiaux de DLFT, psychoses, Parkinson, dépression, myosite, Paget ou SLA :  
panel de gènes DLFT



## L'expérience de l'utilisation des biomarqueurs au sein du Centre Leenaards de la Mémoire

- **Quelques informations issues de la base de données CLEMENS© (2013-2021) :**
  - 4826 patients
  - 2472 IRM faites au CHUV (51%)
  - 598 PET (12% des patients)
  - 526 PL (11% des patients)
    - Depuis 2017 :
      - 321 PL
      - 3 syndromes post-PL nécessitant un blood-patch (1% des PL)
  - 3 cas de DFT génétique (gènes GRN, c9orf72 et CSFR1) et 4 cas de MA génétique (2 APP et 2 PSEN1)



## Objectifs

- Connaître les différents biomarqueurs accessibles en routine en 2022 pour le diagnostic étiologique de démence dégénérative
  - **Topographiques** : *argumentent la neurodégénérescence*
  - **Physiopathologiques** : *argumentent la cause de la neurodégénérescence*
  - **Etiologiques** : *argumentent la cause des lésions physiopathologiques*
- Comprendre quand il est nécessaire de les réaliser, quand cela est utile et quand leur apport est faible
  - **IRM** : toujours.
  - **Imagerie métabolique** selon contexte clinique (avis spécialiste)
  - **PL avec BM**: *nécessaire pour prouver une MA si probabilité clinique chez sujets < 65 ans, utile au cas par cas chez 65-80 ans, peu d'intérêt après.*
  - **Génétique** : *recommandée chez MA prouvée jeune (<51 ans) ou familiale (<65 ans) et chez DLFT (sporadiques et familiales) car transmission autosomique dominante motivant un conseil génétique.*



# Conclusions

- Le diagnostic de démence en 2022 **justifie une médecine de précision** pour un plan de soins adapté.
- Evolution d'une critériologie clinico-radiologique vers une **critériologie clinico-biologique permettant un diagnostic fiable au stade MCI et** en prévision de traitements spécifiques.
- **Démarche diagnostique**
  - **Graduée** : par étapes progressives
  - **Raisonnée** : selon l'impact du résultat de l'examen sur la prise en charge
  - **Personnalisé** : selon le contexte lié au patient et à ses troubles
- **Perspectives prochaines de biomarqueurs plasmatiques** pour le dépistage, le diagnostic et le pronostic des démences.





# Réaliser le diagnostic étiologique d'une démence à l'aide de biomarqueurs radiologiques et biologiques

*Pourquoi et quand ces bilans sont-ils nécessaires ?*

**Dr Olivier Rouaud**

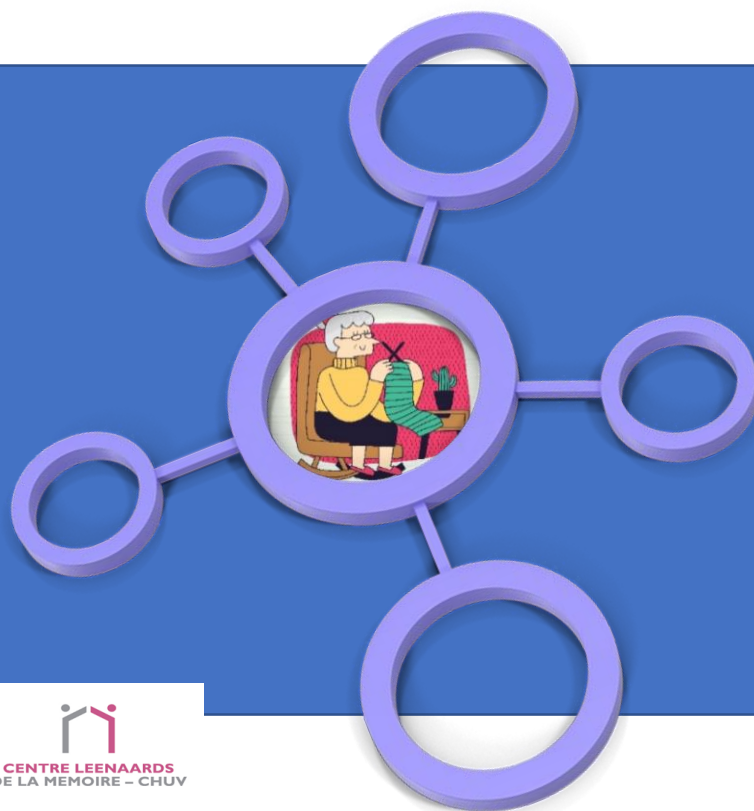
Neurologue

Centre Leenaards de la Mémoire

Formation continue Médecine de la personne âgée – Lausanne 17.03.2022

# CareMENS

Un modèle de soin alliant le médical et le communautaire



Andrea Brioschi Guevara  
FCMPA  
17 mars 2022



- ❖ CareMENS
- ❖ Contexte
- ❖ Care Manager
- ❖ Avancements
  - Professionnels de la santé
  - Professionnels non soignants

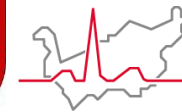
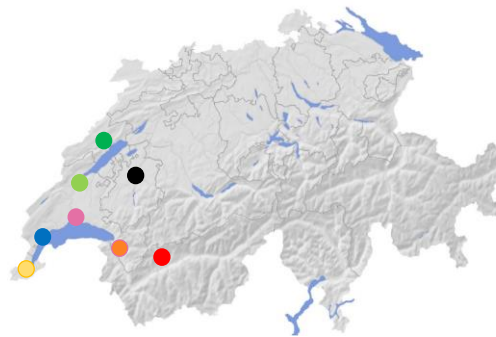


Tous ensemble pour la santé de nos aînés

<https://class.chuv.ch/fr/ressource/detail/85264?private=0&cHash=24f7fedd303d7192608d0a3d5084a320>

3:00-3:55

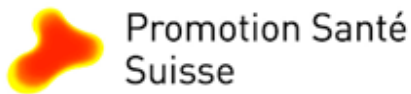
# CareMENS : un projet intercantonal



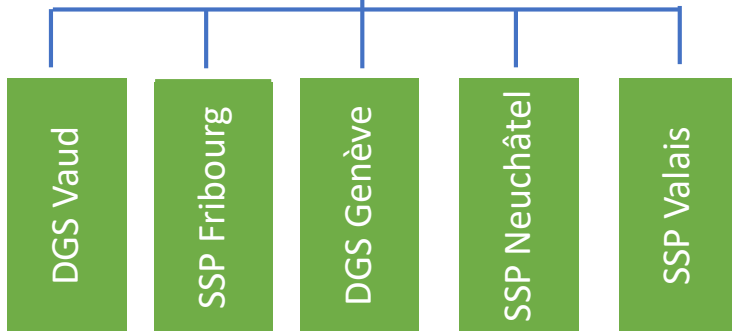
Hôpital du Valais  
Spital Wallis



# CareMENS : 2020-2024



Commission de  
suivi  
intercantonale



Programmes  
d'action cantonaux

Prévention dans  
le domaine des soins

Gestion de la  
santé en entreprise

Soutien de projets

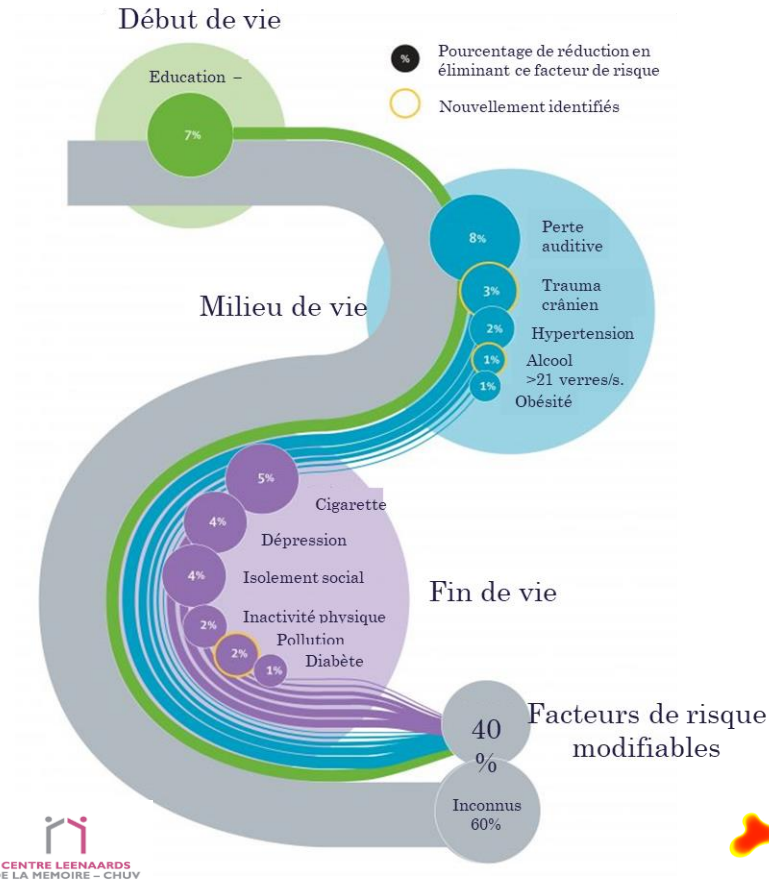


## Prévention dans le domaine des soins (PDS)

- ✓ Prévention du déclin cognitif
- ✓ Maintien de l'autonomie
- ✓ Maintien à domicile
- ✓ Maintien de la QdV

# Proposer des IvPS

La Prévention tout au long de la vie  
**40% des TNC majeurs** sont liés à des facteurs de risque potentiellement modifiables  
(Livingston 2020)



# Interventions neuropsychologiques

Age avancé

Effet modéré des Interventions neuropsychologiques sur :

- Cognition globale
- Attention et Contrôle exécutif (Belleville 2014, Bier 2018, Anguera 2013, Behrer 2008, Boot 2010, Stern 2011)
- Mémoire de travail (Borella 2010, 2019, Brum 2020, Simon 2018)
- Rapidité de traitement (Ball 2002, Smith 2009)
- Mémoire épisodique (Ball 2002, Willis 2013)
- Raisonnement (Ball 2002, Willis 2013)

# Interventions neuropsychologiques

Age avancé

Effet modéré des Interventions neuropsych sur :

- Cognition globale
- Attention et Contrôle exécutif (Belleville 2014, Bier 2018, Anguera 2013, Behrer 2008, Boot 2010, Stern 2011)
- Mémoire de travail (Borella 2010, 2019, Brum 2020, Simon 2018)
- Rapidité de traitement (Ball 2002, Smith 2009)
- Mémoire épisodique (Ball 2002, Willis 2013)
- Raisonnement (Ball 2002, Willis 2013)

**Particulièrement  
vulnérables à  
l'avancée en âge**



# Interventions neuropsychologiques

## Plainte cognitive subjective

L'apprentissage répété améliore significativement les capacités d'attention et les fonctions exécutives.

L'apprentissage de stratégies cognitives est efficace pour améliorer les performances en mémoire.

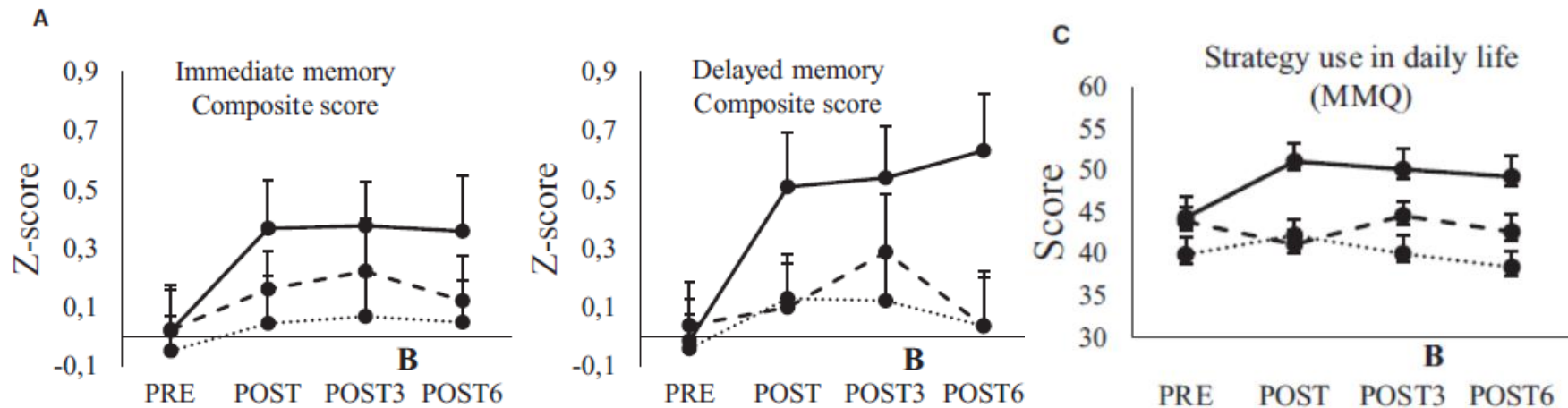
Total 7 8 15 Total 7 11 18

| Interventions aiming at:             | Nb of subjects | Efficiency                | Dose                   | Duration               |
|--------------------------------------|----------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| Subjective memory                    | 728            | $F = 2.190; p = ns$       | $H(1) = 0.325; p = ns$ | $H(1) = 0.000; p = ns$ |
| Objective memory (All interventions) | 1'441          | $F = 4.473; p = ns$       | $H(1) = 1.068; p = ns$ | $H(1) = 0.253; p = ns$ |
| Objective memory (Cog. interv. only) | 986            | $F = 0.0646; p = 0.035^*$ | $H(1) = 0.067; p = ns$ | $H(1) = 2.372; p = ns$ |
| Executive function & Attention       | 1'194          | $F = 6.202; p = 0.043^*$  | $H(1) = 2.421; p = ns$ | $H(1) = 1.671; p = ns$ |
| Global cognition                     | 783            | $F = 1.505; p = ns$       | $H(1) = 0.088; p = ns$ | $H(1) = 2.722; p = ns$ |
| Mood & Quality of life               | 749            | $F = 1.802; p = ns$       | $H(1) = 1.303; p = ns$ | $H(1) = 0.007; p = ns$ |

# Interventions neuropsychologiques

## Trouble neurocognitif mineur

- Effet modéré des entraînements cognitifs informatisés sur la cognition globale, la mémoire épisodique, la mémoire de travail et la vitesse de traitement (Gates, revue Cochrane 2019, Hill 2017)



# Interventions neuropsychologiques

## Trouble neurocognitif majeur

**Summary of findings for the main comparison. Cognitive training compared to control immediately post intervention for people with mild to moderate dementia**

**Cognitive training compared to control immediately post intervention for people with mild to moderate dementia**

**Patient or population:** people with mild to moderate dementia

**Setting:** Community dwelling or in residential care

**Intervention:** cognitive training

**Comparison:** control immediately post intervention

| Outcomes  | Anticipated absolute effects* (95% CI)                         |  | Relative effect (95% CI) | No. of participants (studies) | Certainty of the evidence (GRADE) | Comments   |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
|   | Risk with control immediately post intervention                | Risk with cognitive training                 |                          |                               |                                   |  |
| Change in a global measure of cognition (composite) | Mean change in a global measure of cognition (composite) was 0 | SMD 0.42 higher (0.23 higher to 0.62 higher) | -                        | 1389 (27 RCTs)                | ⊕⊕⊕⊖ MODERATE <sup>a</sup>        | Cognitive training probably has a modest effect on global cognition (based on a composite score)                 |
| Change in a global measure of cognition             | Mean change in a global measure of cognition was 0             | SMD 0.65 higher (0.26 higher to 1.05 higher) | -                        | 1288 (20 RCTs)                | ⊕⊕⊖⊖ LOW <sup>b</sup>             | Cognitive training may have a moderate effect on performance in global cognition (based on a screening measure). |
| Change in delayed memory                            | Mean change in delayed memory was 0                            | SMD 0.81 higher (0.29 higher to 1.32 higher) | -                        | 543 (11 RCTs)                 | ⊕⊖⊖⊖ VERY LOW <sup>b,c</sup>      | We are unable to determine whether there is any effect on delayed memory due to the very low quality of evidence |

# Exercice physique/physiothérapie

## Revue systématique et méta-analyse

Amélioration de la cognition suite à intervention physique (exercice Aerobic) (mémoire, attention, vitesse de ttt)

Améliore les performances motrices (posture, temps de réaction, coordination)

Améliore le bien-être

Les âgés sains: dépense énergétique ++, moins de troubles cognitifs.

# Exercice physique/physiothérapie

## Revue systématique et méta-analyses

Amélioration de la cognition suite à intervention physique (exercice Aerobic) (mémoire, attention, vitesse de ttt)

Améliore les performances motrices (posture, temps de réaction, coordination)

Améliore le bien-être

Les âgés sains: dépense énergétique ++, moins de troubles cognitifs.

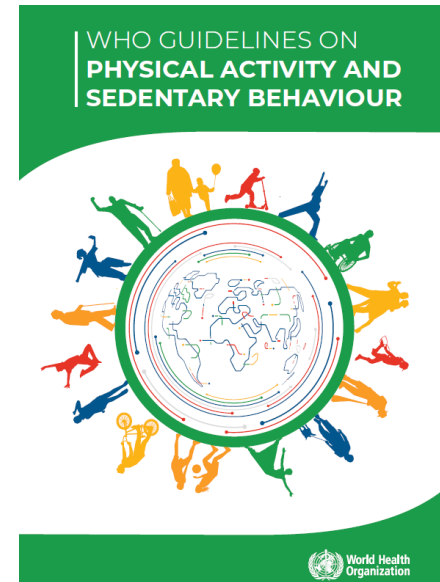


Table 4  
Changes in hippocampal volume after the intervention period and comparison between groups

|   | T              |                | NT             |                | Between-group (T time 2 vs. NT time 2) |               | Within-group T (time 2 - time 1) |             | Within-group NT (time 2 - time 1) |     |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|--|---------------|----------------------------------|-------------|-----------------------------------|-----|
|   | Time 1         | Time 2         | Time 1         | Time 2         | F                                      | P             | t                                | P           | t                                 | P   |
| Left hippocampal volume (mm <sup>3</sup> )  | 3258.5 (687.8) | 3538.8 (416.0) | 3486.3 (635.8) | 3423.6 (665.5) | 13.7                                   | <b>.00003</b> | -2.9                             | <b>.007</b> | 1.04                              | .31 |
| Right hippocampal volume (mm <sup>3</sup> ) | 3369.9 (714.6) | 3663.6 (488.1) | 3584.8 (606.9) | 3544.8 (678.8) | 8.0                                    | <b>.001</b>   | -2.4                             | <b>.03</b>  | 0.56                              | .58 |

NOTE. Data are presented as average (standard deviation).

# Intervention logopédique

## Revue systématique



Effects of functional communication interventions for people with primary progressive aphasia and their caregivers: a systematic review

Volkmer et al. (2019) (Taylor & Francis)

- 17/19 études montrent des améliorations significatives sur des mesures
  - **langagières** (p.ex. épreuve de dénomination orale BNT)
  - **comportementales** (nombre d'échecs de communication, efficacité de la communication mesurée par des juges aveugles, interviews semi-structurées, questionnaires)

Generalization and maintenance of treatment gains in primary progressive aphasia (PPA): a systematic review

Cadorio et al. (2016) (International Journal of Language and Communication Disorders)

- 16 études sélectionnées
  - Généralisation : APPvnf, APPvl > APPvs
- Moins bonne généralisation dans APPs en raison de la dégradation progressive des concepts
- Facteurs favorisant le maintien des performances :
    - entraînement continu (travail à domicile)
    - durée du traitement
    - fréquence des séances

# Quiz 1: Quand faut-il proposer des interventions psychosociales?

1. Lorsque le patient se plaint de troubles cognitifs
2. Lorsque le patient a un trouble neurocognitif mineur
3. Lorsque le patient a un trouble neurocognitif majeur
4. Toutes les propositions (1,2,3)

Soyons ambitieux quand il s'agit de prévention !

Il n'est jamais trop tôt et il n'est jamais trop tard !

Be ambitious about prevention

- Prevention is about policy and individuals. Contributions to the risk and mitigation of dementia begin early and continue throughout life, so it is never too early or too late. These actions require both public health programmes and individually tailored interventions. In addition to population strategies, policy should address high-risk groups to increase social, cognitive, and physical activity and vascular health.



## How non-drug interventions affect the quality of life of patients suffering from progressive cognitive decline and their main caregiver

Benedetta Leidi-Maimone<sup>1,\*</sup>, Marie-Laure Notter-Bielsler<sup>1,\*</sup>, Marie-Hélène Laouadi<sup>1</sup>, Sarah Perrin<sup>1,2</sup>, Hélène Métraux<sup>3</sup>, Daniel Damian<sup>1</sup>, Camille F. Chavan<sup>4</sup>, Mélanie Nsir<sup>5</sup>, Gwendoline Cibelli<sup>6</sup>, Marie-Jo Tâche<sup>7</sup>, Marie-Louise Montandon<sup>8,9</sup>, Joseph Ghika<sup>10</sup>, Jean-François Démonet<sup>1,9</sup>, Anne-Véronique Dürst<sup>11</sup>, Andrea Brioschi Guevara<sup>1,9</sup>

- Malgré une baisse continue de l'autonomie, la QdV des patients augmente et reste stable après 6 mois d'IvPS.
- Le nombre et le type d'IvPS ne semblent pas avoir d'impact consistant sur la QdV.
- En revanche, **l'interruption des IvPS entraîne une diminution de la QdV des patients et des proches.**

# CareMENS : pour qui ?

- ✓ Patients âgés fragilisés par des troubles neurocognitifs débutants
- ✓ Patients consultant à un des CM romands
- ✓ Nosognosie préservée/partielle
- ✓ Motivation à s'engager dans une prise en charge pendant plusieurs semaines

# Les objectifs de CareMENS



## Harmoniser

Développement d'IvPS pour patients avec TNC débutants dans l'ensemble des centres mémoire romands

- Neuropsychologie de groupe
- Logopédie
- Physiothérapie de groupe

## Pérenniser

Intégration d'une activité de loisirs dans le communautaire afin de pérenniser les bénéfices des IvPS

- Care Manager

## Former les professionnels de la santé

Déploiement de formations de base et/ou continue sur le rôle préventif des IvPS pour les patients avec TNC débutant

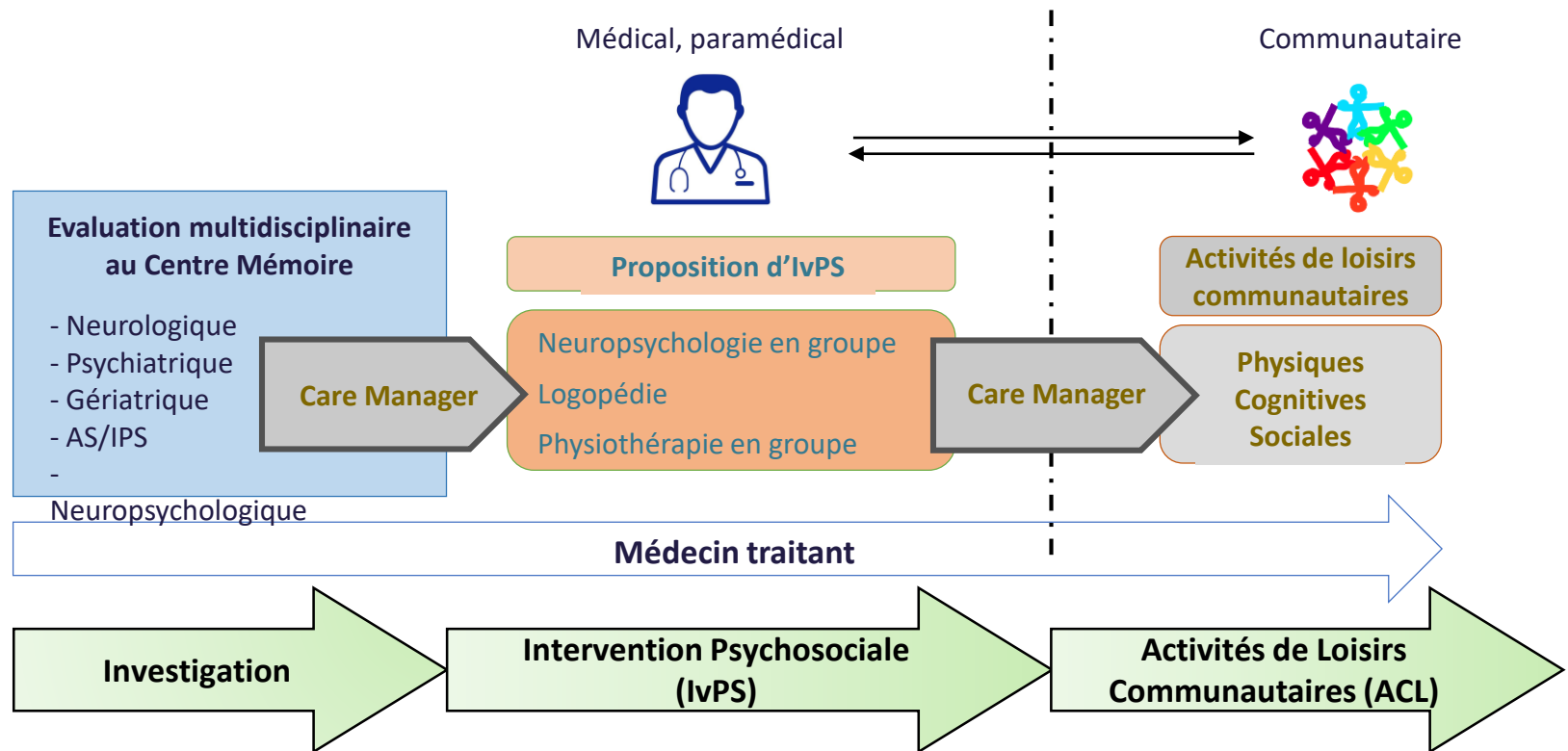
- **Professionnels de la santé**
  - Neuropsychologues
  - Logopédistes
  - Physiothérapeutes
  - Infirmier.ère.s

## Former les professionnels non soignants

Déploiement de formations de base et/ou continue sur les itinéraires de soins adéquats pour les patients avec TNC débutants

- **Professionnels non soignants**
  - Personnel de service
  - Pharmacien.ne.s et assistant.e.s
  - Personnel activités de loisirs

# Modèle de soin et rôle *pivot* de CareManager



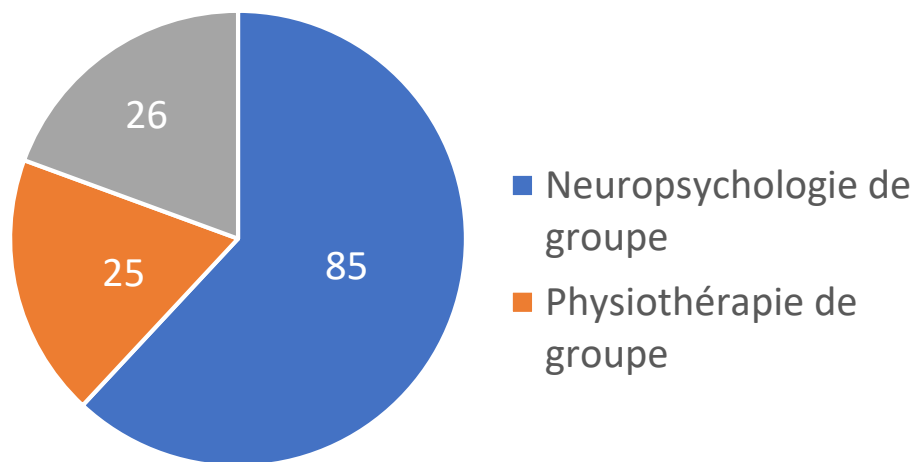
# Professionnels de la santé

---

# Patients CareMENS au CLM

**136**

Les patients adressés au projet CareMENS par le personnel médical du CLM



# Patients CareMENS au CLM

**136**

Les patients adressés au projet CareMENS par le personnel médical du CLM

**99** (73%)

Les patients qui répondent aux critères d'inclusion

# Patients CareMENS au CLM

**136**

Les patients adressés au projet CareMENS par le personnel médical du CLM

**99** (73%)

Les patients qui répondent aux critères d'inclusion

**83** (84%)

Les patients qui ont reçu une proposition de IvPS



# Patients CareMENS au CLM

**136**

Les patients adressés au projet CareMENS par le personnel médical du CLM

**99** (73%)

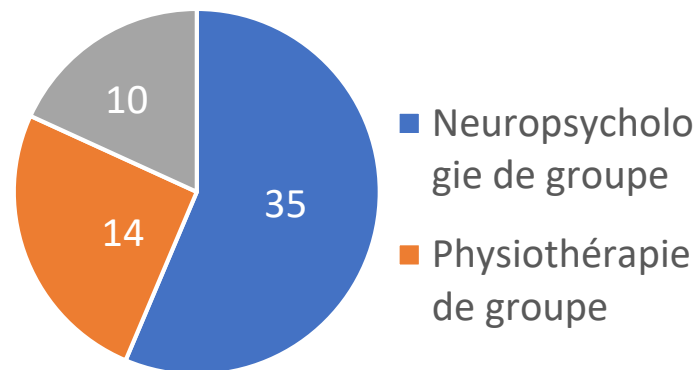
Les patients qui répondent aux critères d'inclusion

**83** (84%)

Les patients qui ont reçu une proposition de IvPS

**59** (71%)

Les patients qui ont accepté une IvPS  
(14 en attente de proposition)



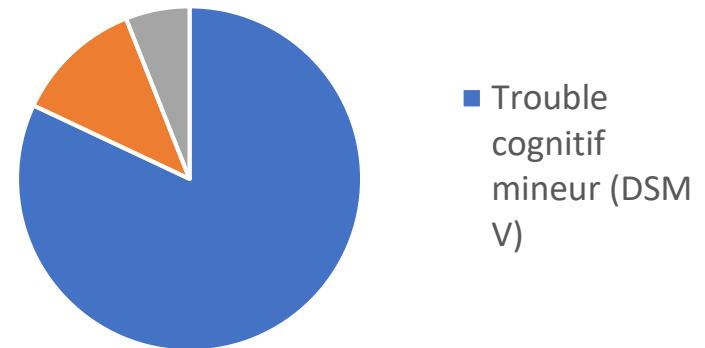
# Caractéristiques démographiques

**N = 59**

## Patients ayant accepté une IvPS

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| <b>Femmes</b>                | 49.1%        |
| <b>Hommes</b>                | 50.9%        |
| <b>Âge moyen</b>             | 73.1         |
| ans                          |              |
| <b>NSC 1</b>                 | 13.6%        |
| <b>NSC 2</b>                 | 38.9%        |
| <b>NSC 3</b>                 | 47.5%        |
| <b>MoCA moyen (SD)</b>       | 23.6 (3.8)   |
| <b>QdV patients moy (SD)</b> | 66.9% (11.4) |
| <b>QdV proches moy (SD)</b>  | 75.7% (10.9) |

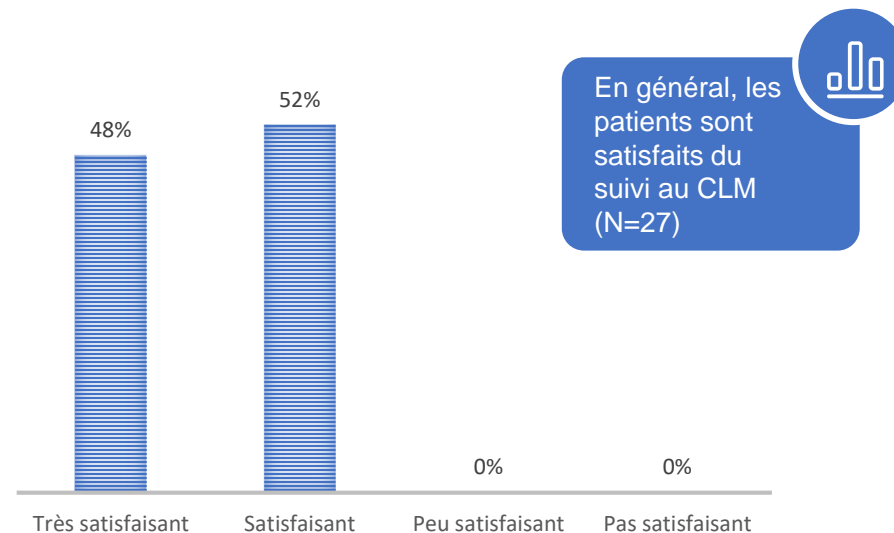
## Diagnostic retenu



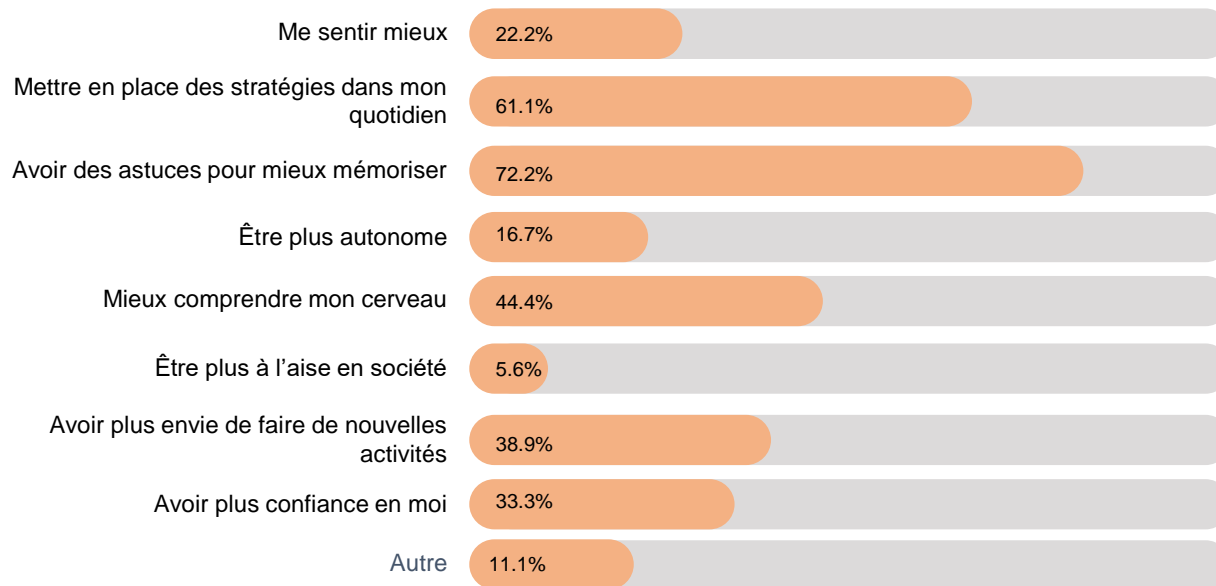
## Indicateur de satisfaction (suivi général et IvPS)

|                                  | Commentaires positifs   | Commentaires négatifs/points à améliorer  | % Satisfaction moyen (échelles de Lickert)              |
|----------------------------------|---|---|---|
| <b>Patients</b><br>(n=27)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualité</b> de la prise en charge et de la méthode</li> <li>• <b>Utilité des stratégies apprises</b></li> <li>• <b>Soutien</b> reçu de la part des thérapeutes et/ou des autres patients</li> <li>• <b>Support de cours</b> utile</li> <li>• Gagner en <b>confiance</b> vis-à-vis des difficultés de mémoire</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impression que les autres sont plus atteints que moi</li> <li>• Impression d'être plus atteint que les autres</li> <li>• Difficultés avec le <b>format visio</b></li> <li>• MemoRise: <b>trop d'informations, trop de stratégies</b></li> </ul>  | <b>81.7%</b><br><br>Npsy n=18<br>Logo n=4<br>Physio n=5 |
| <b>Proches aidants</b><br>(n=12) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne écoute</li> <li>• Bon soutien</li> <li>• Bonne mise en confiance</li> <li>• Bonne reconnaissance de la maladie</li> <li>• Qualité du suivi</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la prise en charge à distance (<b>format visio</b>)</li> <li>• Trop <b>peu d'accompagnement du proche aidant</b></li> <li>• Pas assez d'échanges de groupe</li> <li>• MemoRise: trop long et trop compliqué (surtout en <b>visio</b>)</li> <li>• Désir de prolonger le suivi à plus long terme (logo)</li> </ul> | <b>80.9%</b><br><br>Npsy n=10<br>Logo n=2               |

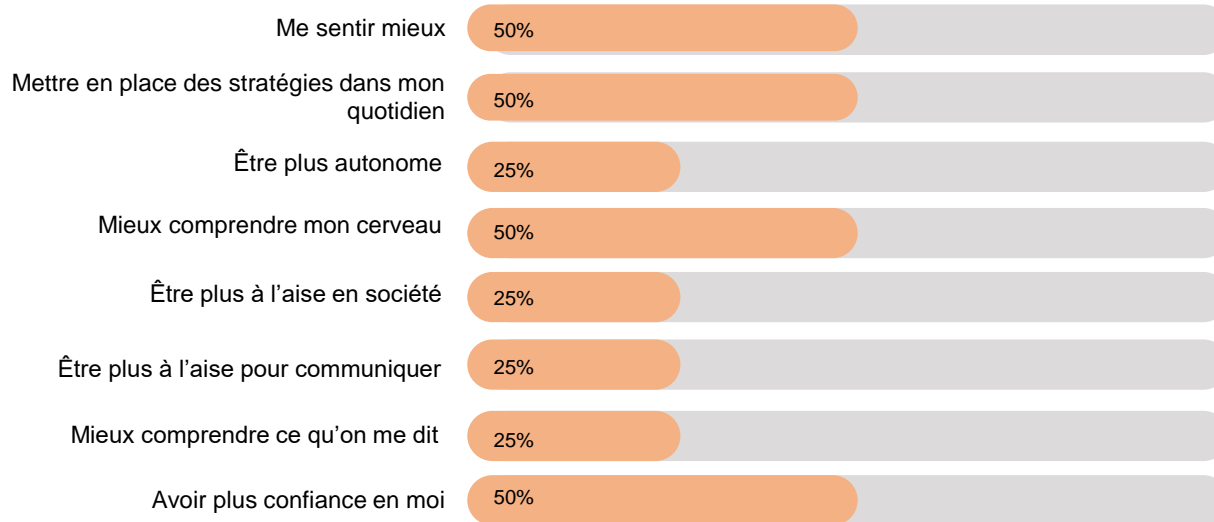
# Comment évaluez-vous votre suivi général au CLM ?



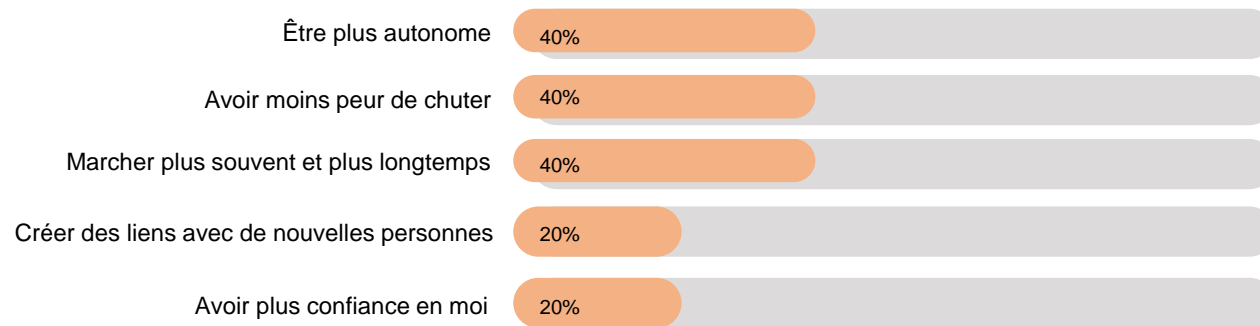
## L'lvPS neuropsychologique de groupe m'a permis de ... (N=18)



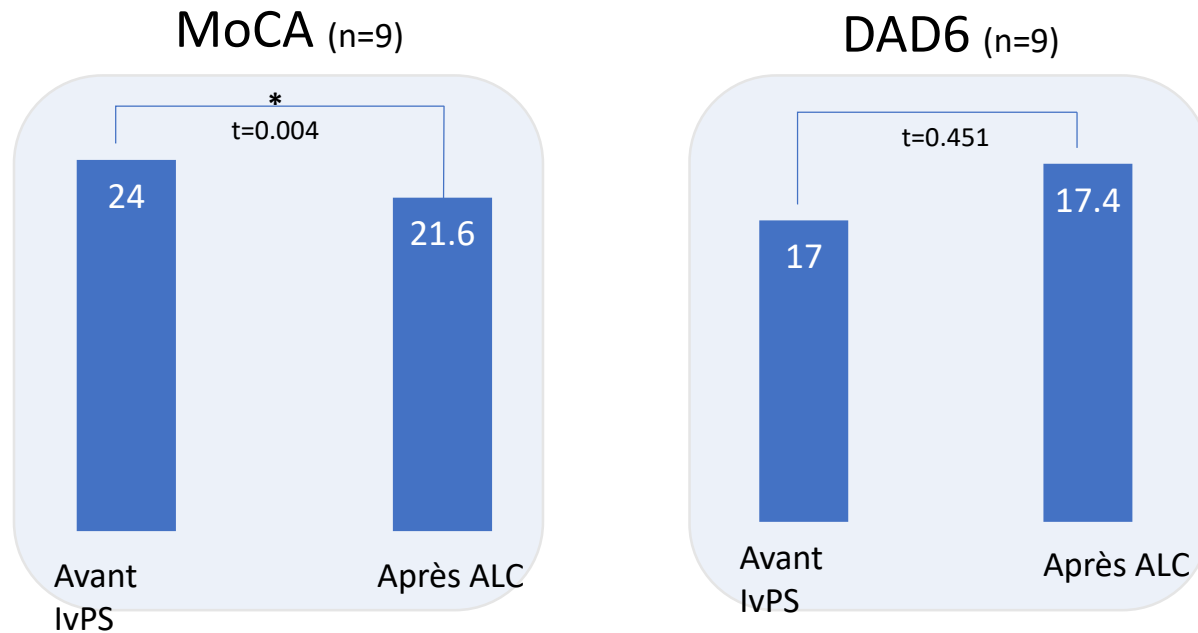
# L'IvPS logopédique m'a permis de ... (N=4)



## L'ivPS physiothérapeutique de groupe m'a permis de ... (N=5)

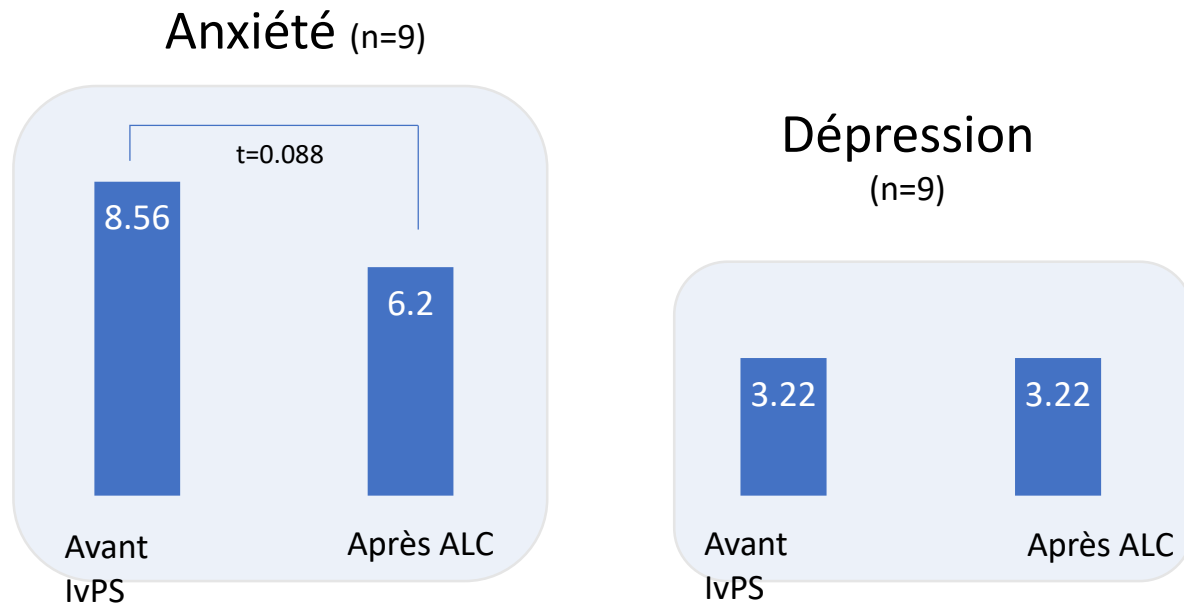


# Des troubles cognitifs progressifs (MoCA) mais un maintien de l'autonomie (DAD6) à domicile

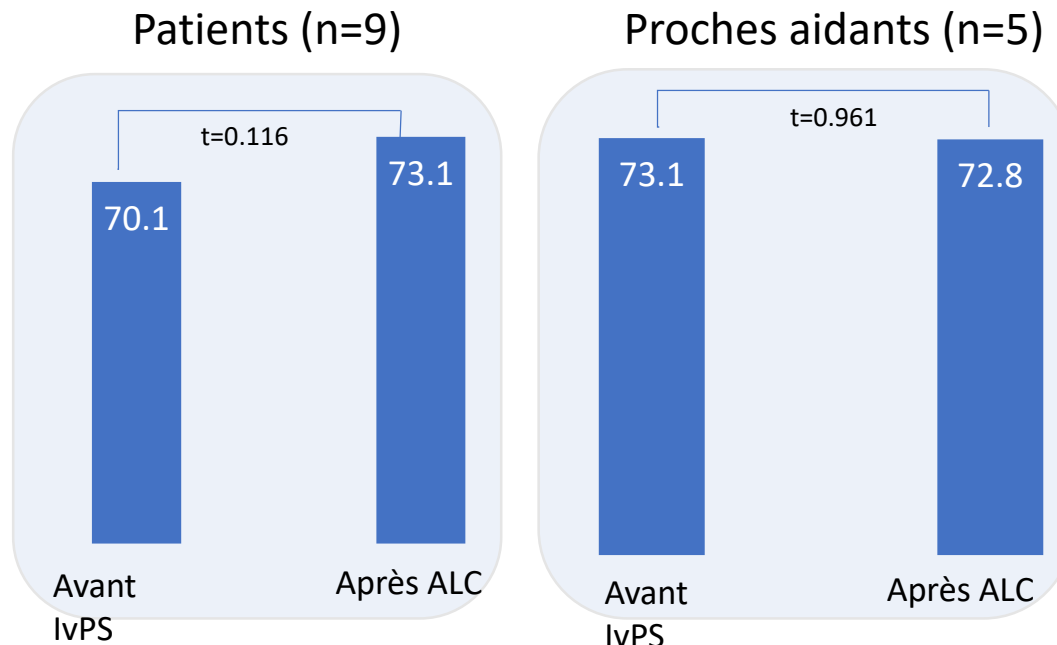




# Des patients moins anxieux (tendance)



# Une qualité de vie qui a tendance à s'améliorer chez les patients



## Vignette clinique (2)

<https://class.chuv.ch/fr/ressource/detail/85264?private=0&cHash=24f7fedd303d7192608d0a3d5084a320>

5:04-5:45

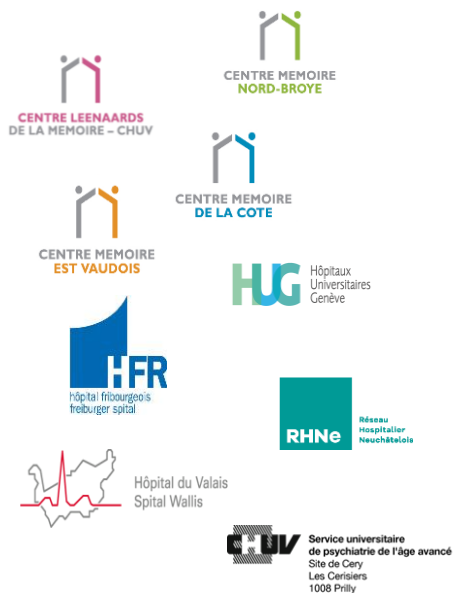
# Formation des professionnels non-soignants

# 5 Focus Group (août – novembre 2021)

Les entretiens de groupe de 4-5 participants ont été menés en présentiel sur une durée d'environ 1h de manière homogène, soit un groupe de discussion par profession :

- Personnel de café/tea-room;
  - Assistants-tes en pharmacie;
  - Personnel des centres/activités de loisirs;
  - Caissiers-ères et
  - Coiffeuses
- Tous les professionnels ont été exposés à des troubles cognitifs et/ou du comportement (oublis,

# Merci de votre attention !



## Prochaines sessions



**Le jeudi 9 juin 2022**

« Docteur, je ne comprends rien à toutes ces insuffisances »

---



**Le jeudi 24 novembre 2022**

« Docteur, je veux mourir »



**Merci de bien vouloir  
compléter  
le formulaire d'évaluation.**

**Vous trouverez le lien  
du formulaire dans le chat.**

**\*Temps requis : environ  
2 minutes**



# MERCI de votre participation

**Contact :** [ger.fcempa@chuv.ch](mailto:ger.fcempa@chuv.ch)