

Débat

Quelle prise en charge pour la personne atteinte d'un trouble neurocognitif ? Expérience canadienne.

Limoges, France | 2026-04-24

Thomas TANNOU, M.D., PhD | CR-IUGM



Liens d'intérêt

Financements de recherche :

- Centre National de la Recherche du Canada
- EnvisAGE / MedTeq+
- Fondation de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal
- IVADO - UdeM

Soutien salarial :

- Bourses salariales du FRQ-S – Junior 1
- Partenariat FQR-MSSS-FMSQ
- Activité médicale.

Activité ponctuelle d'expertise :

- Eisai et Elli Lilly : conférences, National Ad. Board.

Remerciements

- Merci au Pr Achille Tchalla pour l'invitation, et à l'équipe d'organisation
- Merci à toute l'équipe de collaborateurs à l'IUGM, tant pour soutenir la pratique clinique que l'expertise de recherche.



Crédit photo : A. JOBIN / IUGM cliniques externes – CIUSSS CCSMTL



Crédit photo : C. GODIN / Labo TANNOU



Un trouble neurocognitif...

Ou...

Des troubles neurocognitifs ?

Nécessité d'une évaluation globale

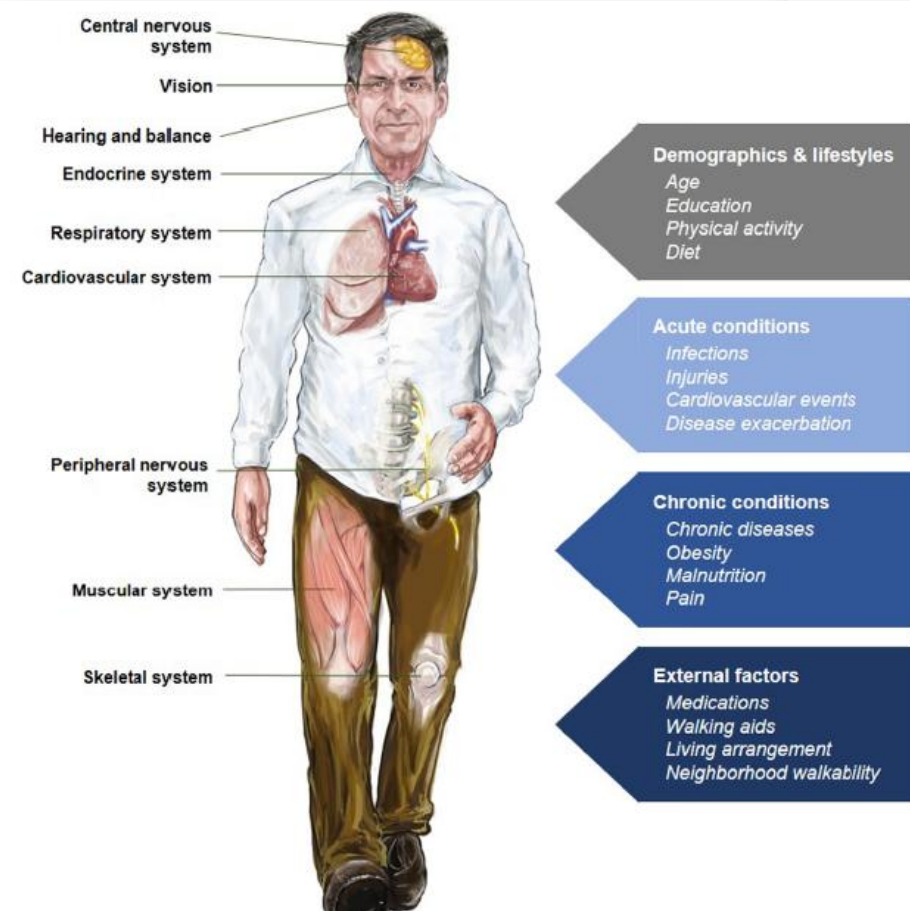
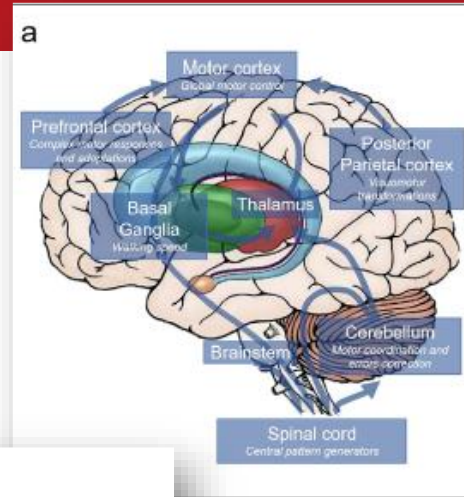
Rôle et place de la consultation mémoire / gériatrique au Québec:

- Sur référence d'un médecin de 1ere ligne (+/- évaluation par une infirmière clinicienne).
- D'après des signes d'alertes qui peuvent être :
 - Plainte cognitive de la personne elle-même
 - Remarques par l'entourage, d'un impact fonctionnel
 - Y compris d'un « simple » recul de la participation sociale.
- Pour objectiver et accompagner le diagnostic.

● S'inscrivent dans une évaluation globale

L'évaluation cognitive repose sur :

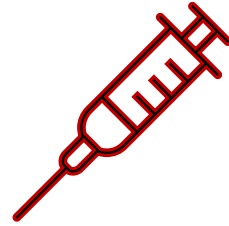
- Une entrevue avec le patient et ses proches
- La réalisation de tests de repérage
- Un examen clinique, dont neurologique approfondie.
- Une évaluation globale
« **One body – One brain** »



• Que l'on complète d'examens cherchant l'origine



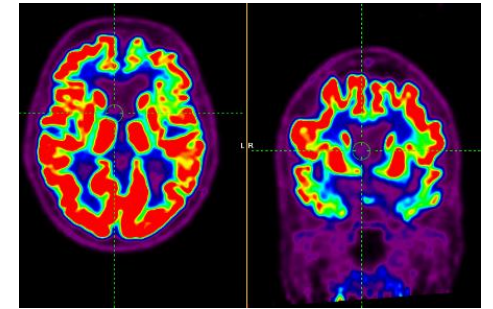
Une imagerie du cerveau
(IRM / Scanner)



Une prise de sang (infections,
carences, thyroïde...)



Des évaluations complémentaires
(neuropsychologie, orthophonie,
physio, ergothérapeute...)



Results

Neurodegenerative Profile, CSF		
Biomarker, Ratio, Profile	Result	Reference value
A β 42	659 ng/L	> 1030 ng/L
Phospho tau	20 ng/L	< 28 ng/L
Total tau	208 ng/L	< 301 ng/L
Phospho tau/A β 42 ratio	0.0303	< 0.024
Total tau/A β 42 ratio	0.316	< 0.29

Interpretation **The biomarker profile is consistent with an amyloid beta pathology.**
Biomarker results require interpretation in the context of other medical information.

+/- des examens plus
spécialisés (PET, PL)...

●●● Finalement, quel diagnostic... ?



Plainte cognitive



Objectivée



Evolution lente



Impact sur la vie quotidienne

T.C.S.

T.C.L.
/ MCI

≠ Delirium

TNCM

Leger

Mod.

Sev.

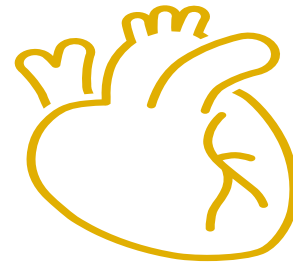
•• Quelle(s) cause(s) ?



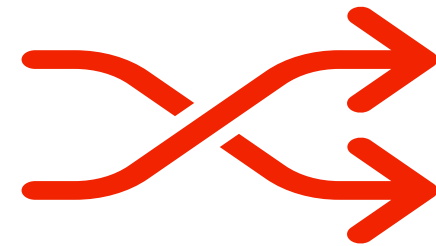
Maladie
d'Alzheimer



Maladie à
corps de Lewy



Maladie
vasculaire

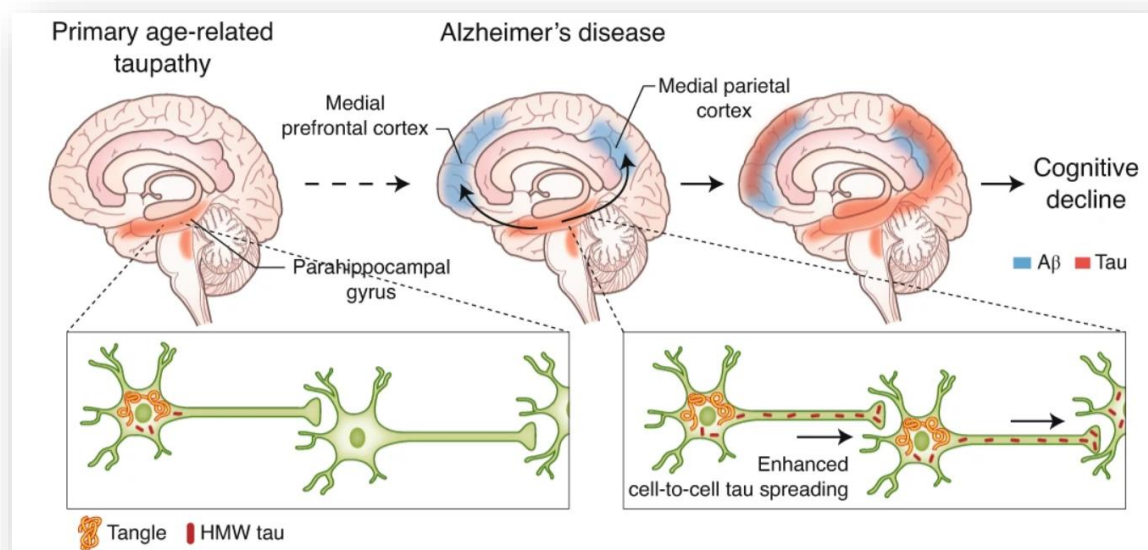


Mixte...

•• Quelles sont les conséquences cliniques ?

Alzheimer, une maladie de la...

Mémorisation ! (et non du souvenir)



Des altérations du langage

Ne permettant plus toujours d'exprimer / comprendre

Des atteintes frontales

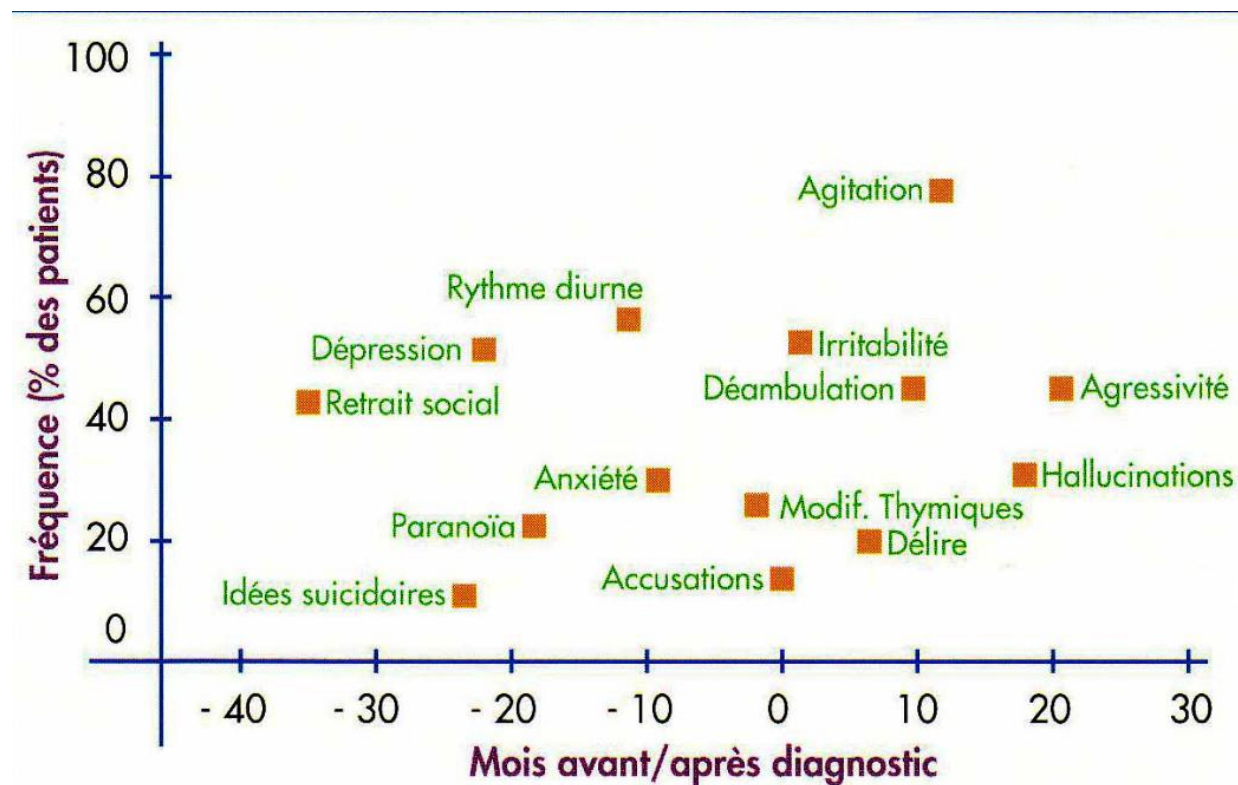
Responsables d'un défaut inhibition, donc du contrôle de l'impulsion et de la planification

• Qui entraînent des symptômes associés (SPCD)

Les symptômes psycho-comportementaux (SPCD) sont associés aux troubles neurocognitifs

Certains SPCD apparaissent avant le diagnostic et doivent le faire évoquer.

Ces symptômes s'expliquent par les difficultés d'enregistrer de nouvelles informations.



• Des repères de prise en charge



Des lignes directrices canadiennes

Qui recommandent :

- Les approches non-médicamenteuses en 1er lieu
- Une approche hiérarchisée médicamenteuse en 2nd temps.

Le cadre de prise en charge au Québec

L'accompagnement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer dépend de la Politique Québécoise sur la maladie d'Alzheimer (2024):

- Prévention
- Dignité et **gestion des symptômes**
- Équité
- Qualité des Soins
- Innovation et Recherche



Le cadre de prise en charge et les recommandations de bonnes pratiques s'appuient sur l'INESSS.



Comprendre l'organisation des soins en 1^{ère} ligne

Les soins à domicile s'appuient sur :

- Les **Groupements de Médecine Familiale (GMF)** qui sont l'équivalent des maisons de Santé.
- Les **Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)** sont des équivalents des Plateforme Territoriale d'Appui.
- Ils offrent les services médicaux-sociaux adéquat à la population, après évaluation du besoin par un travailleur social.

La principale limite est la disponibilité en ressources humaines.

Comment cela se traduit dans les SCPD ?

Une organisation territoriale structurée :

- Sollicitation des équipes SCPD des CLSC par les équipes cliniques de référence (GMF...).
- Si besoin de support : sollicitation de l'équipe SPCD spécialisée en centre expert universitaire (ex. IUGM) : tele-expertise le plus souvent.
- Pour coordonner / harmoniser et offrir une formation transversale : équipe nationale SCPD (à l'IUGM).



La priorité : soutenir le vieillissement à domicile

Par l'implication de la société civile pour des ateliers et accueil de jour:

- Sociétés Alzheimer
- Centres communautaires (culturels, ethniques...)
- Prescription musicales (OSM), activités du MBAM

Par l'organisation de répit des aidants :

- Balluchonnage
- Intervention de répit à domicile par bloc de 3h par les CLSC
- Hébergement récurrent ponctuel



Les offres d'hébergements pour personnes âgées

1. Secteur privé : Résidences privées pour aînés (RPA)

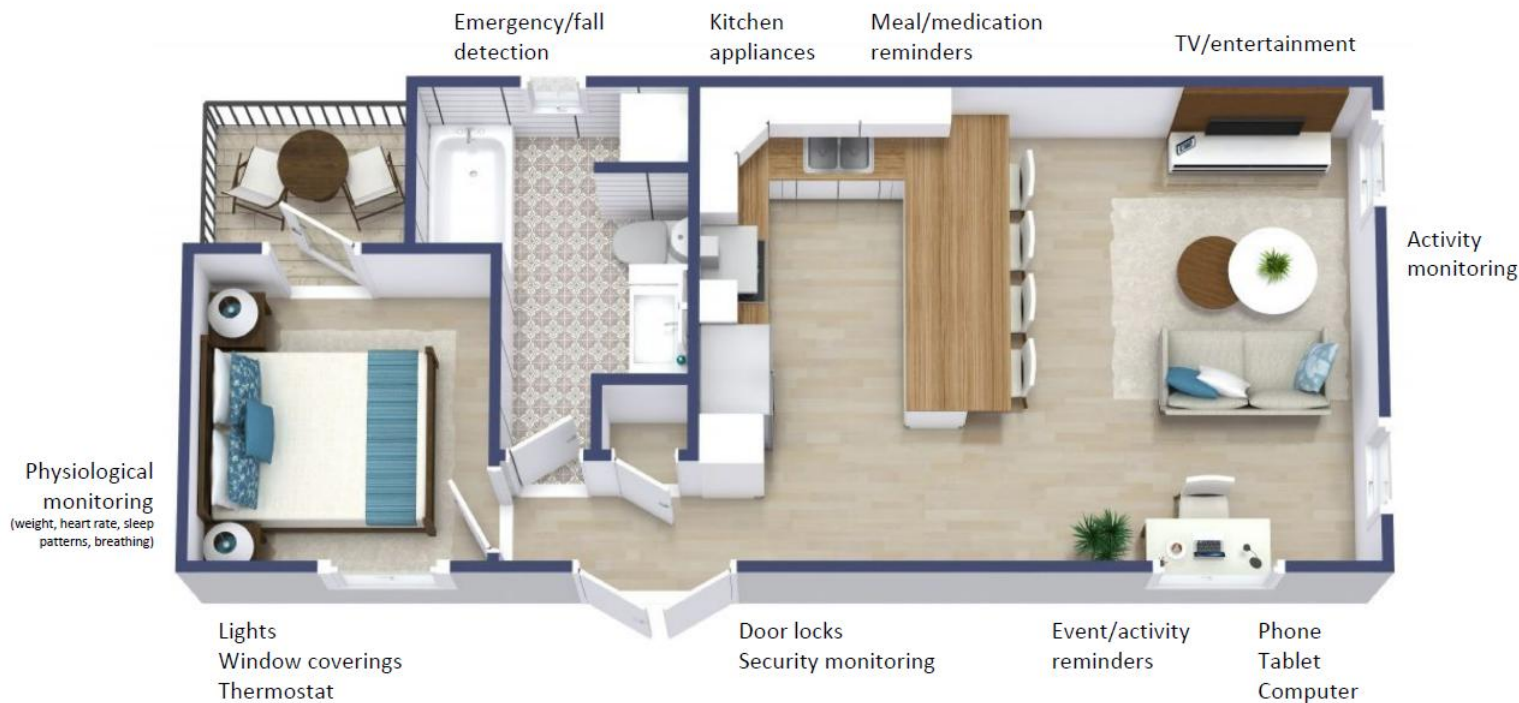
- Destinées aux personnes **autonomes ou faiblement dépendantes**
 - Offrent : logement + services (repas, sécurité, loisirs)
 - Souvent peu adaptées aux troubles neurocognitifs avancés (étages pour les TNCM Legers)
- Logique souvent plus commerciale limitant la prise en charge de la dépendance lourde

2. Secteur public : prise en charge de la dépendance

- Ressources intermédiaires (RI)
 - Équivalent GIR 3–4
 - Dépendance modérée, encadrement partiel
- **CHSLD** (centres d'hébergement de soins de longue durée)
 - Équivalent GIR 1–2
 - Dépendance sévère, soins médicaux continus



Les perspectives : développer des habitats intelligents



Les maisons « intelligentes » et capteurs d'ambiance pourraient permettre de :

- Mieux identifier les activités réelles
- Identifier les risques
- Alerter les proches et/ou professionnels, selon les besoins d'intervention

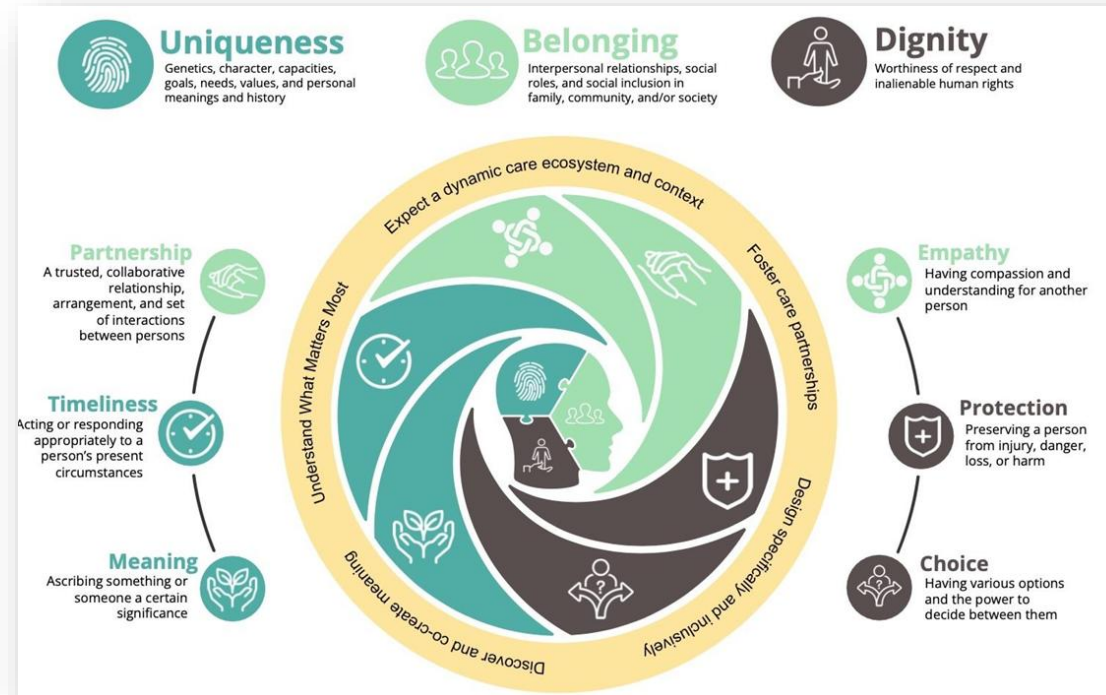


S'adapter à son environnement... ... ou adapter l'environnement à la personne ?

Anticiper la perte d'indépendance par des actions coordonnées et préventives multifactorielles

Offrir des **cadres de vie évolutifs** pour ne pas avoir à se relocaliser tardivement.

S'appuyer sur les **environnements technologiques intelligents** pour identifier les besoins et cibler les aides.



Hwang, et al., Co-creating Humanistic AI AgeTech to Support Dynamic Care Ecosystems: A Preliminary Guiding Model, *The Gerontologist*, 2024

Débat

Quelle prise en charge pour la personne atteinte d'un trouble neurocognitif ? Expérience canadienne.

thomas.tannou@umontreal.ca

Thomas TANNOU, M.D., PhD | CR-IUGM



Société de Gériatrie
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Les Journées Annuelles
de la SGGL-NA 2026





Société de Gériatrie
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

COMMUNICATION NON VERBALE

Docteur Stephan MEYER, Vice-président MCOOR, Vice-président SFGGLNA





Définition de la communication non verbale

Corraze –1980-

« Ensemble des moyens utilisés entre individus excluant le langage humain, l'écriture, le langage des sourds-muets. Elle peut être orale comme les cris, grognements, vocalisations diverses »

Définition de la communication non verbale

Le message oral est le plus souvent associé à la vue de son émetteur et permet ainsi la compréhension globale



J'ai loupé mon bus
bus, peux-tu venir
me chercher ?

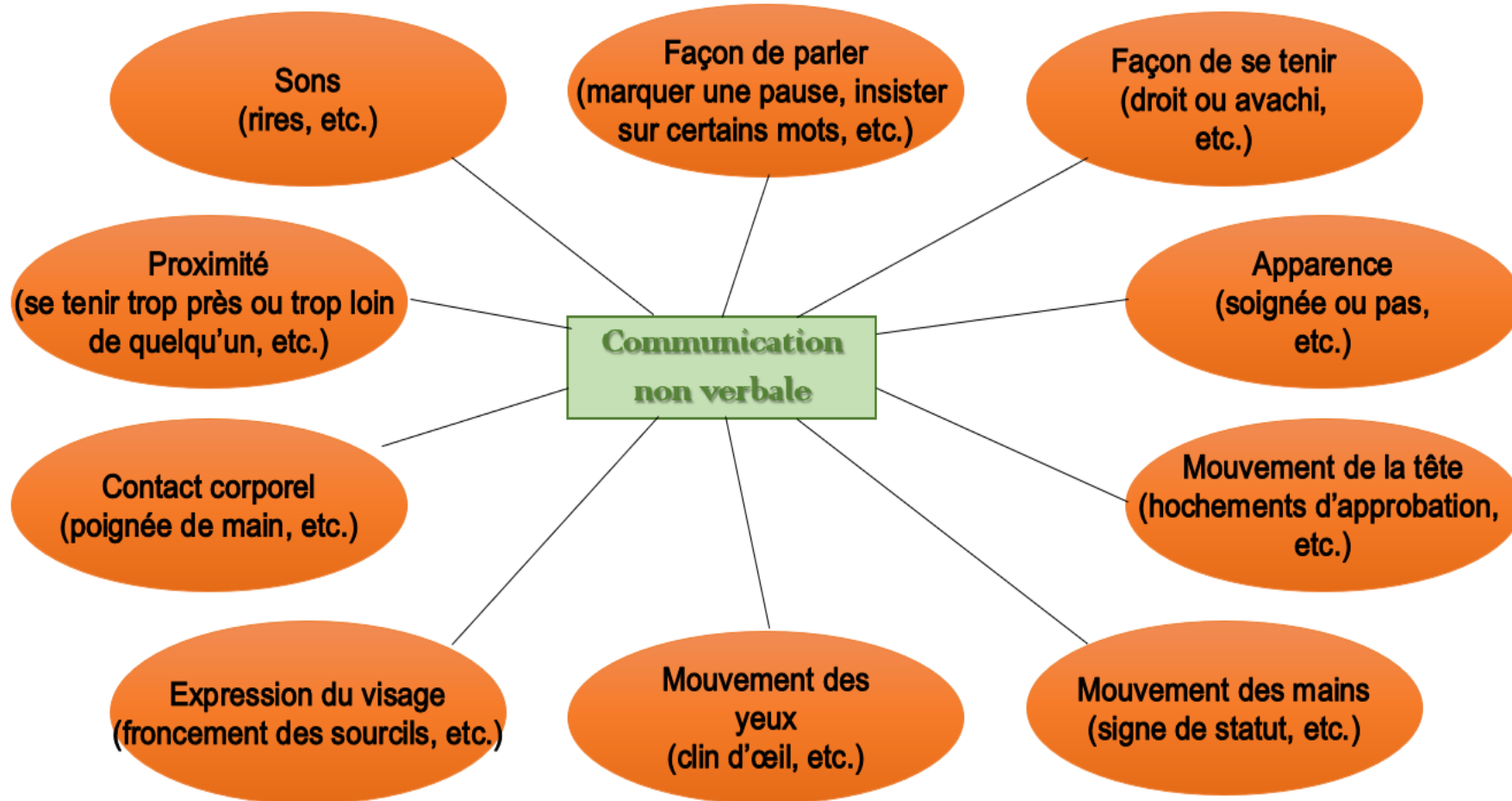


J'ai loupé mon bus
bus, peux-tu
venir me chercher

➡ Pour 2 messages identiques :

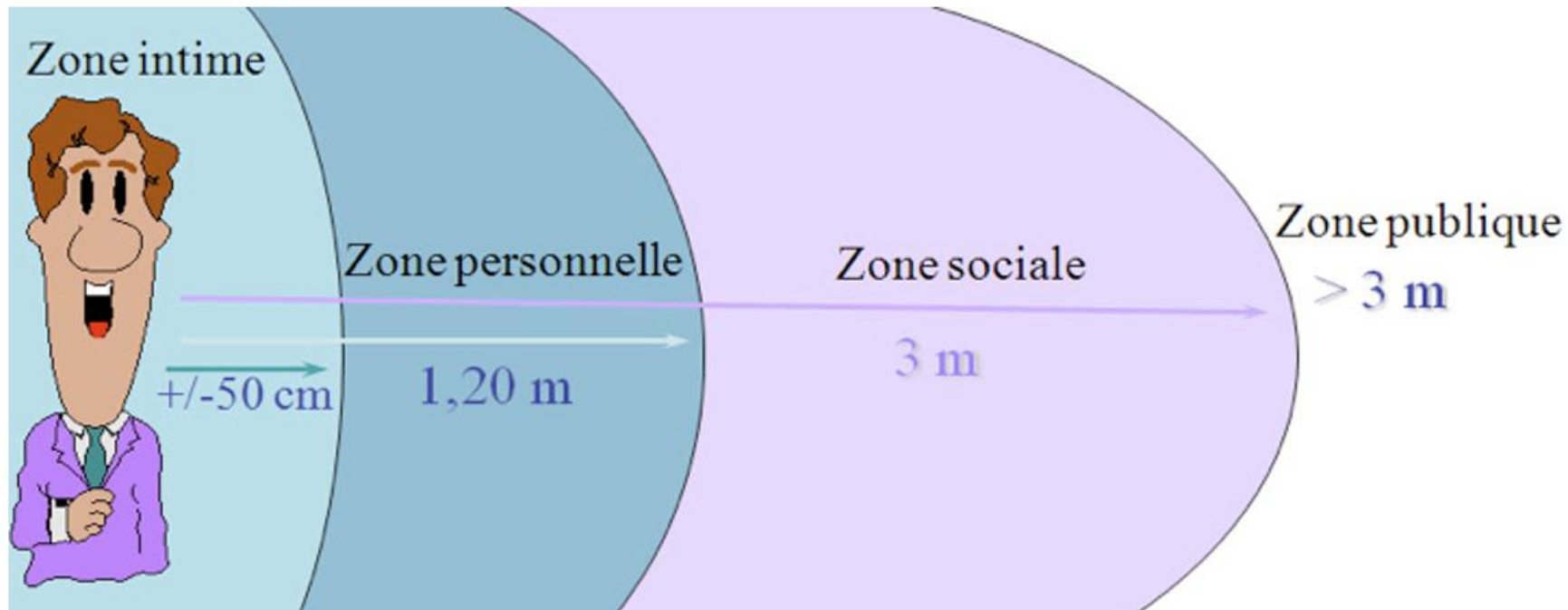
- Pas la même compréhension du message
- Les mots sont insuffisants pour exprimer tout le contenu d'échanges entre 2 personnes

La communication non verbale ou le langage du corps



La proxémie

= distance physique que nous établissons avec une personne selon le type de relation entretenue avec elle. (E. Hall)





Proxémie et autonomie

- ◆ Chaque individu choisit d'accueillir ou non une personne « dans sa bulle », selon le degré d'affinité. Chacun est décideur du type de relation qu'il souhaite établir.
- ◆ Toute intrusion dans la bulle génère un stress, une anxiété.
- ◆ Si l'éloignement physique est impossible, on s'échappe par le regard.
Exemple :
 - dans les transports en commun, dans un ascenseur (chevauchement de bulles)
 - autour de la table de la salle de restauration en EHPAD

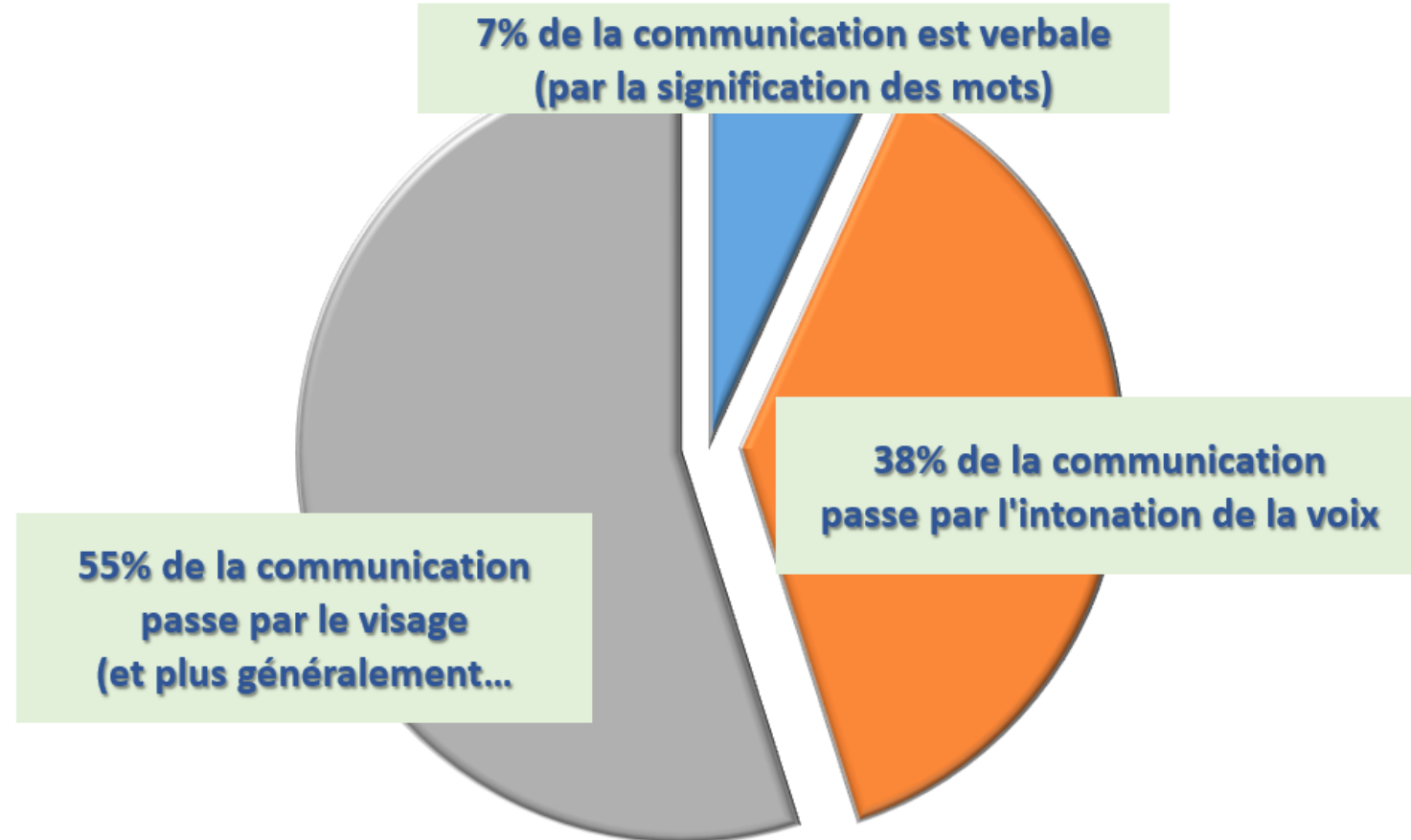


Société de Gériatrie
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Communication verbale et non verbale

◆ Mehrabian





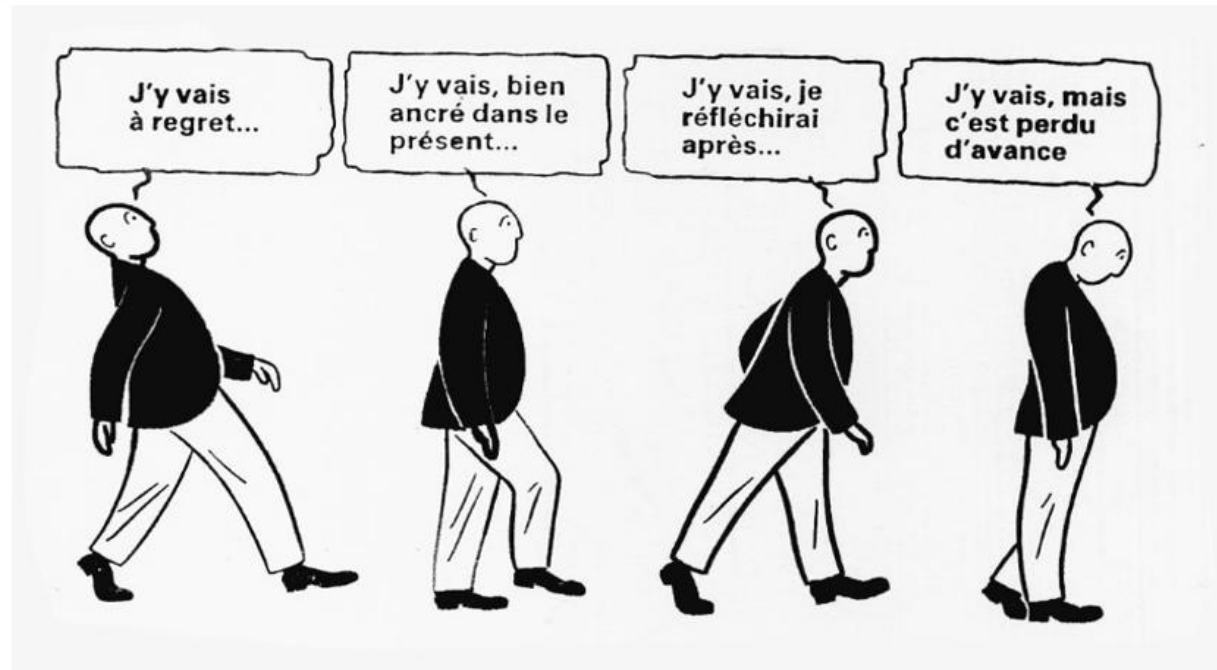
Mieux communiquer...

- ◆ ... c'est pouvoir interpréter les messages verbaux ET non verbaux de la personne
- ◆ ... c'est avoir une conscience plus aiguë de notre propre langage non verbal pour l'utiliser comme un atout dans notre relation à l'autre

Identifier les messages non verbaux reçus

◆ Le trouble comportemental

Toute manifestation comportementale doit nous inciter à en rechercher l'origine.



Identifier les messages non verbaux reçus

◆ L'expression faciale



Regard :

- Suivi du regard
- Fixité du regard pour tenter de communiquer
- Yeux fermés, regard ailleurs (= signe de refus, mécontentement)
- Expressivité du regard (vide – éteint, vif)

Sourire/Arrêt du sourire

=

Satisfaction, souffrance - mécontentement

Froncement – haussement de sourcils

= souffrance

Bâillements

Bouche :

- crispée
- ouverte

Identifier les messages non verbaux reçus

◆ La position corporelle

Corps tonique
Mouvements des jambes



Dos, têtes penchées
Position foetale





Identifier les messages non verbaux reçus

◆ Les manifestations somatiques

Manifestations somatiques	Peau et muqueuses
<ul style="list-style-type: none">- Attitude antalgiques- Intolérance au toucher → réactions vives- Protection de la zone douloureuse par les mains- Mimiques / gémissements- Trouble du sommeil / de l'appétit- Mutisme / diminution de la communication- Repli sur soi- Refus de soin, participation aux AVQ- Besoin d'une présence, de serrer la main- TC (agitation, agressivité)	<ul style="list-style-type: none">- Langue sèche- Eczéma / plaques- Boutons- Hématomes- Gonflements / ballonnements- Pâleur / rougeur



Identifier les messages non verbaux reçus

◆ La recherche du lien

- ◆ Tête tournée vers l'autre
- ◆ Regard tourné vers l'autre
- ◆ Main, bras tendus
- ◆ Paume en supination
- ◆ Accrochage visuel (quand il n'y a pas de possibilité motrice autre)



➔ Si on répond à la demande à la main tendue par le contact physique,
la personne nous accepte dans sa sphère intime

= accordance

Identifier les messages non verbaux reçus



Main en pronation / mouvement de pince = acte de saisie



Main en supination
= acte d'accueil, d'invitation, de don








Accompagnement par le bras d'une personne
= rapport dominant



Préférer la prise du pouce
de l'accompagnant

Comment entrer en communication?

	Se présenter	Nommer la personne	
<p>Présentation du professionnel à compléter des supports matériels Ex : trombinoscope – plaquettes – carte de visite</p>   	<p>Je m'appelle... Je suis... Je viens vous voir pour... de la part de...</p>	<p>Bonjour Madame</p> <p>=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manière d'attirer l'attention - Marque d'attention <p>- Formule de politesse, expressions sociales, poignées de main</p> <p>Ex : « <i>bonjour, excusez-moi...</i> » « <i>vous permettez...</i> »</p> <p>=</p> <p>Marque d'attention plus valorisante</p>	



Société de Gériatrie
et Gérontologie

LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

En conclusion

La communication non verbale s'associe à la communication verbale pour éviter la non reconnaissance des personnes âgées que sont nos résidents.

Chaque résident, dans toutes ses particularités tant de vie qu'en fonction de ses pathologies, mérite de notre part toute la reconnaissance qui lui permet de se sentir bien dans notre établissement.





Société de Gériatrie
et Gérontologie
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Printemps des EHPAD – SGGLNA – 24/04/2026 - Limoges

Les Journées Annuelles
de la SGGL-NA 2026



IPA et Médecin Coordonnateur en EHPAD : MIEUX SOIGNER ENSEMBLE

Retour d'expérience IPA en EHPAD



Marion GUILLEM-JOUSSAUME – IPA en EHPAD

Dr Frédéric WONÉ – Chef de Pôle – Médecin coordonnateur





Société de Gériatrie
et Gérontologie
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Printemps des EHPAD – SGGLNA – 24/04/2026 - Limoges

Les Journées Annuelles
de la SGGL-NA 2026

IPA = Infirmière en Pratiques Avancées

IPA et Médecin Coordonnateur en EHPAD :

MIEUX SOIGNER ENSEMBLE

Retour d'expérience IPA en EHPAD



Marion GUILLEM-JOUSSAUME – IPA en EHPAD

Dr Frédéric WONÉ – Chef de Pôle – Médecin coordonnateur





IPA - médecin coordonnateur : Mieux soigner ensemble

Retour d'expérience EHPAD
Centre Hospitalier Périgueux

L'impasse du modèle traditionnel en EHPAD

Vieillesse Accélérée



Arrivée en EHPAD d'une population de plus en plus âgée, nécessitant une prise en charge gériatrique lourde.

Hyper-Polypathologie



Augmentation exponentielle des résidents polypathologiques instables, requérant une vigilance clinique constante.

Chute de la Densité Médicale



Rareté croissante des médecins traitants et des médecins coordonnateurs disponibles pour assurer une présence continue.

Face à cette triple pression, le modèle du médecin isolé n'est plus viable.
La survie de l'institution exige une nouvelle architecture organisationnelle.

2025 : L'évolution réglementaire qui déverrouille le binôme

Loi RIST (Avril 2025) (IPA)

1

Extension des compétences en prescription et renouvellement de traitements dans le cadre de protocoles de coopération.

Arrêté Avril 2025

- Nouveaux actes techniques autorisés
- Élargissement des protocoles nationaux
- Renforcement du rôle dans la coordination



Décret Septembre 2025 & Loi Juin 2025 (Médecin Coordonnateur)

1

Rôle de Médecin Traitant :

Extension majeure permettant d'assurer le suivi médical régulier des résidents qui le souhaitent (au-delà de la simple urgence).

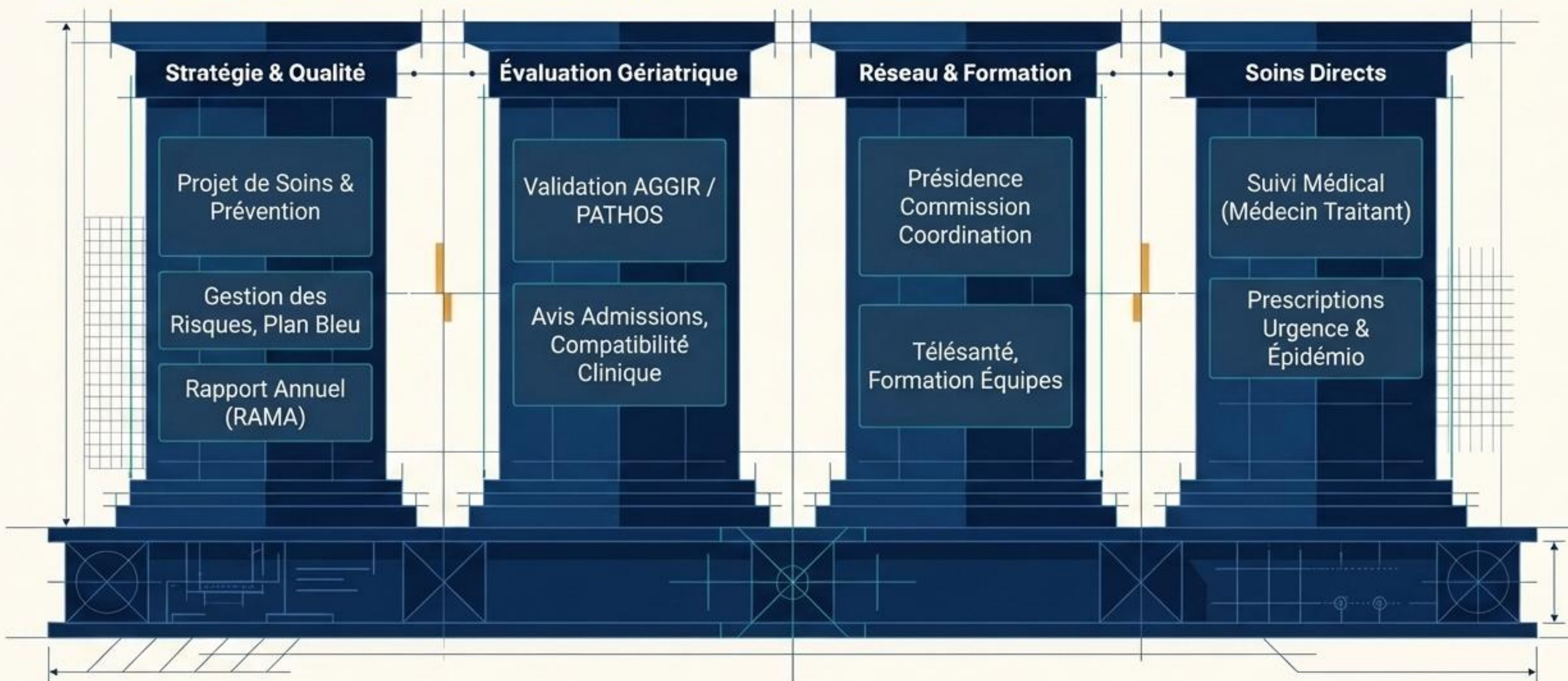
2

Nouveaux Appuis :

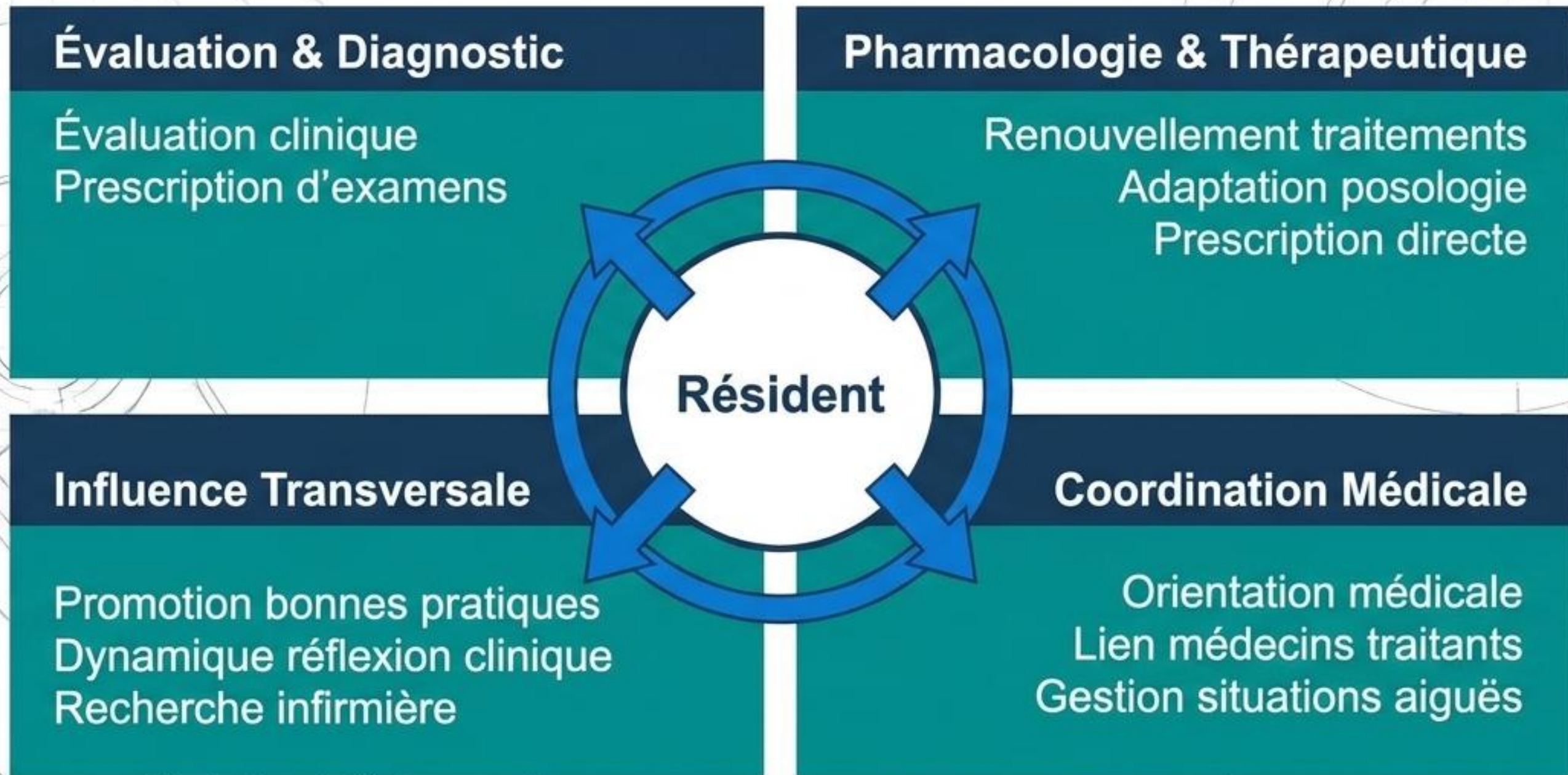
Rapport d'activité (RAMA) structuré avec remontée nationale à la CNSA.

Formalisation du binôme avec le nouvel Infirmier Coordonnateur (IDEC).

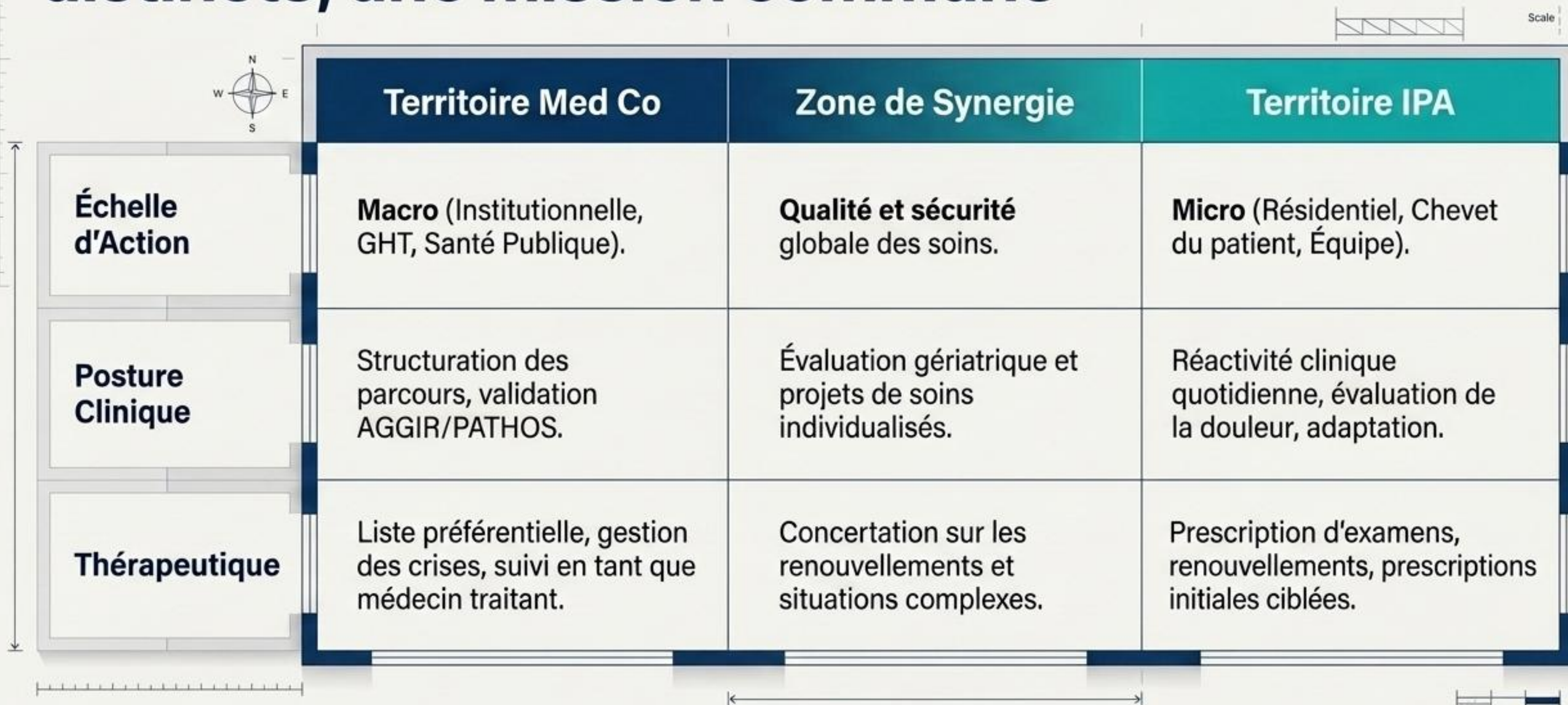
Profil 1 : Le Médecin Coordonnateur, l'Architecte de l'Institution



Profil 2 : L'Infirmier en Pratique Avancée, le Catalyseur Clinique



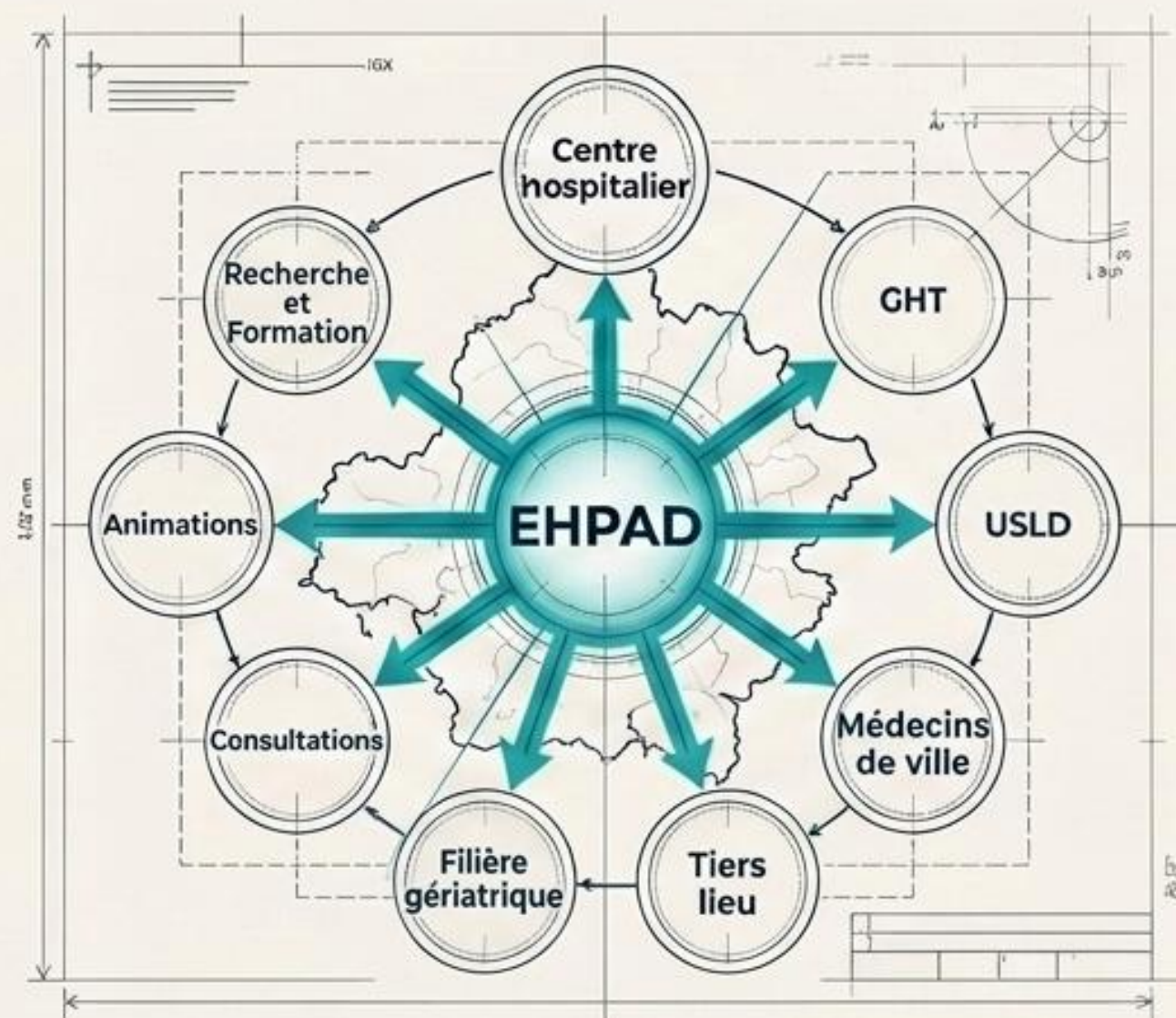
La Matrice de Synergie : Des territoires distincts, une mission commune



	Territoire Med Co	Zone de Synergie	Territoire IPA
Échelle d'Action	Macro (Institutionnelle, GHT, Santé Publique).	Qualité et sécurité globale des soins.	Micro (Résidentiel, Chevet du patient, Équipe).
Posture Clinique	Structuration des parcours, validation AGGIR/PATHOS.	Évaluation gériatrique et projets de soins individualisés.	Réactivité clinique quotidienne, évaluation de la douleur, adaptation.
Thérapeutique	Liste préférentielle, gestion des crises, suivi en tant que médecin traitant.	Concertation sur les renouvellements et situations complexes.	Prescription d'examens, renouvellements, prescriptions initiales ciblées.

Le Terrain d'Épreuve : Centre Hospitalier de Périgueux (EHPAD Parrot)

Une implémentation grandeur nature portée par le Dr F. Woné et M. Guillem Jousaume (IPA).



Unité Massive

487 lits EHPAD (Félibres, Parrot)
+ 60 lits USLD (Douglas).

Poids Territorial

Représente 10 % de l'ensemble des lits
EHPAD de la Dordogne.

Force de Frappe

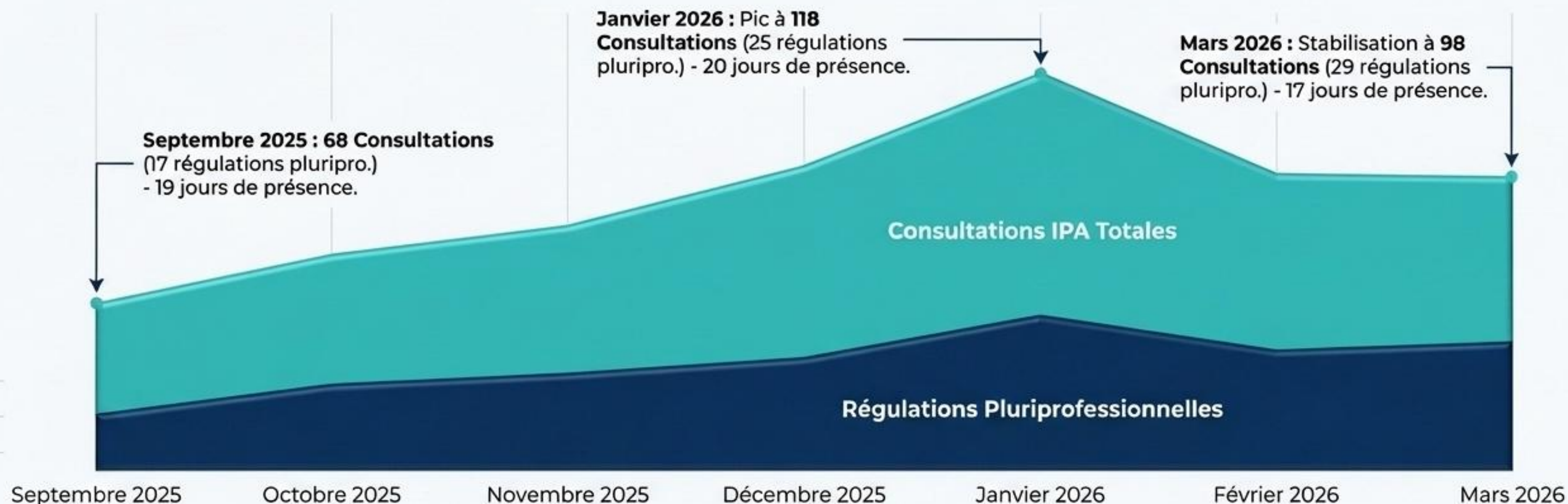
11 unités de vie/soins animées par 350
soignants aux compétences gériatriques.

Le défi : Assurer la coordination et la collaboration avec une multitude de médecins de ville, associés, et FFI au sein d'une structure de plus de 500 résidents.

L'Architecture Opérationnelle : Comment fonctionne le binôme au quotidien ?



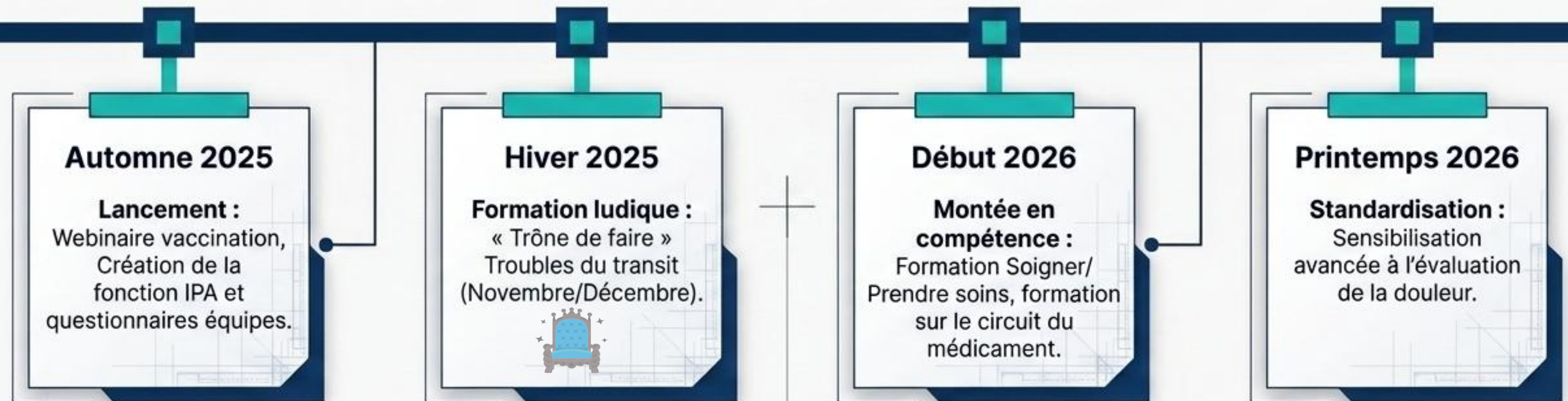
Preuve d'Impact (1/2) : L'Explosion de la Réactivité Clinique



Près d'un tiers des consultations IPA entraînent une régulation pluriprofessionnelle.
L'IPA ne travaille pas en silo ; son activité génère une coordination immédiate avec le médecin de ville (44 résidents suivis en ville en mars) et le médecin coordonnateur.

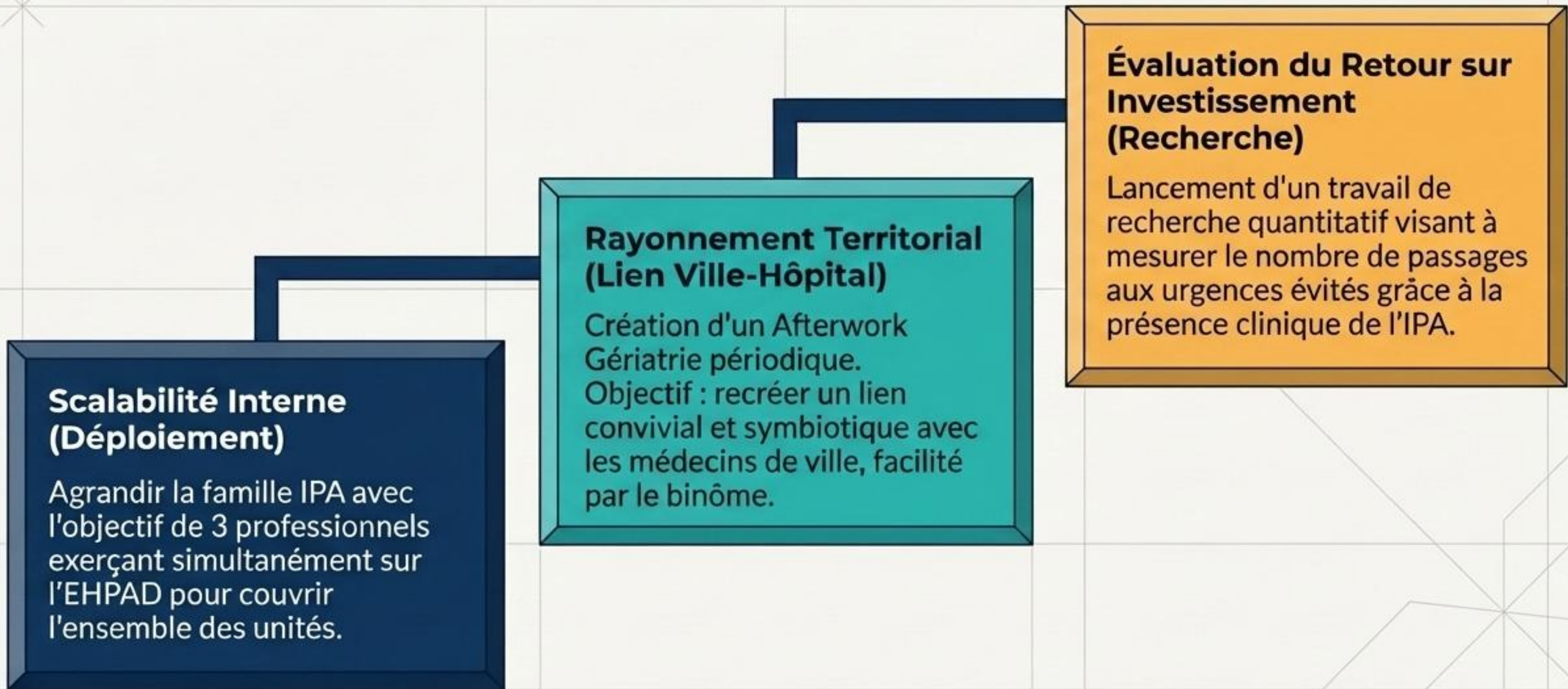
Preuve d'Impact (2/2) : L'Élévation Transversale des Équipes

Au-delà de la consultation, l'IPA initie une dynamique continue de réflexion autour du soin.



**Cette influence transversale soulage le Médecin
Coordonnateur de l'animation quotidienne, permettant
l'application fluide des bonnes pratiques gériatriques.**

Perspectives ...



“Là où le médecin coordonnateur structure, organise et garantit la qualité des soins, l’IPA renforce la présence clinique, améliore la réactivité et sécurise les parcours des résidents.”

Seul, on s’adapte. Ensemble, on transforme.

La question n’est plus de savoir si le modèle du binôme fonctionne, mais combien de temps nous pouvons encore attendre pour le généraliser.



Société de Gériatrie
et Gérologie
LIMOUSIN - NOUVELLE AQUITAINE

Printemps des EHPAD – SGGLNA – 24/04/2026 - Limoges

Les Journées Annuelles
de la SGGL-NA 2026



Centre hospitalier
de Périgueux

Et vous, Qu'en pensez-vous ?

Synthèse

“Là où le médecin coordonnateur structure, organise et garantit la qualité des soins, l'IPA renforce la présence clinique, améliore la réactivité et sécurise les parcours des résidents.”

Seul, on s'adapte. Ensemble, on transforme.

La question n'est plus de savoir si le modèle du binôme fonctionne, mais combien de temps nous pouvons encore attendre pour le généraliser.

© NotebookLM

Informations :

Pôle EHPAD-USLD - Centre Hospitalier de Périgueux
80 avenue Pompidou – 24000 PERIGUEUX - France
05 53 45 27 44 - secretariat.ehpad@ch-perigueux.fr

Marion GUILLEM-JOUSSAUME – IPA en EHPAD
Dr Frédéric WONÉ – Chef de Pôle – Médecin coordonnateur

