CHAPITRE

13

Première consultation cognitive

Yaohua Chen, Guillaume Chapelet

PLAN DU CHAPITRE

- Introduction
  - Un diagnostic précoce des troubles neurocognitifs (TNC) au moment opportun
  - L'importance du gériatre dans la première consultation cognitive
- Comment débuter une consultation ?
- Consultation cognitive type
  - Entretien (25 à 30 minutes)
  - Examen physique (5 à 10 minutes)
  - Évaluation cognitive (5 à 10 minutes)
  - Explication des explorations complémentaires et du programme de soins (10 minutes)
- Situations particulières
  - Stade trop avancé
  - Troubles psychocomportementaux majeurs
  - Situation médico-légale
  - Refus de consultation
  - Personnes illettrées ou non francophones
  - Troubles neurocognitifs constatés chez des patients hospitalisés
- Algorithme pratique de première consultation cognitive

Tout-en-un de gériatrie
© 2026 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Introduction

Un diagnostic précoce des troubles neurocognitifs (TNC) au moment opportun

En France, trop de patients sont sous-diagnostiqués ou diagnostiqués à un stade sévère. De fausses croyances expliquent en partie ce retard : « c'est le vieillissement » ou « les TNC n'étant pas curables, le diagnostic est inutile ».
Le dépistage systématique des TNC n'est pas recommandé en population générale, mais une démarche diagnostique doit être proposée dans quatre situations [1] :

- chez les personnes ressentant un changement récent de leur cognition ou de leur état psychique ;
- quand l'entourage remarque l'apparition de TNC ou un changement comportemental inexpliqué ;
- chez les patients qui consultent ou sont hospitalisés pour chute, syndrome confusionnel, AVC qui peuvent accompagner, révéler ou aggraver un déclin cognitif ;
- à l'entrée et en cours de séjour en structure d'hébergement.

L'importance du gériatre dans la première consultation cognitive

En général, l'évaluation initiale est conduite par le médecin traitant. Les gériatres sont en première ligne face aux symptômes d'alerte, sollicités régulièrement pour des évaluations (oncogériatrie, entrée en institution, etc.). Leur expertise permet l'organisation des soins et un suivi personnalisé qui sera d'autant plus important dans la nouvelle ère des immunothérapies pour la maladie d'Alzheimer [2]. Conduire une première consultation mémoire n'est pas simple et rapidement très chronophage. Ce chapitre détaille les étapes et les outils indispensables pour la mener efficacement.

Comment débuter une consultation ?

La qualité de l'accueil et le respect des horaires sont essentiels. Organisez-vous au préalable pour récupérer ordonnances, courriers, examens effectués et prendre connaissance du parcours du patient. Un courrier détaillé du médecin adresseur vous fera gagner un temps précieux (modèle de la Haute autorité de santé [HAS] à partager [3]). Lors de la convocation, demandez que le patient soit accompagné (avec son accord).
Pour diminuer le niveau d'anxiété du patient et de l'aidant, annoncez le déroulé de votre consultation. Quand la consultation commence, votre interlocuteur est le patient ! Il doit être le premier à recevoir l'information (loyale, intelligible et adaptée à son degré de compréhension) et à consentir aux décisions relatives à sa santé. Dans un second temps, la parole pourra être donnée à l'accompagnateur. Ne craignez pas les conflits potentiels en demandant l'histoire de la maladie au patient, puis à son accompagnateur : c'est l'occasion d'observer leur interaction (et/ou d'objectiver l'anosognosie), d'évaluer

d'éventuels troubles psychocomportementaux, le niveau de surcharge de l'aidant et les situations à risque de maltraitance.

Consultation cognitive type

Une première consultation cognitive doit répondre à cinq objectifs :

- confirmer/infirmer le diagnostic de TNC évolutif et significatif ;
- déterminer l'étiologie d'un TNC et le stade de gravité (voir chapitre 14) ;
- explorer les situations diagnostiques complexes ;
- proposer un programme de soins interdisciplinaire partagé avec le médecin traitant ;
- proposer un suivi (intervalle inter-consultation dépendant des situations).

Cinq temps rythment la consultation de 1 heure : entretien, examen physique, évaluation cognitive, explication ou prescription des examens paracliniques et présentation du programme de soins.

Entretien (25 à 30 minutes)

L'entretien est l'étape essentielle et la plus longue. Il permet de répondre en grande partie aux objectifs de la consultation. Il recherche :

- antécédents et pathologies répertoriées :
  - facteurs de risques vasculaires ;
  - troubles de santé mentale (dépression, anxiété, manie, troubles du sommeil, etc.) ;
  - antécédents traumatiques (traumatisme crânien avec perte de connaissance) ;
  - pathologies chroniques et traitements ;
  - prise d'alcool ou de toxiques ;
  - antécédents familiaux de TNC, de troubles de la santé mentale, avec âge de début (faire un arbre généalogique si plusieurs cas).
- mode de vie :
  - facteurs de risque, éléments explicatifs du déclin cognitif ou interférant avec l'évaluation ;
  - latéralité manuelle ;
  - niveau scolaire et métier(s) exercé(s) ;
  - langue maternelle ;
  - âge de la retraite le cas échéant, et les raisons de la retraite si elle a été anticipée ;
  - situation familiale (recherche d'un isolement social) ;
  - habitat (présence d'étages).
- évaluation de l'impact éventuel des TNC sur le quotidien :
  - loisirs habituels, activité physique, changement récent ?
  - situations à risque : conduite automobile, cuisine au gaz, dépenses, armes à feu, etc. ;
  - aides financières/humaines ;
  - mesure de protection juridique ;
  - échelle IADL (*Instrumental activities of daily living*) simplifiée.
- anamnèse cognitive et non cognitive (tableaux 13.1 et 13.2) ;
- santé des aidants : profitez des moments où l'aidant est seul ; proposez des autoquestionnaires – des guides existent [4].

Tableau 13.1. Anamnèse cognitive et psychocomportementale.

À l'aide de phrases tiroir, on cherche à déceler les premiers signes d'atteinte cognitive, le délai de survenue, le mode d'apparition et le mode évolutif.	
Mémoire	Votre mémoire vous pose-t-elle souci pour vous souvenir des événements de votre vie (ce que vous avez fait les jours auparavant, les fêtes de famille auxquelles vous avez participé) ? Avez-vous des difficultés à suivre un film, une émission de TV ou un livre parce que vous oubliez ce qui vient de se passer ? Vous a-t-on fait remarquer que vous avez tendance à vous répéter ? Égarez-vous souvent des objets à votre domicile ? Oubliez-vous plus fréquemment d'éteindre la lumière, le gaz, ou les robinets, ou de fermer la maison ?
Orientation temporo-spatiale	Vous arrive-t-il de ne pas savoir la date, le jour ou l'année, le moment de la journée ou de vous tromper ? Vous est-il déjà arrivé de vous perdre, d'être incapable de retrouver votre chemin ?
Langage	Vous arrive-t-il : – de chercher vos mots lors de conversations (en dehors des noms propres) ou de ne pas trouver le mot juste, d'employer des mots comme « truc » ou « machin » ? – d'employer un mot pour un autre (hier pour demain, couteau pour fourchette, etc.) ? – de mal comprendre ce qu'on vous dit, le sens de certains mots ou de devoir faire répéter ? Avez-vous parfois des difficultés à comprendre ce que vous lisez, dans le journal par exemple ?
Fonctions exécutives/ attentionnelles	Avez-vous l'impression : – d'avoir plus de difficultés à planifier et organiser à l'avance votre journée ou votre semaine ? – d'avoir plus de difficultés à rester concentré(e) sur l'activité que vous êtes en train de faire ? – de ne plus savoir ce que vous devez chercher dans cette pièce, puis en sortant de la pièce cela vous revient ?
Praxies	Êtes-vous plus maladroit(e) dans vos gestes ? Avez-vous des difficultés pour utiliser des objets comme la télécommande de la TV ou de la chaîne, des nouveaux appareils électroménagers, la radio ?
Gnosies	Vous arrive-t-il de vous tromper d'ustensile ou d'outil ou de confondre les objets entre eux ? Avez-vous des difficultés pour reconnaître les visages des gens que vous connaissez (famille, voisins, amis) ?

Examen physique (5 à 10 minutes)

Un examen général et un examen neurologique sont pratiqués. Si le temps est court, il est indispensable de vérifier au minimum :

- poids, pression artérielle voire test d'hypotension orthostatique (aide paramédicale);
- syndrome extrapyramidal, signes de libération frontale (réflexe palmo-mentonnier, *grasping*);
- troubles de l'oculomotricité;

- station debout puis unipodale et examen de la marche simple ;
- tout autre signe jugé important après l'entretien.

Évaluation cognitive (5 à 10 minutes)

Il n'existe pas d'accord professionnel sur le choix des tests de repérage. Lors de la première consultation, prévoir au maximum deux tests. Cette étape évalue la faisabilité des autres examens et thérapeutiques. On pourra compléter ces tests lors d'une deuxième consultation ou d'un hôpital de jour.
Le *mini-mental state examination* (MMSE) ne préjuge d'aucune étiologie. L'âge, le niveau socioculturel, l'activité professionnelle et sociale, l'état affectif et le niveau de vigilance doivent pondérer le résultat. Si les troubles sont légers ou si le niveau socio-éducatif est au-delà du secondaire, privilégiez le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Si vous souhaitez évaluer certains domaines, vous pouvez faire des tests spécifiques.

Explication des explorations complémentaires et du programme de soins (10 minutes)

Bilan paraclinique minimal

Le bilan paraclinique minimal recommandé en cas de TNC avéré est le suivant :

- biologie systématique : TSH, NFS, CRP, natrémie, calcémie, glycémie, albuminémie et fonction rénale ;
- selon le contexte clinique : vitamine B12, folates, bilan hépatique (transaminases, gamma GT), sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme ;
- imagerie cérébrale systématique : imagerie par résonance magnétique (IRM) avec des séquences T1, T2, T2* et FLAIR et des coupes coronales permettant de visualiser l'hippocampe ; à défaut, tomodensitométrie (TDM) cérébrale.

Si le patient a déjà réalisé ces examens, expliquez les résultats en tenant compte des éléments cliniques.

Examens paracliniques de deuxième intention

En seconde intention, il peut être nécessaire de réaliser : imagerie fonctionnelle (tomographie par émission de positons [TEP] cérébrale au fluorodésoxyglucose [FDG], DaTSCAN®), ponction lombaire, dosages des marqueurs sanguins ou examens génétiques. Il ne faut pas hésiter à présenter le dossier aux réunions pluridisciplinaires locales pour valider leur prescription.
Même s'il n'est pas aisé de poser le diagnostic étiologique à l'issue de la première consultation, le patient et son entourage attendent une conclusion et un plan de soins.

Éléments à aborder en synthèse

La synthèse médicale aborde :

- diagnostic syndromique : déclin cognitif avéré, TNC léger ou majeur, domaines atteints ?
- explorations complémentaires à faire : bilan neuropsychologique et évaluation multidisciplinaire en hôpital de jour, autres examens ?

- psychoéducation du patient/de l'aidant : symptômes rencontrés/reconnus expliqués par la maladie, association de patients ;
- prévention des conduites à risque : conduite automobile, gaz à domicile ;
- thérapie non médicamenteuse : orthophonie, kinésithérapie, soutien psychologique, etc. ;
- traitement des facteurs de risques cognitifs : par exemple optimisation de la tension artérielle, appareillage des troubles auditifs, traitement d'un syndrome d'apnées du sommeil, évaluation du risque iatrogène, aide pour un sevrage alcoolique, traitement d'un trouble thymique, lutte contre l'isolement social, etc. ;
- soutien de l'aidant : aides techniques et humaines utiles ;
- proposition d'un rendez-vous de suivi.

Il est recommandé de rédiger un courrier de synthèse précis à l'attention du médecin référent [3].

Situations particulières

Stade trop avancé

Le diagnostic étiologique est difficile à partir d'éléments cliniques. Des éléments anamnestiques et des explorations complémentaires, si l'état clinique du patient le permet, peuvent vous aider. Dans ce contexte, cette première consultation vise à établir un plan de soins pour éviter les situations à risque, optimiser les aides humaines et financières, soulager les aidants et gérer les autres syndromes gériatriques (chute, dénutrition, etc.).

Troubles psychocomportementaux majeurs

Le patient peut être familier, très agité, agressif ou délirant lors d'une consultation. Ces troubles compliquent la consultation et biaisent l'évaluation. Ils peuvent être typiques de certaines maladies et aider au diagnostic. Si le patient n'est pas en état d'avoir une consultation dans de bonnes conditions, n'insistez pas. Faites un examen clinique succinct et proposez un plan de soins.

Situation médico-légale

Si vous êtes confronté à des situations médico-légales (maltraitance, abus de bien), renseignez-vous auprès de votre assistant(e) social(e), sollicitez les structures relais (3977, dispositif d'appui à la coordination [DAC]), envisagez une mesure de sauvegarde de justice ou un signalement en vue d'une mesure de protection (voir chapitre 128).

Refus de consultation

Même dans un état sévère de TNC majeur, un tiers des patients sont conscients de leurs difficultés. Le refus de consultation n'est donc pas synonyme d'anosognosie. La

sensation de « devenir fou » est anxiogène et peut conduire les patients à avoir une attitude défensive, ressentir de la honte et à refuser la consultation. Mais une personne qui fait la démarche de venir, même sous la pression de son entourage, vient sans doute chercher de l'aide. Appréhender le refus de soins contribue à lui en fournir, en respectant ses droits (voir chapitre 127).

Personnes illettrées ou non francophones

La barrière de la langue ou l'illettrisme compliquent l'évaluation, mais ne doivent pas être un frein à une consultation mémoire. Pour les personnes non francophones, avoir recours à un interprète (liste d'interprètes bénévoles dans votre lieu d'exercice) et à l'entourage permet de recueillir les éléments cliniques. Les tests cognitifs existent dans presque toutes les langues. Pour les personnes illettrées, vous pouvez poser des questions sur la date du jour ou les faits de l'actualité récente, ou utiliser le test spécifique TNI-93.

Troubles neurocognitifs constatés chez des patients hospitalisés

Il est recommandé de les évaluer 1 à 3 mois après, mais pas de faire une évaluation durant l'hospitalisation, car la sévérité peut être surestimée et le patient pourrait être victime de la stigmatisation de TNC sévères, sans avoir ce diagnostic.

Algorithme pratique de première consultation cognitive

Voir figure 13.1.

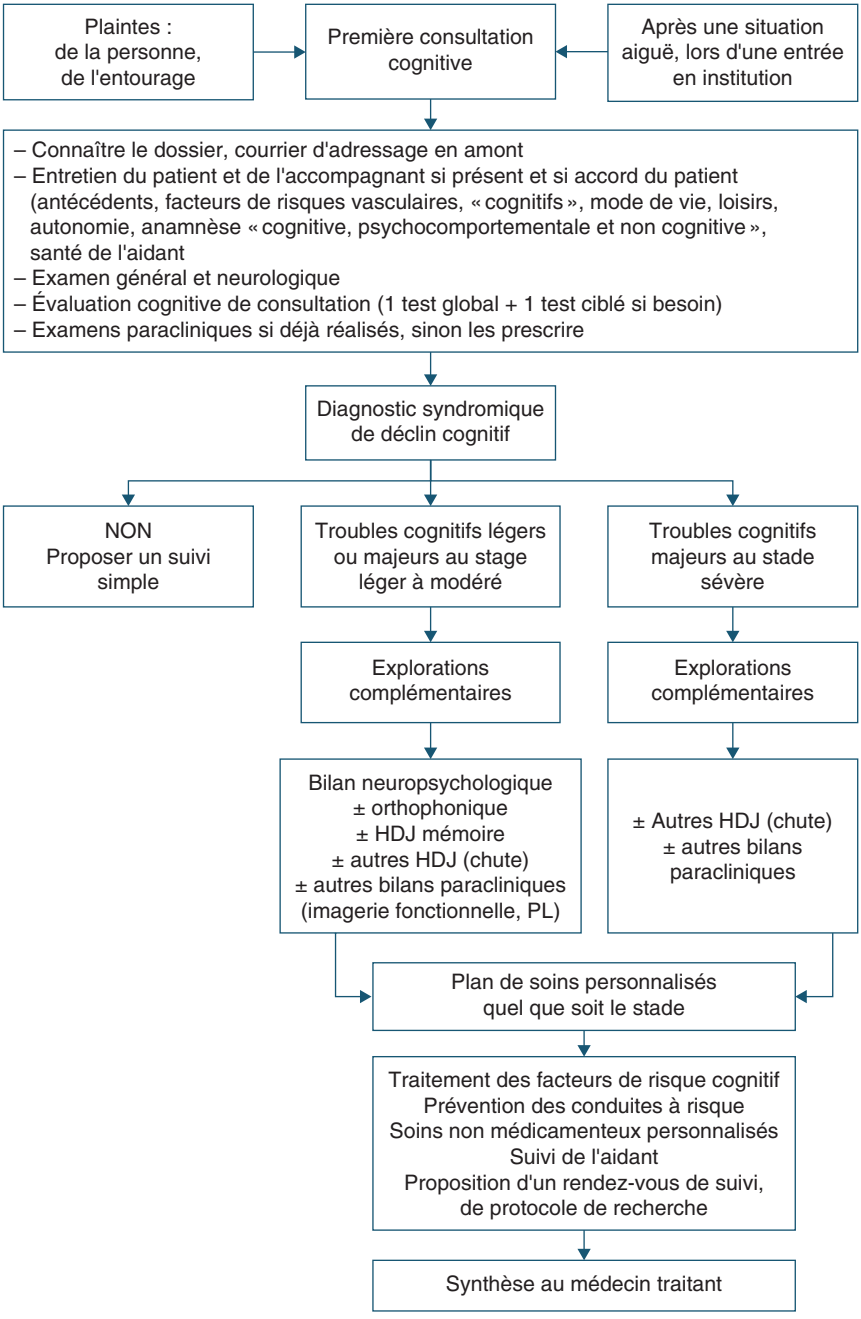

Figure 13.1. Algorithme pratique de première consultation cognitive.
HDJ : hospitalisation de jour ; PL : ponction lombaire.

Références

[1] Haute autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge; 2011.
[2] Dolphin H, et al. New horizons in the diagnosis and management of Alzheimer's Disease in older adults. Age Ageing 2024;53(2):afae005.
[3] Haute autorité de santé. Optimiser les consultations mémoire. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif; 2018.
[4] Ministère de l'économie, des finances et de la relance. Guide ministériel du proche aidant; 2021.