

ABREVIATIONS

PIB : Produit Intérieur Brut

DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} édition, texte révisé

HAS : Haute Autorité de Santé

MMSE : Mini-Mental Status Examination

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

CLIC : Centre Local d'Information et de Communication

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

CDT : Clock drawing test

GP-Cog : General Practitioners assessment of COGnition

Codex : Cognitive Disorder Examination

S-MMSE : Short-MMSE

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

MCI : Mild Cognitive Impairment

PLAN

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE des FIGURES et des TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

1) La démence :

a. Enjeu de santé publique :

La société française connaît un vieillissement progressif de sa population. En 2050, près d'un français sur trois (30%) sera âgée de plus de 60 ans (1). Ce phénomène démographique s'accompagne sur le plan sanitaire d'un accroissement de la prévalence des pathologies chroniques présentées par les personnes âgées. Parmi ces pathologies, les troubles cognitifs et les pathologies démentielles touchent environ 860 000 personnes (2) soit 17,8% de la population française de plus de 75 ans (3). Le coût de la prise en charge par malade atteint d'une pathologie démentielle est estimé à 25 120 euros par an, partagé entre les coûts directs de la maladie, liés aux hospitalisations, aux résidences spécialisées, aux soins médicaux et paramédicaux et les coûts indirects en lien avec les aides informelles (5). La prise en charge des démences et de la plainte mnésique devient par conséquent un véritable enjeu de santé publique en France.

b. Définition de la démence :

La démence est définie selon les critères du DSM-IV-TR comme une altération de la mémoire associée à une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie (perturbation du langage), apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes), agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes) et une perturbation des fonctions cognitives exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

Ces déficits cognitifs sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel. L'installation des symptômes est insidieuse et l'évolution vers le déclin cognitif est continue et irréversible.

c. Conséquences de la démence :

L'atteinte des fonctions supérieures est à l'origine d'un retentissement majeur sur la vie des patients dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette). Progressivement, l'environnement devient inadapté aux nouvelles difficultés du patient à réaliser ses activités et peut parfois mettre le patient en danger (fugues, chutes, conduite automobile, mauvaise prise médicamenteuse) et ainsi induire des difficultés de maintien à domicile (6). La perte d'autonomie induite par la pathologie démentielle génère la nécessité d'être aidé par une tierce personne ce qui constitue l'entrée dans la dépendance. Cette perte d'autonomie inéluctable est au cœur des préoccupations des médecins généralistes. L'absence de traitement médicamenteux curatif induit une nécessité d'anticiper l'avenir chez ces patients à travers des mesures d'adaptation progressive du domicile afin d'éviter les consultations aux urgences et les hospitalisations en attente d'une institutionnalisation.

2) La prise en charge de la démence : rôle du médecin généraliste

a. Evoquer et diagnostiquer une démence :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la détection et l'évaluation initiale d'une démence chez un patient est du domaine d'action du médecin généraliste (7).

Pour réaliser l'évaluation initiale, l'HAS conseille de réaliser un entretien permettant d'évaluer les plaintes, le mode de vie du patient ainsi que ses comorbidités et ses antécédents. Il est recommandé, par la suite, de réaliser une évaluation cognitive globale à l'aide du *Mini-Mental Status Examination* (MMSE) (cf. annexe 1), puis d'apprécier le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne par une évaluation fonctionnelle avec par exemple l'utilisation de l'échelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) (cf. annexe 2). Par ailleurs, une évaluation thymique et comportementale est conseillée.

Si l'évaluation cognitive est normale, une évaluation comparative est proposée en suivi 6 à 12 mois plus tard.

Si par contre l'évaluation cognitive est anormale, il est recommandé d'adresser le patient à un médecin spécialiste ou à un centre de mémoire afin de réaliser un bilan clinique et para clinique pour poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

b. Impact du diagnostic dans la prise en charge du médecin généraliste :

Une fois le diagnostic posé par le médecin spécialiste, la prise en charge est médico-socio-psychologique et parfois juridique.

L'information du patient et de son entourage sur la maladie et son évolution est indispensable notamment pour établir un plan d'aide. Celui-ci devra, d'une part, être adapté au niveau d'autonomie de la personne et à la fatigue des aidants et, d'autre part, être réévalué régulièrement. Pour cela, le médecin pourra se faire aider par des structures médico-sociales comme, par exemple, les CLIC (Centre Local d'Information et de Communication). Ces structures sociales constituent des aides précieuses aux mesures d'anticipation comme les inscriptions de précaution en EHPAD. Celles-ci devraient être systématiquement envisagées selon l'HAS (7). Par ailleurs, les associations de patients peuvent aider, soutenir et conseiller les patients et leur entourage. Des traitements médicamenteux peuvent, aussi, être proposés en fonction de la sévérité de la démence. Enfin, des mesures de protection juridique peuvent être envisagées pour protéger les biens financiers et matériels du patient.

Le médecin généraliste est souvent le premier soignant à repérer les symptômes précurseurs de la démence ou à recueillir les témoignages familiaux, ce qui lui confère un rôle central dans la coordination du parcours de soins des patients atteints de démence. La réalisation du diagnostic pourra favoriser une prise en charge globale ainsi qu'une anticipation sociale.

Il paraît donc important de disposer d'outils d'évaluation des troubles cognitifs, objectifs et adaptés à la pratique de soins primaires (8), afin d'orienter le patient dans le bon réseau de soin, d'anticiper (9) avec sa famille la prise en charge sociale et environnementale.

3) Outil d'évaluation de la démence :

Un outil d'évaluation en soins primaires doit être court, simple d'utilisation et présenter une bonne sensibilité et spécificité.

a. MMSE, le test de référence :

Les outils d'évaluation de la plainte mnésique et des troubles cognitifs en soins primaires sont nombreux. Le MMSE est le test de référence recommandé par l'HAS permettant aussi bien de réaliser un diagnostic de démence qu'un suivi. Cependant, sa réalisation, en moyenne de 15 minutes, est peu compatible en pratique courante de médecine générale dont les consultations durent 18 minutes (10). Ce test semble par conséquent peu adapté à la prise en charge en pratique ambulatoire (11)(12).

Le MMSE comprend des items évaluant l'orientation temporo-spatiale, la mémoire immédiate et courte avec rappel non indicé, une épreuve de calcul mental, une évaluation du langage et des fonctions visuo-constructives. L'ensemble des sphères explorées par le MMSE peut constituer un frein et sembler peu adapté à la prise en charge d'une pathologie altérant la mémoire au premier plan (13). D'autre part, le MMSE présente d'autres limites : les résultats aux tests sont liés avec le niveau d'éducation du patient ; des troubles du langage ou de l'audition peuvent aussi altérer les résultats du test.

b. Les autres outils disponibles en médecine générale :

De nombreux autres outils sont disponibles en médecine générale pour évaluer les fonctions cognitives :

- Le test des 5 mots de Dubois
 - o Évalue la mémoire immédiate et la mémoire courte avec rappel indicé.
- Le test de l'horloge ou CDT (*Clock drawing test*)
 - o Analyse les capacités visuo-constructives du patient.
 - o Le patient doit placer les chiffres des heures sur un cadran d'horloge puis les aiguilles indiquant 10h10.
- Le GP-Cog (*General Practitioners assessment of COGnition*)
 - o Réalisé pour la pratique des médecins généralistes
 - o Comprend plusieurs items
 - Un item d'orientation temporelle
 - Un item d'évaluation des capacités visuo-constructives (test de l'horloge)

- Un item évaluant la connaissance récente des événements d'actualité
 - Un item d'évaluation de la mémoire de rappel (rappel d'information d'une adresse)
 - Si le résultat au test est intermédiaire, les proches du patient sont interrogés
- Le Mini-Cog comprend :
 - Le rappel libre et différé des 3 mots
 - Le test de l'horloge
 - Le Codex (*COgnitive Disorder EXamination*) évalue :
 - Le test de l'horloge
 - Le rappel libre différé des 3 mots
 - Eventuellement, l'orientation temporelle en fonction des résultats aux autres items
 - Le S-MMSE (*Short Mini-Memory State Examination*) ou test des 3 mots :
 - Partie du MMSE qui évalue spécifiquement la mémoire
 - Rappel libre et différé non indicé de 3 mots
 - Une tâche interférente non évaluée

Ces tests ne semblent pas adaptés à la pratique ambulatoire pour certains du fait de leur temps de réalisation et complexité d'utilisation similaire au MMSE comme pour le test des 5 mots, le GP-Cog ou le Codex, pour d'autres du fait de leur faible performance diagnostique comme le test de l'horloge ou le Mini-Cog.

c. S-MMSE, une alternative ?

De récentes publications(14,15) ont comparé le test des trois mots au MMSE en évaluation de la plainte mnésique. *Haubois et al(14,15)* ont réalisé en coordination avec le service de gériatrie du CHU d'Angers une étude montrant une corrélation étroite entre un score pathologique au test des 3 mots et le diagnostic de démence. Le test des 3 mots présentait une meilleure spécificité (85,4%) et une meilleure valeur prédictive positive (95,5%) que le MMSE (respectivement 75,5% et 92,8%). De même, les rapports de vraisemblance positifs (6,1) et négatifs (8,1) et l'odds ratio (49,8 - IC 95%) étaient meilleurs avec le test des 3 mots qu'avec le MMSE (respectivement 3,7 7,7 et 28,6). La sensibilité des deux tests étaient similaires (89,5% pour le S-MMSE et 90,0% pour le MMSE). Par ailleurs, le test des 3 mots est de réalisation plus rapide et semble plus adapté à la pratique de médecine générale. Nous

émettons l'hypothèse que le test des 3 mots pourrait constituer un outil de première ligne dans l'évaluation de la plainte mnésique et des troubles de la mémoire en médecine ambulatoire.

4) Objectifs de l'enquête :

a. Principal

Evaluer la faisabilité du test des trois mots pour explorer les troubles de la mémoire chez les patients de 75 ans ou plus en médecine ambulatoire.

b. Secondaires

Analyser les motifs de non réalisation du questionnaire par les médecins généralistes.

Evaluer le bénéfice dans la prise en charge médicale apporté par ce test.

MATERIEL ET METHODES

1) Type d'enquête :

a. Nature de l'enquête :

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective transversale de faisabilité réalisée en cabinet de médecine générale entre le 1^{er} décembre 2013 et le 1^{er} mars 2014.

b. Choix de la population étudiée :

16 médecins généralistes installés exerçant en Maine et Loire ou Sarthe ont été sélectionnés. Chaque médecin généraliste devait réaliser le test des 3 mots chez 10 patients de 75 ans ou plus, consécutifs, se présentant à sa consultation pour des motifs de consultations variés (avec ou sans plainte mnésique).

Un diagnostic de démence déjà établi ou une pathologie psychiatrique évolutive n'étaient pas des critères d'exclusion. Ces diagnostics devaient, cependant, être signalés pour évaluer la faisabilité de ce test sur cette population.

Les critères de non inclusion étaient les patients ne parlant pas français et refusant le test.

2) Déroulement de l'enquête :

a. Questionnaire des caractéristiques des médecins (cf. annexe 3)

Afin de caractériser les profils des médecins généralistes participant à l'étude un court questionnaire était rempli en début d'étude. Les variables suivantes étaient recueillies :

- âge
- sexe
- localisation cabinet (rural, semi-rural ou urbain)
- mode d'exercice (seul ou en groupe)
- nombre d'années d'installation
- spécialités, DES, DU, compétences particulières en gériatrie
- investissement dans la formation des futurs médecins (terrain de stage externe, praticien et SASPAS)

b. Questionnaire destiné aux patients (cf. annexe 4)

Les variables recueillies concernant les patients étaient :

- leur âge,
- leur sexe,
- leur lieu de résidence (domicile, foyer logement ou EHPAD)
- leurs comorbidités (démence, pathologie psychiatrique)
- puis le test des 3 mots en lui même.

Celui-ci se déroulait en trois parties:

- l'encodage des 3 mots (cigare, fleur, porte) : rappel immédiat
- une tâche interférente : épreuve du calcul mental (compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à 65) et épeler le mot MONDE à l'envers. Ces tâches interférentes n'étaient pas comptabilisées dans le score final et avaient pour objectif de distraire le patient.
- un rappel des trois mots encodés sans indigage.

Le total des points était comptabilisé sur six. Un total inférieur ou égal à 4/6 était considéré comme anormal.

c. Partie du questionnaire destiné aux médecins généralistes (cf. annexe 4)

La première question consistait à savoir si le médecin avait ou non réalisé le test.

Le questionnaire se divisait ensuite en 2 parties :

- Si le médecin n'avait pas réalisé le test, il devait expliciter le motif de non réalisation au choix entre :
 - Refus du patient,
 - Impossible à faire chez ce patient et pourquoi,
 - Manque de temps du médecin,
 - Oubli du médecin.
- Si le test avait été réalisé par le médecin, il était demandé :
 - Le temps, en minutes, nécessaire à la réalisation du test des 3 mots
 - Le résultat du test confirmait-il votre impression clinique ?
 - Ce test vous a-t-il apporté une aide pour la poursuite de la prise en charge ?
 - Au vu de ces résultats qu'allez vous mettre en œuvre ? (plusieurs choix possible)

- Pas de poursuite des explorations
- Information du patient et de l'entourage sur la démence
- MMSE
- Imagerie
- Consultation mémoire

Chaque médecin devait à l'issue de ces 10 questionnaires répondre à 3 dernières questions globales afin d'évaluer l'intérêt de ce test de première intention : (cf. annexe 3)

- Jugez-vous ce test faisable en cabinet de médecine générale ?
- Dans l'avenir, utiliserez-vous ce test à la place du MMSE ?
- Avez-vous utilisé ce test pour d'autres patients ?

3) Analyses statistiques et aspects réglementaires

Une analyse des caractéristiques des patients et des médecins à partir de moyennes et de déviations standard en fréquences et pourcentages a été réalisée. La population a été divisée en trois sous groupes : la population ayant un résultat au test inférieur ou égal à 4, la population ayant un résultat supérieur à 4 et la population n'ayant pas réalisé le test. Nous avons comparé les sous-groupes en utilisant le test du Chi 2. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Le comité d'éthique du CHU d'Angers a émis un avis favorable à la réalisation de cette étude (cf annexe 5).

RESULTATS

1) Population des médecins généralistes

16 médecins généralistes ont participé à cette étude. Ces médecins généralistes avaient une moyenne d'âge de 52,3 +/- 7,8 ans. Ils étaient installés en moyenne depuis 20 ans dans leurs cabinets. La population était majoritairement masculine à 81,3%. Les médecins exerçaient pour 81,3% d'entre eux dans des cabinets de groupe. 62,5% des praticiens étaient investis dans la formation des futurs médecins et accueillaient en stage des internes ou des externes.

Les caractéristiques de la population des médecins généralistes ayant participé à l'étude sont résumées dans le tableau I.

Tableau I – Caractéristiques des médecins

	Total	Fréquence
Sexe		
Masculin	13	81,3%
Féminin	3	18,8%
Département		
Maine et Loire	10	62,5%
Sarthe	6	37,5%
Localisation		
urbain	10	62,5%
semi-rural	6	37,5%
rural	0	0,0%
Cabinet		
seul	3	18,8%
groupe	13	81,3%
Investissement formation futurs médecins		
pas d'investissement	5	31,3%
stage externe	1	
stage interne niveau 1	6	
stage interne niveau 2	3	62,5%

2) Population de patients

La population étudiée se composait de 160 individus qui avaient une moyenne d'âge de 82 +/- 5,1 ans. Les caractéristiques des patients ayant été interrogés sont résumées dans le tableau II.

Tableau II – Caractéristiques des patients

	Total	Fréquence
Sexe		
Homme	68	42,5%
Femme	92	57,5%
Lieu de vie		
Domicile	145	90,6%
Foyer logement	5	3,1%
EHPAD	10	6,3%
Comorbidités		
Troubles cognitifs antérieurs connus	8	5,0%
Pas de troubles cognitifs antérieurs repérés	152	95,0%

3) Faisabilité du test

94,4% des patients ont réalisé le test.

100% des médecins interrogés ont jugé ce test faisable en cabinet de médecine générale.

a. Temps moyen de réalisation

Le temps moyen estimé par les médecins pour la réalisation du test des 3 mots était de 2,8 +/- 1,4 minutes.

Dans le sous-groupe où le résultat était inférieur ou égal à 4, le temps de passage du test était de 3,3 +/- 1,3 minutes alors qu'il était de 2,8 +/- 1,3 minutes dans le sous-groupe où le résultat du test était supérieur à 4.

b. Motifs de non réalisation

Le test n'a pu être réalisé chez 9 patients, c'est-à-dire 5.6% de la cohorte.

Les motifs de non réalisation du test des 3 mots étaient les suivants. L'impossibilité de réaliser le test selon le médecin pour 4 patients. Cette impossibilité était due à une démence avancée chez une patiente ou à une hypochondrie sévère chez une autre patiente. Dans les autres cas, l'impossibilité de réalisation du test n'a pas été commentée par le médecin.

4 patients ont refusé la réalisation de ce test. Il est à noter que le refus de réaliser ce test ne concerne que 2.5% de la cohorte totale.

Enfin, le test n'a pas été réalisé chez un patient par manque de temps et chez un autre patient par oubli du médecin.

Les motifs de non réalisation du test sont illustrés dans la figure 1.

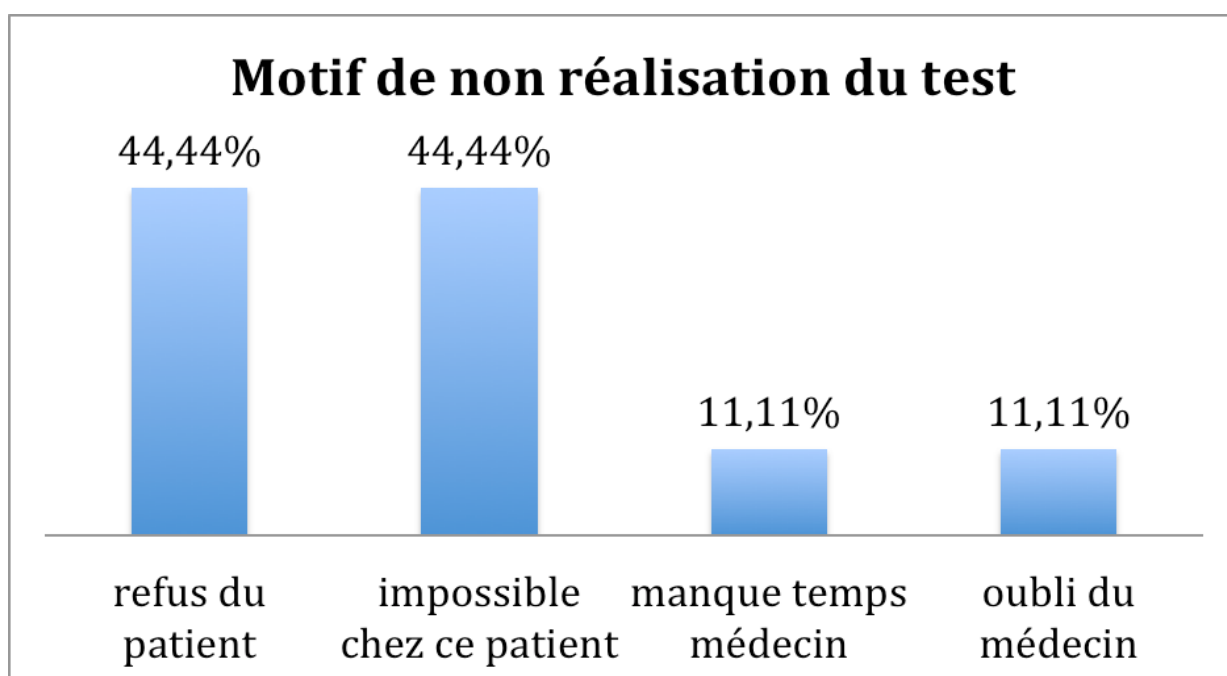


Figure 1 - Motifs de non réalisation du test

4) Résultat du test des 3 mots

a. Résultats du test

65% des patients ont obtenu un résultat total supérieur à 4/6.

29,4% des patients ont obtenu un résultat total inférieur ou égal à 4/6 soit 31,1% des patients ayant réalisé le questionnaire.

5,6% des patients n'ont pas réalisé le test.

Ces résultats sont synthétisés dans la figure 2.

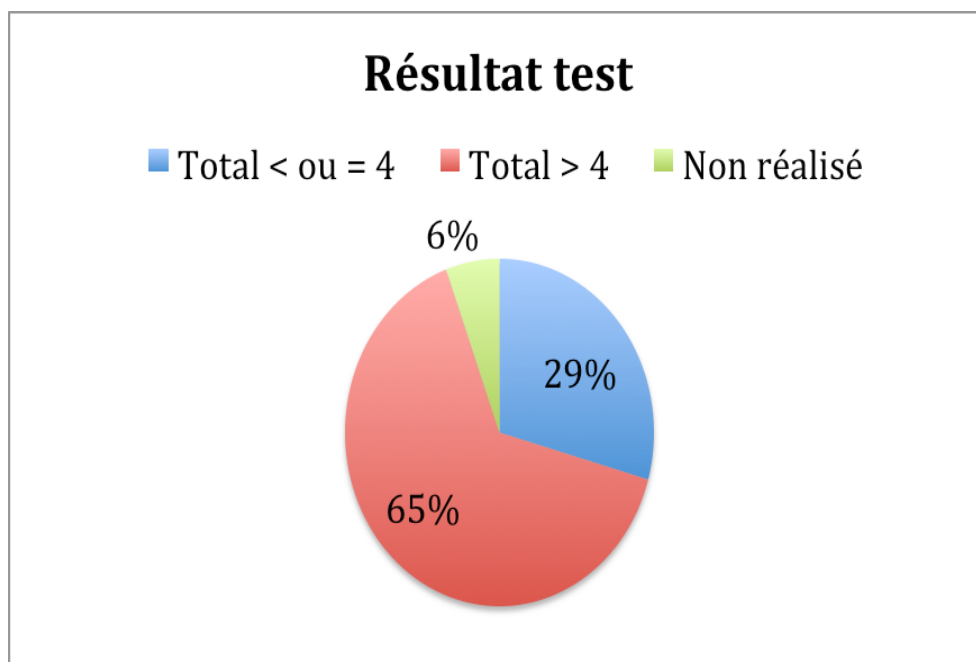


Figure 2 - Résultats du test

Les caractéristiques de la population en fonction des résultats au test sont résumées dans le tableau III.

Tableau III – Caractéristiques des patients en fonction de leurs résultats au test.

	Total ≤ 4	Total > 4	Valeur de p*	Test non réalisé
	29,4% (n = 47)	65,0% (n = 104)		5,6% (n = 9)
Age (années)	83,1 +/- 5	81,1 +/- 4,6	0,024	85,7 +/- 7
Sexe				
Hommes	34% (16)	46,2% (48)	0,163	44,4% (4)
Femmes	66% (31)	53,8% (56)		55,6% (5)
Lieu de vie				
Domicile	85,1% (40)	95,2% (99)	0,034	66,7% (6)
Foyer logement	6,4% (3)	1,9% (2)		0% (0)
EHPAD	8,5% (4)	2,9% (3)		33,3% (3)
Comorbidités				
Troubles cognitifs antérieurs connus	14,9% (7)	0%	<0,001	11,1% (1)
Pas de troubles cognitifs antérieurs repérés	85,1% (40)	100%		88,9% (8)

* Comparaison basé sur test du χ^2

P significatif < 0.05 indiqué en caractère gras.

b. Impression clinique des médecins généralistes

Dans 73% des cas, le résultat obtenu au test des 3 mots était conforme à l'impression clinique des médecins généralistes. Quand le résultat était inférieur ou égal à 4, cette impression était confirmée à 51% contre 89% quand le résultat était supérieur à 4.

5) Intervention réalisée en fonction des résultats

Les médecins généralistes considèrent que ce test a constitué une aide dans la poursuite de la prise en charge dans 44% des cas.

83% des médecins généralistes envisagent d'utiliser le test des 3 mots en préalable au MMSE. Les médecins généralistes semblent vite s'être approprié le test car 33% des médecins avaient poursuivi l'utilisation du test des 3 mots pour d'autres patients lors du recueil du questionnaire.

a. Patients ayant un résultat au test inférieur ou égal à 4

Lorsque le résultat du test était inférieur ou égal à 4, 74% des médecins considéraient que le test les avait aidés dans la poursuite de la prise en charge.

40.4% des médecins ont ensuite réalisé un MMSE, 21.3% ont orienté le patient en consultation mémoire et 32% des médecins n'ont pas poursuivi les explorations. (Figure 3).

Ces projets étaient différents si l'impression clinique était ou n'était pas confirmée, nous les résumons donc dans les figures 4 et 5.

b. Patients ayant un résultat au test supérieur à 4

Lorsque le résultat du test était supérieur à 4, 35% des médecins ont considéré avoir été aidé dans la poursuite de leur prise en charge.

Après un résultat au test supérieur à 4, 87,5% des médecins ne réalisent aucune intervention par la suite. Le projet des médecins après réalisation de ce test est résumé sur la figure 6.

L'ensemble de ces résultats est synthétisé dans la figure 7.

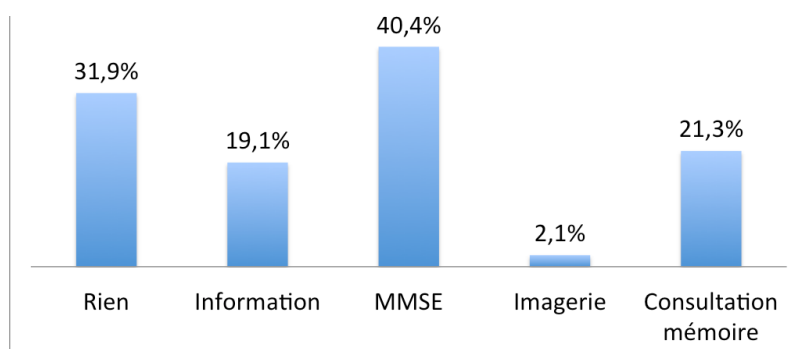


Figure 3 - Prise en charge après résultat inférieur ou égal à 4

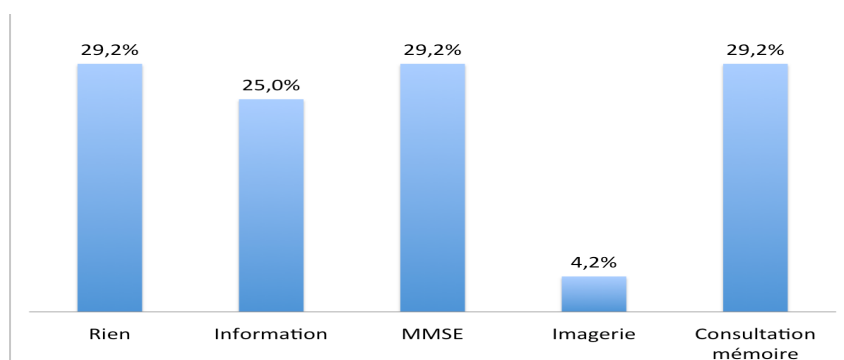


Figure 4 - Prise en charge après résultat inférieur ou égal à 4 quand l'impression clinique est confirmée

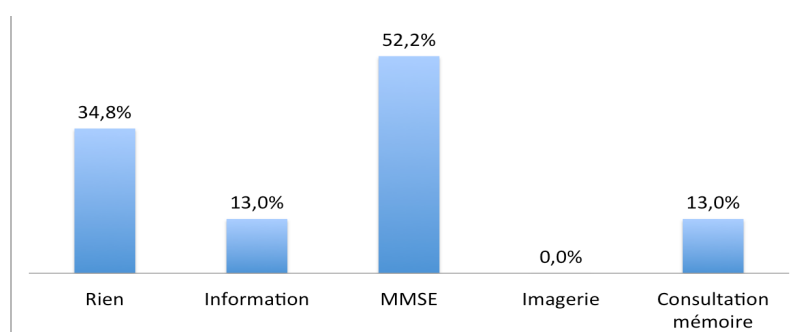


Figure 5 - Prise en charge après résultat inférieur ou égal à 4 si l'impression clinique n'est pas confirmée

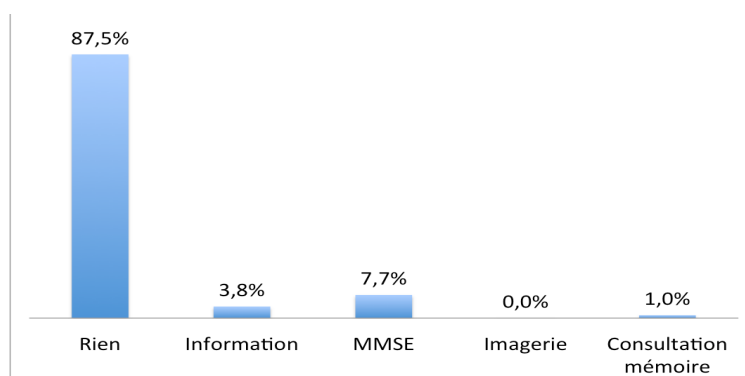


Figure 6 - Prise en charge après résultat supérieur à 4

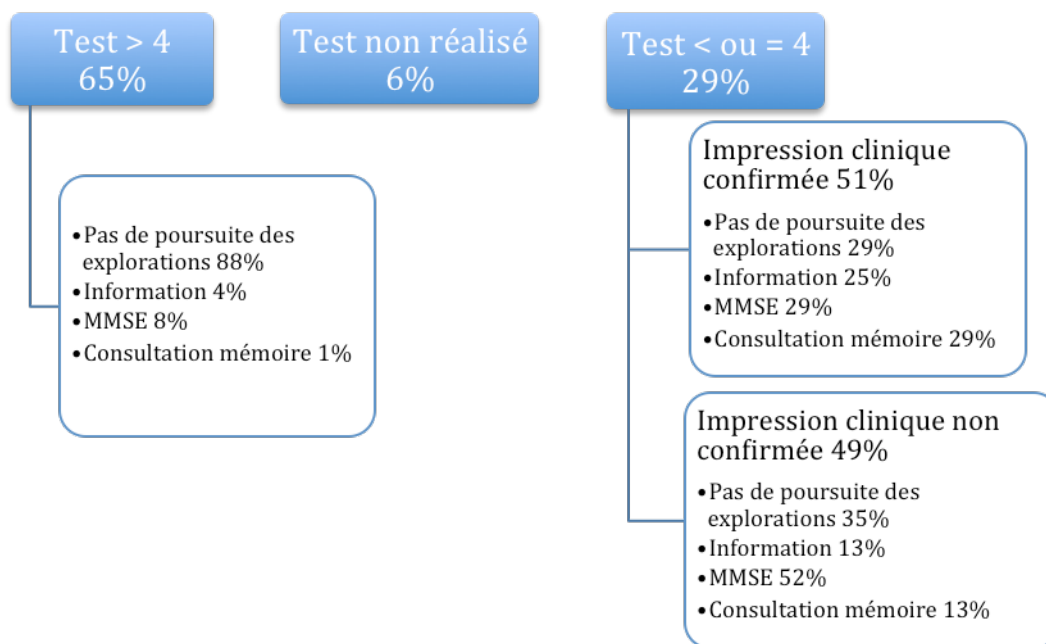


Figure 7 - Synthèse des prises en charge en fonction des résultats au test

DISCUSSION

1) Faisabilité du test

A partir de cette cohorte de 160 patients, 94.4% des patients ont bénéficié du test des 3 mots. Seuls 9 patients n'ont pu avoir accès à ce test de première ligne d'évaluation mnésique du fait d'un refus de participation à ce test (n=4) ou d'une impossibilité de le réaliser chez ces patients (n=4). Ce test était par conséquent aisément réalisable en médecine générale et il a été bien accepté par les patients. De plus, l'ensemble des médecins généralistes a considéré que le test des trois mots pouvait être réalisé dans leur pratique ambulatoire et possédait un intérêt clinique de façon préalable au MMSE.

Le temps moyen nécessaire à la réalisation du test des 3 mots était inférieur à 3 minutes, ce qui conforte la capacité de ce test à s'inclure dans une consultation de médecine générale qui dure habituellement 18 minutes (10).

Selon les données de la littérature, le Codex et le Mini-Cog étaient considérés comme réalisables en soins primaires.

C. Lemoine (16) et *Mc Carten et al* (17) ont réalisé une étude de faisabilité de test de dépistage de la démence en soins primaires (respectivement le Codex et le Mini-Cog). 96,7% des patients ont accepté de réaliser le Mini-Cog avec un temps moyen de réalisation situé entre 1 minute 30 et 3 minutes. Ces variables n'ont pas été mesurées pour le Codex mais le temps de réalisation de celui-ci a été évalué comme « relativement court ». Son utilisation concrète en consultation a été jugée comme « relativement simple ». Les patients ont accueilli ce test avec hostilité dans 3% des cas, indifférence dans 15% des cas, stress dans 39% des cas et intérêt dans 42% des cas.

Leurs études montraient que leurs tests étaient courts, faciles à mettre en place, bien acceptés par les patients et les médecins. Le test des 3 mots semblait nécessiter un temps de réalisation proche de celui du Codex et du Mini-Cog. Cependant le Codex et le Mino-Cog sembleraient plus complexes car ils nécessitent un support papier pour la réalisation du test de l'horloge.

2) Résultats et bénéfices du test

Un tiers des patients ayant réalisé le test des 3 mots, avait obtenu un score ≤ 4 . Cette prévalence de 31,1% était à considérer avec les 5% de patients diagnostiqués comme atteints d'une pathologie démentielle à l'inclusion dans cette cohorte. En considérant les valeurs élevées de la sensibilité (89,5%) et de la valeur prédictive positive (95,5%) du test des trois mots, un résultat ≤ 4 aurait une association forte avec un diagnostic de démence (14). Ainsi, la différence entre les résultats du test et le pourcentage de patients diagnostiqués avant l'étude soulignerait probablement la complexité du diagnostic de ces pathologies cognitives en ambulatoire.

Les raisons potentielles seraient multiples (18). Certains patients déments seraient anosognosiques et n'exprimeraient pas de plainte mnésique. Selon une méta-analyse de huit études (19), moins d'un patient sur deux atteints de démence se plaindraient de sa mémoire. De plus, repérer le retentissement sur le quotidien pourrait être difficile lorsque le malade est en couple, son conjoint pouvant se substituer à lui. Il serait également important de considérer les difficultés pour la famille d'accepter ces troubles et le déni qui parfois peut entraver la bonne information du médecin (20). Ce déni pourrait aussi s'accompagner d'une peur de stigmatiser son parent ou d'anticiper l'institutionnalisation à moyen terme. Le médecin rencontrerait, par ailleurs, des difficultés dans la reconnaissance des symptômes du fait de leurs variétés et de l'évolution insidieuse et progressive du syndrome démentiel. Le manque de temps du médecin pourrait constituer un frein au diagnostic. Enfin, l'absence de traitement curateur fait parfois considérer la réalisation du diagnostic de démence comme inutile.

Parmi les patients dont le score était ≤ 4 , l'impression clinique des médecins était confirmée chez un patient sur deux. A l'inverse, quand le résultat était supérieur à 4, l'impression clinique était confirmée dans 9 cas sur 10. L'étude nous démontre ainsi la difficulté de discerner la présence de troubles mnésiques chez les patients en consultation de médecine générale.

P. van den Dungen et al ont évalué la précision diagnostique des médecins généralistes à différents stades de la démence. Après une revue de la littérature, ils ont conclu que de nombreux patients déments n'étaient pas reconnus ou diagnostiqués comme tels. La sensibilité du diagnostic des médecins généralistes s'améliorait avec l'aggravation de la

pathologie. Cependant, la capacité des médecins généralistes à réaliser un diagnostic précis était plus faible pour les stades précoces. La spécificité de leur diagnostic était quand à elle excellente à tous les stades de la démence (21).

Le diagnostic de démence serait donc un diagnostic difficile qui rencontre plusieurs barrières venant aussi bien des patients et de leurs aidants que des médecins eux-mêmes. L'impression clinique subjective pourrait être faussement rassurante dans ce diagnostic, ce d'autant si la consultation s'effectue au cabinet et non pas au domicile. Ainsi, un outil objectif d'évaluation des troubles cognitifs semblerait utile aux médecins généralistes.

L'ensemble des patients testés ayant des troubles cognitifs non étiquetés, une plainte mnésique ou connu dément ont obtenu un résultat inférieur ou égal à 4 confirmant ainsi sa sensibilité et sa valeur prédictive positive.

Les performances diagnostiques du Mini-Cog ou du Codex ont été évaluées. La sensibilité (76%) et spécificité (73%) du Mini-Cog (22) semblaient inférieures aux performances de détection du test des 3 mots (respectivement 89,5% et une spécificité de 85,4%)(15). La sensibilité et la spécificité du Codex semblaient par contre supérieures ou équivalentes (respectivement 92% et 85%) (23). Cependant, le CODEX semblerait plus car il nécessite un support papier pour la réalisation du test de l'horloge.

3) Parcours de soins : Intérêt pour le médecin généraliste

Ce test a constitué une aide dans la prise en charge des personnes âgées et dans la prise en charge des troubles de la mémoire. En effet, un score inférieur ou égal à 4 apportait une aide à la poursuite de la prise en charge du médecin dans $\frac{3}{4}$ des cas: 40% des médecins réalisaient un MMSE en complément et 21% demandaient une consultation mémoire.

Les prises en charge découlant de ce résultat étaient différentes si l'impression clinique du médecin était confirmée ou si elle ne l'était pas. Lorsque l'impression clinique était confirmée, ils étaient plus nombreux à adresser le patient en consultation mémoire (29,2%) et moins nombreux à confirmer le test par le MMSE (29,2%). En comparaison quand le test ne confirmait pas l'impression clinique, les médecins étaient plus nombreux à réaliser un MMSE en complément (52,2%) et moins nombreux à adresser le patient en consultation mémoire

(13%). L'impression clinique des médecins influerait donc en partie sur l'orientation de la prise en charge des patients pour des résultats aux tests identiques.

Nous pouvons nous étonner des 31,9% de médecins ne poursuivant pas les explorations malgré un résultat ≤ 4 . Parmi ces médecins, deux patients étaient déjà connus déments. L'impression clinique de ces médecins n'était pas confirmée dans 53% des cas.

Un résultat au test supérieur à 4, n'apportait une aide à la poursuite de la prise en charge que pour un tiers de ces médecins. Ces médecins n'entreprenaient, logiquement, pas d'actions supplémentaires à la suite de ce résultat.

L'information du patient et de l'entourage sur la démence a été faible quelque soit le résultat au test. Lorsque le résultat était ≤ 4 , l'information était délivrée surtout quand l'impression clinique était confirmée (25%). Lorsque le résultat était > 4 , le médecin donnait une information sur la démence dans seulement 3,85% des cas.

L'HAS recommandait que le diagnostic de démence soit envisagé dès les premiers symptômes et conduise à des explorations pour confirmer précocement le diagnostic (24). *Leifer et al* recommandaient eux aussi un diagnostic précoce afin de préserver le plus longtemps possible les fonctions cognitives du patient. L'intérêt serait aussi de diminuer les coûts pour la société notamment en retardant le placement en structures d'hébergement spécialisés (25). Cependant, ce sujet serait polémique. En effet, une synthèse récente de la littérature réalisée par une revue de médecine générale ne trouvait pas d'utilité au dépistage systématique chez les personnes asymptomatiques. Ils préconisaient de réaliser le diagnostic uniquement chez des personnes où le diagnostic permettait de modifier l'évolution ou de mettre en place des mesures d'accompagnement visant à préserver la qualité de vie et la sécurité de la personne (26).

La réalisation du test des trois mots permettait au médecin généraliste de faire une première évaluation rapide des troubles cognitifs de son patient et ainsi de simplifier et d'orienter la prise en charge en fonction des volontés du patient et de sa famille. Par la suite, le médecin pourrait poursuivre lui-même les explorations avec un MMSE ou directement passer le relais dans un centre spécialisé en fonction des habitudes du médecin ou de la gravité des troubles détectés. Enfin, quelque soit le résultat du test, cela serait l'occasion d'aborder ce sujet qui

inquiète souvent les patients qui n'osent pas forcément en parler. Le médecin aurait aussi la possibilité de parler à cette occasion d'un plan d'aide, d'une inscription anticipée en EHPAD...

4) Limites :

a) Limites du test :

Le test des 3 mots avait des limites d'utilisation. En effet, comme le MMSE il pouvait être difficile à réaliser chez les patients souffrant de surdité et ne parlant pas français. Par ailleurs, le test n'était pas adapté aux patients souffrant d'une démence fronto-temporale car les capacités mnésiques ne sont pas les premières atteintes dans cette démence.

b) Limites de l'étude :

Dans cette étude nous avons retrouvé certains biais qui sont à prendre en compte pour l'interprétation de ces résultats.

Le principal biais était un biais de sélection des médecins. En effet, ils ont été sélectionnés sur des connaissances personnelles et non par le hasard. D'autre part, la majorité d'entre eux était investie dans la formation des futurs médecins, ceux-ci n'ont donc pas exactement la même pratique que l'ensemble de la population des généralistes. De plus, aucun médecin généraliste n'exerçait en milieu rural. Ces résultats ne seraient donc peut-être pas transposables à la population globale des médecins généralistes.

Enfin, il existait une probable sous-estimation du nombre d'oubli des médecins pour réaliser le test. En effet, seulement un oubli sur 160 patients pourrait paraître assez faible.

CONCLUSION

Au total, notre étude a permis de montrer que le test des trois mots est faisable en pratique de soins primaires. Il se réalise en moins de 3 minutes et est donc rapide. Il est bien accepté par les médecins généralistes et leurs patients. Les praticiens sont favorables à la poursuite de ce test dans l'exploration des troubles cognitifs.

L'HAS recommande que le diagnostic de démence soit envisagé dès les premiers symptômes et conduise à des explorations pour confirmer précocement le diagnostic. Le test des 3 mots semble pertinent car il présente d'une part des qualités paramétriques d'un bon test de dépistage(24) et d'autre part car il est rapide et facilement réalisable en consultation de médecine générale.

Ainsi, en cas de symptômes alertant le praticien durant la consultation, celui-ci peut, avec l'accord de son patient, réaliser ce test simple et rapide lui permettant de réaliser une première évaluation de ces troubles de la mémoire. En fonction des résultats au test et de l'impression clinique du médecin, celui-ci peut décider avec son patient de poursuivre lui-même les explorations, d'adresser le patient en consultation spécialisée, ou simplement d'informer le patient et son entourage sur la démence. Le bénéfice apporté par le test est donc d'orienter au mieux la prise en charge du médecin. Il pourrait ainsi s'intégrer à la démarche diagnostic de la démence.

Une étude complémentaire sur la validité de ce test intégré dans la pratique ambulatoire semblerait intéressante. Enfin, une étude de comparaison de faisabilité et d'efficacité entre les différents tests disponibles en médecine générale et le test des 3 mots semblerait pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Robert-Bobée Isabelle et al. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit [Internet]. [cited 2013 Apr 19]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
2. Maladie d'Alzheimer: Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Une expertise collective de l'Inserm. www.inserm.fr/content/.../09novembre2007_maladie_alzheimer.pdf; 2007 Nov;
3. Helmer C, Pérès K, Letenneur L, Gutiérrez-Robledo LM, Ramarosan H, Barberger-Gateau P, et al. Dementia in subjects aged 75 years or over within the PAQUID cohort: prevalence and burden by severity. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(1):87–94.
4. OMS | La démence [Internet]. WHO. [cited 2014 Jul 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
5. KENIGSBERG P-A. Fondation Alzheimer Impact socio-économique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en Europe [Internet]. Available from: <http://www.ces-asso.org/docs/AIDANTS/Kenigsberg.pdf>
6. Thomas-Antérion C, Laurent B. Early diagnosis of Alzheimer's disease. *Rev Prat*. 1998 Nov 1;48(17):1884–90.
7. HAS-Maladie Alzheimer et autres démences-Guide Médecin ALD. 2009.
8. Mitchell AJ, Malladi S. Screening and case finding tools for the detection of dementia. Part I: evidence-based meta-analysis of multidomain tests. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Sep;18(9):759–82.
9. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist*. 1999 Aug;39(4):457–64.
10. DREES, ORS, URPS. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. 2012. Available from:

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2012/panel2_V2_ER797.pdf

11. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Sep;24(9):895–901.
12. Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns*. 2000 Feb;39(2-3):219–25.
13. Mitchell AJ, Malladi S. Screening and case-finding tools for the detection of dementia. Part II: evidence-based meta-analysis of single-domain tests. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Sep;18(9):783–800.
14. Haubois G, De Decker L, Annweiler C, Launay C, Allali G, R Herrmann F, et al. Derivation and validation of a Short form of the Mini-Mental State Examination for the screening of dementia in older adults with a memory complaint. *Eur. J. Neurol*. 2012 Aug 23;
15. Haubois G, Annweiler C, Launay C, Fantino B, De Decker L, Allali G, et al. Development of a short form of Mini-Mental State Examination for the screening of dementia in older adults with a memory complaint: a case control study. *BMC Geriatr*. 2011;11:59.
16. Lemoine C. Repérage précoce des troubles cognitifs en médecine générale par le Codex: faisabilité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
17. McCarten JR, Anderson P, Kuskowski MA, McPherson SE, Borson S. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Feb;59(2):309–13.
18. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2009 Oct;23(4):306–14.

19. Mitchell AJ. The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Nov;23(11):1191–202.
20. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW. Does this patient have dementia? *JAMA*. 2007 Jun 6;297(21):2391–404.
21. Van den Dungen P, Van Marwijk HWM, Van der Horst HE, Moll van Charante EP, Macneil Vroomen J, Van de Ven PM, et al. The accuracy of family physicians' dementia diagnoses at different stages of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Apr;27(4):342–54.
22. Holsinger T, Plassman BL, Stechuchak KM, Burke JR, Coffman CJ, Williams JW Jr. Screening for cognitive impairment: comparing the performance of four instruments in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Jun;60(6):1027–36.
23. Belmin J. Codex, un test ultra-rapide pour le repérage des démences chez les personnes âgées. [Internet]. Available from: <http://www.testcodex.org/Documents/codex.RDG.pdf>
24. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. 2011. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf
25. Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc*. 2003 May;51(5 Suppl Dementia):S281–288.
26. Revue Prescrire. Reconnaître les personnes âgées atteintes de démence. 2014 juin;34 (368):437–43.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Motifs de non réalisation du test

Figure 2 – Résultats du test

Figure 3 – Projet après résultat inférieur ou égal à 4

Figure 4 – Projet après résultat inférieur ou égal à 4 si l'impression clinique était confirmée

Figure 5 – Projet après résultat inférieur ou égal à 4 si l'impression clinique n'était pas confirmée

Figure 6 – Projet après résultat supérieur à 4

Figure 7 – Synthèse des prises en charge en fonction des résultats au test

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Caractéristiques des médecins

Tableau II – Caractéristiques des patients

Tableau III – Caractéristiques des patients en fonction de leurs résultats aux tests

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	9
INTRODUCTION.....	10
1) La démence :.....	10
a. Enjeu de santé publique :.....	10
b. Définition de la démence :.....	10
c. Conséquences de la démence :	11
2) La prise en charge de la démence : rôle du médecin généraliste	11
a. Evoquer et diagnostiquer une démence :.....	11
b. Impact du diagnostic dans la prise en charge du médecin généraliste :.....	12
3) Outil d'évaluation de la démence :.....	12
a. MMSE, le test de référence :.....	13
b. Les autres outils disponibles en médecine générale :	13
c. S-MMSE, une alternative ?	14
4) Objectifs de l'enquête :.....	15
a. Principal.....	15
b. Secondaires	15
MATERIEL ET METHODES.....	16
1) Type d'enquête :.....	16
a. Nature de l'enquête :.....	16
b. Choix de la population étudiée :	16
2) Déroulement de l'enquête :.....	16
a. Questionnaire caractéristiques médecins (cf. annexe 3).....	16
b. Questionnaire destiné aux patients (cf. annexe 4).....	17
c. Partie du questionnaire destiné aux médecins généralistes (cf. annexe 4).....	17
3) Analyses statistiques et aspects réglementaires	18
RESULTATS.....	19
1) Population de médecins généralistes.....	19
2) Population de patients.....	20
3) Faisabilité du test	20
a. Temps moyen de réalisation.....	20
b. Motifs de non réalisation.....	21

4) Résultat du test des 3 mots.....	22
a. Résultats du test.....	22
b. Impression clinique des médecins généralistes.....	23
5) Intervention réalisée en fonction des résultats	24
a. Patients ayant un résultat au test inférieur ou égal à 4.....	24
b. Patients ayant un résultat au test supérieur à 4	24
DISCUSSION	27
1) Faisabilité du test	27
2) Résultats et bénéfices du test	28
3) Parcours de soins : Intérêt pour le médecin généraliste	29
4) Limites :.....	31
a) Limites du test :.....	31
b) Limites de l'étude :	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES	36
LISTE DES TABLEAUX.....	36
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES.....	39
Annexe 1 – MMSE (Mini-Mental State Examination).....	39
Annexe 2 – IADL (Instrumental Activities of Daily Living)	40
Annexe 3 - Questionnaire caractéristiques des médecins.....	41
Annexe 4 - Questionnaire thèse	42
Annexe 5 - Avis du comité d'éthique	43

ANNEXES

Annexe 1 – MMSE (Mini-Mental State Examination)

Dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 15. 86 16. 79 17. 72 18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
- Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre

28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

"Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.

Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : *"Voulez-vous recopier ce dessin ?"*

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Annexe 2 – IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Evaluer les capacités du patient à :

A – Utiliser le téléphone :

De sa propre initiative, cherche et compose les numéros

Compose un petit nombre de numéros bien connus

Répond au téléphone mais n'appelle pas

Incapable d'utiliser le téléphone

B – Faire les courses

Fait les courses de façon indépendante

Fait seulement les petits achats tout seul

A besoin d'être accompagné quelque soit la course

Totalement incapable de faire les courses

C – Préparer les repas

Prévoit, prépare et sert les repas de façon indépendante

Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients

Est capable de réchauffer les petits plats préparés

A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas

D – Entretenir le domicile

Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux

Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens

Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant

A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile

Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile

E – Faire la lessive

Fait toute sa lessive personnelle ou la porte lui-même au pressing

Lave les petites affaires

Toute la lessive doit être faite par d'autres

F – Utiliser les moyens de transport

Peut voyager seul et de façon indépendante

Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus

Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné

Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement

Ne se déplace pas du tout

G – Prendre les médicaments

S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)

Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance

Incapable de les prendre de lui-même

H – Gérer son budget

Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)

Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme

Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

Annexe 3 - Questionnaire caractéristiques des médecins

Caractéristiques des médecins :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Adresse professionnelle :

Numéro de téléphone professionnel :

Courriel :

Lieu d'exercice: rural, semi-rural, urbain

Cabinet : seul, groupe

Installé en cabinet depuis :

Spécialités, DES, DU :

Compétences particulières en gériatrie : *oui, non*

Accueil étudiant en médecine : non, externe, interne stage « prat », interne stage « SASPAS »

Questions après réalisation des 10 tests auprès des patients :

Jugez-vous ce test faisable au cabinet de médecine générale ?

Dans l'avenir, utiliserez-vous ce test à la place du MMS ?

Avez-vous utilisé ce test pour d'autres patients ?

Observations :

Annexe 4 - Questionnaire thèse

QUESTIONS PATIENT		
Âge	ans	
Sexe	Femme	Homme
Lieu de vie		
Domicile	Foyer logement	EHPAD
Comorbidités (démence, pathologie psychiatrique...) :		
1) Pouvez-vous retenir puis répéter les 3 mots suivants : (Cocher case si mot correctement répété)		
Cigare	Fleur	Porte
2) Tache interférente (calcul mental et MONDE)		
3) Pouvez-vous rappeler les 3 mots appris (sans indiciage) : (Cocher case si mot correctement rappelé)		
Cigare	Fleur	Porte
4) Résultat		/ 6
QUESTIONS MEDECIN		
Avez- vous réalisé ce test ?	OUI NON	
Si non, pourquoi ?	(Cocher case correspondante, un choix possible)	
Refus du patient		
Impossible à faire chez le patient et pourquoi ?		
Manque de temps du médecin		
Oubli du médecin		
Si oui,		
En combien de temps, est réalisé le test des 3 mots ?	minutes	
Le résultat du test confirme-t-il votre impression clinique?	OUI NON	
Ce test vous a-t-il apporté une aide à la poursuite de la prise en charge?	OUI NON	
Au vu de ces résultats, qu'allez-vous mettre en œuvre ?	(Cocher case correspondante, plusieurs choix possibles)	
Rien		
Information du patient et de l'entourage sur la démence		
MMSE		
Imagerie		
Consultation mémoire		

Annexe 5 - Avis du comité d'éthique

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

MERCERON Julie-Marie
2 rue Grégoire Lachèse
49100 ANGERS

Angers, le Vendredi 19/07/2013

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du **18 juillet 2013** votre projet enregistré au comité sous le numéro **2013/60** **Test des 3 mots dans le dépistage de la démence, utilité et faisabilité du test en médecine générale** Thèse de médecine générale. MERCERON Julie-Marie Etude isolée observationnelle transversale de faisabilité réalisé en cabinet de médecine générale.

Réalisation du test des 3 mots par 15 médecins généralistes différents sur 10 patients consécutifs sélectionnés.

Le but de l'étude est d'évaluer la faisabilité du test des 3 mots pour explorer les troubles cognitifs chez les patients de plus de 75 ans en médecine ambulatoire en quantifiant et analysant les motifs de non réalisation du questionnaire par les médecins généralistes et évaluer l'utilité du test en analysant l'apport de ce test pour ceux-ci.

Il n'y a pas d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude.

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9
Email : jpjacob@chu-angers.fr

Rapport-Gratuit.com