



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ARGUMENTAIRE**

# Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale

Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention  
chez les séniors de 70 ans et plus

**Décembre 2014**

Cet argumentaire est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé  
Service Communication – Information  
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

1 .	Éléments de contexte .....	4
1.1	La saisine .....	4
1.2	La méthodologie retenue .....	6
1.3	La problématique des troubles mnésiques chez le sénior de 70 ans et plus .....	6
2 .	Le dépistage des troubles mnésiques chez le sujet âgé .....	9
2.1	Les recommandations HAS .....	9
2.2	Les recommandations internationales.....	10
2.3	Les tests de dépistage.....	10
2.4	Le test des 5 mots (5M) .....	11
2.5	Etudes évaluant l'impact du dépistage des troubles de la mémoire sur le devenir des patients.....	12
3 .	Discussion et avis de la HAS .....	13
3.1	Mise en perspective du projet avec les données de la littérature.....	13
3.2	Concertation avec les professionnels de santé .....	14
3.3	Avis de la HAS.....	15
Annexe 1.	Saisine de la Cnamts.....	17
Annexe 2.	Formulaire de saisine Troubles mnésiques .....	18
Annexe 3.	La stratégie de recherche documentaire.....	28
Annexe 4.	Les tests de dépistage des troubles mnésiques .....	30

# 1. Éléments de contexte

## 1.1 La saisine

### ► Texte législatif

L'article L.161-39 du Code de la sécurité sociale prévoit la disposition suivante :

*« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable ».*

### ► Intitulé de la saisine

Dans le cadre de l'article L.161-39 du Code de la sécurité sociale, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) par un courrier en date du 30 octobre 2014 afin qu'elle rende un avis sur l'identification des troubles mnésiques et la stratégie d'intervention chez les seniors de 70 ans et plus proposé par le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf) et son intégration dans l'actualisation du référentiel de pratiques des Centres d'examens de santé (CES) [la saisine détaillée est présentée en Annexe 1 et Annexe 2 (page 17 et 18)].

### ► Population concernée

Hommes et femmes âgés de 70 ans et plus ayant ou non une plainte mnésique.

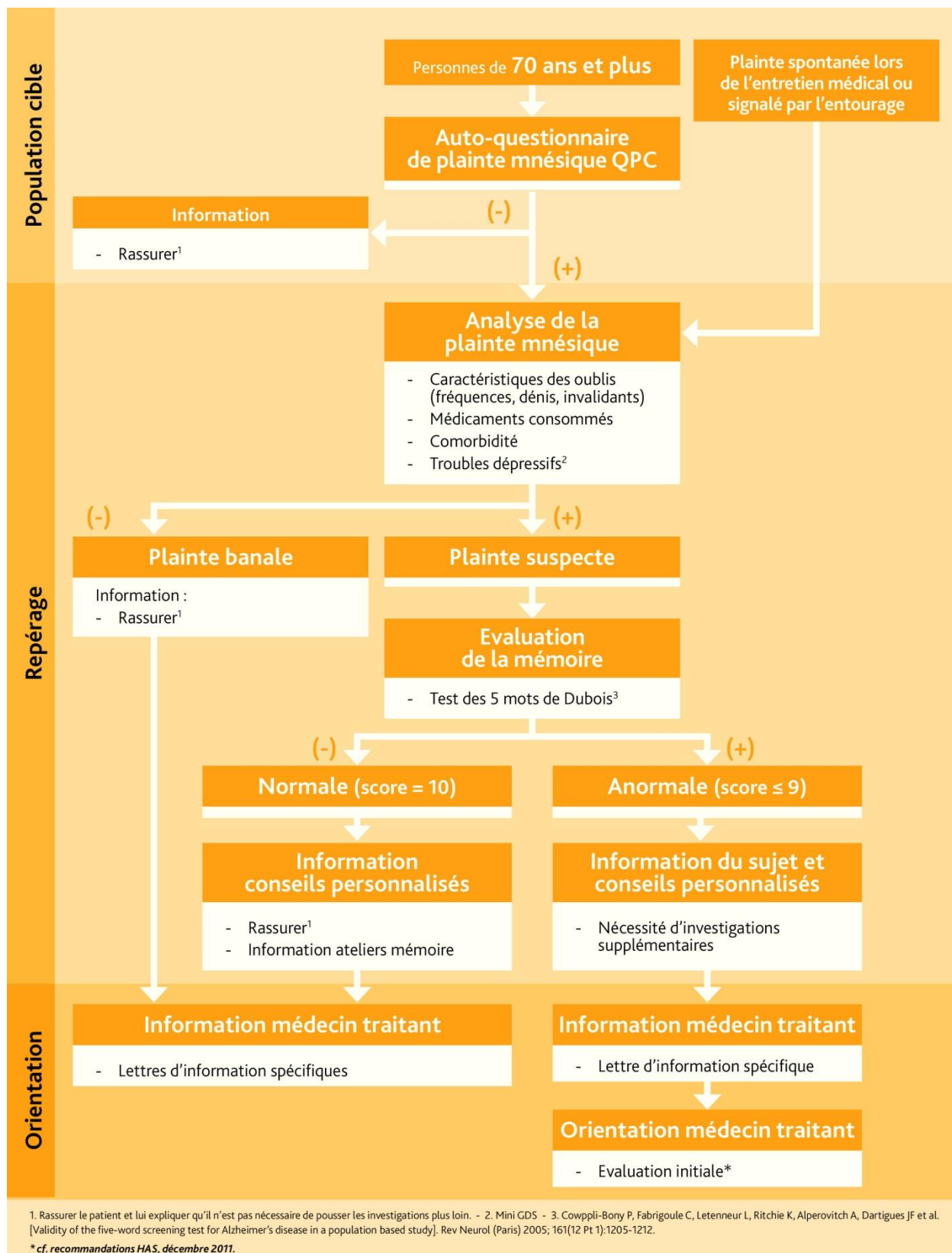
Le choix de cet âge est fondé sur un consensus des membres du groupe de travail ayant participé à la rédaction de cette saisine<sup>1</sup>.

### ► La procédure de dépistage et les tests réalisés

Le repérage des personnes ayant des troubles mnésiques et cognitifs est proposé selon les étapes et l'algorithme suivants :

- **Étape 1** : questionnaire de plainte cognitive proposée à tous les consultants âgés de 70 ans et plus (excepté si une plainte mnésique a été signalée par l'entourage).
- **Étape 2** : analyse clinique de la plainte mnésique (caractéristiques de la plainte, aspect invalidant ou non, médicaments consommés, comorbidités, état thymique [dépression recherchée par la mini-GDS], suivi pour troubles cognitifs ou démence, consultation mémoire dans les 6 mois qui précèdent l'examen périodique de santé.
- **Étape 3** : test des 5 mots chez les personnes chez qui la plainte mnésique a été estimée suspecte.

<sup>1</sup> Le Cetaf et la Cnamts, les membres de 7 CES participant à l'élaboration de l'EPS senior et les experts suivants : Pr. Gilles BERRUT (CHU de Nantes et vice-président de la Société française de gériatrie et de gérontologie), Pr. Françoise FORETTE (directrice de la fondation nationale de gérontologie), Pr Olivier BEAUCHET (CHU d'Angers, Dr. Alain COLVEZ (INSERM), Pr Philippe ROBERT (CHU de Nice).



## 1.2 La méthodologie retenue

Dans le cadre temporel contraint de l'article L.161-39 du Code de la sécurité sociale, la démarche méthodologique adoptée a consisté en :

- une synthèse des données colligées dans les recommandations françaises et éventuellement internationales sur dépistage des troubles mnésiques et la stratégie d'intervention chez les séniors âgés de 70 ans et plus ;
- complétée éventuellement d'une synthèse de la littérature (revues systématiques de bonnes qualité méthodologique, méta-analyse) sur la pertinence des tests de dépistage des troubles mnésiques et cognitifs (la stratégie de recherche documentaire est présentée en annexe 2) ;
- et l'interrogation des sociétés savantes concernées, sur le modèle d'estimation des troubles mnésiques et cognitifs.

Etant donné que l'avis demandé à la HAS des troubles mnésiques et cognitifs chez le séniors âgé de 70 ans et plus et son intégration dans le cadre de l'Examen périodique de santé (EPS) tel qu'il est pratiqué dans les CES, concerne des personnes valides (capables de se déplacer pour faire un EPS) et autonomes, le présent travail exclut :

- l'évaluation des troubles mnésiques chez les personnes dépendantes et/ou non valides ;
- l'évaluation des troubles mnésiques chez les personnes âgées en institution.

## 1.3 La problématique des troubles mnésiques chez le séniors de 70 ans et plus

### ► Etat des lieux

Le terme de plainte mnésique recouvre des réalités différentes : plaintes spontanées du sujet, difficultés rapportées par la famille, appréciation subjective du fonctionnement mnésique en réponse à des questions ou des auto-questionnaires. La plainte mnésique est banale chez la personne âgée et apparaît comme un symptôme multifactoriel.

- Sur les 175 970 ayant bénéficié d'une consultation mémoire en 2013, 8,4 % consultaient pour une plainte mnésique<sup>2</sup>. L'âge moyen des consultants était de 77,2 ± 12 ans, 37 % étaient des hommes et 63 % des femmes

Si l'intensité d'une plainte de mémoire ne préjuge en rien d'une altération mnésique, l'enquête longitudinale prospective PAQUID a montré une augmentation de l'incidence des états démentiels chez les personnes âgées ressentant et exprimant une difficulté mnésique et que la plainte exprimée au médecin était prédictrice de démence indépendamment de la performance à un test de mémoire.

Si chez le sujet âgé la plainte mnésique prend une importance particulière car elle pourrait révéler notamment une maladie d'Alzheimer débutante, le trouble de la mémoire n'est pas forcément lié à cette maladie.

- Il peut être le reflet d'une dépression, d'une anxiété, d'une diminution de l'estime de soi et de la confiance que le sujet porte à sa mémoire. Il en résulte une attitude négative qui le conduit à éviter les tâches mnésiques et à ne pas s'engager dans les stratégies nécessaires pour leur réalisation, ce qui peut retentir sur ses performances.
- Il peut également être secondaire un traitement médicamenteux ou être lié à une maladie neurologique débutante autre que la maladie d'Alzheimer.

<sup>2</sup> Banque Nationale Alzheimer - n°31 : Mars 2014 [http://www.banque-nationale-alzheimer.fr/csp/bna-public/Kanope.Modules.Bna.Pages.viewDoc.cls?doc=lettres-info/lettre information n 31 - mars 2014.pdf&titreDoc=n°31 : Mars 2014&auteurDoc=Collectif](http://www.banque-nationale-alzheimer.fr/csp/bna-public/Kanope.Modules.Bna.Pages.viewDoc.cls?doc=lettres-info/lettre%20information%20n%2031%20-%20mars%202014.pdf&titreDoc=n%2031%20-%20mars%202014&auteurDoc=Collectif)

La problématique est de savoir à partir de quel moment les difficultés mnésiques relèvent du domaine pathologique :

- Comment reconnaître une plainte mnésique susceptible de traduire le début d'une affection organique cérébrale, tout particulièrement d'une maladie d'Alzheimer débutante puisque le trouble de mémoire est le mode d'entrée habituel de la seule maladie d'Alzheimer ?
- Quelle est la signification de la plainte qui n'est pas en rapport avec une affection organique cérébrale ?

La très grande majorité des études montre qu'une plainte purement subjective, sans diminution des performances ni retentissement sur l'activité quotidienne, est bénigne et que les sujets ayant ce type de plainte ne présentent pas un risque plus élevé d'évoluer vers la démence que les sujets qui ne se plaignent pas de leur mémoire.

La plainte mnésique n'est prédictive d'un risque de démence de type Alzheimer que lorsqu'elle s'accompagne d'une diminution de performances aux tests. L'analyse des caractères sémiologiques de la plainte mnésique permet le plus souvent de différencier les plaintes suspectes de révéler une maladie d'Alzheimer des autres plaintes, en particulier des plaintes dites bénignes.

- Dans la maladie d'Alzheimer, le trouble porte sur la mémorisation (encodage et stockage) alors que dans la plainte mnésique bénigne, le trouble concerne la restitution de l'information qui a été mémorisée (rappel).
- Cette distinction explique les différences entre les caractères de ces plaintes, leur retentissement sur l'activité quotidienne et la nature des déficits mnésiques observés à l'examen.

#### ► Actions en cours

Les mesures proposées au sein des différents plans gouvernementaux de ces dernières années ont pour objet la promotion de la bonne santé physique et psychique des personnes âgées, ainsi que l'amélioration de leur environnement de vie par le développement d'actions de prévention. Les programmes en cours identifiés sont les suivants :

- Trois plans gouvernementaux en faveur de la lutte contre la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés qui ont été mis en œuvre depuis 2002.
- Des consultations mémoires pluridisciplinaires ont été mises en place sur l'ensemble du territoire national.
- L'étude Paquid<sup>3</sup> (personne âgée quid) est une cohorte populationnelle constituée en 1988 avec un suivi à très long terme (depuis 24 ans) de 3 777 sujets âgés de 65 ans et plus dans 75 villes et villages de Gironde et de Dordogne. L'objectif principal de Paquid est l'étude épidémiologique du vieillissement cognitif et fonctionnel en population générale, notamment l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (Mama), mais aussi l'épidémiologie de la dépendance du sujet âgé. Les sujets ont été revus à onze reprises environ tous les deux ans avec des évaluations répétées de la cognition, le recueil d'échelles fonctionnelles et une détection systématique de la démence. L'analyse des données a montré la précocité des troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer, plus de dix ans avant le stade de démence.
- L'étude des Trois Cites (3C) est un programme coordonné de recherche épidémiologique sur le vieillissement en France qui a permis de suivre pendant 10 ans (inclusion de 9 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, recrutées dans les villes de Bordeaux, Dijon et Montpellier en 1999). L'objectif principal était d'estimer le risque de démence et de maladies neurodégénératives attribuable aux facteurs de risques vasculaires. L'évaluation des troubles cognitifs (mémoire à court terme et à long terme, troubles du langage, troubles de l'orientation spatiale) est faite avec le test MMSE composé de 30 items regroupés en différentes rubriques (orientation temporo-

<sup>3</sup> Jean-Franc, ois Dartigues et al., Paquid 2012 : illustration et bilan Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012 ; 10 (3) : 325-31

spatiale, mémoire immédiate et différée, calcul mental, langage, capacités visuo-constructives), un test de mémoire verbale (5M ou test des 5 mots), un test de mémoire visuelle (test de rétention visuelle de Benton), un test de fluidité verbale (test d'Isaacs), un test de flexibilité mentale (trail-making test).

- Le programme de recherche AMI (Agricha – MSA – Institut de Sante Publique d'Epidémiologie et de Développement [ISPED]) est une étude épidémiologique échelonnée sur 5 ans (inclusion de 1 000 retraités agricoles, volontaires, vivant en milieu rural en Gironde et âgés d'au moins 65 ans).



## 2. Le dépistage des troubles mnésiques chez le sujet âgé

Aucune recommandation sur le dépistage des troubles mnésiques n'a été identifiée dans la littérature. Les recommandations concernent les troubles cognitifs auxquels les troubles de la mémoire appartiennent.

### 2.1 Les recommandations HAS

En 2011, la HAS s'est prononcée contre le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en population générale. Elle a préconisé une démarche diagnostique chez les personnes ayant un trouble de la mémoire et définies comme :

- une personne se plaignant de ressentir une modification récente de sa cognition ou de son état psychique ;
- une personne chez laquelle l'entourage remarque l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs ou un changement psycho comportemental non expliqué par une pathologie psychiatrique identifiée ;
- une personne ayant un symptôme pouvant accompagner, révéler ou provoquer un déclin cognitif : chute, syndrome confusionnel, accident vasculaire cérébral, etc.
- Cette démarche diagnostique précoce ne doit être réalisée que si elle est accompagnée d'un engagement de prise en charge avec un plan de soins et d'aides.

Pour le diagnostic précoce de la Maladie d'Alzheimer, la HAS a recommandé une évaluation initiale composée d'un entretien, d'une évaluation cognitive globale, d'une évaluation fonctionnelle, d'une évaluation thymique et comportementale, d'un examen clinique, d'une recherche des comorbidités selon les modalités suivantes :

- un interrogatoire évaluant le type et l'origine de la plainte et reconstitue l'histoire de la maladie le mode de début insidieux ou non et l'évolution progressive des troubles ;
- la recherche des antécédents médicaux suivants : antécédents et facteurs de risque cérébrovasculaire, antécédents psychiatriques, antécédents traumatiques, antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, prise de médicaments, d'alcool ou de toxique pouvant induire ou aggraver des troubles cognitifs, antécédent de syndrome confusionnel.
- L'évaluation du retentissement sur la vie quotidienne à l'aide de l'échelle simplifiée des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL simplifiée) comportant les 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise de médicaments, gestion des finances).
- une évaluation globale standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

En ce qui concerne les autres tests d'évaluation, la HAS précisait qu'il n'y avait pas d'accord professionnel concernant leur choix dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives :

- tests de mémoire : épreuve de rappel des 5 mots, Memory Impairment Screen (MIS), etc. ;
- autres tests de repérage : test de l'horloge, tests de fluence verbale, etc.

## 2.2 Les recommandations internationales

L'USPSTF en 2013<sup>4</sup>, le CTFPHC en 2001<sup>5</sup> (une actualisation est en cours en 2014), le NICE en 2011<sup>6</sup>, l'American Academy of Neurology en 2001<sup>7</sup> ont estimé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments scientifiques probants pour recommander le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou le dépistage d'un déficit cognitif en population générale.

L'USPSTF estimait notamment que la performance des tests de dépistage était insuffisamment documentée et que les traitements avaient un impact faible sur le devenir des patients.

En 2011 Medicare a inscrit dans son bilan annuel de prévention le dépistage des déficits cognitifs. En 2013<sup>8</sup>, l'association Alzheimer américaine a recommandé pour ce bilan de prévention d'utiliser des tests rapides comme le *General Practitioner Assessment of Cognition*, le *Mini-Cog Test*, le *Memory Impairment Screen*, l'*Alzheimer Disease 8-Item Informant Interview*, ou la version abrégée du *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*.

## 2.3 Les tests de dépistage

L'évaluation de la plainte mnésique repose généralement sur l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation qui quantifient seulement les dysfonctionnements de la mémoire ou d'autres activités cognitives tels qu'ils sont perçus par le sujet. De nombreux tests ont été développés pour évaluer les déficits cognitifs dont les troubles de la mémoire.

### ► Le questionnaire de plainte cognitive

Le questionnaire de plainte cognitive a pour objet d'identifier une plainte mnésique et de différencier une plainte suspecte d'une plainte bénigne. Ce n'est pas un outil diagnostique.

- Il n'évalue pas les plaintes attentionnelles (difficulté à faire plusieurs choses à la fois (double tâche), les oublis si on est dérangé (sensibilité à l'interférence), la tendance à réaliser une activité routinière alors qu'il s'agit de réaliser une nouvelle activité (inhibition).
- Il évalue, en plus de la mémoire, deux plaintes cognitives très fréquentes au début de la maladie d'Alzheimer : l'orientation spatiale et le manque du mot (anomie).
- Il comporte 10 questions auxquelles les sujets doivent répondre par « OUI » ou par « NON ».
- Les deux premières questions traitent du fonctionnement de la mémoire en général.
- Les questions 3 à 10 traitent des domaines fréquemment rapportés au début de la maladie d'Alzheimer, à savoir : la mauvaise mémorisation des faits récents (question 3) ; l'oubli de rendez-vous (question 4) ; la perte d'objets (question 5) ; la perte de l'orientation dans l'espace (question 6) ; le rappel d'un épisode entier (question 7) ; le manque du mot (question 8) ; les activités quotidiennes (question 9) ; le changement de caractère en terme de repli (question 10).
- Le score maximal est de 10. Un score  $\geq 3$  ou une réponse positive aux questions 6 ou 7 ou 9 ou 10 fait suspecter une démence.

---

4 United States Preventive Services Task Force. Screening for dementia: Recommendations and rationale. 2013.

5 Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Can J Neurol Sci.* 2001;28 Suppl 1:S42-51.

6 National Collaborating Centre for Mental Health. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. 2011;42.

7 Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). report of the quality standards subcommittee of the american academy of neurology. *Neurology.* 2001;56(9):1133-1142

8 *Alzheimers Dement.* 2013;9:141-50; Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al; Medicare Detection of Cognitive Impairment Workgroup.

D'autres questionnaires de plainte cognitive sont disponibles, comme le **questionnaire de plainte mnésique de Mac Nair** dont il existe une version française consensuelle du GRECO. C'est une échelle subjective mesurant la plainte mnésique du sujet dans les actes de la vie quotidienne tels que : l'attention-concentration, le langage, les praxies, le rappel différé, l'orientation vis à vis des personnes, l'orientation dans le temps et la mémoire prospective.

## 2.4 Le test des 5 mots (5M)

Le test des 5 mots explore rapidement la mémoire verbale épisodique (Version du GRECO). Il a été validé pour le dépistage de la maladie d'Alzheimer. Il repose sur le principe d'une aide sémantique à l'encodage qui, en permettant de contrôler l'enregistrement des mots et de faciliter si besoin leur récupération, fournit le moyen d'identifier un trouble spécifique du stockage des mots. Ce test consiste à faire apprendre à la personne âgée une liste de 5 mots non prototypiques (appartenant à des catégories sémantiques différentes) et à évaluer le rappel différé (libre et indicé) de cette courte liste. Ce test comprend deux étapes :

- la première permet de contrôler l'encodage des informations à retenir. Cette phase consiste à s'assurer par un rappel immédiat, que l'information a bien été enregistrée ;
- la deuxième étape consiste en l'étude de la mémorisation, c'est la phase de rappel différé.
- C'est deux étapes sont séparées par une épreuve interférente dont le but est de détourner l'attention du sujet pendant un temps suffisant.
- C'est le total : score d'apprentissage + score de mémoire qui doit être égal à 10. Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié. L'indication permet de différencier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge, à l'anxiété, ou la dépression.

Son utilisation a été évaluée dans la cohorte des 3 Cités sur 4 116 sujets recrutés en population générale à Bordeaux et Montpellier. La performance de ce test pour différencier une personne "saine" d'une personne suspectée d'avoir une maladie d'Alzheimer était la suivante : sensibilité 63 %, spécificité 91 %<sup>9</sup>.

D'autres tests d'exploration de la mémoire sont disponibles, comme :

- le **test des 12 mots** qui est fondé sur le même principe que le test des 5 mots. Le seuil interprétatif de 7 mots (le sujet étant considéré comme déficitaire pour un score  $\leq 7$ ) fournit les valeurs de sensibilité et de spécificité les plus homogènes (respectivement 77 % et 76 %). Il correspond à une valeur prédictive négative de 98 % et à une valeur prédictive positive de 16 %.
- le **Memory Impairment Screen (MIS)** qui est une version abrégée du Grober et Buschke et qui repose sur le même principe que le test des 5 mots<sup>10</sup>. Ce test comporte un rappel libre et indicé de 4 items. Sa spécificité pour différencier une personne "saine" d'une personne suspectée d'avoir une maladie d'Alzheimer est de 96%.

Ces tests de mémoire ne peuvent être utilisés que chez des sujets sachant lire et maîtrisant suffisamment la langue française.

---

<sup>9</sup> P. Cowppli-Bony *et al.*, Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale, *Revue Neurologique* Vol 161 - N° 12 P. 1205-1212 - décembre 2005.

<sup>10</sup> Les différences entre ces deux tests sont les suivantes : le test des 5 mots contrôle l'encodage, pas le MIS pour lequel les auteurs ont fait le choix de privilégier la sensibilité à l'interférence après un délai suffisant (environ 10 minutes). Pour la notation, les 5 mots accordent dans sa forme initiale le même poids aux rappels libre et indicé (certains auteurs ont depuis préconisé de pondérer le rappel libre). Le MIS différencie le rappel libre (2 points car plus laborieux) du rappel indicé (1 point).

## **2.5 Etudes évaluant l'impact du dépistage des troubles de la mémoire sur le devenir des patients**

- Aucune donnée n'a été identifiée sur l'efficacité du dépistage des troubles mnésiques sur le devenir des patients.
- Les seules études disponibles concernent le dépistage des démences de type Alzheimer.

### 3. Discussion et avis de la HAS

#### 3.1 Mise en perspective du projet avec les données de la littérature

Etant donné les délais courts pour rendre cet avis, une analyse exhaustive de la littérature n'a pu être réalisée. La littérature analysée sur le repérage des troubles mnésiques et cognitifs chez le sénior de 70 ans et plus a concerné :

- les tests de dépistage des troubles mnésiques ;
- les recommandations sur le dépistage des troubles mnésiques en population générale ;
- l'efficacité du dépistage des troubles mnésiques.

Les éléments qui entrent en jeu dans les troubles de la mémoire observés au cours du vieillissement sont nombreux, de nature psychologique ou organique, occasionnels ou témoins de la progression d'un état pathologique. La distinction entre ces causes peut s'avérer délicate, surtout en cas de troubles débutants. Il faut pouvoir faire la part, dans l'origine des troubles de la mémoire supposés, de problèmes psychologiques ou psychiatriques mais aussi des causes vasculaires ou dégénératives, au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer.

Le repérage précoce des troubles mnésiques a pour objectif :

- d'identifier les personnes devant bénéficier d'une exploration poussée des troubles cognitifs ;
- de faire bénéficier les sujets identifiés d'une prise en charge précoce des cofacteurs aggravants et de restaurer un fonctionnement cognitif satisfaisant ;
- de prévenir l'aggravation des troubles cognitifs et de ralentir l'entrée dans la démence ;
- de rassurer les personnes qui ont une plainte mémoire, et dont les performances aux tests mémoire sont normales (faible risque de démence).

Les recommandations, tant françaises qu'internationales, sont en défaveur d'un dépistage des troubles cognitifs liés à une maladie d'Alzheimer ou une démence d'une autre origine.

La HAS a recommandé en 2011 une démarche diagnostique chez les personnes ayant une plainte mnésique ou des troubles cognitifs rapportés par la personne ou l'entourage.

Les tests rapides d'évaluation type questionnaire de plainte mnésique ont pour objet de confirmer la plainte exprimée par la personne, en validant plus objectivement la présence de difficultés sur le plan cognitif.

Les tests de mémoire font partie intégrante de l'examen neurologique clinique. Ils ne font pas le diagnostic d'une maladie, mais d'un dysfonctionnement cognitif. L'exploration des troubles mnésiques doit être faite en relation avec l'évaluation des autres fonctions cognitives. Il n'est pas possible d'explorer un déficit mnésique rapidement et de manière pertinente en pratique médicale courante.

- Les résultats à un test de mémoire peuvent être influencés par différents facteurs (exemple: motivation, anxiété) et par la contribution d'autres fonctions cognitives.
- Évaluer la mémoire uniquement à partir d'un seul test pourrait amener à conclure de façon erronée à une atteinte de celle-ci alors qu'il n'a pas été évalué la possibilité d'une atteinte d'une autre fonction cognitive qui expliquerait mieux les résultats obtenus.

## 3.2 Concertation avec les professionnels de santé

Les Collèges et Sociétés savantes ci-après ont été contactés par courrier sollicitant leurs observations éventuelles sur les fondements scientifiques du repérage des troubles mnésiques et cognitifs :

- Collège de la médecine générale
- Société française de gériatrie et gérontologie
- Société française de neurologie
- Conseil national professionnel de psychiatrie
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- Fédération française de psychiatrie

### ► Avis de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie et du Collège National Professionnel de Gériatrie

- L'auto-questionnaire de plainte mnésique est un test subjectif peu validé dont la valeur est moins bonne qu'une évaluation objective. Il n'est pas recommandé comme premier test de repérage.
- Le test recommandé en première intention est le MMS (Mini Mental Score ou test de Folstein, voir sa description en annexe) qui est un test objectif, validé en France et recommandé par la HAS (cf. recommandation Alzheimer) et au niveau international. Il évalue le fonctionnement cognitif dans sa globalité et est adapté à la population envisagée (« séniors de 70 ans et plus dans le cadre de l'examen périodique de santé»). Son temps de passation est, de plus, compatible avec un centre d'examen de santé.
- Le test des 5 mots n'est pas recommandé car il n'est pas validé pour des patients ayant des troubles cognitifs modérés ou débutants (population concernée par l'examen périodique de santé). Il est permis essentiellement de repérer les patients avec une Maladie d'Alzheimer.

### 3.3 Avis de la HAS

#### En ce qui concerne le repérage des troubles cognitifs et en particulier les troubles de la mémoire

- Le terme de plainte mnésique recouvre des réalités différentes : plainte spontanée du sujet, difficultés rapportées par la famille, appréciation subjective du fonctionnement mnésique en réponse à des questions ou des auto-questionnaires.
- L'évaluation des dysfonctionnements de la mémoire ou d'autres activités cognitives doit tenir compte des facteurs individuels sociaux et psychologiques, de l'état de santé général et des traitements en cours, en sachant qu'avec l'âge, un ralentissement global du traitement de l'information et notamment des facultés de mémorisation est fréquemment observé.
- L'évaluation de la plainte mnésique repose sur l'analyse des caractères sémiologiques de la plainte mnésique qui permettra de différencier les plaintes suspectes de révéler une maladie d'Alzheimer des autres plaintes, en particulier des plaintes dites bénignes.
- Devant une plainte mnésique et, plus largement, devant un trouble cognitif de la personne âgée (sans perte d'autonomie), il convient d'évaluer tout ce qui peut être à l'origine de ce trouble cognitif et notamment de rechercher une étiologie non neurologique (troubles anxieux, dépression, perturbations du sommeil, éthylisme, iatrogénie médicamenteuse, troubles vasculaires, diabète, pathologies métaboliques).
- L'examen de la mémoire ne doit pas être isolé, mais s'intégrer dans une démarche médicale globale et un bilan neuropsychologique, tel que recommandé par la HAS.
- Le dépistage de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées n'est pas recommandé par la HAS et seule la démarche diagnostique est préconisée sur la base d'un trouble cognitif identifié en consultation.

#### En ce qui concerne les étapes du projet et les tests d'évaluation :

- **Étape 1** : le questionnaire de plainte cognitive est un questionnaire auto-administré de passation rapide. Il évalue à la fois l'existence d'un déficit cognitif et d'un déficit mnésique potentiel et pourrait permettre d'identifier les populations devant bénéficier d'un bilan neuropsychologique complémentaire. Cependant ce test n'est pas recommandé comme test de première intention par la Société française de gériatrie et de gérontologie ainsi que par le Collège national professionnel de gériatrie.
- **Étape 2** : cette étape du projet alourdit de manière conséquente la durée de l'examen périodique de santé et inclut d'autres tests comme par exemple le mini-GDS pour rechercher une dépression. Cette étape participe à la démarche diagnostique du trouble mnésique ou cognitif et devrait donc être déléguée au médecin traitant.

- **Étape 3** : le test des 5 mots (étape 3 du projet présenté) a pour objet d'identifier un trouble de la mémoire suspect. Il fait partie de la batterie de tests préconisés par la HAS dans la confirmation du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. c'est un test de passation rapide, mais il ne doit pas être utilisé de manière isolée et doit être intégré à un bilan neuropsychologique complet.

**La HAS considère que :**

- Les objectifs du projet présenté incluent à la fois une démarche de dépistage et une démarche diagnostique. Ils nécessitent d'être redéfinis au regard de la place des centres d'examen de santé dans le parcours de soin (relai vers le médecin traitant) et dans les actions de prévention et de dépistage.
- Le choix du test est à reconsidérer.

**En effet :**

- Si l'objectif du projet est de rechercher un trouble cognitif et notamment une plainte mnésique, l'examen périodique de santé ne peut intégrer une démarche diagnostique qui inclut une batterie de test.
- Le test utilisé aura pour objet de rassurer les consultants pour qui le trouble mnésique est considéré comme bénin, et d'orienter ceux qui ont un trouble mnésique considéré comme suspect vers un bilan neuropsychologique (par exemple dans le cadre d'une consultation mémoire).
- Le test recommandé en première intention par la HAS est le MMS (Mini Mental Score ou test de Folstein) qui permet d'évaluer de façon globale différentes fonctions cognitives dont la mémoire. Il est de passation relativement courte (10 minutes).

**En conclusion**, tenant compte du délai de deux mois prévu par l'article L.161-39 du Code de la sécurité sociale insuffisant pour permettre la recherche d'un consensus professionnel, la HAS ne peut valider l'identification des troubles mnésiques et la stratégie d'intervention chez les seniors de 70 ans et plus proposées par le Cetaf et son intégration dans l'actualisation du référentiel de pratiques des CES.



## Annexe 1. Saisine de la Cnamts

---

### NOTE INTRODUCTIVE

---

L'Examen Périodique de Santé est un bilan de santé modulé en fonction des caractéristiques de l'assuré (sexe, âge, facteurs de risque, suivi médical actuel de la personne). La modulation permet d'apporter une réponse personnalisée à chaque assuré et d'éviter des examens inutiles.

Ainsi, dans la perspective d'adapter au mieux le contenu de l'examen de santé aux besoins de la population senior reçue dans les CES, une réflexion a été menée pour l'enrichir sur des thèmes de prévention complémentaires, spécifiques au senior, pour conduire à terme à la mise en œuvre d'un EPS senior.

Il n'existe pas actuellement de définition consensuelle des personnes âgées ou de seniors. Il s'agit d'un groupe de population très hétérogène. Dans la distinction proposée par l'OMS, entre les « jeunes vieux » (young-old) et les « Vieux-vieux » (old-old)<sup>11,12</sup>, c'est à la première catégorie qu'il convient de s'adresser plus spécifiquement pour l'EPS senior. Ce choix s'explique par le fait que, d'une part c'est en amont des problèmes (de dépendances et de vie en incapacité) que doit s'adresser en priorité la démarche préventive<sup>13</sup>, et d'autre part cette population (sans incapacité) représente, en toute logique, celle qui fréquente les CES. Les seuils d'âge pour définir de telles populations cibles sont toujours discutables, toutefois, prenant en compte l'âge de cessation d'activité<sup>14</sup> (qui constitue une période de vulnérabilité) et la fréquence d'entrée en situation d'incapacité (EVSI)<sup>15</sup>, le choix a été fait de s'adresser aux personnes de 55 ans et plus. Ainsi le projet EPS senior concerne les personnes de 55 ans et plus.

Par ailleurs, sur le principe de proposer, pour chaque thématique de santé, les interventions (actions) à la population cible la plus à risque, il a été convenu que les populations cibles puissent être différentes, en termes d'âge, d'un module à un autre dans le projet EPS senior.

Ainsi, prenant en compte la prévalence des syndromes démentiels dans les CES et l'état des connaissances, le **Groupe des Experts**<sup>16</sup> a proposé par consensus que les seniors de 70 ans et plus pouvaient constituer la population cible pour le repérage des troubles mnésiques et l'identification des personnes éligibles pour une évaluation initiale<sup>17</sup>.

<sup>11</sup> Neugarten B L. Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science September 1974 vol. 415 no. 1 187-198.

<sup>12</sup> cf. OMS et NIA : Les distinctions habituelles distinguent entre les catégories « young-old » (65-74), « old » (75-84) et « Old-old » (85+).

<sup>13</sup> Harrisson Editorial board (2009). Screening and prevention of disease: Introduction. In *Harrisons Manual of Medicine* (Harrison's Online), Chapter 4. The McGraw-Hill Companies Ed.

<sup>14</sup> Eurostat : L'âge médian de départ à la retraite en France en 2005 était de 58,30 ans pour les femmes et 58,80 ans pour les hommes de cessation de l'activité des prestataires du régime général étant de 58,3 ans

<sup>15</sup> Source : INED 2012 : L'Espérance de vie sans incapacité (EVSI) en France pour l'année 2010 était de 61,9 années

<sup>16</sup> Composition du groupe d'experts :

Pr. Gilles BERRUT – CHU de Nantes et **Vice-président** de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG);

Pr. Françoise FORETTE – Directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)

Pr Olivier BEAUCHET – CHU Angers ;

Dr. Alain COLVEZ – INSERM ;

Pr Philippe ROBERT (CHU de Nice).

<sup>17</sup> Evaluation conduite par le médecin généraliste traitant dans le cadre du diagnostic de la maladie d'Alzheimer (HAS 2011)

## Annexe 2. Formulaire de saisine Troubles mnésiques

---

### FORMULAIRE DE SAISINE : TROUBLES MNÉSQUES

---

#### ► Intitulé du projet

Repérage des troubles mnésiques et cognitifs et stratégie d'intervention chez les seniors dans les CES.

#### ► Type de produit soumis :

Référentiel de pratique à l'usage des professionnels de santé des Centres d'examen de santé (CES) visant à les guider dans le repérage des troubles mnésiques et dans la stratégie d'intervention associée dont l'orientation vers le médecin traitant pour une évaluation initiale.

#### ► Champ du projet :

Dans la continuité de la démarche débutée sur le champ de la prévention des chutes, le projet se propose d'enrichir l'examen périodique de santé (EPS) d'un nouveau thème de prévention spécifique aux seniors, **repérage des troubles mnésiques et cognitifs**.

De façon parallèle à la refonte par la **Haute autorité de santé (HAS)** du « Guide des recommandations pour l'examen périodique de santé », document de référence de l'EPS datant de 1995, le Centre Technique d'Appui et de Formations des CES (Cetaf) accompagné par un groupe d'experts<sup>18</sup> a mené une réflexion pour enrichir l'EPS sur des **thèmes de prévention plus spécifiques aux seniors** sous représentés dans le guide. Comme la prévention des chutes, la gestion de la plainte mnésique ont été identifiées comme faisant partie des thématiques prioritaires par le groupe d'experts.

Ce projet porte sur le repérage des troubles mnésiques et cognitifs et sur la stratégie d'intervention associée dans une logique d'offre de services au médecin traitant. Il décrit la conduite à tenir face aux troubles mnésiques chez les seniors dans les CES. Il s'agit de caractériser et d'analyser la plainte mnésique afin de rassurer les personnes âgées présentant une plainte banale et d'orienter vers le médecin traitant les personnes présentant une plainte suspecte, des troubles mnésiques ou cognitifs pour une évaluation initiale comme recommandée par la HAS (1) et le plan « Alzheimer et maladies apparentées » (2). Ce projet s'appuie sur des outils validés utilisables dans les CES, l'état des connaissances et les recommandations actuelles. Ce projet participe de la démarche diagnostique. Il ne s'agit pas d'un dépistage systématique des troubles cognitifs en population générale, ni du diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. En effet, selon la HAS, « *dans l'état actuel des connaissances et avec les moyens actuels du système de santé, le dépistage*

<sup>18</sup> Composition du groupe d'experts :

Pr. Gilles BERRUT – CHU de Nantes et Vice-président de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG);

Pr. Françoise FORETTE – Directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)

Pr Olivier BEAUCHET – CHU Angers ;

Dr. Alain COLVEZ – INSERM ;

Pr Philippe ROBERT (CHU de Nice).

*de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées n'est pas recommandé en population générale » (1).*

► **L'enjeu de santé publique :**

- La plainte mnésique est une plainte d'une diminution des capacités mnésiques dans la vie quotidienne. La plainte mnésique est fréquente à tout âge mais sa fréquence peut atteindre 50% chez les personnes âgées de 55 ans et plus (3). Elle augmente avec l'avancée en âge. La plupart du temps, cette plainte mnésique est « banale<sup>19</sup> » et ne nécessite aucune évaluation complémentaire. La plainte mnésique peut cependant être une manifestation d'une affection organique (maladie d'Alzheimer par exemple), on peut l'observer également au cours d'un état dépressif ou anxieux, d'un trouble du sommeil ou d'un trouble iatrogène (benzodiazépine, médicaments aux propriétés anticholinergiques...). Chez le sujet âgé, la plainte mnésique prend une importance particulière pour le sujet et son entourage du fait de la crainte qu'elle ne révèle une maladie d'Alzheimer débutante (4).
- En l'état des connaissances, le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées n'est pas recommandé en population générale (1, 5, 6) dans la plus part des pays. Cependant, des démarches diagnostiques dans la cadre des consultations de prévention pour certaines populations sont réalisées. Selon la recommandation de l'USPSTF (5), bien qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour suggérer un dépistage des troubles cognitifs en routine, il existe plusieurs raisons pour procéder au diagnostic précoce dans des circonstances spécifiques. Ainsi, aux USA, depuis 2011 dans le cadre de l'Annual Wellness Visit (AWV), Medicare a introduit la détection des troubles cognitifs dans le bilan de prévention (5, 7). En France, il est recommandé, selon la HAS, de proposer une démarche diagnostique aux personnes présentant une plainte mnésique signalée par le patient ou l'entourage(1). Selon ces recommandations, cette démarche diagnostique propose en amont de la consultation d'un spécialiste, la réalisation d'une évaluation initiale<sup>20</sup> par le médecin généraliste traitant puis une orientation vers un spécialiste en cas de suspicion d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

---

<sup>19</sup> Plainte banale ou oubli bénin : plainte qui correspond à l'ARCD (Age Related Cognitive Decline), c'est-à-dire un déclin cognitif objectivement identifiable qui est lié au processus du vieillissement mais reste dans les limites de ce qui est attendu pour l'âge du sujet.

<sup>20</sup> Evaluation initiale : elle est conduite par le médecin généraliste traitant et peut être réalisée en une ou plusieurs consultations. Elle comprend un entretien, un examen clinique, une évaluation fonctionnelle et une évaluation cognitive globale.

### ► De l'intérêt des CES :

- Comme mentionné précédemment, la plainte mnésique est fréquente chez les seniors ; toutefois elle s'avère rarement être la manifestation de troubles cognitifs avérés. La plainte mnésique concerne 30 à 35% des personnes âgées de 60 ans et plus, vues dans les CES(8, 9). Or, toutes ces personnes n'ont pas vocation à rencontrer leur médecin traitant pour une évaluation initiale. Rouch et al.(9) ont montré que la prévalence de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées était d'environ 1% chez les personnes âgées de 60 ans et plus vues dans les CES.

Ainsi, la prise en compte et l'analyse de la plainte mnésique par les CES permettent de rassurer les seniors ayant une plainte « banale » et d'orienter vers le médecin généraliste traitant ceux qui présentent une plainte « suspecte » pour une évaluation initiale.

- L'évaluation initiale doit être réalisée par le médecin généraliste traitant. Elle comprend un entretien, un examen clinique, une évaluation fonctionnelle et une évaluation cognitive globale. L'évaluation initiale est relativement longue, notamment l'évaluation cognitive globale. Le test de référence pour l'évaluation cognitive globale est le Mini Mental State Examination (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)(10). Le temps de passation de ce test est cependant long (environ 15 minutes).

Ainsi, dans une logique d'offre de services au médecin traitant, et dans le cadre d'une démarche diagnostique, les CES peuvent procéder à un premier repérage de troubles mnésiques chez les seniors présentant une plainte mnésique. Ceci permet de rassurer les seniors sans troubles cognitifs avérés et d'orienter vers le médecin généraliste traitant pour une évaluation initiale ceux qui présentent une plainte « suspecte » et des troubles cognitifs lors de l'examen de santé.

### ► Fondements scientifiques retenus :

1. Has. Recommandation de bonne pratique; Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. 2011.

2. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012. 2008.

3. Derouesne C, Alépovitch A, Boyer P. Performances cognitives objectives et plainte mnésique. *Psychol méd.* 1992;24:1075-85.

4. Romatet S. Plainte mnésique du sujet âgé: un pas vers la démence? *La Presse Médicale.* 1998;27(31):1585-7.

5. Moyer VA. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine.* 2014;160 :791-797.

6. Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. Canadian Consensus Conference on Dementia: a physician's guide to using the recommendations. *Canadian Medical Association Journal.* 1999;160(12):1738-42.

7. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association.* 2013;9(2):141-50.

8. Dessi F, Maillet D, Metivet E, Michault A, Le CH, Ergis AM, et al. [Assessment of episodic memory in illiterate elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2009;7(4):287-96.

9. Rouch I, Bourg A, Convers JP, Colvez A, Anterion CT, Laurent B. [Assessment of cognitive complaints and depressive symptoms in health check-up centers]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2007;5(2):153-62.

10. Derouesne C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. [Mini-Mental State Examination:a useful method for the evaluation of

the cognitive status of patients by the clinician. Consensual French version]. Presse Med. 1999;28(21):1141-8.

11. Vannier-Nitenberg C. La recherche-action au service de l'examen périodique de santé senior: Université Claude Bernard Lyon I; 2013.

12. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. Les 5 mots, épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Presse Med. 2002;1696-9.

13. Rossat A. Politique de Prévention des chutes chez les plus de 65 ans : ciblage de la population, efficacité et efficience des interventions et contribution spécifique des Centres d'Examen de

Santé de l'Assurance Maladie. Thèse de doctorat 2010.

14. Vannier-Nitenberg C, Dauphinot V, Bongue B, Sass C, Rouch I, Beauchet O, et al. Early detection of memory impairment in people over 65 years old consulting at Health Examination Centers for the French health insurance: the EVATEM protocol. BMC Geriatr. 2013;13:55.

15. Thomas-Anterion C, Ribas C, Honoré-Masson S, Berne G, Ruel PH. Le questionnaire de plainte mnésique (QPC): un outil de recherche de plainte suspecte d'évoquer une maladie d'Alzheimer. L'Année Gérontologique. 2003;17(1):56-65.

### ► Description des pratiques :

- Comme indiqué dans la partie champ du projet, les thèmes de prévention spécifiques aux seniors sont sous représentés dans le « Guide des recommandations pour l'examen périodique de santé » qui sert de référence à l'EPS. Ainsi, il n'existe pas de stratégie structurée de gestion de la plainte mnésique. Il est donc proposé de mettre à disposition des médecins de CES une démarche opérationnelle permettant aux professionnels des centres d'apporter des réponses adaptées aux seniors qui présentent une plainte mnésique banale ou suspecte lors de l'examen de santé. Cette intervention du CES s'inscrit dans la démarche plus globale de soutien et d'offre de services au médecin traitant dans la prise en charge de ses patients.
- Actuellement, il n'y a pas de consensus professionnel concernant le choix de tests de repérage des troubles cognitifs à effectuer dans le cadre d'une plainte mnésique suspecte (1, 7). Tenant compte de la faible prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, de la VPN (Valeur prédictive négative) des différents tests couramment cités dans la littérature et en s'appuyant sur les résultats des différentes recherches actions menées dans les CES (11), le test des 5 mots de Dubois (12) apparaît être le plus approprié. Le choix de ce test repose sur la simplicité de sa cotation, son temps de passation rapide (de l'ordre de 2 fois 1 minute), ses performances et sa faisabilité dans les CES. En effet, le test des 5 mots avec la cotation sur 10 et un seuil de normalité à 10 a une sensibilité (Se) de 63%, une spécificité (Sp) de 91,1%, une VPP (valeur prédictive positive) de 11,3% et une VPN de 99,3% pour identifier les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer en population générale.
- Toutes les études et recherches actions menées par les CES (8, 9, 13, 14) ont montré que les CES pouvaient mettre en place des filières de prise en charge en lien avec les acteurs locaux (médecin généraliste, centres Mémoire, et centres de prévention Agirc-Arrco).

### ► Objectifs du projet :

L'objectif est d'enrichir l'examen de santé des seniors par la structuration d'une démarche opérationnelle permettant aux professionnels des CES d'apporter des réponses adaptées aux seniors qui pré-

sentent une plainte mnésique. En prenant en compte la prévalence des plaintes mnésiques (35%) (9) et celle des syndromes démentiels dans les CES (1%) (9, 11), l'état des connaissances et par souci d'efficacité, le repérage opportuniste des troubles mnésiques dans les CES peut être préconisé chez les seniors de 70 ans et plus afin d'identifier ceux qui sont éligibles pour une évaluation initiale<sup>21</sup>.

La stratégie proposée (Figure 1) ne remplace pas l'évaluation initiale qui doit être réalisée par le médecin généraliste traitant. Elle est en amont et consiste à un pré-reperage pour le médecin traitant. Cette stratégie permet d'apporter à chaque senior bénéficiant d'un EPS une réponse adaptée ; elle permet en particulier de pouvoir rassurer ceux qui expriment une plainte mais qui ne nécessitent pas des investigations approfondies, de répondre à leurs angoisses et d'orienter vers le médecin traitant ceux qui nécessitent une évaluation initiale.

### ► **Projet proposé :**

L'analyse de la plainte mnésique est une analyse complexe qui recouvre plusieurs champs d'investigations. Face à une plainte mnésique, il faut distinguer : la baisse des performances mnésiques spécifiques aux seniors, le déficit en rapport avec une pathologie démentielle et les composantes plus affectives que cognitives.

#### **Repérage et analyse de la plainte mnésique**

**La plainte mnésique** est recueillie soit spontanément lors de l'entrevue avec le médecin du CES, soit par questionnaire pour les personnes âgées de 70 ans ou plus. Il s'agit du **Questionnaire de Plainte mnésique (QPC) (15)**, qui est un outil simple d'évaluation de la plainte mnésique de passation rapide (5 minutes) et d'utilisation simple (Tableau 1). Il a pour but d'aider les médecins à repérer une plainte et à différencier une plainte suspecte d'une plainte bénigne. Il sera proposé en auto-questionnaire (à l'accueil du consultant) avant la consultation médicale.

- ✓ En absence de plainte mnésique lors de l'interprétation du QPC, le médecin rassure le consultant si celui-ci aborde le sujet. En cas contraire, le médecin n'en parle pas lors de l'entretien.
- ✓ En cas de plainte mnésique identifiée par le QPC ou spontanément évoquée par la personne ou son accompagnant, le médecin du CES procède en complément à une analyse clinique de la plainte mnésique pour déterminer si la plainte est « banale », « suspecte » ou déjà prise en charge (suivi pour troubles cognitifs - affection connue d'une maladie neurologique, traité pour démence - traitement en cours, consultation mémoire récente - dans les 6 mois qui précèdent). Cette analyse doit prendre en compte les caractéristiques de la plainte, les médicaments consommés, les comorbidités, l'état thymique (dépression) et l'aspect invalidant ou pas. Elle doit également prendre en compte deux éléments qui permettent de distinguer une plainte « suspecte » :
  - Elle est plus importante pour l'entourage que pour le patient,
  - Elle retentit sur son activité quotidienne.

<sup>21</sup> Evaluation conduite par le médecin généraliste traitant dans le cadre du diagnostic de la maladie d'Alzheimer (HAS 2011)

- En cas de plainte banale le médecin rassure la personne, des conseils concernant l'entretien de la mémoire lui seront prodigués. Le médecin du CES lui expliquera que sa situation ne nécessite pas d'investigations supplémentaires. Un courrier sera adressé au médecin traitant avec l'accord de la personne.

- En cas de plainte suspecte non déjà prise en charge, le médecin du CES procède à une évaluation rapide de la mémoire à l'aide du test des 5 mots de Dubois (12).

### **Evaluation rapide de la mémoire**

Le test des 5 mots a pour objectif d'évaluer rapidement la mémoire (Figure 2a et 2b). Il permet d'appréhender la mémoire et grâce à l'indication de différencier un trouble de la récupération, volontiers plus bénin, d'un trouble d'encodage et de stockage évocateur de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un test d'évaluation de la mémoire épisodique relativement simple. Le sujet lit 5 mots (musée, limonade, sauterelle, passoire, camion), puis désigne le mot qui correspond à l'indice catégoriel qui lui est fourni (la boisson, le bâtiment, l'ustensile de cuisine, le véhicule, l'insecte). La liste retournée, le sujet procède à un rappel immédiat (libre et indicé) qui, s'il n'est pas au maximum (score de 5), conduit l'examineur à remonter au sujet les mots oubliés. Après une épreuve attentionnelle intercurrente, le patient procède à un rappel différé (libre et indicé). Le résultat est la somme des deux rappels. La performance des patients atteints de la maladie d'Alzheimer se caractérise par un rappel libre diminué et une aide partielle de l'indication responsable d'un score total inférieur à 10. Ainsi le résultat au test est jugé anormal pour un score strictement inférieur à 10.

- Pour le consultant dont la plainte aura été considérée comme « suspecte » mais qui aura un test normal des 5 mots, le médecin du CES rassurera la personne, lui expliquera que des investigations supplémentaires ne sont pas nécessaires, des conseils pour l'entretien de la mémoire et une information sur l'existence des ateliers mémoire lui seront donnés. Son médecin traitant sera informé des résultats avec accord de la personne.
- Pour le consultant ayant un test anormal des 5 mots, le médecin du CES expliquera le résultat à la personne et la nécessité de faire des investigations complémentaires. Elle sera orientée vers son médecin généraliste traitant pour une **évaluation initiale**. Le médecin traitant sera informé du résultat de l'évaluation de la mémoire de son patient. Le courrier sera accompagné d'un memo comportant les grandes lignes de l'évaluation initiale telle que décrite dans les recommandations HAS ainsi que des coordonnées du centre mémoire de recherche et de ressource (CMRR) ou du centre Mémoire local.

Figure 1. Arbre décisionnel repérage des troubles mnésiques et cognitifs des seniors dans les CES

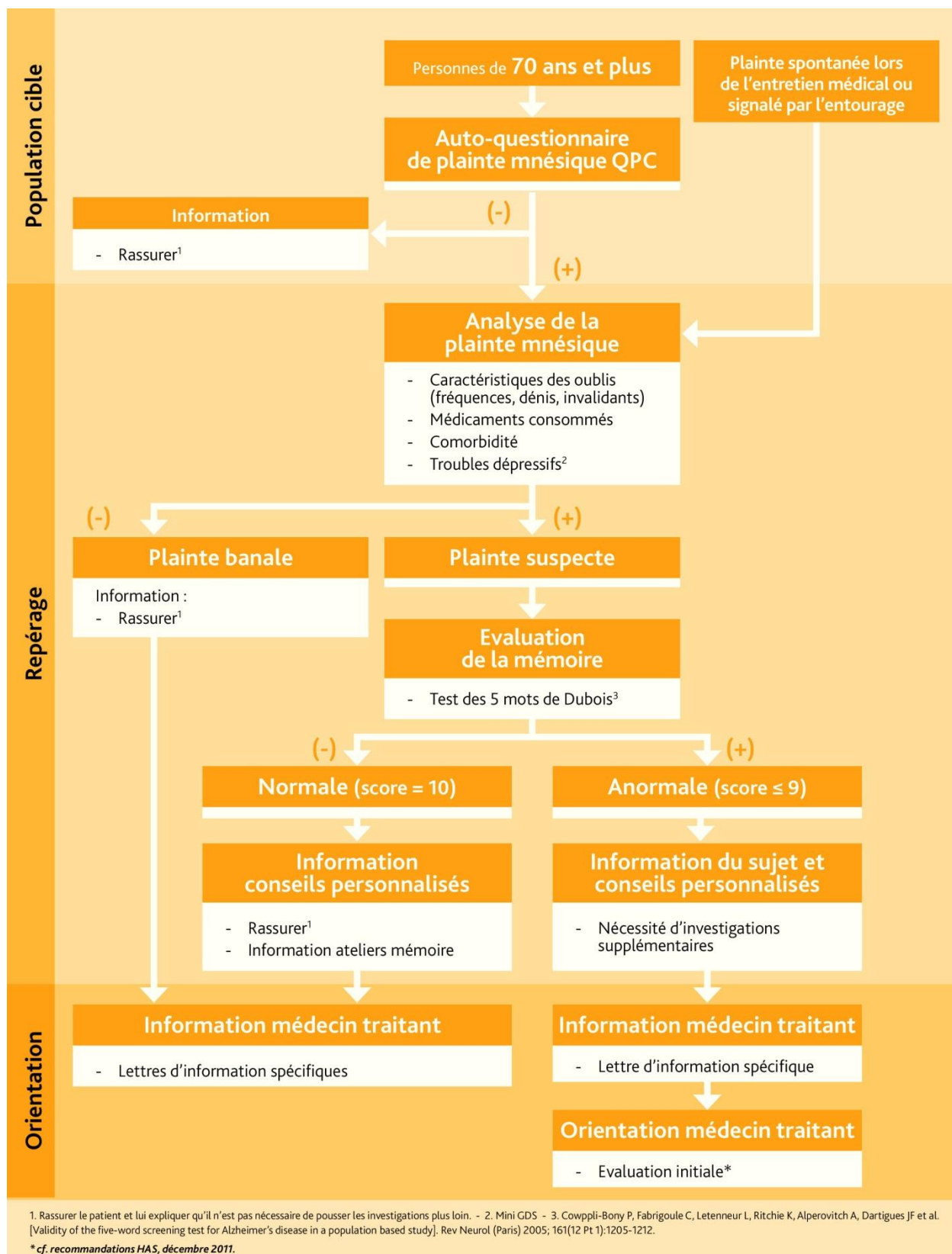





Tableau 1. Questionnaire de plainte cognitive (QPC) version GRECO<sup>22</sup>

<b>QUESTIONNAIRE de Plainte Cognitive (QPC)</b>	
A . Avez-vous ressenti un changement de votre mémoire dans les six derniers mois écoulés :	
OUI	NON
B . Avez-vous l'impression que votre mémoire fonctionne moins bien que celle des sujets de votre âge :	
OUI	NON
<b>Avez-vous ces six derniers mois (et ce, de façon plus importante qu'avant) (question que l'on repose avant chaque item)</b>	
1. <b>RESSENTI</b> l'impression d'enregistrer moins bien les événements et/ou entendu plus souvent vos proches dire " je te l'ai déjà dit "...	
OUI	NON
2. <b>OUBLIE un rendez-vous important</b>	
OUI	NON
3. <b>PERDU vos affaires plus souvent et/ou plus longtemps que d'habitude</b>	
OUI	NON
4. <b>RESSENTI</b> des difficultés plus grandes à vous orienter et/ou le sentiment de ne pas connaître un endroit où vos proches vous ont dit que vous étiez déjà venu	
OUI	NON
5. <b>OUBLIE complètement un événement</b> y compris lorsque vos proches vous l'ont raconté et/ou lorsque vous avez pu revoir des photos de celui-ci	
OUI	NON
6. <b>RESSENTI</b> l'impression de chercher les mots en parlant (sauf les noms propres) et d'être obligés d'utiliser d'autres mots, de vous arrêter de parler ou de dire plus souvent que d'ordinaire " truc " ou " machin "	
OUI	NON
7. <b>REDUIT</b> certaines activités (ou demandé de l'aide à un proche) <b>de peur de vous tromper</b> :activités personnelles (papiers administratifs, factures, déclaration d'impôt, etc....) ou associatives	
OUI	NON
8. <b>OBSERVE</b> une modification de votre caractère avec un repli sur soi, une réduction des contacts avec autrui voire le sentiment d'avoir moins d'intérêt pour les choses ou moins d'initiative.	
OUI	NON
Bilan ou surveillance à instituer	
Score=3 ou +	
Et/ou une réponse " oui " à la question 5	
Et/ou deux réponses " oui " aux questions : A,4,5,7,8.	

<sup>22</sup> GRECO (Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives) est une société savante qui a pour objet de contribuer aux activités de recherche appliquées à tous les domaines de la neuropsychologie clinique et comportementale ; [www.site-greco.net](http://www.site-greco.net)

Figure 2a : Modèle de feuille du test des 5 mots (version GRECO)

NOM .....  
PRÉNOM ..... DATE .....  
AGE .....

Inscrire une croix pour indiquer les bonnes réponses  
rappelées spontanément et par indiçage 

APPRENTISSAGE (rappel immédiat)		MÉMOIRE (rappel différé)
<input type="checkbox"/>	<i>Boisson :</i> <b>Limonade</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<i>Ustensile de cuisine :</i> <b>Passoire</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<i>Véhicule :</i> <b>Camion</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<i>Bâtiment :</i> <b>Musée</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<i>Insecte :</i> <b>Sauterelle</b>	<input type="checkbox"/>
Score <input type="checkbox"/> / 5		Score <input type="checkbox"/> / 5
Score global <input type="checkbox"/> / 10 (somme des 2 scores)		

Figure 2b. Fiche technique du test des 5 mots (version GRECO)

ÉPREUVE DES 5 MOTS
<b>PRÉSENTATION DE LA LISTE</b> Les 5 mots suivants, d'au moins 2 cm de haut, sont écrits en gras dans le sens vertical sur un carton :
<b>MUSEE</b> <b>LIMONADE</b> <b>SAUTERELLE</b> <b>PASSOIRE</b> <b>CAMION.</b>
Montrer la liste des 5 mots et dire : "Lisez cette liste de mots à voix haute et essayez de la retenir, car je vous la redemanderai tout à l'heure." Montrer toujours la liste au patient et dire : "Pouvez-vous me redonner, tout en regardant la feuille, quel est le nom de : la boisson – l'ustensile de cuisine – le véhicule – le bâtiment - l'insecte ?"
<b>CONTROLE DE L'ENCODAGE = SCORE D'APPRENTISSAGE</b> Retourner alors immédiatement la feuille et demander au patient : "Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire" ? Pour les mots non rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander : "Quel était le nom de... (en fournissant l'indice correspondant) ?"
Compter le nombre de bons mots rappelés spontanément et celui de bons mots rappelés avec indice : c'est le " <u>score de rappel immédiat</u> ".  <i>Si le score de rappel immédiat est égal à 5, l'enregistrement des mots a été effectif. On peut donc passer à l'épreuve de mémoire proprement dite, après une tâche attentionnelle intercurrente (voir plus bas). En revanche, si le score de rappel immédiat est inférieur à 5, retourner la feuille et montrer du doigt le (ou les) mot(s) non rappelé(s) en disant "le nom de... est..." puis lui demander de redonner ce (ou ces) mot(s) non rappelé(s) en réponse à leur indice (le but étant de s'assurer que le patient a bien enregistré tous les mots avant d'étudier la mémorisation proprement dite).</i>
<b>ÉPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURRENTÉ</b> Son but est de détourner l'attention du sujet pendant un temps suffisant (entre 3 et 5 minutes). Ce délai peut être mis à profit pour étudier l'orientation temporo-spatiale et pour réaliser une ou plusieurs épreuves non lexicales, comme par exemple une épreuve de calcul mental, d'organisation sérielle de chiffres ou du dessin de l'horloge...
<b>ÉTUDE DE LA MÉMORISATION PAR LE RAPPEL DIFFÉRÉ</b> Après l'épreuve attentionnelle intercurrente, demander au patient : "Pouvez-vous me redonner les 5 mots que vous avez lus tout à l'heure ?" Pour les mots non rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander : "Quel était le nom de..."
Compter le nombre de bons mots rappelés spontanément et celui de bons mots rappelés avec indice : c'est le " <u>score de mémoire</u> ".
<b>RÉSULTAT : Total score d'apprentissage + score de mémoire. Il doit être normalement égal à 10.</b>

### Annexe 3. La stratégie de recherche documentaire

	Stratégie de recherche documentaire
Sources d'information	<p><u>Bases de données :</u>                      Medline (National Library Of Medicine, USA)                      Pascal (Institut de l'information scientifique et technique, France)                      Banque de données en santé publique (BDSP, France)                      SantéPsy (Ascodocpsy, France)</p> <p><u>Sites internet :</u>                      Agence Nationale Evaluation Qualité Etablissements                      Agence Santé Publique Canada                      Agency Healthcare Research Quality                      Alzheimer's Association                      American Academy of Neurology                      American Geriatrics Society                      American Psychological Association                      Australian &amp; New Zealand Society for Geriatric Medicine                      Australian Association of Gerontology                      British Geriatrics Society                      British Society of Gerontology                      Caisse nationale d'Assurance Maladie                      Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées                      Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health                      Canadian Association on Gerontology                      Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia                      Canadian Geriatrics Society                      Canadian Gerontological Nursing Association                      Canadian Task Force on Preventive Health Care                      Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé                      Clinical Evidence                      Clinical Research Center for Dementia of South Korea                      Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé                      Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie                      Conseil économique, social et environnemental                      Cour des comptes                      Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques                      European Federation of Neurological Societies                      European Union Geriatric Medicine Society                      Fondation Nationale de Gérontologie                      General Practice Services Committee                      Gerontological Society of America                      Guidelines and Protocols Advisory Committee British Columbia                      Hartford Institute for Geriatric Nursing                      Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie                      Haute Autorité de Santé                      Haute Autorité de Santé</p>

	<b>Stratégie de recherche documentaire</b>
	<p>Hong Kong Geriatrics Society                      Institut national de la santé et de la recherche médicale                      Institut national de santé publique du Québec                      Institut national d'excellence en santé et en services sociaux                      Institute for Clinical Systems Improvement                      Irish Gerontological Society                      Le portail Canadien des pratiques exemplaires                      Mental Health Condition of Canada                      Ministère de la santé                      Ministry of Health Malaysia                      Ministry of Health Singapore                      National Council of Aging (NCOA)                      National Health Services                      National Institute for Health and Care Excellence                      National Institute of Health                      National Research Council                      New Zealand Guidelines Group                      NHS Map of Medicine                      NIH National Institute on Aging                      Organisation Mondiale de la Santé                      Registered Nurses' Association of Ontario                      Royal Australian College of General Practitioners                      Scottish Intercollegiate Guidelines Network                      Singapore Ministry of Health                      Sistema Nazionale Linee Guida                      Société de Gériatrie de l'Ouest et du Centre                      Société Française de Gériatrie et Gérontologie                      Société québécoise de gériatrie                      Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada                      Toscana Regional Health Council                      University of Michigan Health System                      US Department of Veterans Affairs                      US Preventive Task Force                      Victorian Geriatric Medicine Training Program                      Wisconsin Alzheimer's Institute</p>
<b>Mots clés initiaux (Bases de données)</b>	<p>Old* OR older* OR elder* OR aged OR geriatric assessment OR aging OR geriatric nursing OR homes for the aged OR housing for the elderly OR geriatrics                      AND                      mnemonic OR memory OR memories OR amnesia OR amnesias OR amnesic OR amnesics OR Memory OR Memory Disorders OR remember OR remembering OR Alzheimer Disease OR Alzheimer</p>

## Annexe 4. Les tests de dépistage des troubles mnésiques

### Le QPC

Le questionnaire de plainte cognitive (QPC) proposé en première intention est un test issu du GREMOIRE qui a été élaboré pour permettre au médecin généraliste de distinguer différentes populations de sujets : sujets sains, sujets ayant un trouble cognitif léger, patients atteints de la maladie d'Alzheimer et patients dépressifs.

Questions	Réponses
Question 1. Avez-vous ressenti un changement de votre mémoire dans les six derniers mois écoulés ?	OUI ou NON
Question 2. Avez-vous l'impression que votre mémoire fonctionne moins bien que celle des sujets de votre âge ?	OUI ou NON
Question 3. ...ressenti l'impression d'enregistrer moins bien les événements et/ou entendu plus souvent vos proches dire « je te l'ai déjà dit » ?	OUI ou NON
Question 4. ...oublié un rendez-vous important ?	OUI ou NON
Question 5. ...perdu vos affaires plus souvent et/ou plus longtemps que d'habitude ?	OUI ou NON
Question 6. ...ressenti des difficultés plus grandes à vous orienter et/ou le sentiment de ne pas reconnaître un endroit où vos proches vous ont dit que vous étiez déjà venu ?	OUI ou NON
Question 7. ...oublié complètement un événement y compris lorsque vos proches vous l'ont raconté et/ou lorsque vous avez pu revoir des photos de celui-ci ?	OUI ou NON
Question 8. ...ressenti l'impression de chercher les mots en parlant (sauf les noms propres) et d'être obligés d'utiliser d'autres mots, de vous arrêter de parler ou de dire plus souvent que d'ordinaire « truc » ou « machin » ?	OUI ou NON
Question 9. ...réduit certaines activités (ou demandé de l'aide à un proche) de peur de vous tromper Cela peut concerner des factures à régler, une déclaration d'impôt à remplir, un abonnement à un journal etc.	OUI ou NON
Question 10. ...observé une modification de votre caractère: moins sociable, perte d'initiative, apathie...	OUI ou NON

## Test des 5 mots

### ■ Rappel immédiat (apprentissage)

Une liste de 5 mots est présentée au sujet et on lui demande de les lire à haute voix et de les retenir : rose, éléphant, chemise, abricot, violon.

Ensuite, immédiatement et avec la liste devant lui, on demande au patient de retrouver les mots en lui citant les catégories : le nom du fruit, de l'animal, etc.

Puis, après, en masquant la liste, on lui demande de redonner les mots, sans lui fournir la catégorie (rappel libre). En cas d'oubli et seulement pour les mots oubliés, on pose la question en donnant la catégorie (rappel indicé).

Chaque bonne réponse donne un point (maximum 5), correspondant au *score d'apprentissage*.

### ■ Épreuve attentionnelle intercurrente

Ensuite on fait réaliser au patient une tâche distractive comme un comptage à rebours.

### ■ Rappel différé (mémoire)

Après cette tâche, on demande au sujet de nommer les 5 mots : c'est le rappel libre.

En cas de manquement de mot, on utilise l'indiciage : « il y avait une fleur ; un vêtement ; un instrument, etc. »

Chaque bonne réponse donne un point (maximum 5), correspondant au *score de mémoire*.

### ■ Résultats

Le total correspond à l'addition du score d'apprentissage et du score de mémoire. Il doit être égal à 10.

Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié. L'indiciage permet de différencier une atteinte organique d'un simple trouble de l'attention lié à l'âge, à l'anxiété, à la dépression, à la fatigue, etc.

## Test MMS ou minimental state

Test MMS	
<b>Orientation dans le temps</b>	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 ?
<b>Orientation dans l'espace</b>	6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? 8. Quel est le département dans lequel est située cette ville ? 9. Dans quelle province ou région administrative est situé ce département ? 10. À quel étage sommes-nous ?
<b>APPRENTISSAGE</b> « Répétez les 3 mots ».	11. cigare (ou citron) 12. fleur (ou clé) 13. porte (ou ballon)
<b>ATTENTION OU CALCUL</b> « Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête. »	14. première soustraction 15. deuxième soustraction 16. troisième soustraction

Test MMS	
	17. quatrième soustraction 18. cinquième soustraction
<b>RAPPEL</b> « Quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ? »	19. cigare (ou citron) 20. fleur (ou clé) 21. porte (ou ballon) »
<b>LANGAGE</b> « Quel est le nom de cet objet ? »	22. Montrer un crayon 23. Montrer une montre 24. « Écoutez bien et répétez après moi : pas de MAIS, de SI, ni de ET. »
<b>PRAXIES CONSTRUCTIVES</b> Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire »	25. prenez mon papier dans la main droite, 26. pliez-le en deux 27. jetez-le par terre. » 28. Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères FERMEZ LES YEUX et dire au sujet : « Faites ce qui est marqué. » 29. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle sont dessinés 2 pentagones qui se recoupent sur 2 côtés et dire : « Voulez-vous recopier mon dessin ? » 30. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez mais une phrase entière. »







Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)