



**santé  
famille  
retraite  
services**



**Étude PAC Eurêka©  
MSA Île de France  
Analyse des tests d'inclusion  
2004-2009**

Ont collaboré à cette étude :

Dr Véronique Drouglazet (Médecin chargée de prévention)

M. Christian Kulibanov (Conseiller en ingénierie sociale)

## Sommaire

Introduction.....	4
A.Méthode et protocole utilisé.....	5
B.Présentation du PAC Eurêka.....	6
C.Présentation du test d’inclusion à une session PAC Eurêka.....	8
D.Les participants au PAC Eurêka sur les 8 départements d’Île de France.....	10
1.2004-2009 : un développement significatif des actions PAC Eurêka.....	10
2.Le PAC Eurêka sur les territoires.....	10
3.Profils des participants à l’échelon régional.....	11
a)L’âge des participants.....	11
b)Les participants par sexe.....	12
c)Niveaux socio-éducatif (NSE).....	13
d)Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS).....	14
e)Emplois.....	15
4.Profils des participants par département.....	16
a)Profil par sexe.....	16
b)Profil par âge.....	16
c)Niveaux socio-éducatifs par département.....	18
d)Professions et catégories socioprofessionnelles par département.....	19
E.Les résultats aux tests MMS, MIS et IADL.....	21
5.Exclusions : un faible taux d’exclusions lors du test.....	21
F.Inclusions : Analyse détaillée des tests d’inclusion.....	24
1.Le MMS.....	24
2.Le rappel différé.....	24
3.L’orientation dans le temps et l’espace.....	26
a)Orientation dans le temps.....	26
b)Orientation dans l’espace.....	27
4.Apprentissage et attention et calcul.....	28
a)Apprentissage.....	28
b)Attention et calcul.....	28
5.Langage et praxie.....	30
6.MIS et MIS différé.....	31
a)Le MIS.....	31
b)Le MIS différé.....	32
7.L’IADL.....	33
Conclusion.....	35

## **Introduction**

L'action PAC Eurêka est un outil phare de la MSA depuis de nombreuses années. Il s'agit d'un type « d'atelier mémoire » dont le contenu est présenté au chapitre B. Ces dernières années les demandes des collectivités, principaux pourvoyeurs de cette action, ont cru de manière importante. Ainsi, à ce jour, plusieurs milliers de personnes ont pu en bénéficier participant ainsi à la prévention des effets néfastes du vieillissement.

Il nous a semblé intéressant et pertinent de pouvoir réaliser une étude qui puisse donner une image plus précise de ces bénéficiaires en région Île-de-France. C'est l'objet de ce travail.

L'étude porte sur l'exploitation des « tests d'inclusion » qui sont systématiquement réalisés avant toute constitution d'un nouveau groupe. L'exploitation de ces tests donne une image plus fine des populations ayant participé ces six dernières années à une session PAC Eurêka.

Après une présentation de la méthodologie utilisée, nous décrirons l'action PAC Eurêka en elle-même puis le contenu du test d'inclusion.

Dans un second temps, après un rapide descriptif territorial, nous reviendrons plus en détail sur les résultats des tests eux-mêmes.

## **A. Méthode et protocole utilisé**

L'étude repose sur l'exploitation quantitative d'un outil appelé « test d'inclusion », dont nous verrons plus loin le détail.

L'outil, sous la forme d'un court questionnaire comportant 22 items, est systématiquement utilisé par un professionnel de santé (médecin ou psychologue) afin de vérifier qu'une plainte mnésique ne serait pas le début d'un trouble cognitif.

Pour cette étude, 2887 questionnaires ont été exploités à partir du logiciel de traitement statistique Sphinx<sup>2</sup>. Les questionnaires les plus anciens datent de l'automne 2004, les plus récents représentent l'activité du premier semestre 2009. L'analyse prend ainsi en compte plus de cinq années pleines d'activités.

Deux items du test n'ont été ajoutés qu'à l'automne 2008, il s'agit de la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et du niveau socio-éducatif (NSE). Leur exploitation ne correspond ainsi qu'à un semestre. Les enseignements issus de ces informations ne pourront être généralisés qu'avec précaution.

## B. Présentation du PAC Eurêka

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) organise dans toute la France, depuis plus de 20 ans, le Programme d'Activation Cérébrale PAC EURÊKA. Depuis la mise en place de ce dispositif, on compte environ 50 000 personnes qui ont participé aux sessions PAC Eurêka.

Dans le cadre de sa politique d'action sociale de prévention, la MSA propose un programme d'activation cérébrale intitulé « PAC Eurêka » proposé aux personnes âgées de plus de 60 ans ne présentant pas de pathologie cérébrale. On appelle « activation cérébrale » l'augmentation de l'activité des fonctions neurologiques.

Le programme consiste en l'application d'un ensemble de stimulations ayant pour objectif de solliciter et de dynamiser les fonctions cérébrales afin d'en accroître l'activité.

PAC EURÊKA est un outil convivial de mobilisation et de sensibilisation des participants, élaboré par la Fondation Nationale de Gérontologie et conçu avec le soutien de Jocelyne de Rotrou, neuropsychologue à l'hôpital BROCA.

Il répond à la volonté institutionnelle de développer la prévention des effets néfastes du vieillissement et plus particulièrement du vieillissement cérébral, en favorisant le maintien d'un projet de vie.

Sa finalité est :

- de prévenir les effets néfastes du vieillissement (perte du pouvoir de concentration, trous de mémoire...) en favorisant l'activité cérébrale.
- De rompre l'isolement des personnes âgées en favorisant les liens sociaux afin d'entretenir l'équilibre psychologique, voire l'épanouissement personnel.
- De participer à l'animation du milieu dans une optique de développement social local.

PAC Eurêka comporte actuellement 15 séances d'initiation à la stimulation cognitive, psychologiques et sociales. Chacune des séances comporte, en moyenne, 5 exercices soit environ 75 applications.

Lors de la première séance un « test d'évaluation » est effectué par un médecin ou un psychologue (MMS, MIS et IADL) pour chacun des futurs participants (cf. chapitre suivant). Ce dispositif s'adressant aux personnes ayant des légers troubles de la mémoire, mais ne présentant aucune pathologie cérébrale susceptible de compromettre leur adaptation sociale et leur adhésion au programme, Le test permet de réaliser une évaluation globale, rapide et schématique des fonctions cognitives. Une application rigoureuse des critères de sélection des participants au programme pourrait contribuer de façon substantielle au dépistage des populations à risque et à une prise en charge précoce de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés.

Toutes les séances commencent par un exercice intitulé « revue de presse ». Cela consiste à faire évoquer les faits marquants (politiques, économiques, sociaux...) de l'actualité relative à la semaine précédant la séance. Ses objectifs sont :

- de provoquer l'échange, lutter contre le repli,
- de mobiliser sa mémoire et sa fluidité verbale,
- de renforcer les repères chronologiques et les repères spatiaux,
- de stimuler la curiosité.

Les exercices ont été choisis, pour la plupart, en fonction des situations les plus fréquemment expérimentées dans la vie quotidienne. Chacun des exercices met en jeu un ou plusieurs mécanismes cognitifs identiques aux mécanismes sollicités dans la vie quotidienne.

A travers chaque exercice, l'animateur essaie de faire prendre conscience de la démarche mentale qui amène à maîtriser les différentes étapes de mémoire et de la pensée en général. Chacun des exercices est appliqué de façon à susciter de la part des membres du groupe une participation active, un échange, et à favoriser l'apprentissage des situations artificielles aux situations réelles.

Les exercices reposent sur des aspects neurophysiologiques et psycho-sociaux :

Les exercices sollicitent les mécanismes de l'apprentissage, ceux qui conditionnent l'efficacité cérébrale. Il s'agit d'entretenir et de développer la capacité de réserve cognitive, d'acquérir des stratégies de mémorisation optimales. Il s'agit également d'apprendre à apprendre et non d'acquérir des connaissances, de façon à pouvoir gérer soi-même son potentiel cérébral ; apprendre à mobiliser l'attention, soutenir la concentration, organiser des informations, élaborer des associations.

Indépendamment de sa valeur technique, les exercices ont une valeur de redynamisation sociale et personnelle. Ils permettent de démystifier la situation de troubles de la mémoire, en expliquant comment elle fonctionne et en permettant de la restimuler par des exercices. Sur le plan psycho-social, les objectifs poursuivis sont de reprendre confiance en soi, de retrouver ses motivations, de sortir de l'isolement tout en réduisant l'état anxieux dû à la crainte d'une baisse de ses capacités.

## C. Présentation du test d’inclusion à une session PAC Eurêka

Le test est un protocole standardisé (cf. annexe 1) réalisé auprès de chaque participant potentiel par un professionnel (médecin ou psychologue). Il dure environ une quinzaine de minutes. A l’issue du test et en fonction des résultats obtenus, la personne peut intégrer le groupe ou se voit invitée à se tourner vers son médecin traitant pour des examens plus poussés<sup>1</sup>.

Ce test contribue à un dépistage primaire de la population des retraités qui est la population cible de cette action. Il vise également à établir une relative homogénéité dans un groupe. En effet, l’objectif du PAC Eurêka, outre de stimuler la mémoire, se veut être l’occasion de créer du lien social<sup>2</sup>. Il n’est pas question dans un tel contexte de mettre des participants en échec ou de les stigmatiser mais plutôt de favoriser l’apparition d’entraide, de plaisir et de confiance en soi.

Le programme Pac Eurêka s’adresse ainsi à une population cognitivement normale. L’engagement des participants se fait sur la base du volontariat.

Ces volontaires bénéficient du test d’inclusion au cours d’un entretien individuel durant lequel une série de tests standardisés sont réalisés : le M.M.S. (Mini Mental State Examination) qui sera complété, en cas d’échec, par un autre test, le M.I.S. (Memory Impairment Screen) complété également en cas de nouvel échec par un questionnaire d’évaluation de l’autonomie fonctionnelle, I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Life).

Ces tests, lorsqu’ils révèlent des anomalies, sont reconnus par les spécialistes comme devant attirer l’attention des médecins sur un risque potentiel de dégénérescence cérébrale et sur la nécessité de poursuivre les investigations dans le cadre d’une consultation spécialisée.

Cette démarche, réalisée par un médecin ou un psychologue, est sous tendue par deux motifs :

- ne pas intégrer dans le programme des personnes qui n’en bénéficieraient pas pleinement et qui pourraient ainsi être mises en situation d’échec,
- permettre d’alerter sur la possible existence d’une pathologie dégénérative cérébrale, dont en premier lieu la maladie d’Alzheimer qui pourrait faire l’objet d’une prise en charge adaptée, notamment en phase initiale.

Ainsi, si l’un des candidats devait obtenir un résultat anormal à ces différents tests, avec son plein accord, nous transmettons à son médecin les résultats obtenus afin qu’il puisse décider de la conduite à tenir. Une procédure a été élaborée à cet effet.

---

<sup>1</sup> Les troubles mnésiques peuvent avoir de nombreuses causes indépendamment d’une véritable pathologie de type MATA. Troubles psycho-comportementaux : dépression, anxiété extrême, troubles psychotiques (hallucinations, délires...) ; confusion mentale, événement de vie déstabilisant récent (deuil, déménagement, passage à la retraite ; maltraitance...) ; Autres démences (démence à corps de Léwy, démence parkinsonienne...) ; démences secondaires (métaboliques (hyponatrémie, hypercalcémie, hypothyroïdie, carence en vitamine B 12 ou en folates... ; infectieuse (neurosyphilis, encéphalite à VIH...) ; toxique (démence alcoolique, autres drogues) ; médicamenteuse (psychotropes, anticholinergiques...) surtout si polymédication ; en rapport avec un processus expansif intra crânien (tumeur cérébrale, hématome sous dural...) ; troubles de la circulation du liquide céphalorachidien (hydrocéphalie à pression normale)) ; pathologies chroniques non contrôlées (diabète), fièvre, déshydratation ; pathologies cardiovasculaires (notion d’AVC, démence vasculaire, insuffisance cardiaque...) ; alitement prolongé, hospitalisation, chutes.

<sup>2</sup> Le fait de vivre seul, nombre réduit de contacts, difficultés à se déplacer, difficultés sensorielles induisant une communication réduite, faiblesse de revenus, difficultés linguistiques et/ou culturelles, méconnaissance des moyens sociaux et administratifs d’aide en cas de besoin.



Le **MMS** demeure l'outil de référence dans l'évaluation globale, rapide et schématique des fonctions cognitives, à l'usage des médecins. Une version actualisée du MMS a été mise au point par le GRECO (groupe de réflexion sur l'évaluation cognitive). Il s'agit d'un groupe d'experts neurologues, neuropsychologues, gériatres... qui ont pour mission principale de standardiser et de valider les outils existants utilisés à l'échelon international pour évaluer les fonctions cognitives.

Le MMS est un questionnaire comportant 30 items évaluant l'orientation dans le temps et dans l'espace, le rappel immédiat de 3 mots, la soustraction sérielle par 7, le rappel différé de 3 mots, le langage, la capacité visuo-constructive. Le score varie de 0 à 30. Parmi les facteurs prédictifs de démence, le score global au MMS est un facteur à considérer. Un score global inférieur aux valeurs seuils pour l'âge et le niveau socio-économique est un élément péjoratif. D'autre part, de nombreux travaux montrent que, de tous les items du MMS, l'item le plus sensible à la maladie d'Alzheimer est le rappel différé des 3 mots.

Compte tenu de ces données, nous retenons comme critères d'inclusion le score global au MMS et l'item score au rappel différé des 3 mots : pour participer au Pac Eurêka le sujet doit avoir un score global  $\geq$  à 26 et un rappel différé de 3 ou 2 points, correspondant à 3 ou 2 mots rappelés. Lorsque le score global est  $<$  26 ou lorsque le score au rappel différé est de 1 ou 0, le MIS est proposé.

Le **MIS** est le deuxième instrument de référence à l'usage du médecin. Il s'agit d'une version abrégée du test de Grober et Buschke (test de référence à l'usage des neuropsychologues). Le MIS consiste à se rappeler 4 mots, tandis que le test complet en comporte 16. Il s'agit de rappeler 4 mots appartenant à 4 catégories sémantiques différents : un légume (poireau), un arbre (platane), un poisson (merlan), une fleur (dahlia). Comme dans le MMS, entre l'encodage et le rappel, une tâche interférente est effectuée : le sujet doit compter de 0 à 20, puis de 20 à 0. En cas d'échec au rappel libre, l'indice sémantique est fourni (quel était le légume ?). Le MIS est coté sur 8 (2 points par mot restitué, 1 point lorsque l'indice est fourni).

Pour participer au Pac Eurêka, le sujet doit avoir un score au MIS de 8, 7 ou 6.

MIS D (différé) : En cas de résultat difficile à interpréter, on peut augmenter la sensibilité du test en recherchant les 4 mots à nouveau après quelques minutes d'échange avec le patient, sans lui avoir donné les réponses correctes auparavant.

Lorsque le MIS est de 5 ou moins, un questionnaire évaluant l'autonomie fonctionnelle est proposé.

**IADL** : Le questionnaire d'autonomie permet de vérifier le fonctionnement des activités instrumentales dans la vie quotidienne (IADL : instrumental activities of daily life). Il s'agit de vérifier que le sujet se débrouille seul, sans aucune aide, dans les situations suivantes : gestion du téléphone, déplacements, prise de médicaments, gestion financière. Si le sujet est totalement autonome sur ces critères, il pourra être inclus dans le programme, avec toutefois une vigilance particulière de la part des organisateurs. Dans le cas contraire, la probabilité pour qu'il y ait un déclin cognitif retentissant sur la vie quotidienne et suspicion de maladie est forte. Un score IADL normal est égal à 40. Plus le score s'éloigne de 40, plus la suspicion est grande. Dans un tel cas, le candidat ne doit pas être inclus dans un groupe, et doit être orienté vers son médecin traitant.

## D. Les participants au PAC Eurêka sur les 8 départements d’Île de France

L’action PAC Eurêka rencontre un vif succès, comme on peut le constater sur les six dernières années. Il nous a donc semblé intéressant et important de pouvoir mieux connaître celles et ceux qui participent à cette action.

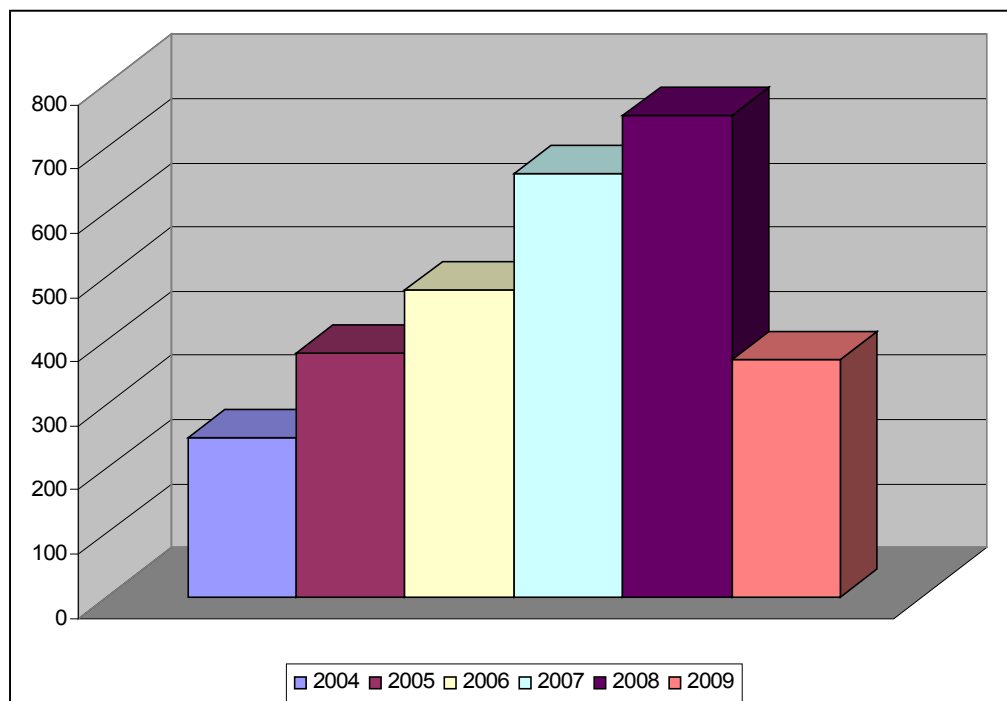
Dans une première partie, nous mettrons en évidence les profils des participants.

En tenant compte de leur origine géographique, nous ferons apparaître les différences territoriales.

Dans une seconde partie, nous présenterons les résultats obtenus aux tests d’inclusion.

### 1. 2004-2009 : un développement significatif des actions PAC Eurêka

Le Graphique 1 permet de constater une progression régulière, en valeur absolue et en nombre de participants, depuis 2004. Les données pour 2004 correspondent à l’activité du second semestre, pour l’année 2009, à l’activité du premier semestre. Pour l’année 2009, les résultats à la mi-année sont aussi importants que l’année complète en 2005.



Graphique 1 - Nombre de participants par année

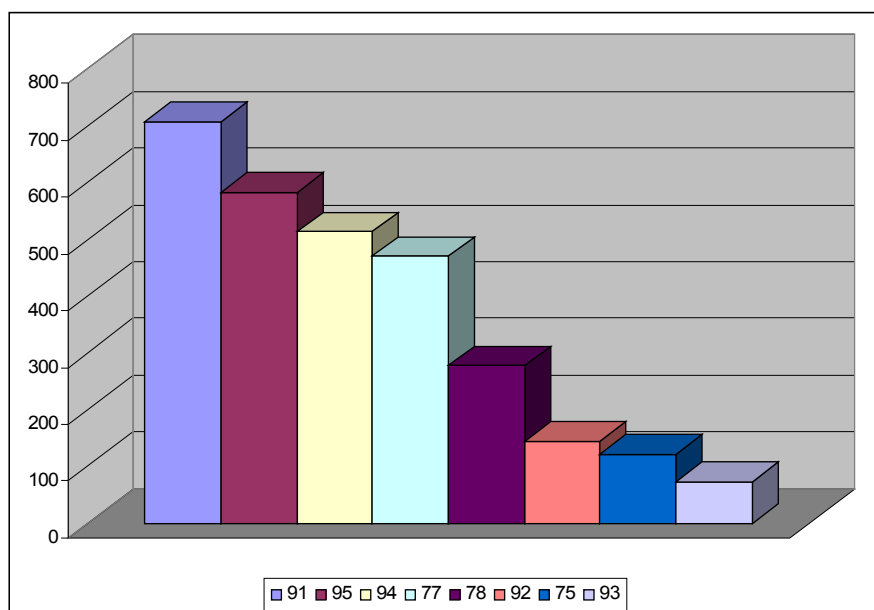
### 2. Le PAC Eurêka sur les territoires

Sur les 6 années de référence, le plus grand nombre de participants se situe, par ordre décroissant, dans les territoires<sup>3</sup> de PPC (Paris et sa petite couronne), puis de l’Essonne, le Val d’Oise, la Seine et Marne et enfin les Yvelines (cf. Graphique 2).

Les différences d’un territoire à l’autre s’expliquent pour l’essentiel par la taille des équipes et le nombre d’agents affectés à cette action. Parallèlement, les collectivités ne sont pas investies de la même manière dans la politique d’action sociale. Pour ne prendre qu’un seul exemple,

<sup>3</sup> Pour la MSAIF, la région est découpée en 5 territoires : Paris et la Petite Couronne (Hauts-de-Seine, Val de Marne et Seine-Saint-Denis), la Seine et Marne, les Yvelines, l’Essonne et le Val d’Oise.

les résultats en Essonne s'expliquent en partie par une attention particulière portée par le Conseil Général à la stimulation cognitive qui a donné lieu, depuis plusieurs années, à un partenariat étroit avec la MSA pour le développement du PAC sur le territoire essonnien.

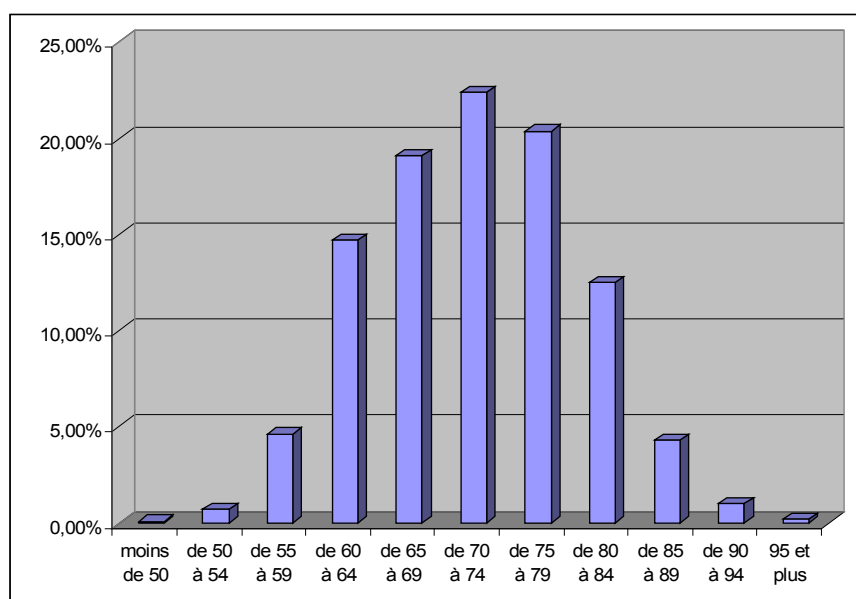


Graphique 2 – Nombre de participants par département

### 3. Profils des participants à l'échelon régional

#### a) L'âge des participants

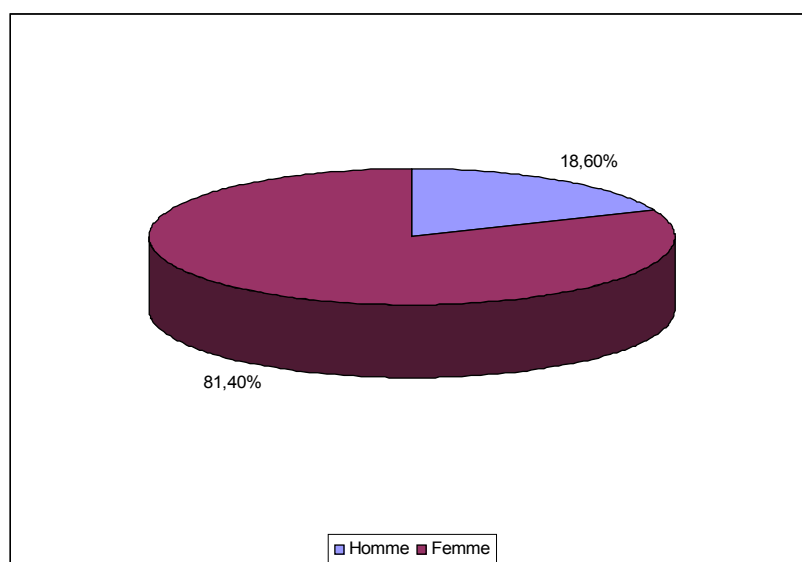
L'âge moyen des participants, sur les 6 années étudiées, est de 71,85 ans. Le Graphique 3 en donne une image plus précise. La grande majorité des participants ont un âge se situant entre 60 et 85 ans, même si la part des 55-60 ans n'est pas négligeable puisqu'elle représente 5,3% des participants, tandis que les plus de 85 ans représentent 5,5%.



Graphique 3 – Participants par âges quinquennaux

## b) Les participants par sexe

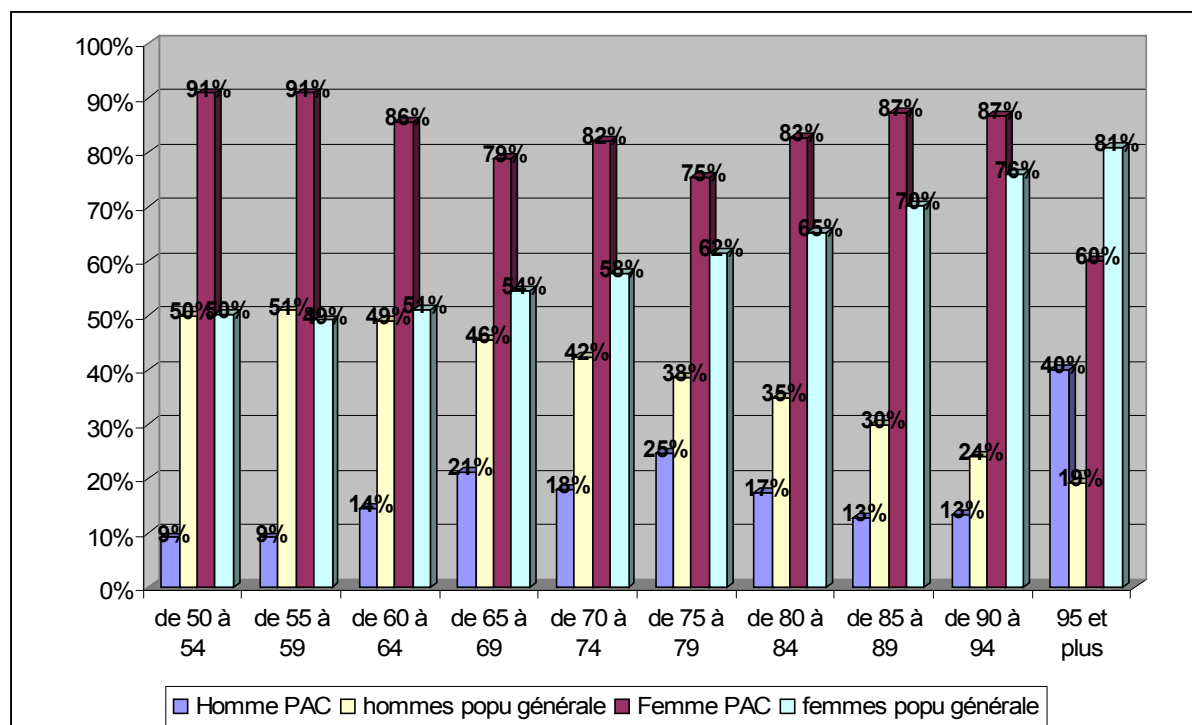
Les femmes sont largement majoritaires puisqu’elles représentent plus de 80% des participants (Graphique 4). Avec l’avancée en âge, la proportion hommes/femmes évolue au détriment des hommes. Pour mémoire, l’espérance de vie de ces derniers reste plus faible<sup>4</sup>. Il n’en reste pas moins que la proportion hommes/femmes dans les candidats au PAC Eurêka est nettement différente de celle de la population générale (Graphique 5).



Graphique 4 – Participants par sexes

A l’âge moyen des participants (71,85 ans), la répartition des sexes est, dans la population francilienne de 42,2% pour les hommes et 57,8% pour les femmes. Les femmes sont en large surreprésentation. La présence beaucoup plus importante de femmes dans les trois premières tranches s’explique par le statut « d’inactif » occupé par nombre de ces femmes. Après 70 ans, on constate un parallélisme entre les participants au PAC Eurêka et la population générale (cf. Graphique 5).

<sup>4</sup> Selon l’INSEE, en 2006 en France métropolitaine, l’espérance de vie à la naissance est de 77,3 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes. Pour l’Île de France elle est légèrement plus élevée puisqu’elle passe à 78,6 ans pour les hommes contre 84,7 ans pour les femmes.



Graphique 5 – Rapport hommes-femmes par tranches d'âges : comparaison public PAC avec la population générale (source INSEE)

On constate donc que le PAC Eurêka attire bien plus les femmes que les hommes.

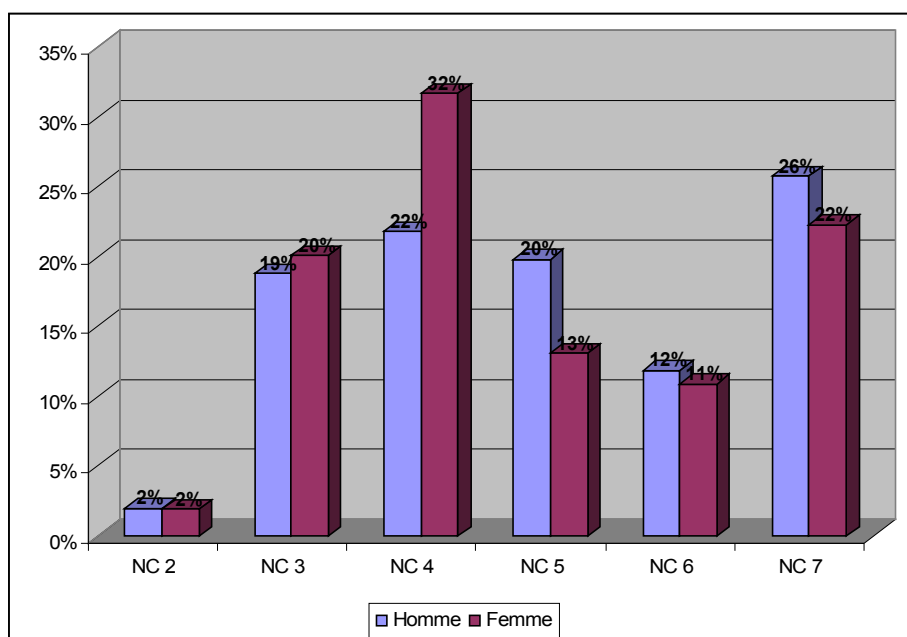
### c) Niveaux socio-éducatif (NSE)

Le Tableau 1 dresse la liste des NSE qui ont servi à classer les participants.

NC1	illettré
NC 2	sait lire, écrire et compter
NC 3	niveau de fin d'études primaires
NC 4	niveau de brevet d'études de premier cycle (au total, à partir du cours préparatoire, 9 années de scolarisation), ou pour les métiers manuels niveau CAP sans spécialisation
NC 5	niveau classe terminale (fin du deuxième cycle secondaire, 11 ou 12 années de scolarisation), ou pour les métiers manuels, niveau ouvrier ou artisan avec responsabilités techniques ou de gestion
NC 6	niveau baccalauréat ou métiers manuels hautement qualifiés avec cursus prolongés
NC 7	niveau diplôme universitaire

Tableau 1 – Nomenclature internationale des niveaux socio-éducatifs

Près de la moitié des participants a au moins le Bac (NC5 et plus) et plus d'un quart a fait des études supérieures (NC7) (Graphique 6).



Graphique 6 – Participants des NSE par sexes

On peut constater sur le Graphique 6, qu'il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes en terme de NSE si on tient compte des spécificités générationnelles. Compte tenu de l'âge moyen des participants, on retrouve bien plus de femmes avec un NSE élevé que dans la population générale de cette génération.

L'absence de NC1 s'explique par le fait que le PAC Eurêka s'appuie sur la pratique de la lecture et de l'écriture. Ce qui écarte d'emblée cette catégorie<sup>5</sup>.

Globalement, on constate une présence importante de personnes ayant un NSE élevé (NC7).

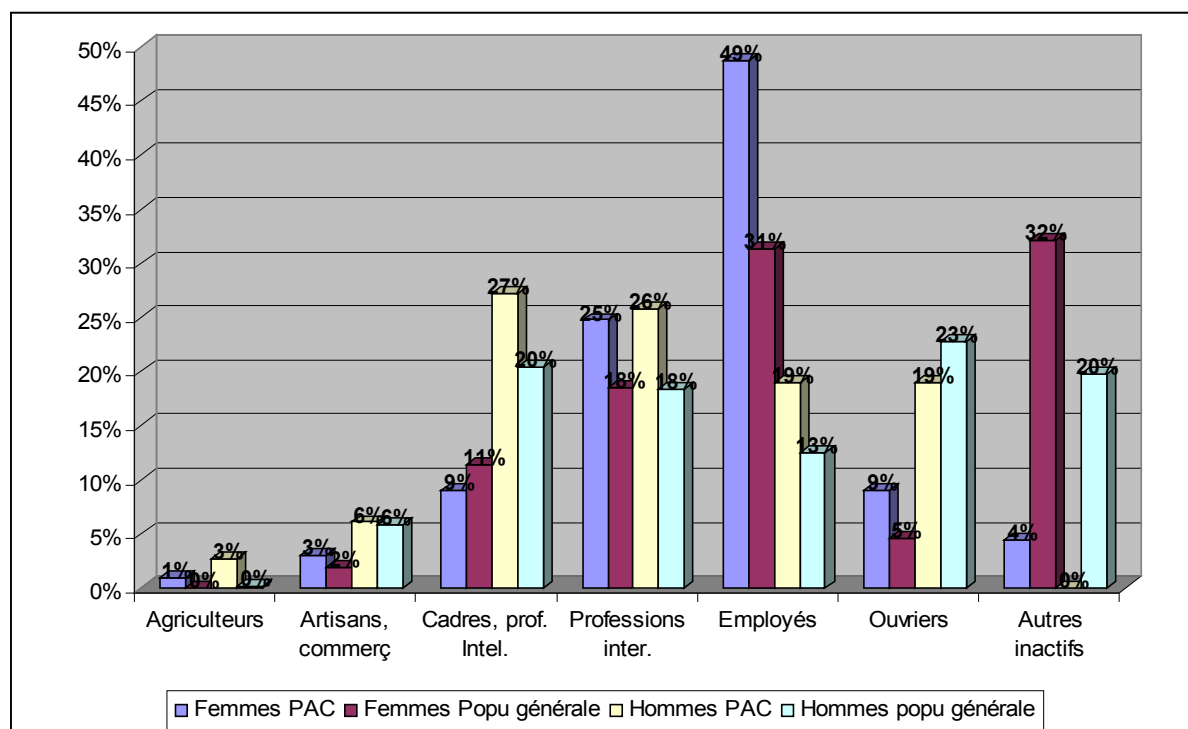
#### d) Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)

Dans la population étudiée, contrairement aux NSE, les PCS sont un critère qui discrimine bien plus les genres (Graphique 7).

Malgré leur niveau de formation élevé, les femmes ont occupé des emplois majoritairement employés, professions intermédiaires et ouvriers.

On retrouve 100% de femmes dans la catégorie des « sans activité professionnelle » qui capture celle des « femmes au foyer ».

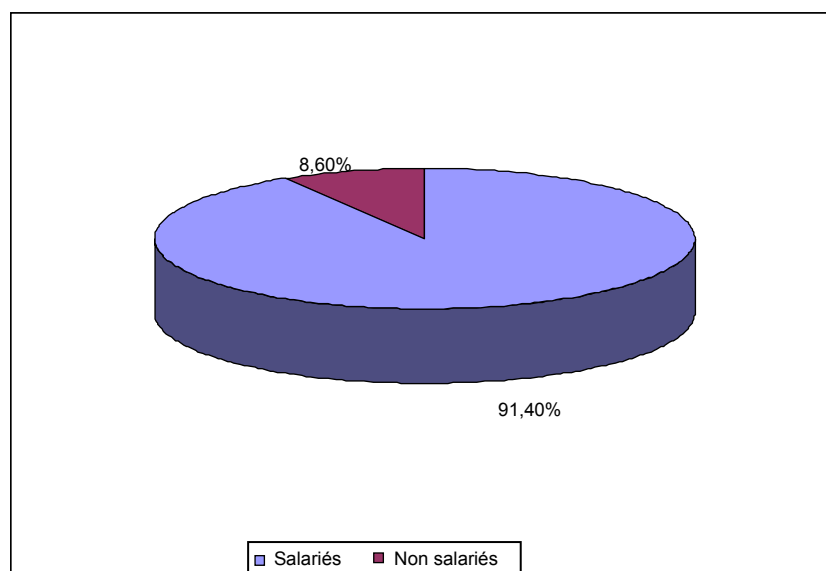
<sup>5</sup> Ceci soulève la question des inégalités sociales de santé et l'accès aux outils de prévention de l'ensemble de la population.



Graphique 7 – Répartition des PCS par sexes dans la population PAC et la population francilienne

### e) Emplois

Les non-salariés (agricoles et non agricoles confondus) sont surreprésentés puisqu'ils constituent en Île de France 6,47% contre 8,6% pour le public PAC Eurêka.



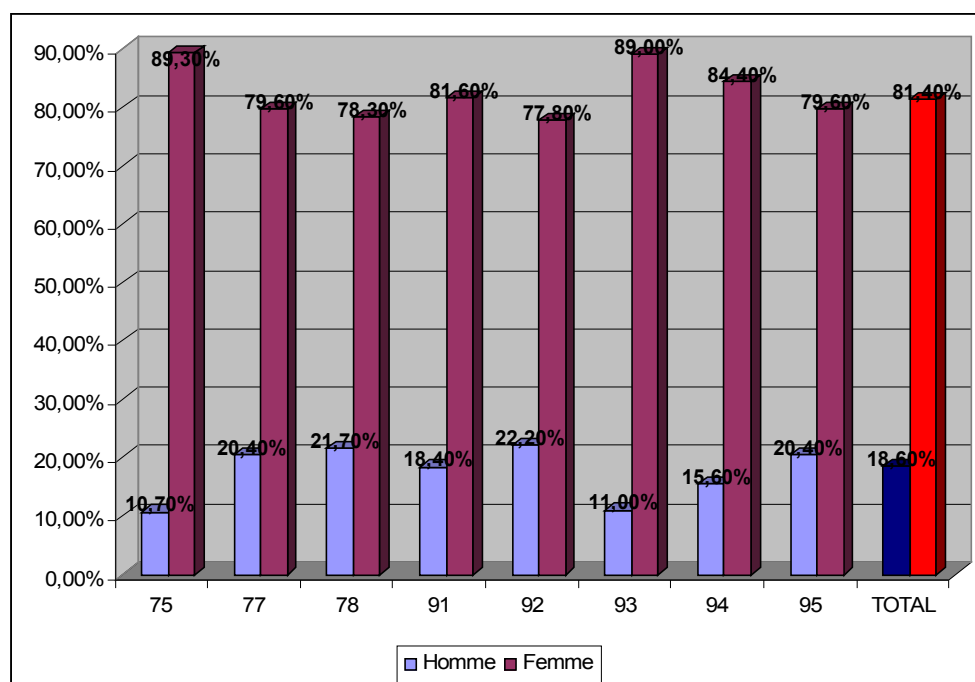
Graphique 8 – Proportion de salariés et de non salariés

## 4. Profils des participants par département

Après avoir passé en revue les principales caractéristiques des bénéficiaires, nous nous attacherons à les décrire par départements. Des différences existent dans le public selon le département observé. Ces informations permettent d’avoir une connaissance plus fine des bénéficiaires par territoire et d’avoir un profil de participants par département.

### a) Profil par sexe

La plus grande différence en terme de genre se retrouve entre les départements de Paris, de la Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine, qui comptent respectivement 89,30% et 89% de femmes contre 77,80% (cf. Graphique 9).



Graphique 9 – Répartition des sexes par départements

Trois groupes se distinguent, celui proche des 90% (75 et 93), celui de ceux situés entre 80 et 90% (91 et 94) et les moins de 80% (77, 78, 92 et 95).

### b) Profil par âge

Le Tableau 2 présente l’âge moyen des participants par département. L’écart entre celui où les participants sont les plus âgés et celui où ils sont les plus jeunes est de presque 6 ans.

Le Graphique 10 donne un aperçu de la structure d’âge des participants par département.

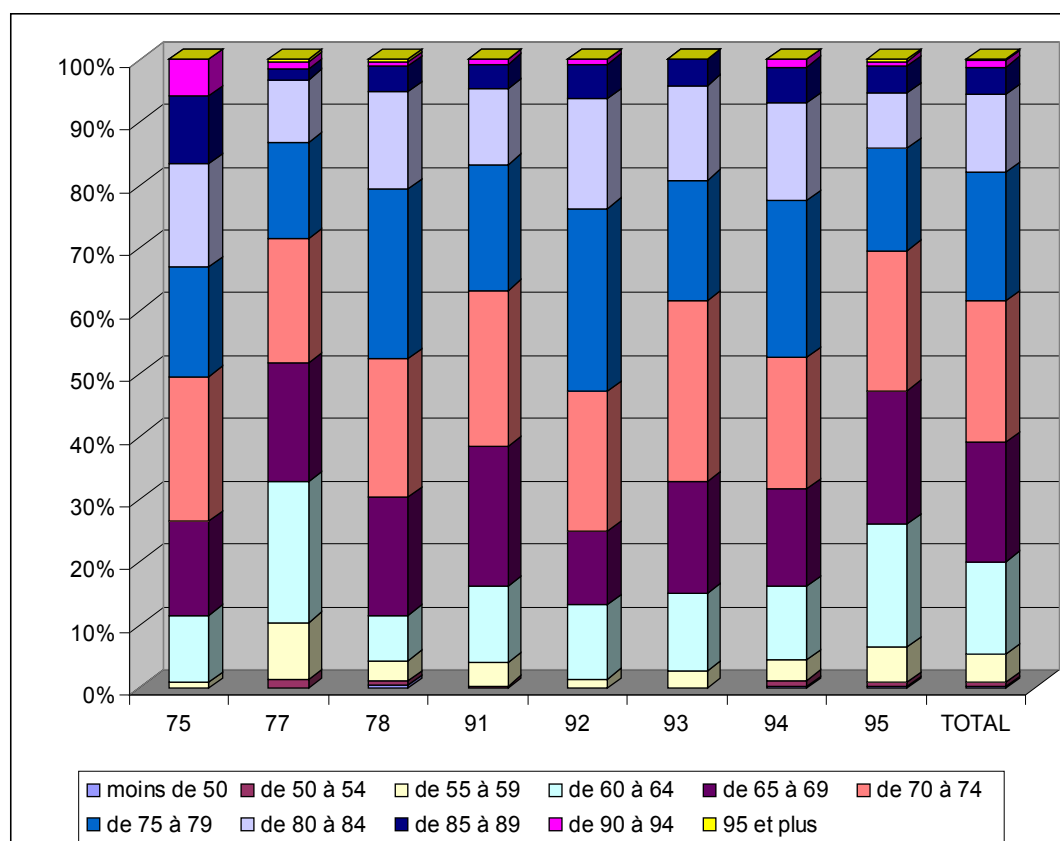
La répartition des âges est différente d’un département à l’autre (cf. Tableau 2). On constate une structure d’âge plus jeune en Seine et Marne, tandis que Paris comporte le plus grand nombre de personnes entre 90 et 94 ans (cf. Graphique 10).

Paris	75,27 ans
Seine et Marne	69,38 ans
Yvelines	73,35 ans



Essonne	71,91 ans
Hauts-de-Seine	74,23 ans
Seine-Saint-Denis	72,86 ans
Val de Marne	73,13 ans
Val d'Oise	70,48 ans

Tableau 2 – Âges moyens par département



Graphique 10 – Structures d'âges par département

On retrouve également des différences significatives dans les tranches extrêmes. Celle des 55-59 ans passe de 0,8% à Paris à 9,1% en Seine et Marne pour une consolidation régionale à 4,6%. De la même manière, dans la tranche des 90-94 ans, on retrouve pour le maximum 5,8% des parisiens et le minimum 0% de séquano-dionysiens pour une représentation régionale de 1%. Idem pour la tranche des 85-89 ans dans laquelle on retrouve 10,7 des parisiens et seulement 1,7% des seine-et-marnais (cf. Tableau 3).

Département/ Âge	moins de 50	de 50 à 54	de 55 à 59	de 60 à 64	de 65 à 69	de 70 à 74	de 75 à 79	de 80 à 84	de 85 à 89	de 90 à 94	95 et plus
75	0,0%	0,0%	0,8%	10,7%	14,9%	23,1%	17,4%	16,5%	10,7%	5,8%	0,0%
77	0,0%	1,3%	9,1%	22,3%	18,9%	19,8%	15,3%	10,0%	1,7%	1,1%	0,4%
78	0,4%	0,7%	3,2%	7,2%	18,8%	22,0%	27,1%	15,5%	4,0%	0,7%	0,4%
91	0,0%	0,3%	3,7%	12,2%	22,2%	24,9%	20,0%	12,0%	4,0%	0,7%	0,0%
92	0,0%	0,0%	1,4%	11,8%	11,8%	22,2%	29,2%	17,4%	5,6%	0,7%	0,0%
93	0,0%	0,0%	2,7%	12,3%	17,8%	28,8%	19,2%	15,1%	4,1%	0,0%	0,0%
94	0,2%	1,0%	3,3%	11,7%	15,6%	20,9%	25,0%	15,6%	5,7%	1,2%	0,0%

95	0,2%	0,7%	5,5%	19,6%	21,3%	22,3%	16,3%	8,8%	4,3%	0,7%	0,3%
IDF	0,1%	0,7%	4,6%	14,7%	19,1%	22,5%	20,4%	12,5%	4,3%	1,0%	0,2%

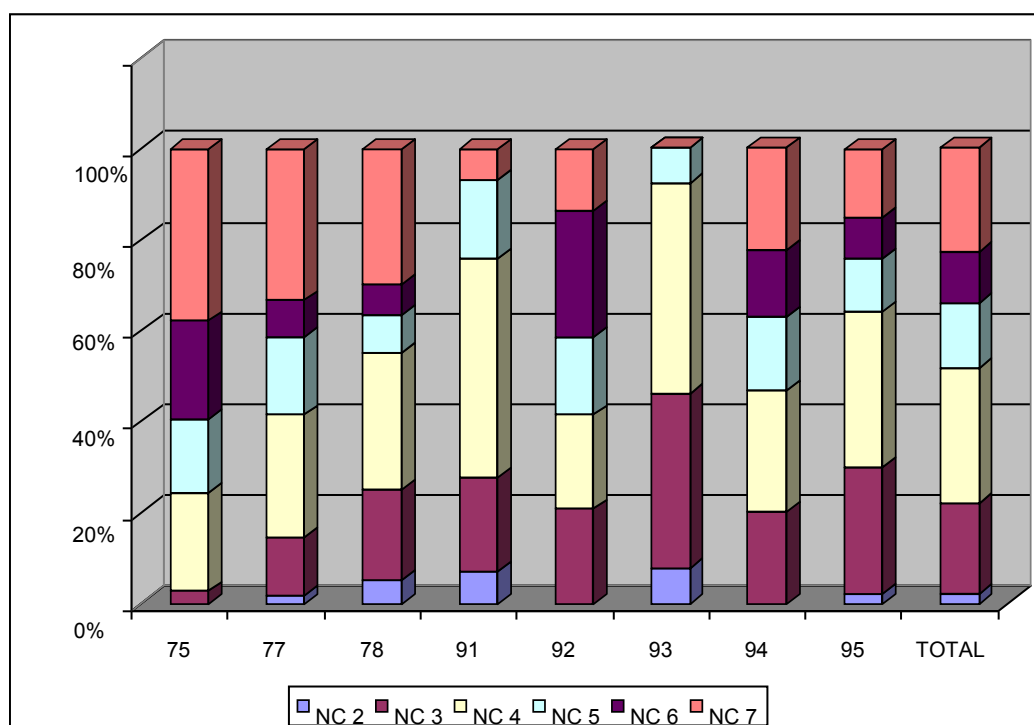
Tableau 3 – Ventilation par âges quinquennaux et par département

Cette différence résulte plus des partenaires et des modes de recrutement des groupes que de la démographie locale. Il serait intéressant de mieux connaître ces biais de recrutement afin de mieux comprendre les raisons qui président à ces différences.

### c) Niveaux socio-éducatifs par département

On retrouve également des disparités en terme de niveau de diplôme des participants selon les départements (Graphique 11).

Ces données ne sont disponibles que pour l’année 2009 : date à laquelle les NSE et les PCS ont été ajoutés au formulaire de test d’inclusion. Cela correspond à 559 réponses. Compte tenu de leur importance relative, il est possible de les considérer comme un panel plus ou moins représentatif de l’ensemble des répondants.



Graphique 11 – Répartition des NSE par département

D’un point de vue régional, ce sont les NSE NC4 et NC7 qui sont les plus représentés et correspondent respectivement à 29,9% et 22,9% des participants. Cette information souligne l’hétérogénéité de NSE qu’il peut y avoir dans un même groupe de participants. Mais nous allons voir qu’il y a une relative homogénéité si on y ajoute la variable territoriale.

Les NC2 ne représentent régionalement que 2% des bénéficiaires. Paris, les Hauts de Seine et le Val de Marne n’ont aucun NC2, tandis que l’Essonne et la Seine-Saint-Denis sont à 6,9% et 7,7%.

On peut émettre l'hypothèse que le PAC Eurêka, dans l'esprit des candidats, nécessite un minimum de connaissances scolaires. Ceci peut constituer un frein à leur démarche d'accès à ces activités de type cognitif.

Paris a un profil très atypique du point de vue des NSE. Dans la consolidation régionale, le NC2 et 3 cumulent près de 22% des participants. A Paris ces deux catégories additionnées ne représentent que 2,7%. L'ensemble, soit plus de 97% se concentre dans les 4 catégories les plus élevées avec un record absolu pour le NC7 (37,8%) et ce, associé à une moyenne d'âge élevée. A Paris, nous avons donc à la fois la moyenne d'âge la plus élevée et les NSE les plus hauts.

Le profil de la Seine-Saint-Denis, proche de celui de l'Essonne, représente un autre profil atypique. Nous y retrouvons la population la plus importante dans les NC2 et NC3 (46,2%) et la plus faible dans les niveaux les plus élevés puisque les NC6 et NC7 sont à zéro. Dans ce département, 92,4% des participants se trouvent dans les catégories 2, 3 et 4. Ces deux départements ont également un âge moyen très proche.

DEP/NSE	NC 2	NC 3	NC 4	NC 5	NC 6	NC 7
75	0	2,7	21,6	16,2	21,6	37,8
77	1,8	12,6	27	17,1	8,1	33,3
78	5	20	30	8,3	6,7	30
91	6,9	20,7	48,3	17,2	0	6,9
92	0	20,7	20,7	17,2	27,6	13,8
93	7,7	38,5	46,2	7,7	0	0
94	0	20,3	26,6	16,1	14,7	22,4
95	2,2	27,7	34,3	11,7	8,8	15,3
TOTAL	2	19,9	29,9	14,3	11,1	22,9

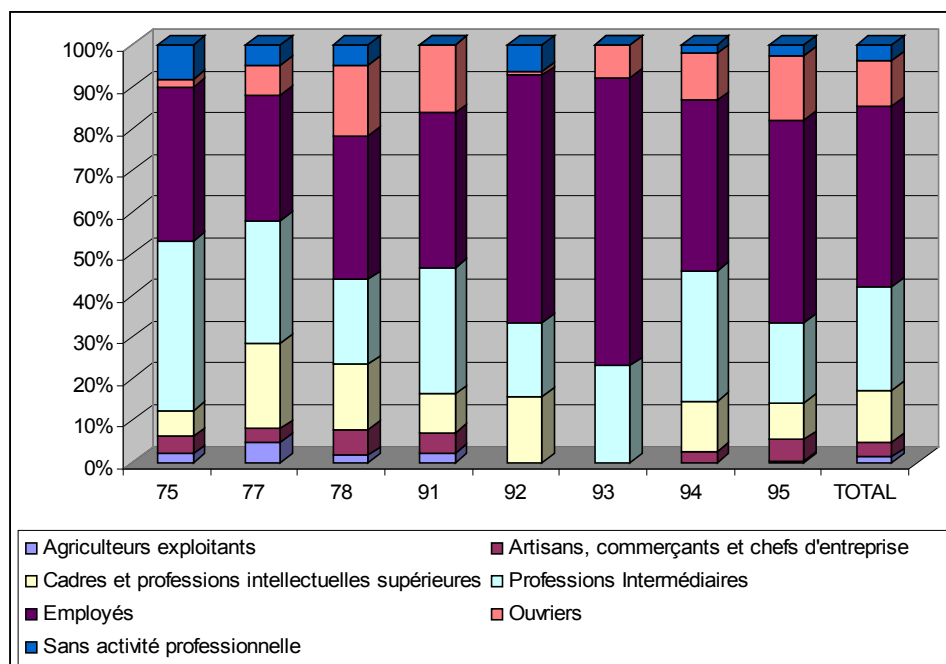
Tableau 4 – Répartition en % des NSE par département

#### d) Professions et catégories socioprofessionnelles par département

Sur l'ensemble de la population étudiée, la PCS la plus représentée est celle des employés (43,3%) puis viennent les professions intermédiaires (25%). Ces deux catégories représentent un peu plus des deux tiers des bénéficiaires.

Paris reste atypique puisque dans ce département 77,5% des participants se retrouvent dans les professions intermédiaires et les employés. Les 22,5% restant se distribuent sur l'ensemble des autres catégories dont la plus importante est celle « sans activité professionnelle » (8,2%). On peut émettre l'hypothèse que, compte tenu de la grande majorité des femmes, il s'agit de femmes n'ayant jamais exercé un emploi salarié. Toujours à Paris, les cadres ne sont « que » 6,1% malgré le niveau de diplôme élevé à Paris. Il n'est pas possible de superposer les NSE et les PCS, les NSE ne correspondant pas aux professions exercées.

La Seine et Marne et Les Yvelines ont les groupes les plus hétérogènes puisqu'on y retrouve toutes les catégories dans des proportions se rapprochant de la moyenne régionale.



Graphique 12 – Répartition des PCS par département

C'est en Seine-Saint-Denis qu'on retrouve le plus d'employés puisqu'ils représentent près de 70% des PCS du département contre seulement 30% pour la Seine et Marne. Toujours en Seine-Saint-Denis, seules trois catégories sont représentées (cf. Tableau 5).

DEP/PCS	Agri/explo itants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intel	Professions Interm	Employés	Ouvriers	Sans activité
75	2	4,1	6,1	40,8	36,7	2	8,2
77	4,8	3,2	20,6	29,4	30,2	7,1	4,8
78	1,6	6,3	15,6	20,3	34,4	17,2	4,7
91	2,3	4,7	9,3	30,2	37,2	16,3	0
92	0	0	15,6	17,7	59,4	1	6,3
93	0	0	0	23,1	69,2	7,7	0
94	0	2,7	12	31,3	40,7	11,3	2
95	0,4	5	8,8	19,2	48,5	15,4	2,7
TOTAL	1,2	3,6	12,4	25	43,3	10,9	3,6

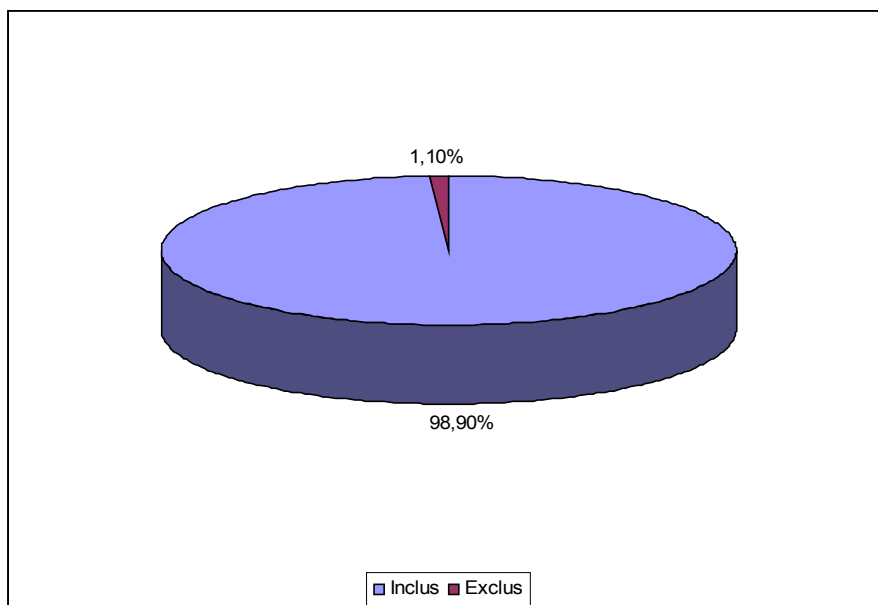
Tableau 5 - Répartition en % des PCS par département

## E. Les résultats aux tests MMS, MIS et IADL

### 5. Exclusions : un faible taux d’exclusions lors du test

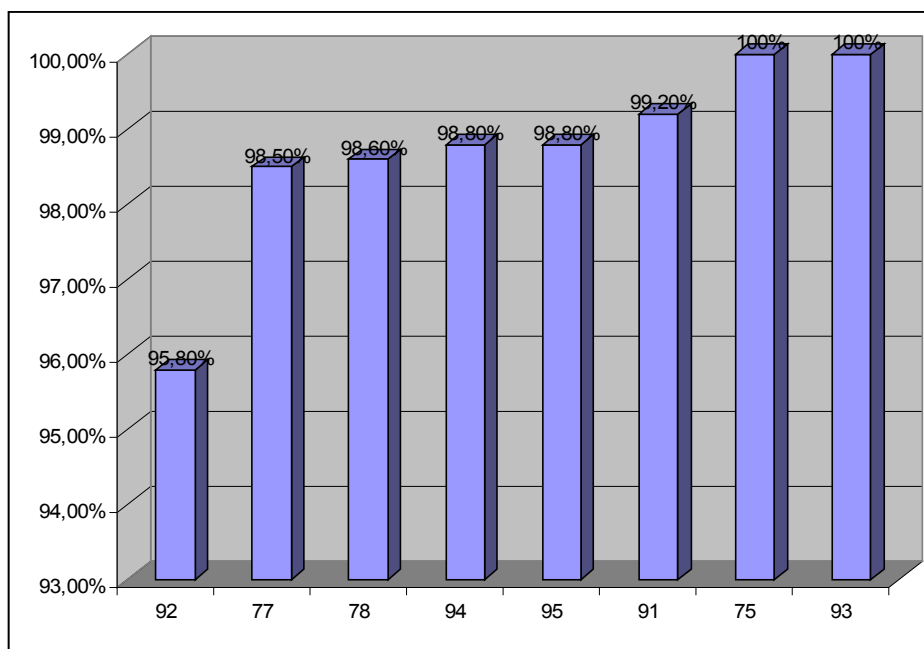
Les tests d’inclusion permettent à la fois d’obtenir des groupes homogènes, d’un point de vue des compétences, mais également de dépister les premiers symptômes d’une éventuelle MATA.

Les critères d’inclusion au PAC Eurêka sont présentés dans le chapitre C « Présentation du test d’inclusion à une session PAC Eurêka ».



Graphique 13 – Participants exclus après le test d’inclusion

C’est dans les Hauts-de-Seine que l’on retrouve le plus grand nombre d’exclusions. A *contrario*, Paris et la Seine-Saint-Denis obtiennent un score de 100% d’inclus (cf. Graphique 14).



Graphique 14 – Résultats des tests d'inclusion par département

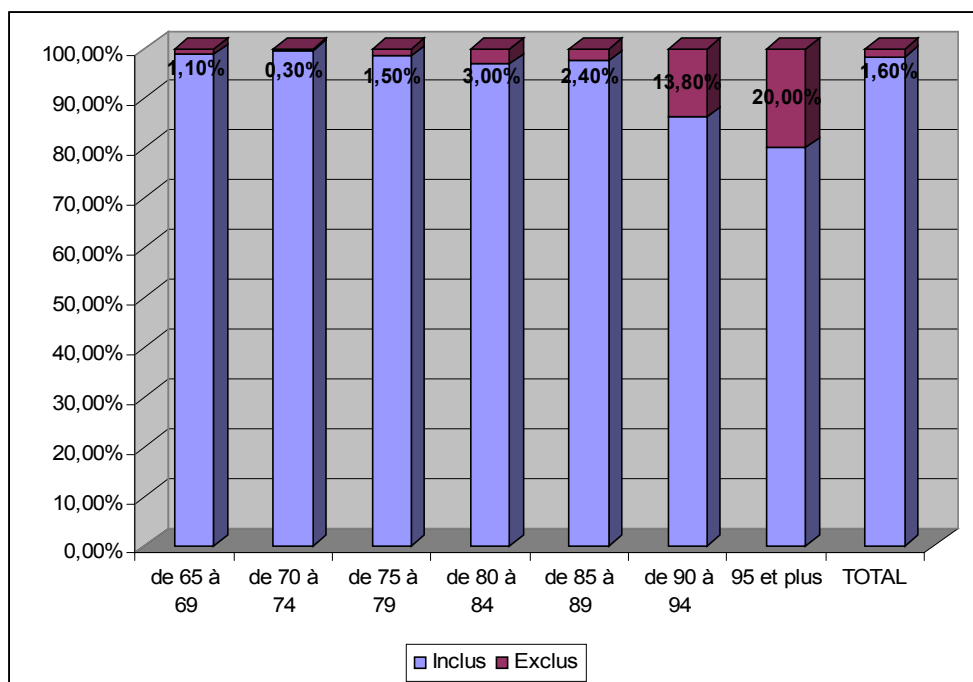
Très peu de participants sont exclus à cause d'un score bas au test d'inclusion puisqu'ils représentent 1,1% des personnes inscrites (Graphique 13).

Dans les tranches d'âges les plus basses, jusqu'à 64 ans, il n'y a aucune exclusion. Les premières exclusions ont lieu dans la tranche des 65 à 69 ans.

On peut souligner le fait que malgré le nombre important en valeur absolue de personnes dans la population générale atteintes de troubles cognitifs plus ou moins aigus, la grande majorité des personnes de plus de 60 ans se porte plutôt bien. Mais on peut également se poser la question suivante : pourquoi trouve-t-on un si faible taux de suspicion de démence (quelle qu'en soit la cause) alors que dans la population générale des plus de 60 ans il est de 2,7% ?

Un début de réponse consiste à mettre l'accent sur le mode de recrutement des participants. Ces actions sont généralement annoncées par voie d'affichage et/ou par des articles dans les journaux locaux. Il est donc nécessaire de se tenir informé et d'avoir une vie sociale plus ou moins importante.

Certaines personnes âgées qui seraient susceptibles d'en bénéficier ont au contraire tendance à pratiquer des stratégies d'évitement. Dès lors qu'il s'agit de prévention santé, on ne peut écarter les comportements de déni que l'éventualité d'un trouble peut provoquer.



Graphique 15 – Inclusions-exclusions par tranches d'âges

Si l'on affine le taux d'exclusion en le corrélant à l'âge, on constate que la plupart des cas d'exclusion interviennent à partir de 90 ans (Graphique 15). Elles concernent près de 15% des plus de 90 ans contre 0% des moins de 65 ans et seulement 0,7% des 65-75 ans.

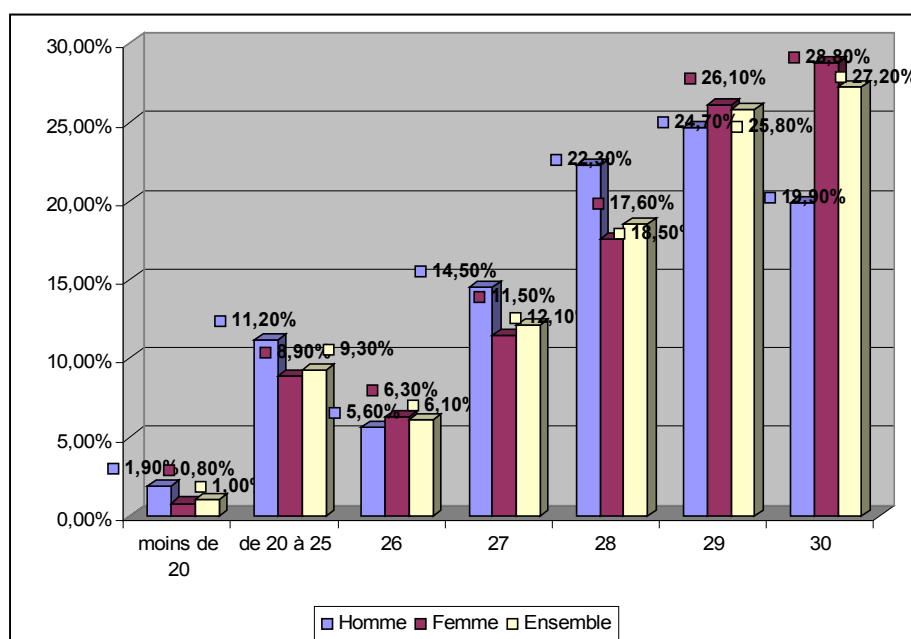
## F. Inclusions : Analyse détaillée des tests d’inclusion

### 1. Le MMS

Le MMS est constitué d’une batterie de questions qui sont autant d’indicateurs explorant différentes compétences. C’est la somme de l’ensemble des résultats obtenus qui donne le score final du MMS. Dans la suite du document, nous allons voir, plus en détail, les scores aux différentes compétences. Le MMS est réussi dès lors que le score est supérieur ou égal à 26.

Pour l’ensemble du panel, le score moyen au MMS est de 28. La majorité se situe dans le meilleur score : 58,70% ont obtenu un score de 29 et 30 points (Graphique 16).

10% ont un score inférieur à 26 et se voient proposer un MIS.



Graphique 16 – Scores MMS par sexes

Dans la population des bénéficiaires on retrouve proportionnellement plus de difficultés chez les hommes.

Le détail par âges des scores MMS montre une corrélation entre l’avancée en âge et une diminution du score (cf. Graphique 16).

### 2. Le rappel différé

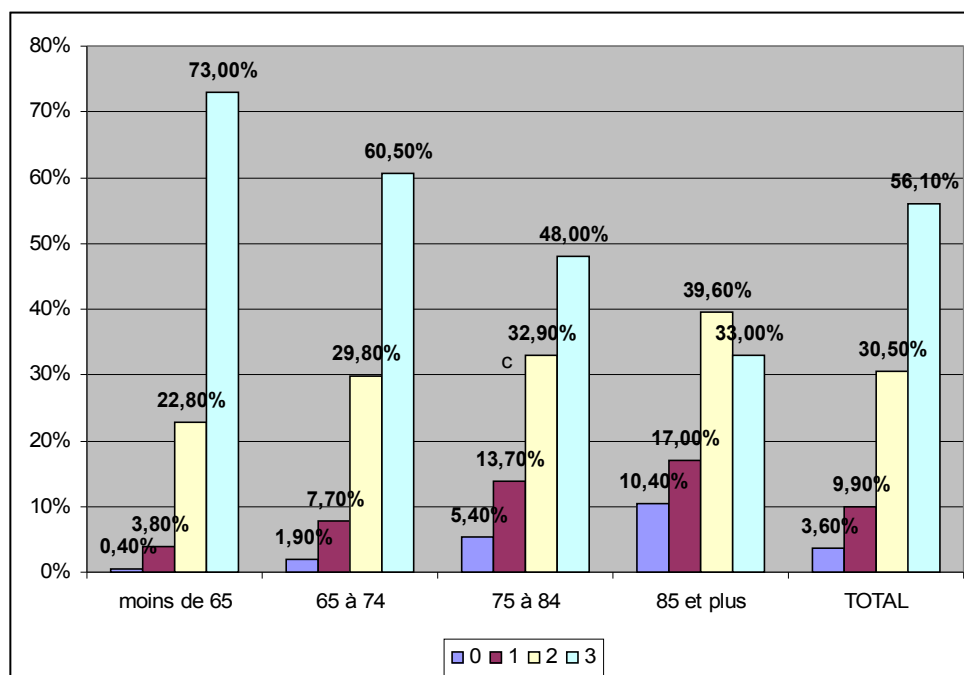
L’analyse fine des résultats au rappel différé des personnes ayant obtenu un score au MMS inférieur à 26 montre un lien étroit entre ces deux indicateurs : 64,8% des personnes ayant un MMS inférieur à 26 échouent au rappel différé (Graphique 19).

Le score moyen se situe entre 2 et 3. Le Graphique 17 montre bien que les résultats sont corrélés à l’âge des participants. Les meilleurs scores sont réalisés par les personnes les plus jeunes (moins de 65 ans) et ceux-ci diminuent avec l’avancée en âge. Inversement, les scores moins bons croissent au fur et à mesure de l’avancée en âge.

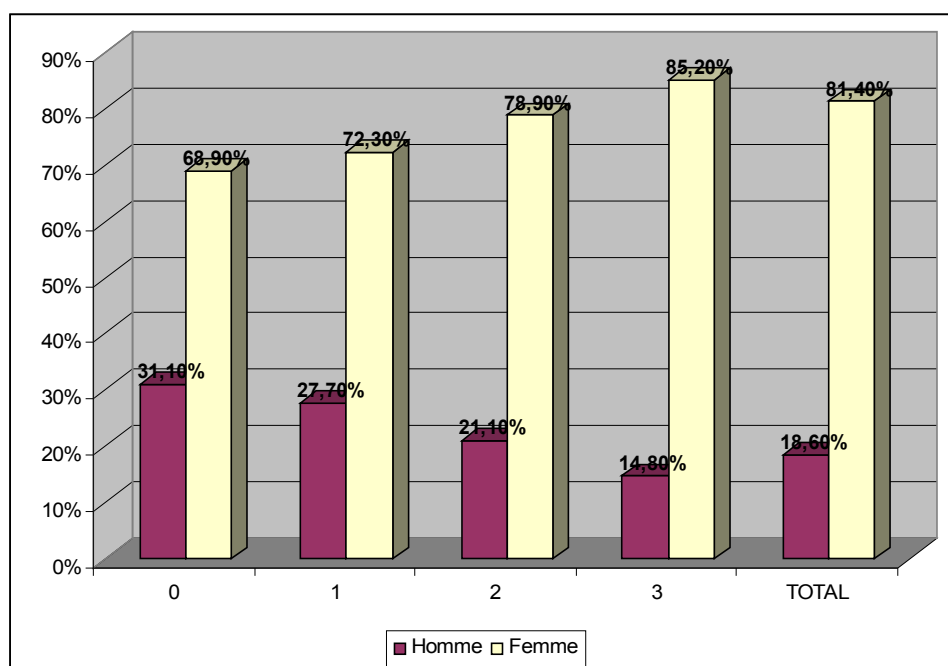
Les femmes obtiennent un résultat meilleur que les hommes à ce test (Graphique 18). On peut également constater avec la diminution des scores, une augmentation du nombre d’hommes et



une diminution du nombre de femmes. Au rappel différé, les femmes réussissent mieux que les hommes.



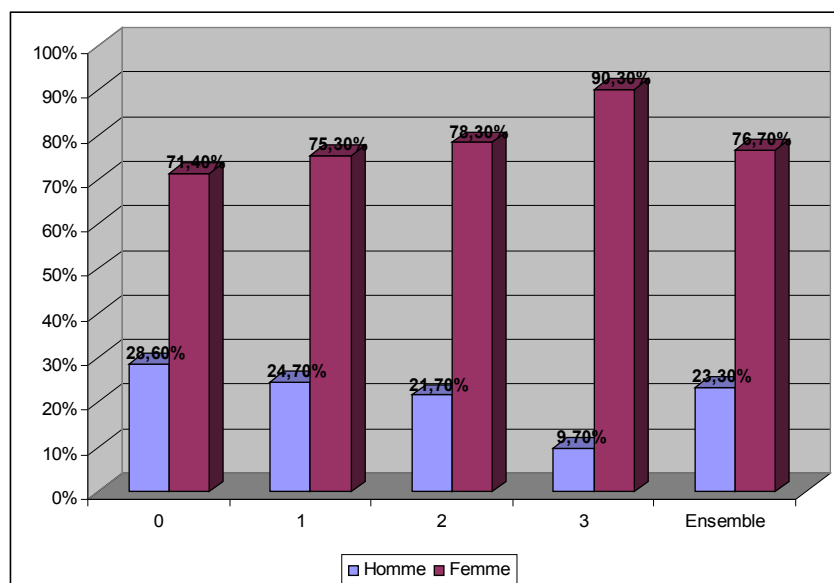
Graphique 17 – Rappel différé par tranches d'âges



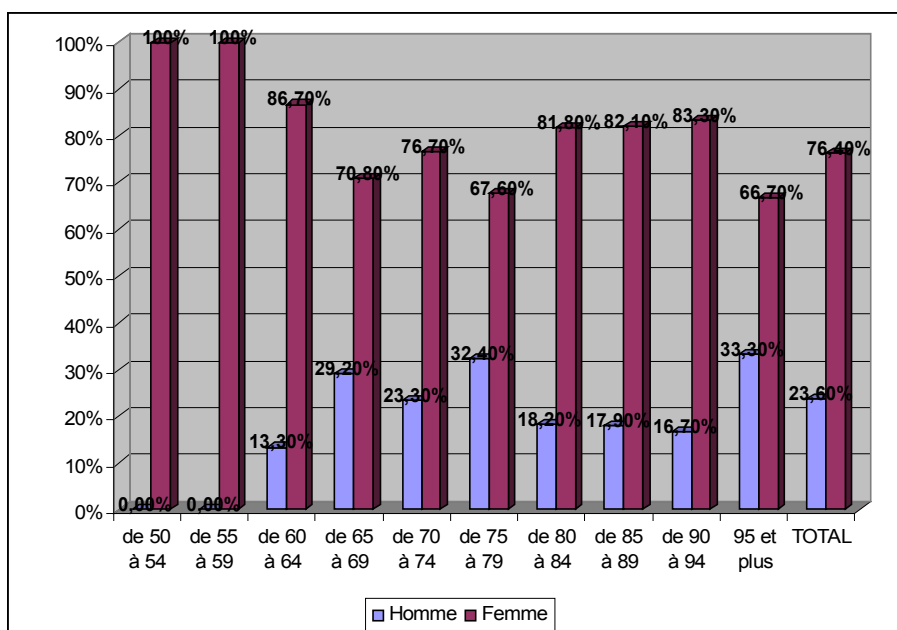
Graphique 18 – Scores au rappel différé par sexe

L'analyse plus fine chez les candidats ayant obtenu un score insuffisant (moins de 26) au MMS est renforcé par cet indicateur du rappel différé. Ceux ayant obtenu un score de 2 ou 3 voient leur test validé, tandis que ceux ayant obtenu un score de 0 ou 1 se voient proposer le MIS.

En comparant les Graphique 18 et Graphique 19 on constate que le nombre d'hommes est plus élevé dans la strate des personnes ayant obtenu un score inférieur à 26 au MMS puisque, de 18,6% des participants, on passe à 23,3%.



Graphique 19 – Scores au rappel différé par sexes des MMS à moins de 26



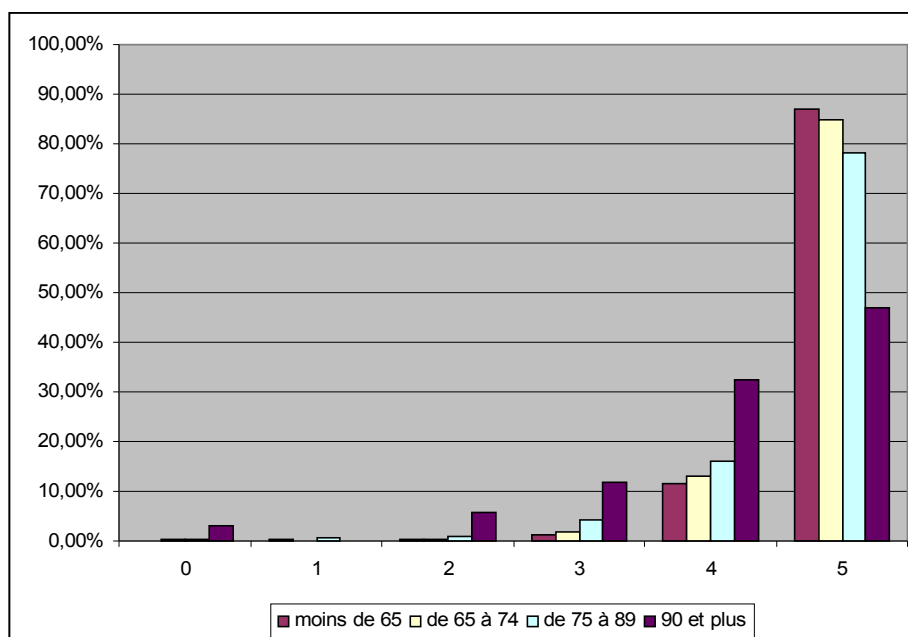
Graphique 20 – Structure d'âge et de sexe de la population ayant obtenu un score de moins de 26 au MMS

### 3. L'orientation dans le temps et l'espace

#### a) Orientation dans le temps

Au test d'orientation dans le temps, plus de 80% des personnes obtiennent un score maximum (Graphique 21). Ce sont les femmes qui, globalement obtiennent un meilleur score que les hommes. 21,2% des hommes obtiennent un score compris entre 3 et 4 contre 15,7% pour les

femmes. Tandis que 83,4% des femmes obtiennent un score de 5 contre 77,3 pour les hommes (Tableau 6).



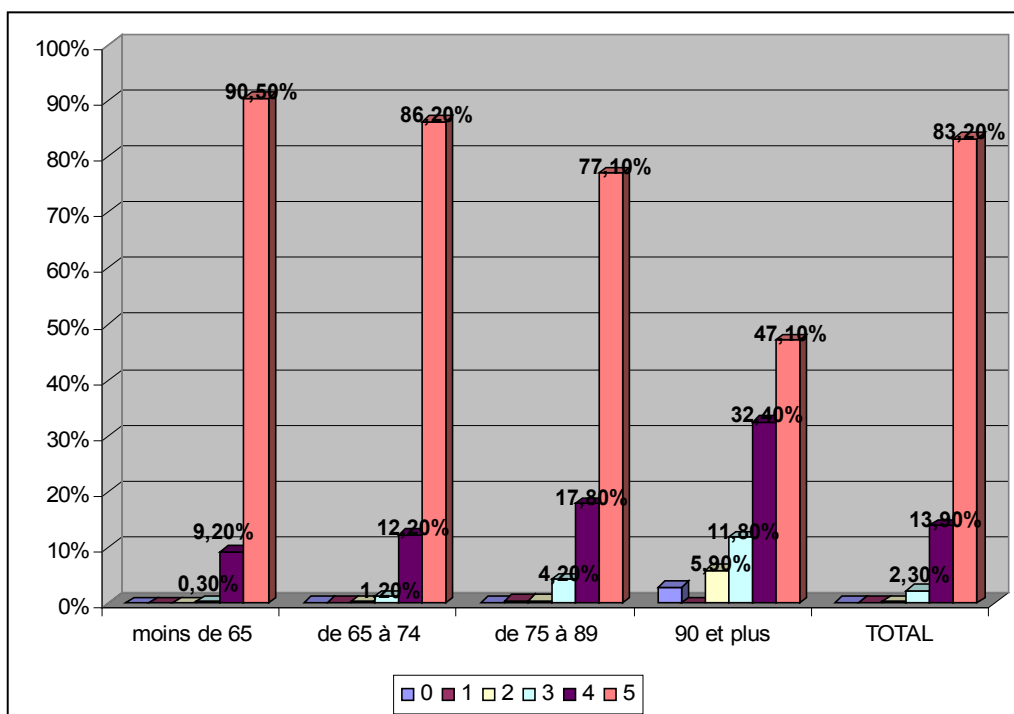
Graphique 21 – Orientation dans le temps par tranches d'âges

Sexe/Orientation dans le temps	0	1	2	3	4	5
Homme	0,2%	0,6%	0,6%	4,5%	16,7%	77,3%
Femme	0,2%	0,3%	0,5%	2,3%	13,4%	83,4%
TOTAL	0,2%	0,3%	0,5%	2,7%	14,0%	82,3%

Tableau 6 – scores orientation dans le temps par sexe

## b) Orientation dans l'espace

Pour l'orientation dans l'espace, le résultat par score est sensiblement identique à ceux de l'orientation dans le temps (Graphique 22). Avec une inversion par rapport à l'orientation dans le temps. Les hommes obtiennent un score légèrement meilleur que les femmes, 85,1% contre 82,8%.



Graphique 22 – Orientation dans l'espace par tranches d'âges

Sexe/Orientation dans l'espace	0	1	2	3	4	5
Homme	0,2%	0,2%	0,7%	1,9%	11,7%	85,1%
Femme	0,1%	0,2%	0,3%	2,3%	14,4%	82,8%
TOTAL	0,1%	0,2%	0,3%	2,3%	13,9%	83,2%

Tableau 7 – scores orientation dans l'espace par sexe

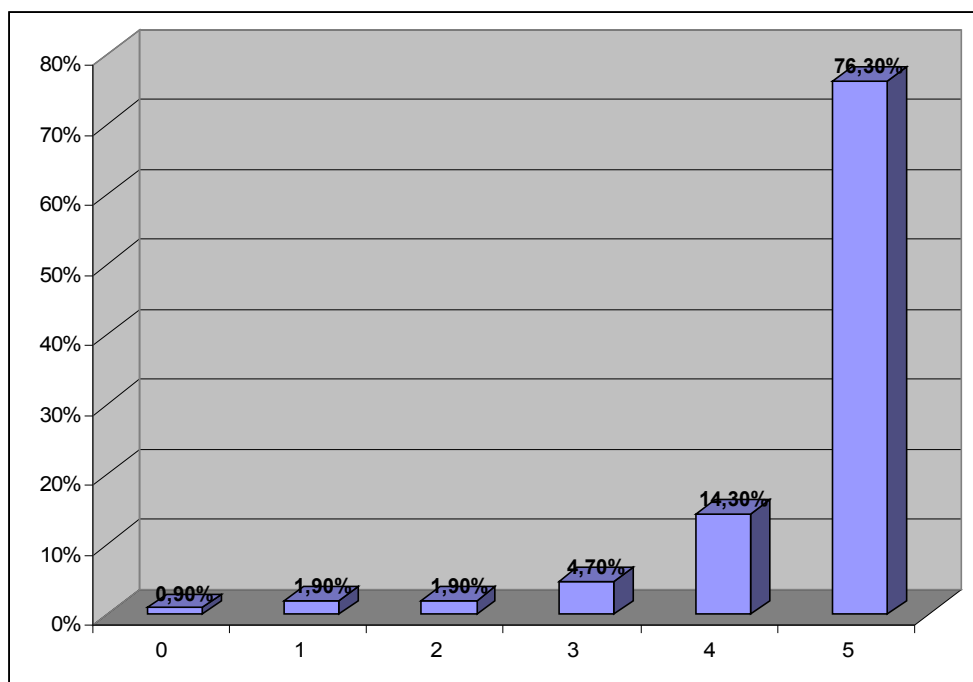
## 4. Apprentissage et attention et calcul

### a) Apprentissage

Les scores relatifs à l'apprentissage sont excellents : 99,4% des personnes testées obtiennent le score maximum de 3 points.

### b) Attention et calcul

Les résultats sont moins bons pour l'attention et le calcul que pour les autres thématiques. Dans ce domaine, ce sont les hommes qui réussissent un peu mieux que les femmes (Graphique 23). 79,3% des hommes obtiennent le meilleur score contre 75,6% des femmes (cf. Tableau 8).

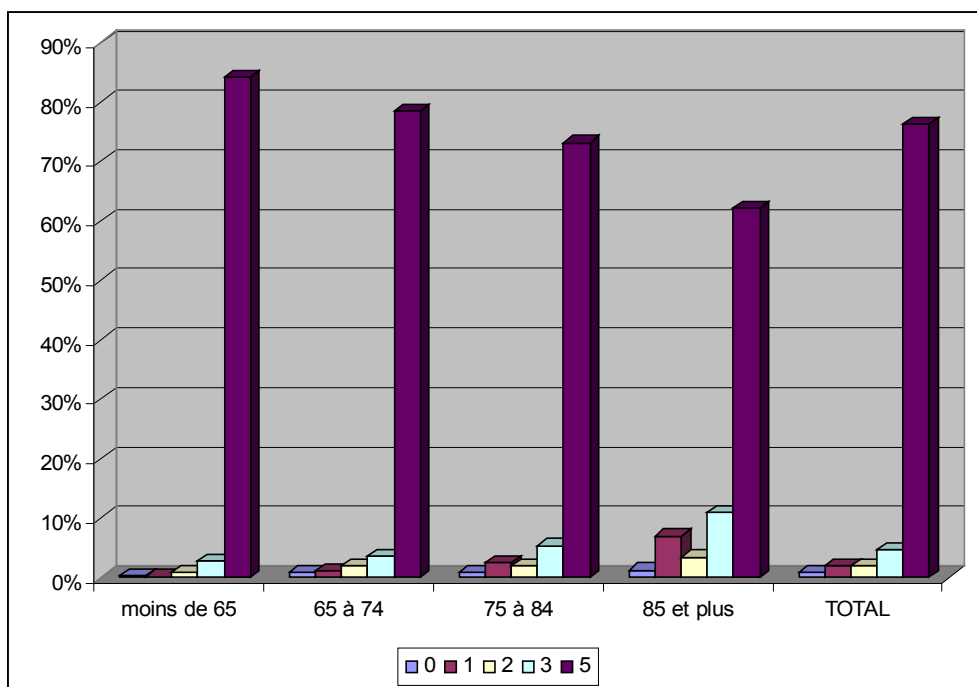


Graphique 23 – Attention et calcul

Sexe/Attention et calcul	0	1	2	3	4	5
Homme	0,7%	2,4%	1,7%	3,9%	11,9%	79,3%
Femme	0,9%	1,8%	1,9%	4,9%	14,9%	75,6%
TOTAL	0,9%	1,9%	1,9%	4,7%	14,3%	76,3%

Tableau 8 – Scores attention et calcul par sexe

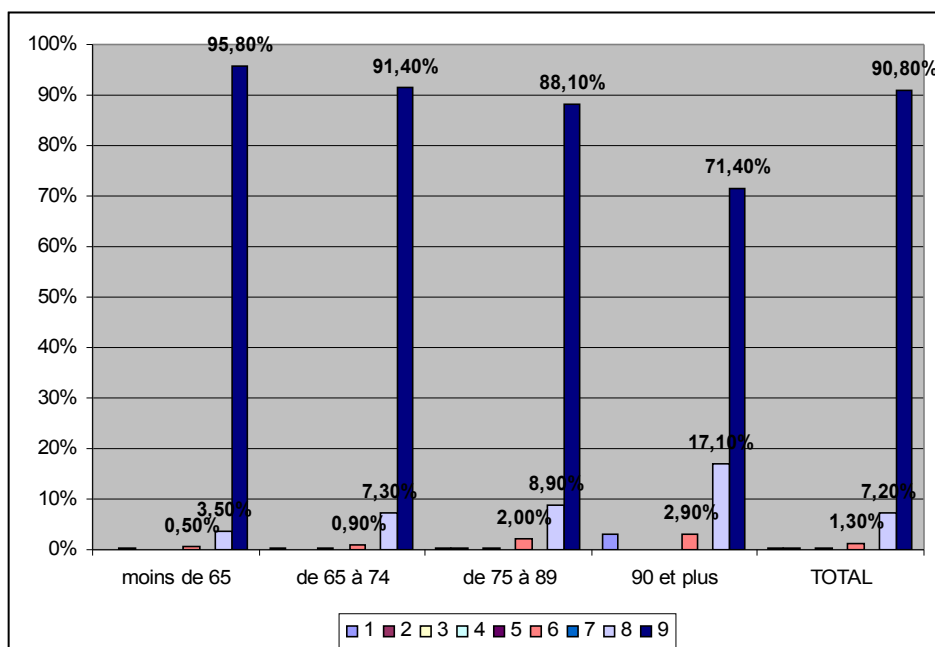
On note une corrélation assez forte entre l'avancée en âge et les scores obtenus aux différents tests : les meilleurs résultats baissent progressivement avec l'âge tandis que les moins bons ont tendance à augmenter (cf. Graphique 24).



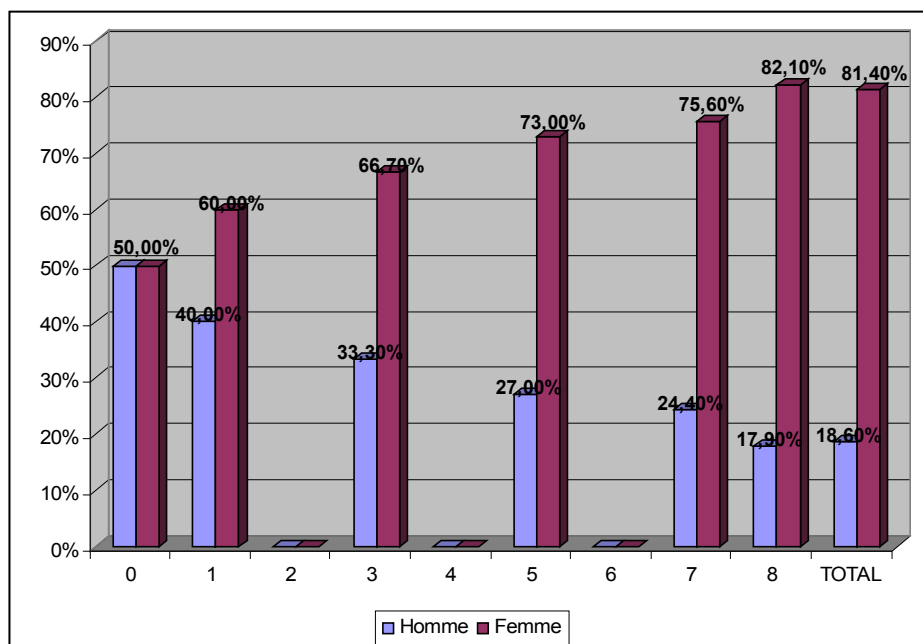
Graphique 24 – Attention et calcul par tranches d'âges

## 5. Langage et praxie

Coté sur 9, ce test affiche la même tendance : les moins de 65 ans sont à plus de 95% de score à 9 contre un peu plus de 70% pour les plus de 90 ans. A ce test, ce sont les hommes qui obtiennent les moins bons résultats : d'une répartition égale au score de 0 entre hommes et femmes, la proportion diminue au détriment des hommes (cf. Graphique 26)



Graphique 25 – Langage et praxie par tranches d'âges quinquennales

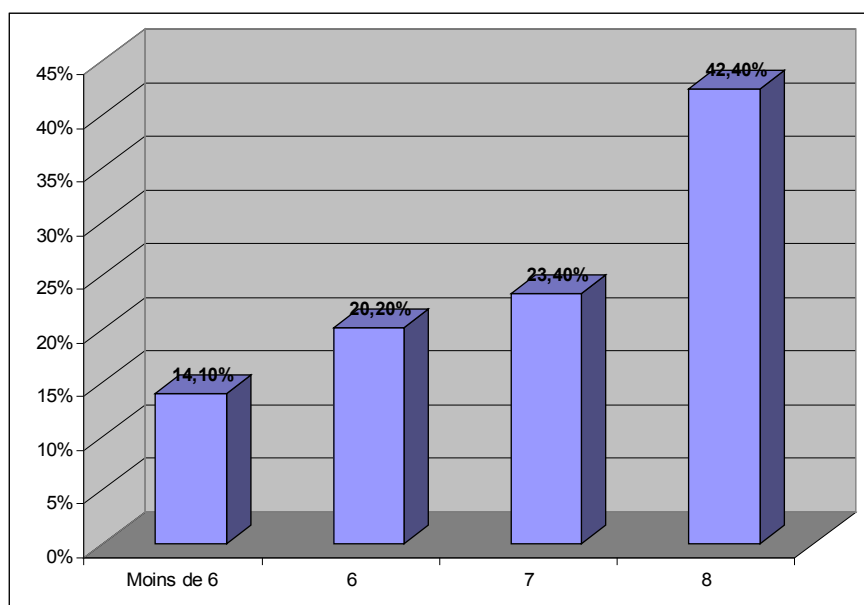


Graphique 26 – Langage et praxie par sexe

## 6. MIS et MIS différé

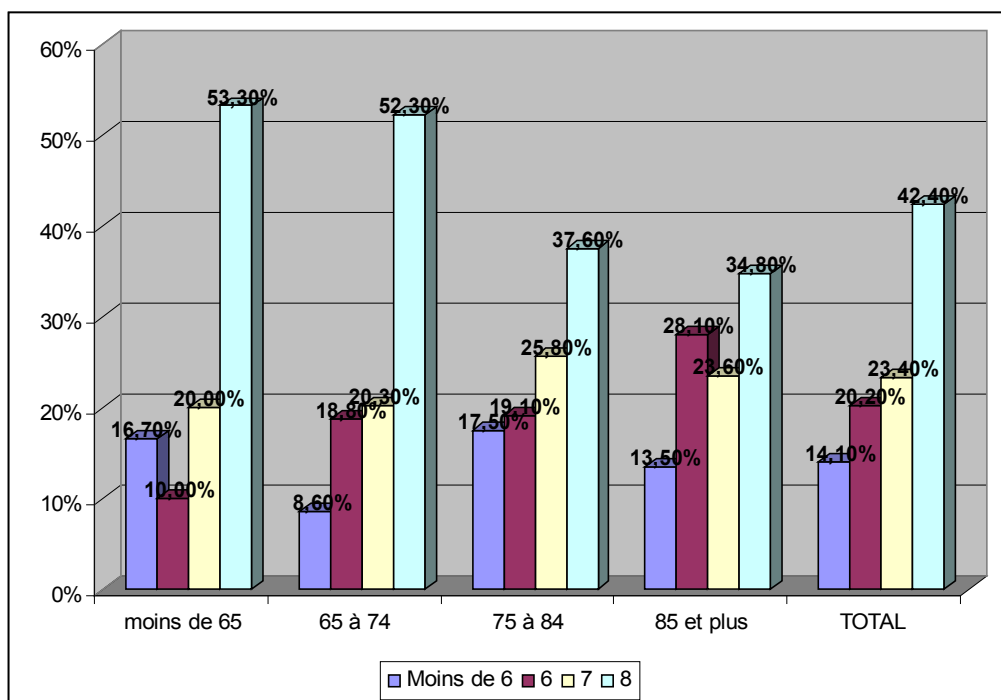
### a) Le MIS

Au MIS, la moyenne des réponses se situe entre 6 et 7. Les scores à 6 et plus représentent 86% des résultats.



Graphique 27 – Scores au MIS

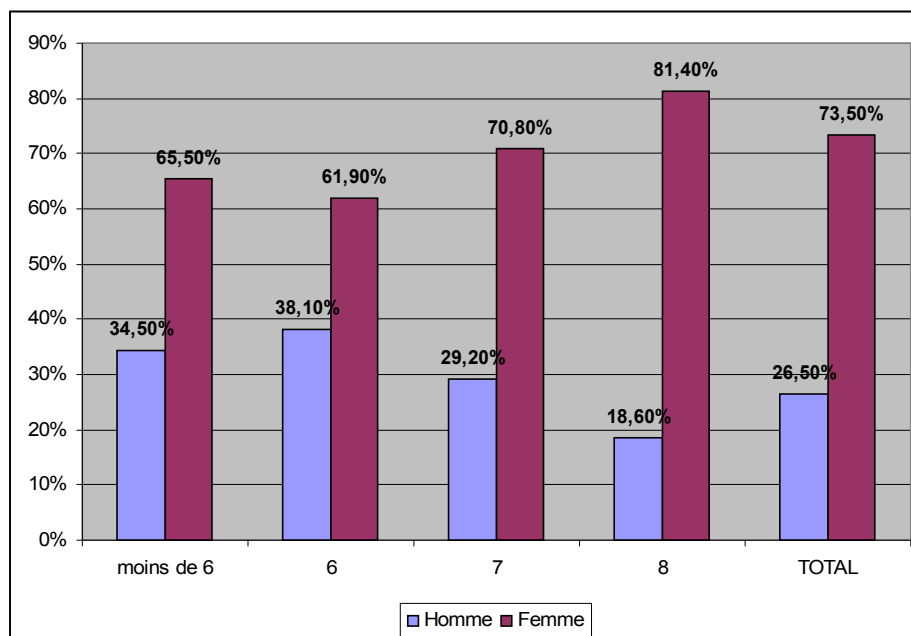
Ici encore on constate une diminution des meilleurs scores avec l'avancée en âge tandis que les moins bons croissent régulièrement (cf. Graphique 28).



Graphique 28 – Scores au MIS par tranches d'âges

## b) Le MIS différé

Le score moyen au MIS différé se situe entre 6 et 7. On retrouve la proportion hommes-femmes du panel uniquement pour le meilleur score (8) alors que la moyenne de l'ensemble est à l'avantage des femmes (cf. Graphique 29).



Graphique 29 – Scores au MIS différé par sexe

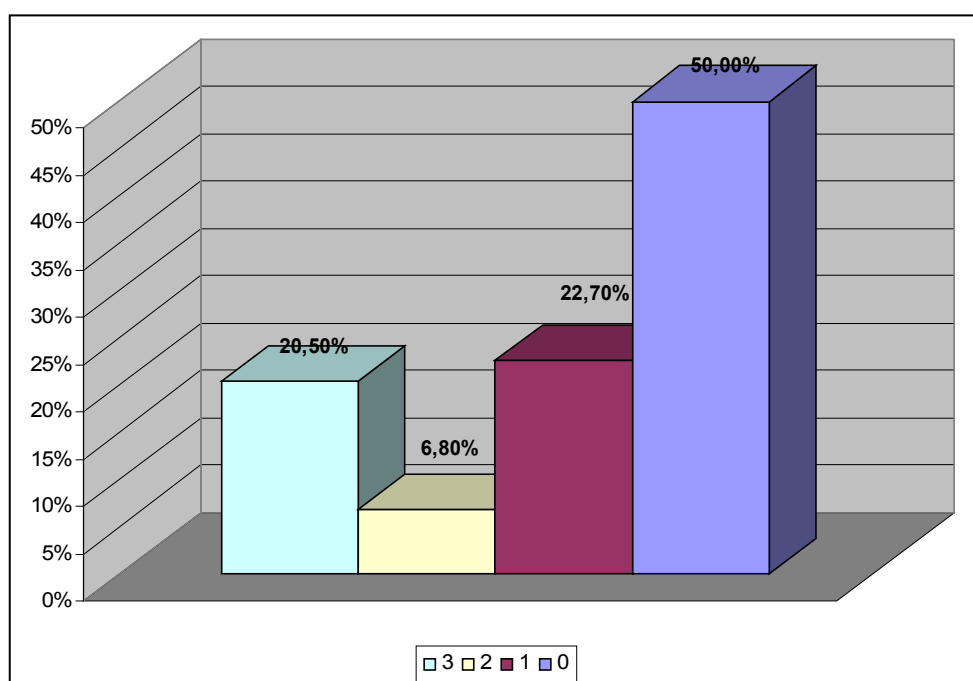


## 7. L'IADL

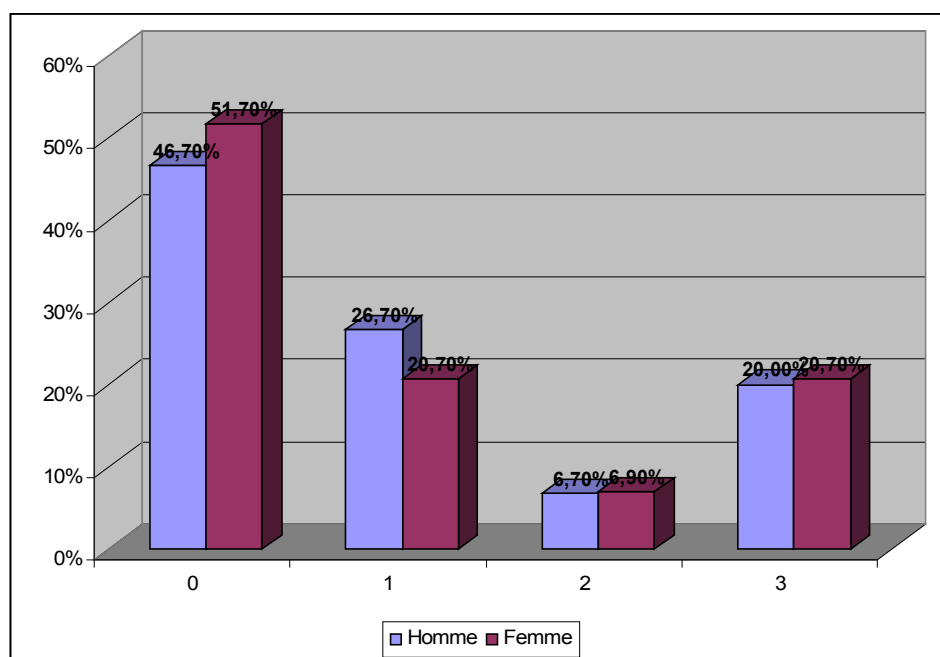
Les personnes ayant obtenu un score insuffisant au MIS se voient proposées de passer l'IADL. Ces personnes représentent 1,5% de l'ensemble des participants. A ce test, 50% échouent (Graphique 30). Ces échecs confirment également la sensibilité des tests précédents (MMS + MIS). Cependant, les conditions dans lesquelles l'IADL est mené, recèlent un biais. Ces personnes, visiblement souffrant d'un début de MATA semblent dans le déni. Car dès que les questions sur les activités quotidiennes sont posées à un proche accompagnant, les réponses sont de nature différente : les actes réalisés seuls d'après les déclarations de ces personnes ne le sont pas vraiment voire même pas du tout selon leurs proches.

Parmi les personnes se voyant proposer un IADL, 50% le réussissent (cf. Graphique 30).

En croisant le score IADL avec le sexe, les hommes ont des résultats un peu moins bons (cf. Graphique 31). On retrouve donc logiquement un peu plus d'exclusion chez les hommes (2,4%) que chez les femmes (1%).



Graphique 30 – Scores obtenus à l'IADL



Graphique 31 – Scores IADL par sexe

## Conclusion

Le participant « moyen » au PAC Eurêka a entre 70 et 74 ans et est une femme. Elle a été employée ou a exercé une profession intermédiaire (agent de maîtrise). Elle a quitté le milieu scolaire environ 9 années après le cours préparatoire.

Le test d'inclusion confirme son aptitude à discriminer les quelques personnes en potentiellement atteintes d'une MATA à un stade précoce. Il est donc important de continuer à le réaliser. Ceci permet notamment d'harmoniser les pratiques mais également d'assurer une qualité de service : les candidats sont sélectionnés selon des critères scientifiques précis ; le groupe est suffisamment homogène, du point de vue des capacités cognitives pour lui permettre de participer aux exercices dans de bonnes conditions.

Le très faible taux d'orientation vers un médecin pour la réalisation d'examens plus approfondis (1,1%) met en évidence plusieurs phénomènes.

D'une part cela suggère que les personnes qui, d'elles-mêmes, prennent l'initiative de venir participer à une activité sont en meilleure forme que la population générale (voir le taux de prévalence dans la population générale).

D'autre part, le faible taux de prévalence dans nos candidats est un bon argument pour faire baisser l'appréhension dont sont souvent victimes les futurs participants.

Le PAC Eurêka s'adresse globalement à une population en bonne santé cognitive, attentive aux messages de prévention et soucieuse de son état de santé. Cette population semble donc plutôt active, volontaire et intéressée par des activités dont l'objectif est la prévention.

Cela confirme que la population actuellement touchée par le PAC Eurêka n'est pas la plus fragile, ni la plus vulnérable.

Cela permet aisément de penser que l'animation peut être réalisée par un animateur formé à la dynamique de groupe et plus particulièrement de groupes d'ânés. On peut aussi envisager ces ateliers comme un outil d'éducation à la santé et d'accompagnement de populations vieillissantes et dès lors en confier l'animation à des professionnels formés à l'éducation à la santé et agir sur les modes de recrutement dans l'objectif d'atteindre des cibles plus éloignées des conditions actuelles.

Or par exemple une personne âgée ayant niveau de NSE inférieur à NC3, ayant exercé une profession ouvrière répond pourtant souvent de façon suffisante aux critères d'inclusion.

Une réflexion découle de ces constats : est-il possible d'adapter cette offre à des publics différents et de solliciter spécifiquement ce public ? Par exemple, pour des publics précaires, isolés et/ou craintifs des liens sociaux ou encore ayant des difficultés d'ordre linguistique ?

En effet, si on compare nos résultats à des données épidémiologiques sur les inégalités sociales de santé, la population la plus représentée dans les sessions PAC Eurêka correspond, dans l'ensemble, aux populations les moins exposées sur le plan des morbidités.

Les outils actuellement utilisés pourraient évoluer pour prendre en compte les spécificités de ces publics.

Il serait désormais intéressant de corréliser l'analyse de ces tests avec les évaluations réalisées par les participants eux-mêmes (de type avant/après), portant aussi bien sur la satisfaction que sur des indicateurs de performance en mémoire associative.

## Annexe 1 : formulaire test d'inclusion

MSA 75	Département	Ville	date	Nb participants
NOM :	Prénom :	Age	Sexe : F / H	SA /NSA

**Test Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du 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.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

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 ?\* ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\* ☐
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ? ☐

**Apprentissage**

Je vais vous dire trois 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		Citron		Fauteuil	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte		Ballon		Canard	<input type="checkbox"/>

Répéter les 3 mots

**Attention et calcul**

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

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

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

**Rappel différé**

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

19. Cigare		Citron		Fauteuil	<input type="checkbox"/>
20. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	<input type="checkbox"/>
21. Porte		Ballon		Canard	<input type="checkbox"/>

**Langage**

Montrer un crayon	22. Quel est le nom de cet objet ?*	<input type="checkbox"/>
Montrer votre montre	23. Quel est le nom de cet objet ?*	<input type="checkbox"/>
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » ***		<input type="checkbox"/>

Posez 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 votre main droite ☐
26. Pliez-la en deux, ☐
27. Et jetez-la par terre »\*\*\*\* ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est inscrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet

28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

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

29. « voulez-vous m'inscrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\* ☐

**Praxies constructives**

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

Score MMS =	/30	dont score au rappel différé =	/3	Nb de rappels différés < 2/3 ds le groupe =
-------------	-----	--------------------------------	----	---

Test MIS = /8 MIS différé = Nb de MIS / session = Test IADL = (positif si supérieur à 0) Niveau socio-éducatif : NC1-NC2-NC3-NC4-NC5-NC6-NC7 Avez-vous exercé une activité professionnelle, et si oui, laquelle ? Commentaires :	<b>CONCLUSION</b> Test satisfaisant aux critères d'inclusion au Pac Eureka : <b>OUI</b> <b>NON</b> Adressé au médecin traitant <input type="checkbox"/>
--	--