http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

**ANNEE 2019 N°66**

# *Représentations des médecins généralistes à propos du diagnostic des troubles cognitifs : une étude qualitative*

# THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée

A L'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 16 mai 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par Alice Loiseau

Née le 25 mai 1992 à Fontainebleau (Seine-et-Marne)

Et Claire Sanlaville

Née le 28 juin 1991 à Gleizé (Rhône)

Sous la direction du Professeur Laurent Letrilliart



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

**2018-2019**

| | |
|---|---|
| Président de l'Université | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | Pierre COCHAT |
| Directeur Général des Services | Damien VERHAEGUE |

**SECTEUR SANTE**

| | |
|---|---|
| UFR DE MEDECINE LYON EST | Doyen : Gilles RODE |
| UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX | Doyen : Carole BURILLON |
| INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) | Directeur : Christine VINCIGUERRA |
| UFR D'ODONTOLOGIE | Doyen : Dominique SEUX |
| INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE | Directeur : Anne-Marie SCHOTT |

**SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE**

| | |
|---|---|
| UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES | Directeur : Fabien DE MARCHI |
| UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| POLYTECH LYON | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. LYON 1 | Directeur : Christophe VITON |
| INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| OBSERVATOIRE DE LYON | Directeur : Isabelle DANIEL |
| ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE) | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## FACULTE DE MEDECINE LYON EST – LISTE DES ENSEIGNANTS 2018-2019

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle échelon 2)

| | |
|---|---|
| BLAY Jean-Yves | Cancérologie; radiothérapie |
| BORSON-CHAZOT Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| COCHAT Pierre | Pédiatrie |
| ETIENNE Jérôme | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| GUERIN Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| GUERIN Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| MORNEX Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| NIGHOGHOSSIAN Norbert | Neurologie |
| NINET Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| OVIZE Michel | Physiologie |
| PONCHON Thierry | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| REVEL Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| RIVOIRE Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| THIVOLET-BEJUI Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VANDENESCH François | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle échelon 1)

| | |
|---|---|
| BOILLOT Olivier | Chirurgie digestive |
| BRETON Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHASSARD Dominique | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| CLARIS Olivier | Pédiatrie |
| COLIN Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| D'AMATO Thierry | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| DELAHAYE François | Cardiologie |
| DENIS Philippe | Ophtalmologie |
| DOUEK Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DUCERF Christian | Chirurgie digestive |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| DURIEU Isabelle | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie |
| FINET Gérard | Cardiologie |
| GAUCHERAND Pascal | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| GUEYFFIER François | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| HERZBERG Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| HONNORAT Jérôme | Neurologie |
| LACHAUX Alain | Pédiatrie |
| LEHOT Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| LERMUSIAUX Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LINA Bruno | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| MARTIN Xavier | Urologie |
| MERTENS Patrick | Anatomie |
| MIOSSEC Pierre | Immunologie |
| MOREL Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| MORELON Emmanuel | Néphrologie |
| MOULIN Philippe | Nutrition |
| NEGRIER Claude | Hématologie; transfusion |
| NEGRIER Sylvie | Cancérologie; radiothérapie |
| OBADIA Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| RODE Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| TERRA Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes; addictologie |
| ZOULIM Fabien | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

| | |
|---|---|
| ADER Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| ANDRE-FOUET Xavier | Cardiologie |
| ARGAUD Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| AUBRUN Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| BADET Lionel | Urologie |
| BERTHEZENE Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| BERTRAND Yves | Pédiatrie |
| BESSEREAU Jean-Louis | Biologie cellulaire |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| BRAYE Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie |
| CHARBOTEL Barbara | Médecine et santé au travail |
| CHEVALIER Philippe | Cardiologie |
| COLOMBEL Marc | Urologie |
| COTTIN Vincent | Pneumologie; addictologie |
| COTTON François | Radiologie et imagerie médicale |
| DEVOUASSOUX Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DI FILLIPO Sylvie | Cardiologie |
| DUBERNARD Gil | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| DUMONTET Charles | Hématologie; transfusion |
| DUMORTIER Jérome | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| EDERY Charles Patrick | Génétique |
| FAUVEL Jean-Pierre | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie |
| FELLAHI Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| FERRY Tristan | Maladie infectieuses; maladies tropicales |
| FOURNERET Pierre | Pédopsychiatrie; addictologie |
| GUENOT Marc | Neurochirurgie |
| GUIBAUD Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| JACQUIN-COURTOIS Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| JAVOUHEY Etienne | Pédiatrie |
| JUILLARD Laurent | Néphrologie |
| JULLIEN Denis | Dermato-vénéréologie |
| KODJIKIAN Laurent | Ophtalmologie |
| KROLAK SALMON Pierre | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie |
| LEJEUNE Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| MABRUT Jean-Yves | Chirurgie générale |
| MERLE Philippe | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| MICHEL Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MURE Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| NICOLINO Marc | Pédiatrie |
| PICOT Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| PONCET Gilles | Chirurgie générale |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| RAVEROT Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| ROSSETTI Yves | Physiologie |
| ROUVIERE Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| ROY Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SAOUD Mohamed | Psychiatrie d'adultes et addictologie |
| SCHAEFFER Laurent | Biologie cellulaire |
| SCHEIBER Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| TILIKETE Caroline | Physiologie |
| TRUY Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| TURJMAN Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| VANHEMS Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VUKUSIC Sandra | Neurologie |

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

| | |
|---|---|
| BACCHETTA Justine | Pédiatrie |
| BOUSSEL Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| BUZLUCA DARGAUD Yesim | Hématologie; transfusion |
| CALENDER Alain | Génétique |
| CHAPURLAT Roland | Rhumatologie |
| CHENE Gautier | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| COLLARDEAU FRACHON Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CONFAVREUX Cyrille | Rhumatologie |
| CROUZET Sébastien | Urologie |
| CUCHERAT Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique, addictologie |
| DAVID Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| DIROCCO Federico | Neurochirurgie |
| DUBOURG Laurence | Physiologie |
| DUCLOS Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DUCRAY François | Neurologie |
| FANTON Laurent | Médecine légale |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| GILLET Yves | Pédiatrie |
| GIRARD Nicolas | Pneumologie |
| GLEIZAL Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GUEBRE-EGZIABHER Fitsum | Néphrologie |
| HENAINE Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| HOT Arnaud | Médecine interne |
| HUISSOUD Cyril | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale |
| JANIER Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| JARRAUD Sophie | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| LESURTEL Mickaël | Chirurgie générale |
| LEVRERO Massimo | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LUKASZEWICZ Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| MAUCORT BOULCH Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MEWTON Nathan | Cardiologie |
| MILLION Antoine | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire |
| MONNEUSE Olivier | Chirurgie générale |
| NATAF Serge | Cytologie et histologie |
| PERETTI Noël | Nutrition |
| POULET Emmanuel | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| RAY-COQUARD Isabelle | Cancérologie; radiothérapie |
| RHEIMS Sylvain | Neurologie |
| RICHARD Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| RIMMELE Thomas | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence |
| ROBERT Maud | Chirurgie digestive |
| ROMAN Sabine | Physiologie |
| SOUQUET Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| THAUNAT Olivier | Néphrologie |
| THIBAULT Hélène | Physiologie |
| WATTEL Eric | Hématologie; transfusion |

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES- MEDECINE GENERALE**

FLORI Marie

LETRILLIART Laurent



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

ZERBIB Yves

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

BERARD Annick

FARGE Thierry

LAMBLIN Gery

LAINÉ Xavier

**PROFESSEURS EMERITES**

| | |
|---|---|
| BAULIEUX Jacques | Cardiologie |
| BEZIAT Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHAYVIALLE Jean-Alain | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| CORDIER Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| DALIGAND Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| DROZ Jean-Pierre | Cancérologie; radiothérapie |
| FLORET Daniel | Pédiatrie |
| GHARIB Claude | Physiologie |
| GOUILLAT Christian | Chirurgie digestive |
| MAUGUIERE François | Neurologie |
| MELLIER Georges | Gynécologie |
| MICHALLET Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| MOREAU Alain | Médecine générale |
| NEIDHARDT Jean-Pierre | Anatomie |
| PUGEAUT Michel | Endocrinologie |
| RUDIGOZ René-Charles | Gynécologie |
| SINDOU Marc | Neurochirurgie |
| TOURAINE Jean-Louis | Néphrologie |
| TREPO Christian | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| TROUILLAS Jacqueline | Cytologie et histologie |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

**MAITRES DE CONFERENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

| | |
|---|---|
| BENCHAIB Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale |
| BRINGUIER Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| CHALABREYSSE Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GERMAIN Michèle | Physiologie |
| KOLOPP-SARDA Marie Nathalie | Immunologie |
| LE BARS Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| NORMAND Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| PERSAT Florence | Parasitologie et mycologie |
| PIATON Eric | Cytologie et histologie |
| SAPPEY-MARINIER Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| STREICHENBERGER Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TARDY GUIDOLLET Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |

**MAITRES DE CONFERENCES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

| | |
|---|---|
| BONTEMPS Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| CHARRIERE Sybil | Nutrition |
| COZON Grégoire | Immunologie |
| ESCURET Vanessa | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| HERVIEU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LESCA Gaëtan | Génétique |
| MENOTTI Jean | Parasitologie et mycologie |
| MEYRONET David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PHAN Alice | Dermato-vénéréologie |
| PINA-JOMIR Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| PLOTTON Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| RABILLOUD Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD Caroline | Génétique |
| TRISTAN Anne | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| VASILJEVIC Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VENET Fabienne | Immunologie |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| VLAEMINCK-GUILLEM Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

| | |
|---|---|
| BOUCHIAT SARABI Coralie | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| BUTIN Marine | Pédiatrie |
| CASALEGNO Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| COUR Martin | Réanimation ; médecine d'urgence |
| COUTANT Frédéric | Immunologie |
| CURIE Aurore | Pédiatrie |
| DURUISSEAUX Michaël | Pneumologie |
| HAESEBAERT Julie | Médecin de santé publique |
| JOSSET Laurence | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière |
| LEMOINE Sandrine | Physiologie |
| MARIGNIER Romain | Neurologie |
| NGUYEN CHU Huu Kim An | Pédiatrie Néonatologie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance |
| ROLLAND Benjamin | Psychiatrie d'adultes |
| SIMONET Thomas | Biologie cellulaire |

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

PIGACHE Christophe
DE FREMINVILLE Humbert
ZORZI Frédéric

**MAITRES DE CONFERENCE**

| | |
|---|---|
| LECHOPIER Nicolas | Epistémiologie, histoire des sciences et techniques |
| NAZARE Julie-Anne | Physiologie |
| PANTHU Baptiste | Biologie Cellulaire |
| VIALLON Vivian | Mathématiques appliquées |
| VIGNERON Arnaud | Biochimie, biologie |
| VINDRIEUX David | Physiologie |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

| | |
|---|---|
| ADHAM Mustapha | Chirurgie Digestive |
| BONNEFOY Marc | Médecine Interne, option Gériatrie |
| BERGERET Alain | Médecine et Santé du Travail |
| BROUSSOLLE Emmanuel | Neurologie |
| BURILLON-LEYNAUD Carole | Ophtalmologie |
| CHIDIAC Christian | Maladies infectieuses ; Tropicales |
| FLOURIE Bernard | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GEORGIEFF Nicolas | Pédopsychiatrie |
| GILLY François-Noël | Chirurgie générale |
| GLEHEN Olivier | Chirurgie Générale |
| GOLFIER François | Gynécologie Obstétrique gynécologie médicale |
| GUEUGNIAUD Pierre-Yves | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| LAVILLE Martine | Nutrition - Endocrinologie |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique - Néphrologie |
| LINA Gérard | Bactériologie |
| MALICIER Daniel | Médecine Légale et Droit de la santé |
| MION François | Physiologie |
| MORNEX Françoise | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MOURIQUAND Pierre | Chirurgie infantile |
| NICOLAS Jean-François | Immunologie |
| PIRIOU Vincent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire | Biochimie et Biologie moléculaire |
| SALLES Gilles | Hématologie ; Transfusion |
| SIMON Chantal | Nutrition |
| THIVOLET Charles | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| THOMAS Luc | Dermato –Vénérologie |
| TRILLET-LENOIR Véronique | Cancérologie ; Radiothérapie |
| VALETTE Pierre Jean | Radiologie et imagerie médicale |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| VIGHETTO Alain | Neurologie |

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

| | |
|---|---|
| ALLAOUCHICHE Bernard | Anesthésie-Réanimation Urgence |
| ANDRE Patrice | Bactériologie – Virologie |
| BERARD Frédéric | Immunologie |
| BONNEFOY- CUDRAZ Eric | Cardiologie |
| BOULETREAU Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CERUSE Philippe | O.R.L |
| CHAPET Olivier | Cancérologie, radiothérapie |
| DES PORTES DE LA FOSSE Vincent | Pédiatrie |
| DORET Muriel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| FARHAT Fadi | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FESSY Michel-Henri | Anatomie – Chirurgie Ortho |
| FEUGIER Patrick | Chirurgie Vasculaire |
| FRANCK Nicolas | Psychiatrie Adultes |
| FREYER Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GIAMMARILE Francesco | Biophysique et Médecine nucléaire |
| JOUANNEAU Emmanuel | Neurochirurgie |
| KASSAI KOUPAI Behrouz | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |
| LANTELME Pierre | Cardiologie |
| LEBECQUE Serge | Biologie Cellulaire |
| LIFANTE Jean-Christophe | Chirurgie Générale |
| LONG Anne | Médecine vasculaire |
| LUAUTE Jacques | Médecine physique et Réadaptation |
| PAPAREL Philippe | Urologie |
| PEYRON François | Parasitologie et Mycologie |
| PICAUD Jean-Charles | Pédiatrie |
| POUTEIL-NOBLE Claire | Néphrologie |
| PRACROS J. Pierre | Radiologie et Imagerie médicale |
| RIOUFFOL Gilles | Cardiologie |
| RUFFION Alain | Urologie |
| SALLE Bruno | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| SANLAVILLE Damien | Génétique |
| SAURIN Jean-Christophe | Hépato gastroentérologie |
| SERVIEN Elvire | Chirurgie Orthopédique |
| SEVE Pascal | Médecine Interne, Gériatrique |
| THOBOIS Stéphane | Neurologie |
| TRONC François | Chirurgie thoracique et cardio |

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

| | |
|---|---|
| BARREY Cédric | Neurochirurgie |
| BELOT Alexandre | Pédiatrie |
| BOHE Julien | Réanimation urgence |
| BREVET-QUINZIN Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CHO Tae-hee | Neurologie |
| CHOTEL Franck | Chirurgie Infantile |
| COTTE Eddy | Chirurgie générale |
| COURAND Pierre-Yves | Cardiologie |
| COURAUD Sébastien | Pneumologie |
| DALLE Stéphane | Dermatologie |
| DEVOUASSOUX Gilles | Pneumologie |
| DISSE Emmanuel | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| DUPUIS Olivier | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| FRANCO Patricia | Physiologie - Pédiatrie |
| GHESQUIERES Hervé | Hématologie |
| GILLET Pierre-Germain | Biologie Cell. |
| HAUMONT Thierry | Chirurgie Infantile |
| LASSET Christine | Epidémiologie., éco. Santé |
| LEGA Jean-Christophe | Thérapeutique – Médecine Interne |
| LEGER FALANDRY Claire | Médecine interne, gériatrie |
| LUSTIG Sébastien | Chirurgie. Orthopédique, |
| MOJALLAL Alain-Ali | Chirurgie. Plastique., |
| NANCEY Stéphane | Gastro Entérologie |
| PASSOT Guillaume | Chirurgie Générale |
| PIALAT Jean-Baptiste | Radiologie et Imagerie médicale |
| REIX Philippe | Pédiatrie - |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| ROUSSET Pascal | Radiologie imagerie médicale |
| TAZAROURTE Karim | Médecine Urgence |
| THAI-VAN Hung | Physiologies - ORL |
| TRAVERSE-GLEHEN Alexandra | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TRINGALI Stéphane | O.R.L. |
| VOLA Marco | Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire |
| WALLON Martine | Parasitologie mycologie |
| WALTER Thomas | Gastroentérologie – Hépatologie |
| YOU Benoît | Cancérologie |

**PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National**

| | |
|---|---|
| PIERRE Bernard | Cardiologie |

**PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2ème Classe)**

BOUSSAGEON Rémy

ERPELDINGER Sylvie

**PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE**

DUPRAZ Christian

PERDRIX Corinne

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

| | |
|---|---|
| ARDAIL Dominique | Biochimie et Biologie moléculaire |
| CALLET-BAUCHU Evelyne | Hématologie ; Transfusion |
| DIJOUD Frédérique | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| MASSIGNON Denis | Hématologie – Transfusion |
| RABODONIRINA Meja | Parasitologie et Mycologie |
| VAN GANSE Eric | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

| | |
|---|---|
| BRUNEL SCHOLTES Caroline | Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière. |
| COURY LUCAS Fabienne | Rhumatologie |
| DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DESESTRET Virginie | Cytologie – Histologie |
| FRIGGERI Arnaud | Anesthésiologie |
| DUMITRESCU BORNE Oana | Bactériologie Virologie |
| GISCARD D'ESTAING Sandrine | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| LOPEZ Jonathan | Biochimie Biologie Moléculaire |
| MAUDUIT Claire | Cytologie – Histologie |
| MILLAT Gilles | Biochimie et Biologie moléculaire |
| PERROT Xavier | Physiologie - Neurologie |
| PONCET Delphine | Biochimie, Biologie cellulaire |
| RASIGADE Jean-Philippe | Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière |
| NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey | Immunologie |
| SUJOBERT Pierre | Hématologie - Transfusion |
| VALOUR Florent | Mal infect. |
| VUILLEROT Carole | Médecine Physique Réadaptation |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

| | |
|---|---|
| BOLZE Pierre-Adrien | Gynécologie Obstétrique |
| DEMILY Caroline | Psy-Adultes |
| HALFON DOMENECH Carine | Pédiatrie |
| JAMILLOUX Yvan | Médecine Interne - Gériatrie |
| KOPPE Laetitia | Néphrologie |
| PETER DEREX | Physiologie - Neurologie |
| PUTOUX DETRE Audrey | Génétique |
| RAMIERE Christophe | Bactériologie-virologie |
| SKANJETI Andréa | Biophysique. Médecine nucléaire. |
| SUBTIL Fabien | Bio statistiques |
| VISTE Anthony | Anatomie |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

SUPPER Irène

**PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

| | |
|---|---|
| ANNAT Guy | Physiologie |
| BERLAND Michel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| CAILLOT Jean Louis | Chirurgie générale |
| CARRET Jean-Paul | Chirurgie Orthopédique |
| ECOCHARD René | Bio-statistiques |
| FLANDROIS Jean-Pierre | Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière |
| DUBOIS Jean-Pierre | Médecine générale |
| LLORCA Guy | Thérapeutique |
| MATILLON Yves | Epidémiologie, Economie Santé et Prévention |
| PACHECO Yves | Pneumologie |
| PEIX Jean-Louis | Chirurgie Générale |
| SAMARUT Jacques | Biochimie et Biologie moléculaire |
| TEBIB Jacques | Rhumatologie |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## Remerciements

Merci à Monsieur le Professeur Pierre Krolak-Salmon de nous faire l'honneur d'être jury de notre thèse.

Merci à Monsieur le Professeur Cyrille Colin et Madame le Professeur Marie-France Callu d'être membres de notre jury de thèse.

Merci à Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart d'avoir dirigé notre thèse. Merci de nous avoir proposé ce travail et de nous avoir consacré beaucoup de votre temps et de votre professionnalisme.

Merci aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail et qui ont généreusement donné de leur temps.




SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## Remerciements Alice Loiseau

Un grand merci à Claire, ma chère co-thésarde, de m'avoir proposé ce travail en binôme ! Quelle efficacité et que de bons moments passés ensemble à disserter sur tous les aspects du « diagnostic de troubles cognitifs ».

Merci à tous mes maîtres de stages et les médecins qui m'ont entourée durant ces 9 années d'étude, de m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci aux Dr RANC, Dr DUMONT et Dr MOKOBODZKY de m'avoir donné le goût de la médecine générale. Merci également aux Dr PERROT, Dr MARQUOIS et Dr AMZALLAG de m'avoir fait découvrir la médecine pénitentiaire.

Un immense merci à ma famille et particulièrement à ma maman, qui a fait preuve d'un soutien sans faille durant toutes ces années et notamment pendant la difficile première année de médecine. Merci à mon papa, à chacun de mes frères et sœurs, beaux-frères et belle-sœur qui me soutiennent chacun à leur manière.

Merci à mes amies du collège : Apolline, Estelle, Thisbé, Constance, Hélène, Anaëlle qui ont toujours su m'entourer et me faire grandir par l'originalité de nos discussions.

Merci à mes chères colocataires. Bénédicte, tu es un véritable modèle de médecin pour moi, ton investissement et tes compétences hors-norme m'épateront toujours ! Maylis, merci pour ta joie et ta bienveillance au quotidien. Et dédicace aux anciennes coloc, Anne-Claire, merci pour ton humour et ton soutien de chaque instant ; Ségolène, merci pour ces moments partagés notamment dans ce premier semestre d'internat des urgences qui n'était pas facile.

Merci à mes amies de médecine. Caro, ma co-équipière de médecine du début à la fin, mon binôme de travail, ma coloc de P1, merci pour cette amitié, cette passion commune, et cette complémentarité ! Merci à Hélène, Thaïs et Alice pour ces moments partagés dans les difficultés ou la joie.

Merci à Julie, Felipe et Sabine pour leur amitié et nos discussions qui m'aident à grandir chaque jour.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Merci à tous mes autres amis que je n'ai pas cités personnellement, de m'avoir aidée à différents niveaux quand j'en avais besoin !

Merci à tous mes collègues actuels de la maison de santé La Présence et de l'UCSA de Corbas. Merci pour votre aide au quotidien, votre joie et je vous remercie de supporter mes chants, sifflements et autres réjouissances avec le sourire !

Merci à tous d'être là en ce jour de soutenance de thèse, qui vient clôturer toutes ces belles années de médecine. Cela me touche beaucoup !



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Remerciements Claire Sanlaville

Merci à ma chère Alice, rencontrée lors des difficiles gardes d'urgence à Villefranche s/s, qui a bien voulu travailler cette thèse en binôme avec moi, avec qui nous avons passé de longues heures de travail productives, tout en ayant de très bons moments conviviaux.

Merci au Dr Lanz de m'avoir donné le goût de la médecine générale. Merci à mes maîtres de stage hospitaliers comme libéraux de m'avoir transmis les connaissances théoriques, pratiques et relationnelles de l'exercice de la médecine et en particulier celles de la médecine générale.

Merci à mes amis de la faculté d'avoir été présents et solidaires lors de toutes ces années de travail et d'avoir pu partager les plus durs mais aussi les plus beaux moments de ce parcours.

Merci à ma famille et ma belle-famille, mes amis d'Arnas, de la Clayette et de Lacenas pour votre présence.

Un merci immense à mes parents et mon frère pour votre soutien de toujours et à tous les niveaux. Vous m'avez grandement aidé à réussir ces études de médecine et je vous en serai toujours reconnaissante.

Enfin merci à Constance et Adrien, ma petite famille pour le bonheur que vous m'apportez. Vous me poussez toujours à donner le meilleur de moi-même !



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# LISTE DES ABREVIATIONS

- ALD : Affection de Longue Durée
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CRP : C-Reactive Protein
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IADL : Instrumental Activities of Daily Living
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- MMSE/MMS : Mini Mental State Examination
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- NFS : Numération Formule Sanguine
- TNC : Troubles Neuro-Cognitifs
- TSH : Thyroid Stimulating Hormon
- VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## SOMMAIRE


1. Problématiques du diagnostic des troubles cognitifs ..... 24
   a) Histoire du diagnostic des troubles cognitifs ..... 24
   b) Enjeu de santé publique ..... 25
   c) Politiques françaises de santé ..... 26
2. Présentation du travail de recherche ..... 27
   a) Résumé ..... 27
   b) Mots et points clés ..... 28
   c) Introduction ..... 29
   d) Matériel et méthodes ..... 30
      i. Recrutement des médecins ..... 30
      ii. Recueil des données ..... 30
      iii. Analyse des données ..... 31
   e) Résultats ..... 32
      i. Les avantages et les limites du diagnostic ..... 32
      ii. Le moment du diagnostic ..... 33
      iii. La décision d'une évaluation initiale ..... 34
      iv. La décision d'une évaluation spécialisée ..... 36
      v. L'annonce du diagnostic ..... 37
      vi. Les difficultés du diagnostic et les solutions proposées ..... 37
      vii. Les enjeux du diagnostic ..... 39
   f) Discussion ..... 40
      i. Un diagnostic problématique ..... 40
      ii. Un diagnostic personnalisé ..... 42
      iii. Perspectives ..... 42
      iv. Forces et limites ..... 44
   g) Conclusion ..... 45
   h) Remerciements ..... 45
   i) Aspects éthiques et réglementaires ..... 45
   j) Conflits d'intérêt ..... 45
   k) Figure ..... 46
3. Conclusion ..... 47
4. Bibliographie ..... 49
5. Annexes ..... 53




SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 1. Problématiques du diagnostic des troubles cognitifs

## a) Histoire du diagnostic des troubles cognitifs

Le terme *dementia* en latin (perte de l'esprit, de l'intelligence (*mens*)) est utilisé pour la première fois par Marcus Tullius Cicero, homme d'état romain en -63 pour parler des citoyens qui ont déclaré la guerre à sa patrie [1]. Démence et folie sont alors synonymes à cette époque. Mais le concept est antérieur à l'utilisation de ce terme, avec la description d'altération du jugement et de troubles mnésiques à un âge avancé dans des textes de l'Antiquité en 500 avant Jésus-Christ. C'est Galien au IIe siècle qui expose la vieillesse comme une maladie inévitable et incurable. Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que Pinel différencie la folie pathologique (qu'il appelle aliénation mentale) de la folie ordinaire, dans laquelle il inclut la démence. Son élève Esquirol définira plus précisément ce mot en soulignant l'importance de l'affaiblissement de la mémoire et des fonctions intellectuelles. Aloïs Alzheimer sera le premier à mettre en évidence à la fin du XIXe siècle des lésions histologiques en lien avec différentes pathologies responsables de démence [2].

Le premier congrès des pathologies démentielles aura seulement lieu en 1977 à Londres entraînant une réelle prise de conscience de santé publique au niveau international. Les premiers critères diagnostiques internationaux de démence sont publiés en 1980 via le DSM III (dictionnaire de l'association psychiatrique américaine) et sont définis par un déficit mnésique associé à au moins un autre déficit des fonctions supérieures, ayant un retentissement social et professionnel [3]. Depuis, ces derniers ont été modifiés à plusieurs reprises, le DSM-IV en 1994 ajoute la notion de déclin par rapport au fonctionnement antérieur et inclut les troubles des fonctions exécutives dans les déficits cognitifs. En 2013, le DSM V regroupe les catégories de démence et syndrome amnésique au profit d'un seul concept : le trouble neurocognitif. Celui-ci se définit par "la présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, cognition perceptivo-motrice ou sociale)". Son interférence avec les activités quotidiennes définit le trouble cognitif majeur alors que leur respect définit le trouble cognitif mineur. Le trouble cognitif majeur remplace donc le terme de démence [3].



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## b) Enjeu de santé publique

Le vieillissement actuel de la population fait des troubles cognitifs un enjeu majeur de santé publique. Même si l'incidence des troubles cognitifs tend à diminuer ces dernières années dans plusieurs pays (Europe, Etats-Unis), une récente étude a évalué la prévalence des troubles cognitifs entre 6 et 8% après 65 ans, avec une incidence augmentant de façon exponentielle avec l'âge, passant de 2,4 pour 1000 personne-année entre 65 et 69 ans à plus de 50 pour 1000 personne-année après 85 ans [4]. Actuellement, le nombre mondial de personnes atteintes de troubles cognitifs est estimé à 46 millions (1 200 000 en France en 2014), et pourrait atteindre plus de 131 millions en 2050 en raison du vieillissement de la population [4]. De plus, les troubles cognitifs représentent la première cause de perte d'autonomie et la principale cause d'institutionnalisation, entraînant un coût socio-économique massif (22 000 euros estimé par patient par an en France). La durée moyenne de survie de ces patients est d'environ 5 ans [4,5].

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente des troubles cognitifs, suivie des encéphalopathies vasculaires, des maladies à Corps de Lewy, des dégénérescences fronto-temporales et d'autres maladies plus rares (maladie à prions, lésions cérébrales traumatiques...). Les syndromes démentiels de cause curable (l'hypothyroïdie, la carence en vitamine B12 ou en folates, la pellagre, l'hypercalcémie, la neurosyphilis, ou l'infection par le VIH) ne représentent que 1,5% des troubles cognitifs, les troubles cognitifs étant la plupart du temps liés à une cause irréversible et ne bénéficiant pas de traitement curatif [6].

Les facteurs de risque de cette maladie sont l'âge, les facteurs génétiques de susceptibilité et les facteurs de risque cardio-vasculaires (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, hypercholestérolémie). Les facteurs protecteurs retrouvés sont un niveau d'éducation élevé, un régime alimentaire de type méditerranéen, la pratique régulière d'une activité physique ou des activités sociales ainsi qu'une consommation modérée d'alcool [7]. Il existe différents types d'interventions permettant d'améliorer la prise en charge des patients atteints de trouble cognitifs et donc leur qualité de vie : l'optimisation de leur santé physique incluant le dépistage et le traitement des comorbidités physiques et psychiques, la pratique d'activités pour maintenir les fonctions cognitives ainsi que l'information et le soutien des proches [8].



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## c) Politiques françaises de santé

Selon une étude épidémiologique de 2007 [7], seul un patient sur 2 souffrant de trouble cognitif est diagnostiqué en France. Pour optimiser le diagnostic et la prise en charge des patients et pour faire face à cet enjeu de santé publique, les autorités sanitaires ont mis en place différents plans d'action depuis 2001 : trois plans successifs Alzheimer (2001-2005, 2004-2007, 2008-2012) et le dernier, regroupant différentes pathologies, nommé plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Le premier plan Alzheimer était particulièrement centré sur le diagnostic avec la création des consultations mémoire et le développement de l'information au grand public [9]. Le deuxième plan Alzheimer a permis une meilleure reconnaissance de ces pathologies avec l'inclusion de ces dernières dans les ALD (ALD 15) [10].

Pour aider les médecins dans cette démarche, la HAS a émis en 2011 des recommandations pour un processus diagnostique assez précis comportant en cas de plainte du patient ou en situation de chute ou de confusion :

- Une évaluation clinique complète (état général, examen cardio-vasculaire, recherche de déficits sensoriels et moteurs, examen neurologique)
- L'utilisation de grilles d'évaluation cognitive (MMSE, test de l'horloge, test des 5 mots de Dubois) et de la grille IADL pour l'évaluation fonctionnelle
- Un bilan biologique minimal (NFS, TSH, CRP, natrémie, calcémie, glycémie, albuminémie, créatininémie et sa clairance)
- Une imagerie cérébrale, préférentiellement une IRM (T1 T2 T2* et FLAIR avec coupes coronales hippocampiques)

La HAS recommande alors un diagnostic précoce, dès les premiers symptômes mais ne préconise pas de dépistage [11]. En mai 2018, elle publie un guide de parcours de soins pour les patients présentant des troubles cognitifs et réaffirme à cette occasion un diagnostic dès les premiers symptômes de la maladie [12].



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 2. Présentation du travail de recherche

## a) Résumé


En français :

**Introduction** : Le diagnostic des troubles cognitifs représente un enjeu médical et éthique. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de ce diagnostic.

**Méthodes** : Etude qualitative comportant 19 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes recrutés en région lyonnaise. L'analyse thématique a été réalisée de façon inductive avec le logiciel Nvivo.

**Résultats** : Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial des troubles cognitifs à partir de leur évaluation clinique. En cas de résultats anormaux, ils demandaient le plus souvent un avis spécialisé. La démarche diagnostique était décrite comme progressive et personnalisée, prenant en compte le retentissement des troubles sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins jugeaient l'intérêt du diagnostic des troubles cognitifs globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Le diagnostic étiologique était considéré relativement incertain. Les médecins étaient favorables à une recherche diversifiée sur les troubles cognitifs mais étaient peu impliqués en pratique.

**Conclusion** : Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape.

En anglais :

**Introduction**: Diagnosis of cognitive disorders is at medical and ethical stake. The aim of this study was to explore the views of general practitioners on this diagnosis.

**Methods**: Qualitative study comprising 19 semi-structured interviews with general practitioners recruited in the Lyon region. Thematic analysis was performed inductively using the Nvivo software.

**Results**: General practitioners established the initial diagnosis of cognitive disorder based on their clinical assessment. In case of abnormal results, they most often referred the patient to




SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

a specialist. The diagnostic approach was described as progressive and personalized, taking into account the impact of the disorders on the daily life of patients and their families. Doctors globally judged the diagnosis of cognitive disorders of limited relevance given its low influence on the care of patients, and challenged it in some situations. They considered the etiological diagnosis as relatively uncertain. They favored a diversified research on cognitive disorders but were little involved in practice.

**Conclusion**: General practitioners are ambivalent about the relevance and temporality of the diagnosis of cognitive disorders, which could be resolved by a shared decision making at each stage.

## b) Mots et points clés

Mots clés en français :

Troubles cognitifs - Diagnostic - Médecins généralistes - Décision médicale partagée

Mots clés en anglais :

Cognitive disorders – Diagnosis – General practitioners – Shared decision making

Points clés :

- Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs.
- La démarche diagnostique est initiée au moment opportun.
- Une décision médicale partagée à chaque étape permettrait une réelle démarche diagnostique personnalisée.
- Les médecins généralistes sont peu impliqués en pratique dans la recherche sur les troubles cognitifs.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## c) Introduction

La prévalence des troubles cognitifs majeurs a été estimée à 6,4% des personnes âgées de plus de 65 ans en Europe en 2007 [13] et à 8,1% des plus de 70 ans en France en 2014 [14]. Bien que l'incidence de ces troubles diminue, leur prévalence est en constante augmentation du fait du vieillissement de la population [4]. Les troubles cognitifs majeurs représentent la première cause de perte d'autonomie et d'institutionnalisation [4]. L'amélioration du diagnostic fait partie des trois grandes priorités du Plan maladies neuro-dégénératives [15].

Il existe un sous diagnostic des démences [7], le délai diagnostique moyen de la maladie d'Alzheimer variant de 10 mois en Allemagne à 24 mois en France et 32 mois au Royaume Uni [16]. La HAS préconise le diagnostic à la phase initiale des troubles cognitifs, avant les manifestations d'une perte d'autonomie [12]. Le programme européen Alcove préconise leur diagnostic au moment opportun » (*timely diagnosis*) [17].

Les études internationales et françaises sur les représentations des médecins généralistes à propos du diagnostic des troubles cognitifs en ont principalement identifié les obstacles, en particulier le manque de soutien aux patients et aux aidants, les difficultés logistiques, l'incertitude du diagnostic, l'absence de traitement curatif et le manque de formation des médecins généralistes [18,19]. Cependant, ces travaux étaient le plus souvent orientés dans la perspective d'un diagnostic précoce.

L'objectif de cette étude était de déterminer les représentations qu'ont les médecins généralistes du diagnostic des troubles cognitifs, sans a priori sur la temporalité du diagnostic.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## d) Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs.

### i. Recrutement des médecins

L'échantillonnage était en recherche de variation maximale sur les variables d'âge, de sexe et de lieu d'exercice. Les médecins ont été sélectionnés dans un rayon de 50 kms de Lyon via un annuaire électronique public (Pages Jaunes) et ont été contactés par téléphone. Un recrutement complémentaire par la technique « boule de neige » a également été réalisé. Les entretiens se déroulaient au cabinet des médecins.

### ii. Recueil des données

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré, basé sur la littérature [20–24] et corrigé après la réalisation des premiers entretiens. Il comprenait des questions ouvertes sur les avantages et inconvénients, la temporalité, les acteurs, les modalités, les raisons, les problèmes et solutions concernant le diagnostic des troubles cognitifs. Les entretiens ont été réalisés par deux auteurs (AL, CS), internes de médecine générale en dernière année, qui avaient bénéficié d'une formation approfondie en recherche qualitative.

Les entretiens ont été enregistrés de façon anonyme sur un enregistreur électronique. Immédiatement après l'entretien, des commentaires sur le déroulé de l'entretien étaient notés dans le but d'améliorer l'interprétation des données recueillies. Les entretiens ont été retranscrits en verbatims.

Une saturation optimale des données a été obtenue après la réalisation de 17 entretiens. Les entretiens ont duré en moyenne 32 minutes.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

### iii. Analyse des données

L'analyse thématique des données des entretiens a été réalisée de façon inductive avec le logiciel NVivo 12 par deux auteurs (AL, CS), en concertation avec un troisième auteur (LL). Un arbre de codage a été élaboré collectivement et adapté en fonction des thèmes émergents. Trois niveaux de codage ont été utilisés : nœuds ouverts, axiaux et sélectifs [25].



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## e) Résultats

Dix-neuf médecins ont été interrogés (Tableau 1). Sept thèmes principaux ont été identifiés lors de l'analyse des entretiens : les avantages et les limites du diagnostic, le moment du diagnostic, la décision d'une évaluation initiale, la décision d'une évaluation spécialisée, l'annonce du diagnostic, les difficultés du diagnostic et les solutions proposées, et les enjeux du diagnostic.

### i. Les avantages et les limites du diagnostic

Les médecins généralistes trouvaient différents avantages au diagnostic des troubles cognitifs. Il permettait d'éliminer des diagnostics différentiels, d'aider le patient et son entourage à prendre conscience des troubles et à anticiper l'avenir, de réajuster l'ordre des priorités, et d'apporter différentes aides pour soutenir et sécuriser le patient et ses aidants. L'intérêt du diagnostic leur semblait cependant variable selon les patients, les familles et les situations. Deux d'entre eux considéraient qu'un diagnostic étiologique permettait de mieux anticiper le devenir du patient.

*P5 : « Ca permet de faire prendre conscience au patient qu'il y a quelque chose qui ne va pas. A la famille aussi. »*

*P13 : « C'est la possibilité de pouvoir anticiper les situations qui seraient difficiles à gérer, quelque part sur tous les niveaux : financier, sécurité, familial, enfin et cætera… »*

*P12 : « Je pense que ça dépend vraiment du patient. »*

*P16 : « C'est important pour les familles, il me semble, pour les aidants, de préciser le diagnostic, le type de maladie dégénérative, pour savoir ce qui va se passer. »*

Les médecins rapportaient des risques, notamment d'anxiété et de stigmatisation du patient, de crainte des familles d'un trouble héréditaire, de surmédicalisation et de surcoût pour la société. La plupart d'entre eux percevaient un intérêt limité au diagnostic des troubles cognitifs du fait d'une faible influence sur la prise en charge du patient. En pratique, la démarche diagnostique était souvent considérée comme chronophage.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

*P4 : « On n'a pas de perspective d'espoir ni de perspective thérapeutique. La seule perspective c'est que la personne va s'enfoncer, va régresser, va perdre petit à petit le contact avec ce qui l'entoure. »*

*P6 : « Bon parce qu'après avoir collé un diagnostic de démence, une étiquette de démence sur un patient, ce n'est pas sans conséquence. »*

*P3 : « Et puis les enfants pour qui c'est compliqué, parce qu'ils se demandent si plus tard ils seront éventuellement sujets à avoir ce type de pathologie. »*

*P9 : « Une boîte de pandore, tu l'ouvres et puis tu te dis... je n'aurais pas dû (rires). C'est beaucoup de souci, beaucoup de formalités, beaucoup de papiers, beaucoup de téléphone. »*

*P6 : « Que ce soit une démence à corps de Lewy, que ce soit une démence vasculaire, que ce soit une maladie d'Alzheimer... malheureusement pour le patient ça ne change pas grand-chose. »*

Les médecins jugeaient le diagnostic des troubles cognitifs relativement incertain, surtout le diagnostic étiologique. L'incertitude semblait d'autant plus importante que le diagnostic est réalisé précocement. Certains médecins rapportaient d'ailleurs l'expérience de diagnostics étiologiques corrigés a posteriori.

*P7 :* « J*e crois qu'on n'a jamais de certitude à 100%… souvent, y'a une errance diagnostique sur l'étiologie exacte, y'a quand même souvent une interpénétration entre les différentes pathologies. Même les neurologues, souvent, ils ne concluent pas à une certitude absolue. Parfois, le diagnostic est remis en cause un peu plus tard.* »

*P16* : *« Au début il* [le degré de certitude diagnostique] *est faible et puis au fur et à mesure, il se renforce avec le temps. »*

### ii. Le moment du diagnostic

L'évaluation des troubles cognitifs était décrite comme un processus lent et progressif, jamais comme une urgence. Selon les médecins, elle ne devait être réalisée ni trop tôt, afin d'éviter le risque de surdiagnostic, ni trop tard, sans pouvoir anticiper les conséquences des troubles. L'établissement du diagnostic à la phase précoce de la maladie était évoqué à plusieurs reprises mais avec une certaine ambivalence, les médecins généralistes différenciant la réalité de leur pratique des recommandations qui incitent au diagnostic



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

précoce. Finalement, le diagnostic des troubles cognitifs était envisagé surtout lorsque les troubles cognitifs retentissent sur la vie quotidienne des patients, notamment en cas d'événement personnel important (décès d'un proche…), d'épuisement de l'aidant ou d'entrée en institution.

*P6 : « Je ne pense pas que ce soit une urgence* [Le diagnostic des troubles cognitifs] [...] ; *ce n'est pas un diagnostic facile mais c'est au fil du temps qu'il se construit. »*

*P14 : « Le faire très tôt, je ne suis pas sûre que ça apporte grand-chose […]. Alors certes, ça peut permettre aux gens de s'organiser, mais bon. ».*

*P18 : « Je dirais* [qu'il faut faire le diagnostic] *dès le début pour pouvoir se préparer, préparer le patient, préparer l'entourage et cætera... mais pour le patient je ne suis pas sûre que ce soit bénéfique de poser le diagnostic dès le début. Je pense qu'il faut attendre que ça ait une répercussion sur la vie du patient. »*

Les médecins généralistes étaient en défaveur d'un dépistage auquel ils ne reconnaissaient pas d'intérêt du fait de l'absence de traitement curatif.

*P1 : « Se précipiter vers tout le monde pour leur faire un diagnostic, une IRM,…. Une IRM à 70 ans pour toute la population, aucun intérêt, surtout qu'il n'y a pas de traitement... »*

### iii. La décision d'une évaluation initiale

L'initiation de la démarche diagnostique était faite le plus souvent sur demande de la famille, moins fréquemment par le médecin, et plus rarement encore par le patient. Les médecins rapportaient que, dans ce dernier cas, les tests d'évaluation diagnostique étaient souvent négatifs. Selon les médecins, l'existence d'une plainte, la volonté du patient et la motivation du praticien étaient indispensables pour débuter cette évaluation.

*P14 : « En général c'est moi qui le propose* [le diagnostic] *sur plainte de la famille ou de l'entourage ou de la personne. »*

*P19 : « 9 fois sur 10 quand ils posent eux même la question, ils n'ont pas de problème de mémoire. »*



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

*P17 : « Donc la difficulté, c'est de prendre à un moment donné un truc objectif et de dire "bon ça y est, maintenant on est à un point, il faut que l'on objective les choses", donc c'est notre décision de dire "on va faire un test, on va faire une IRM ou un scanner". »*

*P14 : « Quelquefois ce n'est pas facile, j'ai des gens à qui j'ai proposé plusieurs fois des tests de mémoire et qui n'ont jamais voulu.* »

Les médecins généralistes réalisaient le diagnostic initial en se basant avant tout sur les éléments cliniques tels que les oublis répétés et les troubles du comportement débutants.

*P7* : « *Le spécialiste va préciser le diagnostic ou préciser l'ampleur du trouble cognitif mais le diagnostic initial c'est plutôt le médecin traitant.* »

*P6 : « Le diagnostic* [des troubles cognitifs]*, il se fait sur un faisceau d'arguments.* [...] *Je dirais que c'est un diagnostic complexe qui se construit dans la durée, qui est essentiellement basé sur la clinique éventuellement, aidé de tests et pour lequel les examens complémentaires… peuvent permettre dans certains cas d'éliminer d'autres problèmes de santé mais… restent secondaires. »*

La décision d'évaluer les troubles cognitifs était prise en fonction de chaque patient, de son environnement et de son histoire. Ainsi, l'intérêt du diagnostic était remis en question en cas de troubles mineurs, lors d'une situation équilibrée avec un entourage soutenant, chez des personnes très âgées, grabataires, en institution ou ayant beaucoup de comorbidités. De façon générale, le diagnostic précis n'était pas jugé indispensable pour mettre en place la prise en charge et l'accompagnement du patient, qui étaient jugés prioritaires.

*P3 : « Enfin si, la dame qui est diabétique, elle n'a pas de mari, elle vit seule, est-ce qu'il faut vraiment chercher à tout prix à creuser alors qu'elle se trouve bien comme ça ? […] Qu'est-ce que ça lui apportera ? [...] Donc elle par exemple, ce n'est peut-être pas la peine de vouloir à tout prix poser le diagnostic. »*

*P14 : « Chez les gens qui ont plein de pathologies […] on va prendre les problèmes les plus urgents et les plus importants en premier. »*

*P8 : « Moi, ce qui m'intéresse c'est : ''est-ce qu'ils peuvent rester chez eux, quelles aides on peut mettre en place chez eux pour que ça tienne ? '' A la limite qu'est-ce qu'on s'en fout du diagnostic ! Excusez-moi mais je suis plus intéressé par la fonctionnalité que le diagnostic. »*



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les médecins généralistes utilisaient le plus souvent des tests, en particulier le MMS, le test des 5 mots de Dubois et le test de l'horloge, dans le cadre d'une consultation dédiée. Ils prescrivaient souvent un bilan biologique et un examen d'imagerie pour éliminer un diagnostic différentiel et pour compléter le bilan si les tests étaient anormaux.

*P3* : « J*e fais un peu le MMS, le test de l'horloge, après le bilan bio bien complet qu'il* [le spécialiste] *aime bien avoir pour pas qu'il soit fait 2 fois puis l'IRM. Et puis après, il le voit en consult' avec plus ou moins bilan neuro psy. »*

### iv. La décision d'une évaluation spécialisée

La majorité des médecins demandaient un avis spécialisé en cas de tests anormaux. La volonté du patient, une situation médico-sociale compliquée, l'atypie du tableau clinique, le jeune âge ou l'aggravation rapide des troubles étaient les principaux facteurs déterminant le recours aux médecins spécialistes. Les médecins généralistes adressaient leurs patients à un neurologue ou à un gériatre, avec une préférence pour les gériatres.

*P16 : « C'est un truc qui est engageant sur la durée et… sur la gravité du diagnostic, j'avoue que j'aime bien qu'à un moment ou à un autre, notamment au début, je recherche volontiers une validation de la prise en charge* [par un spécialiste] »

*P18 : « J'oriente vers un spécialiste sauf... voilà j'ai 2 patients dont celui dont j'ai parlé qui ont refusé. »*

*P19 : « […] Je pense qu'un gériatre a un point de vue plus global donc plus intéressant. »*

Le plus souvent, le spécialiste était vu comme un soutien pour le médecin généraliste et la famille. Il contribuait à l'acceptation de la maladie et apportait le diagnostic en éliminant les diagnostics différentiels, mettait en place une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire incluant éventuellement un traitement médicamenteux et facilitait une hospitalisation ultérieure.

*P8 : « ...Tout ce qui va aller autour, où pour nous, tout seul parfois en cabinet, c'est plus dur à gérer alors qu'eux, quand on les envoie à l'hôpital ils mettent tout en place d'un coup, c'est plus facile après pour le patient et la famille. »*

Les médecins généralistes considéraient que les spécialistes avaient une démarche diagnostique similaire, en dehors de certains tests neuropsychologiques.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

*P14 : « Mais, finalement, c'est surtout le bilan neuropsychologique qui nous aide, qui permet beaucoup. »*

### v. L'annonce du diagnostic

Les médecins considéraient le plus souvent qu'un diagnostic de trouble cognitif devait être annoncé au patient. Ils s'assuraient que le patient soit apte à recevoir et comprendre cette annonce. Celle-ci devait être progressive car génératrice d'anxiété pour le patient. Les médecins jugeaient délicat de prononcer le terme de maladie d'Alzheimer**.**

*P17* : « *Je dirais que quelque part c'est un diagnostic comme les autres, c'est un problème médical, médico-psychiatrique si on veut, sociétal, parce que ça a beaucoup d'implications, qu'il faut annoncer avec énormément de prudence, parce que ça ouvre la porte à beaucoup de souffrance pour les gens parce qu'ils savent qu'ils vont décliner.* »

*P2* : « *Quand on dit "vous avez une maladie d'Alzheimer ", les gens ils le vivent très mal.* »

Les médecins rapportaient que souvent l'annonce du diagnostic était faite par le spécialiste mais que le médecin généraliste réalisait habituellement une préparation à celle-ci ainsi qu'une consultation post-annonce.

*P5 : « Qu'est-ce que pour moi un diagnostic de trouble cognitif ? […] C'est reconvoquer la personne pour faire un test, pour faire un MMS, ou commencer un peu à préparer le terrain en disant : " là y'a des choses qui ne vont pas" ou "voyez, là vous n'avez pas su me dire ça ou ça" ; et prévoir la consultation mémoire.* »

*P15 : « Mon rôle ça serait plutôt une consultation post-annonce ! Qui me semble toujours, à la fois, plus facile mais aussi plus intéressante. Parce que là, à ce moment-là, on peut travailler sur les représentations. »*

### vi. Les difficultés du diagnostic et les solutions proposées

Les principaux facteurs qui rendaient le diagnostic difficile étaient l'absence de symptômes en consultation, le déni ou le refus du patient ou de la famille, l'intrication avec des pathologies somatiques ou psychiques, l'isolement socio-culturel, le manque de temps du médecin généraliste et un délai important pour accéder à une consultation spécialisée. Le



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

fait de connaître le patient depuis longtemps pouvait faciliter le diagnostic ou au contraire le rendre plus difficile.

*P4 : « Les choses difficiles, c'est quand les gens sont dans le déni et quand vous voyez la personne âgée seule et qu'elle va minimiser les faits ou qu'elle ne va pas vous les dire ou qu'elle va vous les arranger à sa sauce. »*

*P7 : « Il y a le problème des gens qui ont des troubles psychiatriques intriqués, ce n'est pas facile du coup de faire la différence entre les troubles psychiatriques ou les troubles cognitifs puisque dans la dépression, il peut y avoir un trouble cognitif.* »

*P 17 : « Mais pour moi c'est un avantage parce qu'on connaît les gens longtemps, nous on les suit et ça je crois que c'est un très grand avantage. Mais c'est par la même occasion aussi un inconvénient. »*

Les médecins généralistes ont proposé plusieurs solutions pour faciliter la démarche diagnostique, en particulier une revalorisation de la cotation de la consultation dédiée à l'exploration des troubles cognitifs, une meilleure collaboration avec les autres professionnels de santé (infirmières, auxiliaires de vie, spécialistes…), un accès remboursé à des neuropsychologues en ville ou une formation spécifique des médecins généralistes.

*P13 : « J'ai du mal avec les nouvelles cotations des consultations longues qui sont sur des critères très précis, je crois. Élargir ce genre de cotation pour les personnes âgées, ça serait sûrement bienvenu parce qu'il y a souvent besoin de beaucoup de temps pour ces gens-là. »*

*P14 : « Si on avait un neuropsychologue remboursé en ville, avec un accès sur prescription du médecin traitant, déjà je pense que l'on gagnerait du temps. »*

*P13 : « Quand on a un peu tout fait et puis que derrière ça ne s'articule pas avec l'hôpital […] ou quand on refait les trucs qu'on a fait à l'hôpital ; en gros, quand on ne travaille pas ensemble, je dirais que c'est surtout ça qui me semble aujourd'hui le plus pesant. »*

*P5 : « Ca pourrait être le top de coordonner une espèce de réunion de concertation pluridisciplinaire, mais ça, ce serait dans un monde idéal et imaginaire où le médecin a le temps (rires). »*



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

### vii. Les enjeux du diagnostic

Le diagnostic des troubles cognitifs était considéré comme un droit pour le patient et un devoir pour le médecin mais à la condition qu'il soit souhaité par le patient et/ou son entourage.

*P2 : « Oui bien sûr, c'est un droit du patient, qu'il faut respecter dès qu'il y a une demande de diagnostic. »*

*P17 : « On a le droit à la vérité mais je crois que l'on a aussi le droit à l'oubli. »*

Aucun des médecins interrogés ne justifiait l'intérêt de la démarche diagnostique par la possibilité pour le patient d'accéder à la recherche médicale. Ils reconnaissaient cependant son intérêt, notamment pour améliorer les traitements des troubles cognitifs, mais pas au détriment du financement de la prise en charge des patients. Ils étaient peu informés des essais pouvant concerner leurs patients. La majorité d'entre eux estimait que cette recherche ne devrait pas se restreindre aux médicaments, mais évaluer aussi des stratégies de prise en charge globale du patient.

*P5 : « Je ne suis pas trop au courant de ce qui se fait* [en matière de recherche clinique]. *»*

*P9* : « *J'aimerais que cette recherche ne soit pas exclusivement médicamenteuse, […] mais qu'il y ait des sous pour stimuler les gens tout autour et payer des gens pour prendre soin de ces personnes, qui ont des troubles cognitifs*. »

*P13 : « J'aimerais bien qu'il y ait plus de démarches pour évaluer, justement […] l'ergothérapie, la psychomotricité, l'orthophonie dans ces domaines pour éventuellement pouvoir les favoriser, pouvoir les rembourser. »*



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## f) Discussion

La démarche diagnostique était habituellement initiée à la demande de la famille ou à l'initiative du médecin ou plus rarement en réponse à une plainte du patient. Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial à partir de leur évaluation clinique puis, en cas de résultats anormaux, demandaient le plus souvent un avis spécialisé. Le diagnostic des troubles cognitifs était abordé comme une démarche progressive et personnalisée, prenant en compte le retentissement sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins considéraient que l'intérêt du diagnostic des troubles cognitifs était globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Ils rapportaient aussi différents obstacles au diagnostic, notamment la fluctuation des symptômes, le déni des patients et des familles, l'intrication avec d'autres pathologies et l'isolement socio-culturel des patients. Le diagnostic étiologique était considéré comme relativement incertain. Les médecins étaient impliqués dans l'annonce en amont et en aval du diagnostic étiologique, de façon progressive en raison du caractère anxiogène de celle-ci. Ils reconnaissaient le droit au diagnostic des troubles cognitifs mais aussi le droit de ne pas savoir et le droit à l'oubli. Ils étaient favorables à une recherche diversifiée sur les troubles cognitifs, mais étaient peu impliqués en pratique.

### i. Un diagnostic problématique

Les médecins généralistes trouvaient des bénéfices au diagnostic des troubles cognitifs, notamment pour éliminer les diagnostics différentiels et accompagner de façon adaptée le patient et son entourage. Ils relativisaient cependant l'intérêt d'un diagnostic formel, qui n'était pas perçu comme indispensable à la prise en charge globale du patient. D'autres médecins généralistes interrogés valorisaient davantage la prise en charge du patient et qualifiaient le diagnostic formel de "secondaire" [21,22].

Le diagnostic était perçu comme incertain, d'autant plus qu'il était précoce. En effet, les troubles cognitifs apparaissent progressivement [26], conduisant à un diagnostic nécessairement progressif, sans notion d'urgence [21]. La limite entre vieillissement normal et pathologique est imprécise, particulièrement dans la maladie d'Alzheimer où elle est



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

considérée comme une “zone grise” du fait de l’évolution insidieuse des troubles et de l’absence d’un diagnostic de certitude accessible [27]. L’incertitude est liée aussi à l’instabilité du diagnostic. Les troubles cognitifs diagnostiqués précocement sont en effet parfois réversibles, jusque dans 25% des troubles cognitifs légers [28]. De plus, le diagnostic n’est pas toujours fiable. La simple crainte d’être atteint de troubles cognitifs peut en effet altérer les performances aux tests diagnostiques des patients âgés sans troubles cognitifs [29]. Le diagnostic étiologique s’avère inexact dans près de 10% des cas, d’autant plus que les troubles sont légers et que le patient est âgé, polypathologique ou isolé [30]. Ces trois caractéristiques coïncident d’ailleurs avec les difficultés rencontrées par les médecins interrogés dans l’établissement du diagnostic des troubles cognitifs.

Les médecins soulignaient l’anxiété des patients résultant de la démarche diagnostique, et plus encore de l’annonce d’un diagnostic de troubles cognitifs. Une étude belge a montré que l’annonce du diagnostic d’une maladie d’Alzheimer était vécue comme une expérience douloureuse, accompagnée d’anxiété et de tristesse chez environ un tiers des patients, surtout lorsqu’ils avaient conscience de leurs troubles [31]. Cependant, au-delà des réactions négatives à l’annonce, aggravées par un manque d’information et de soutien, l’anxiété des patients et des familles était souvent réduite par la suite [32].

Les médecins percevaient un risque élevé de stigmatisation des patients en cas de diagnostic de troubles cognitifs. Ce risque, qui conduit souvent à une forme d’exclusion des malades, est bien documenté et inclut la stigmatisation publique, celle et de l’entourage (y-compris l’aidant) mais aussi l’auto-stigmatisation [33]. Dans une étude brésilienne, plus d’un tiers de la population adulte se déclarait capable de comportements stigmatisants auprès de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer [34]. Les patients atteints de troubles cognitifs sont aussi victimes de discrimination de la part des professionnels de santé, avec notamment une prise en charge négligée du diabète ou des déficits visuels [35]. Le risque de stigmatisation semble cependant moindre dans les pays où il existe une offre de soins importante [36].



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

### ii. Un diagnostic personnalisé

Selon les médecins interrogés, les conditions définissant le moment opportun pour initier une démarche diagnostique étaient d'une part, l'existence d'un retentissement sur la vie quotidienne, et d'autre part, la volonté du patient et/ou de son aidant.

Le retentissement dans la vie quotidienne a déjà été identifié comme le principal élément déclenchant une démarche diagnostique formelle [37]. Les médecins interrogés étaient dubitatifs sur l'intérêt d'un diagnostic précoce des troubles cognitifs. Cette attitude a déjà été observée dans d'autres pays et est expliquée par l'absence d'option thérapeutique efficace [38,39]. A l'inverse, les médecins généralistes remettaient aussi en question le diagnostic trop tardif concernant des formes évoluées, ce qui est conforme à des études antérieures [23,40].

Les médecins interrogés considéraient que la volonté du patient, y compris son refus éventuel, devait être prise en compte aux différentes étapes du diagnostic positif et étiologique afin de permettre des décisions médicales partagées. Dans une récente étude néerlandaise, les patients et les aidants consultant en centre mémoire souhaitaient participer activement à la décision de réaliser des tests diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, mais ils rapportaient un manque d'information sur les avantages, les inconvénients et les conséquences de ces tests [41]. La mise en œuvre de la décision médicale partagée pourrait permettre de résoudre l'ambivalence observée chez les médecins envers l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs. De façon générale, la décision médicale partagée tend à améliorer la satisfaction des patients concernant leurs soins et la perception de leur problème de santé [42]. En pratique cependant, le partage de la décision avec les patients atteints de troubles cognitifs est difficile lorsque les troubles sont évolués, avec souvent la nécessité de l'élargir à l'aidant [43].

### iii. Perspectives

Le diagnostic au moment opportun (*timely diagnosis*) suppose non seulement que les médecins prennent en compte le retentissement des troubles cognitifs, mais aussi qu'ils consultent le patient et/ou son aidant sur leur souhait ou non de s'engager dans une



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

démarche diagnostique. La décision médicale partagée avec le patient et son aidant pourrait exister à toutes les étapes de la démarche diagnostique des troubles cognitifs, pour décider de l'évaluation initiale au cabinet du médecin généraliste, de la prescription d'examens complémentaires et de la demande d'une consultation spécialisée. Elle devrait idéalement s'articuler avec la stratégie nationale de diagnostic gradué, élaborée par le Collège de la médecine générale (CMG) et la Fédération des centres mémoires de ressources et de recherche (CMRR) [44]. Le recueil de l'accord du patient est mentionné dans le guide de la HAS sur le parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif à propos de la poursuite des explorations dans le cadre d'une consultation spécialisée, mais étonnamment pas aux autres étapes en amont et en aval [12]. Une équipe universitaire allemande a élaboré une méthode diagnostique des troubles cognitifs en médecine générale, s'appuyant sur une évaluation gériatrique globale et intégrant les souhaits du patient. Cette approche propose de repérer précocement des signaux d'alarme mais aussi, en cas de refus d'une démarche diagnostique par le patient, de se consacrer exclusivement à sa prise en charge [45].

Les médecins généralistes sont intéressés par le principe de consultations dédiées à l'évaluation des troubles cognitifs, mais ils connaissent peu les cotations spécifiques de l'Assurance maladie. Celles qui peuvent être utilisées dans ce cadre correspondent à la réalisation de tests d'évaluation des troubles cognitifs (ALQP006, [69.12€], utilisable 1 fois par an mais peu adaptée à l'exercice de la médecine générale), la consultation initiale d'information et d'organisation des soins (G+MIS ou MTX [55€], utilisable 1 fois), la visite longue et complexe à domicile (VL+MD [70€], utilisable 3 fois par an) [46,47]. La création d'une cotation spécifique pour l'évaluation initiale des troubles cognitifs en médecine générale, selon une approche globale prenant en compte la complexité du patient, pourrait valoriser cette étape [48].

Les médecins généralistes se considèrent peu concernés par les recherches actuelles sur les troubles cognitifs. Pourtant, l'accès à des protocoles de recherche constitue l'un des intérêts du diagnostic de ces troubles. L'information des médecins généralistes sur les études en cours dans leur région pourrait leur permettre de mieux s'approprier ces enjeux.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

### iv. Forces et limites

Les médecins interrogés exerçaient tous à proximité d'une consultation mémoire, ce qui a pu favoriser leur disposition à coopérer avec les spécialistes de ces structures. Toutefois, plusieurs autres facteurs entraient dans la décision d'adresser ou non un patient en consultation spécialisée, notamment la situation clinique et la volonté du patient.

Les médecins ont pu consulter et valider la retranscription de leur entretien. L'analyse des verbatims par deux auteurs a permis une triangulation des données. Les critères COREQ de rédaction en recherche qualitative ont été respectés, à l'exception d'un seul [49]. Les enquêtrices connaissaient en effet certains des médecins interrogés bien qu'elles n'aient jamais discuté au préalable avec eux du sujet de l'étude.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## g) Conclusion

Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape. Compte tenu de l'incertitude du diagnostic et des risques d'anxiété et de stigmatisation du patient, la démarche diagnostique est initiée au moment opportun en fonction du retentissement dans la vie quotidienne et de la volonté du patient. Au-delà des soins, les médecins généralistes devraient être davantage impliqués dans la recherche sur les troubles cognitifs.

## h) Remerciements

Nous remercions les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.

## i) Aspects éthiques et réglementaires

Le protocole de recherche a été validé par le Comité d'éthique du Collège universitaire de médecine générale de l'université Claude Bernard Lyon 1 (N° IRB 2018-06-12-03). Le consentement écrit des médecins interrogés a été recueilli.

## j) Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent détenir aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette étude.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

## k) Figure

**Tableau 1.** Caractéristiques des médecins interrogés

| | **n** |
|---|---|
| **Sexe (n)** | |
| Hommes | 10 |
| Femmes | 9 |
| **Âge** : médiane (étendue) [années] | 55 (30-66) |
| **Lieu d'exercice** | |
| Urbain | 11 |
| Semi-rural | 6 |
| Rural | 2 |
| **Mode d'exercice** | |
| Solo | 6 |
| Collectif* | 13 |
| **Proche atteint de troubles cognitifs** | |
| Oui | 11 |
| Non | 8 |
| **Maître de stage universitaire** | |
| Oui | 12 |
| Non | 7 |
| **FMC sur troubles cognitifs**** | |
| Oui | 6 |
| Non | 13 |
| **Distance d'une consultation mémoire** : médiane (étendue) [km] | 5 (1 à 16) |
| **Proportion de patients >70 ans***** : médiane (étendue) | 13.1 (4 à 30) |

* Exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire

** Formation médicale continue au cours des 5 dernières années

*** Dans la patientèle, selon le relevé RIAP de l'Assurance maladie



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 3. Conclusion

Le diagnostic des troubles cognitifs représente un enjeu médical et éthique. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de ce diagnostic.

Il s'agissait d'une étude qualitative comportant 19 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes recrutés en région lyonnaise. L'analyse thématique a été réalisée de façon inductive avec le logiciel Nvivo.

La démarche diagnostique était habituellement initiée en réponse à une demande de la famille, du médecin ou plus rarement à une plainte du patient. Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial à partir de leur évaluation clinique puis, en cas de résultats anormaux, demandaient le plus souvent un avis spécialisé. Le diagnostic des troubles cognitifs était abordé comme une démarche progressive et personnalisée prenant en compte le retentissement sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins considéraient que le diagnostic des troubles cognitifs avait un intérêt globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Ils rapportaient aussi différents obstacles au diagnostic, notamment la fluctuation des symptômes, le déni des patients et des familles, l'intrication avec d'autres pathologies et l'isolement socio-culturel des patients. Le diagnostic étiologique était considéré relativement incertain. Les médecins étaient impliqués dans l'annonce en amont et en aval du diagnostic étiologique, de façon progressive en raison du caractère anxiogène de celle-ci. Ils reconnaissaient le droit au diagnostic des troubles cognitifs mais aussi le droit de ne pas savoir et le droit à l'oubli. Ils étaient favorables à une recherche thérapeutique équilibrée et diversifiée sur les troubles cognitifs mais étaient peu impliqués en pratique.

Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape pour décider de l'évaluation initiale au cabinet du médecin généraliste, de la prescription d'examens complémentaires et de la demande d'une consultation spécialisée. Compte tenu de l'incertitude du diagnostic et des risques d'anxiété et de stigmatisation du patient, la démarche diagnostique doit être prudente. Elle est initiée au moment opportun en fonction du retentissement dans la vie quotidienne et de la volonté du patient.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les médecins généralistes se considèrent peu concernés par les recherches actuelles sur les troubles cognitifs. L'information des médecins généralistes sur les études en cours dans leur région pourrait leur permettre de mieux s'approprier ces enjeux.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 4. Bibliographie


1. Flobert P.Le grand Gaffiot. Nouvelle édition. Paris : Hachette, 2000.

2. Derouesne C. La maladie d'Alzheimer : regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2008 ; 6 (2).

3. Derouesne C. Les troubles mentaux liés à des lésions cérébrales dans le DSM-5 à la lumière des versions précédentes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013 ; 11 (4).

4. Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues JF. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016 ; (28-29) : 467-73.

5. Bérard A et al. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Rapport d'étude n°9. Paris : Fondation Médéric Alzheimer. 2015.

6. Michel JM., Sellal F. Les démences «curables» en 2011. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011 ; 9 (2) : 211-25.

7. Berr C, Akbaraly TN, Nourashemi F, Andrieu S. Épidémiologie des démences. *Presse Med*. 2007 ; 36 : 1431-41.

8. La maladie d'Alzheimer et les autres démences / Maladies neurodégénératives / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil. http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

9. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

10. Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. 2004.

11. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations. 2011.

12. HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/...05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

13. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*. 2000 ; 54 (11 Suppl 5) : S4-9.




SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

14. Carcaillon-Bentata L, Quintin C, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Moisan F, Ha C, et al. Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016 ; (28-29) : 459-67.

15. Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019

16. Bond J, Stave C, Sganga A, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract Suppl.* 2005 ; (146) : 8-14.

17. Barr C, Riolacci-Dhoyen N, Galbraith M, Leperre-Desplanques ALCOVE group. Sharing knowledge to advance healthcare policies in Europe for people living with dementia and their carers: the ALCOVE project. *Arch Public Health*. 2012 ; 70 (1) : 21.

18. Koch T, Iliffe S, EVIDEM-ED project. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2010 ; 11 : 52.

19. Engberink AO, Pimouguet C, Amouyal M, Gerassimo O, Bourrel G, Berr C. Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle : approche qualitative auprès de leurs médecins généraliste. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013 ; 11 (2) : 157-67.

20. Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med*. 2008 ; 67 (11) : 1776-83.

21. Dhedhi SA, Swinglehurst D, Russell J. « Timely » diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ Open*. 2014 ; 4 (3) : e004439.

22. Lahjibi-Paulet H, Dauffy Alain A, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O, Somme D. Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging Clin Exp Res*. 2012 ; 24 (4) : 384-90.

23. Prins A, Hemke F, Pols J, Moll van Charante EP. Diagnosing dementia in Dutch general practice: a qualitative study of GPs' practices and views. *Br J Gen Pract*. 2016 ; 66 (647) : e416-22.

24. Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Fam Pract*. 2003 ; 20 (4) : 376-81.

25. Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications; 1990. 276 p.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

26. Scheltens P, Blennow K, Breteler MMB, Strooper B de, Frisoni GB, Salloway S, et al. Alzheimer's disease. *The Lancet*. 2016 ; 388 (10043) : 505-17.

27. Ghosh K, Agarwal P, Haggerty G. Alzheimer's disease - not an exaggeration of healthy aging. *Indian J Psychol Med*. 2011 ; 33 (2) : 106-14.

28. Canevelli M, Grande G, Lacorte E, Quarchioni E, Cesari M, Mariani C, et al. Spontaneous Reversion of Mild Cognitive Impairment to Normal Cognition: A Systematic Review of Literature and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 ; 17 (10) : 943-8.

29. Mazerolle M, Régner I, Barber S, Paccalin M, Miazola AC, Huguet P, Rigalleau F. Negative Aging Stereotypes Impair Performance on Brief Cognitive Tests Used to Screen for Predementia. *J Gerontol B Psychol*. 2017; 72 (6) : 932-936.

30. Koepsell TD, Gill DP, Chen B. Stability of clinical etiologic diagnosis in dementia and mild cognitive impairment: results from a multicenter longitudinal database. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2013 ; 28 (8) : 750-8.

31. Mormont E, de Fays K, Jamart J. Experiences of the patients and their caregivers regarding the disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease: a Belgian retrospective survey. *Acta Neurol Belg*. 2012 ; 112 (3) : 249-54.

32. Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, Lee MM, Brown PJ, Coats M, et al. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2008 ; 56 (3) : 405-12.

33. Gauthier S, Leuzy A, Racine E, Rosa-Neto P. Diagnosis and management of Alzheimer's disease: Past, present and future ethical issues. *Prog Neurobiol*. 2013 ; 110 : 102-13.

34. Blay SL, Toledo Pisa Peluso E. Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 ; 18 (2) : 163-71.

35. Bunn F, Burn A-M, Goodman C, Rait G, Norton S, Robinson L, et al. Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. *BMC Med*. 2014 ; 12 (1) : 192.

36. Vernooij-Dassen, M., Moniz-Cook, E., Woods, R. T., De Lepeleire, J., Leuschner, A., Zanetti, O., et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 ; 20 (4) : 377–386.

37. De Lepeleire JA, Heyrman J, Baro F, Buntinx F, Lasuy C. How do general practitioners diagnose dementia? *Fam Pract*. 1994 ; 11 (2) : 148-52.

38. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract*. 2001 ; 51 (462) : 37-8.

39. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009 ; 23 (4) : 306-14.



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

40. Garnier-Crussard A, Vernaudon J, Auguste N, Moutet C, Dauphinot V, Krolak-Salmon P. Perception of Benefits and Risks of Neurocognitive Disorders Diagnosis: A French National Survey. *J Alzheimers Dis*. 2019;

41. Kunneman M, Pel-Littel R, Bouwman FH, Gillissen F, Schoonenboom NSM, Claus JJ, et al. Patients' and caregivers' views on conversations and shared decision making in diagnostic testing for Alzheimer's disease: The ABIDE project. *Alzheimers Dement*. 2017 ; 3 (3) : 314-22.

42. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015 ; 35 (1) : 114-31.

43. Miller LM, Whitlatch CJ, Lyons KS. Shared decision-making in dementia: A review of patient and family carer involvement. *Dement Lond Eng*l. 2016 ; 15 (5) : 1141-57.

44. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Towards a national strategy on the diagnosis of neurocognitive disorders. A shared approach among the French National College of General Practitioners and specialists of neurocognitive disorders. *Presse Med*. 2018 ; 47 (1) : 75-83.

45. Pentzek M, Vollmar HC, Wilm S, Leve V. Putting dementia awareness into general practice The CADIF approach. *Z Gerontol Geriatr*. 2017 ; 50 : S44-7.

46. Tarifs en métropole. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole

47. Classification commune des actes médicaux AMELI. https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php

48. Paraponaris, Alain, Bruno Ventelou, Pierre Verger. « La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2011, pp. 29-47.

49. Critères COREQ. http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 5. Annexes

## Annexe 1 – Le guide d'entretien

1/ Introduction :

- Présentation de l'enquêteur et de la thèse
- Consentement à la participation et à l'enregistrement (fiche de consentement et fiche d'information)
- Préciser l'anonymat et la confidentialité du recueil
- Noter :
    - Date/Heure :
    - Lieu :
    - Mode de prise de contact :
    - Lien avec l'enquêteur :
    - Personne présente en plus, éléments perturbateurs :

2/ Questions sur le diagnostic :

- ***Qu'est-ce que pour vous un trouble cognitif ?***

- ***Pouvez-vous me parler d'un de vos patients pour lequel la question d'un diagnostic de trouble cognitif s'est posée ?***

- ***Dans votre expérience, qui décide d'initier la démarche diagnostique ?***

- ***Qui fait le diagnostic ?***
  ***->*** Quels sont les acteurs impliqués ?
  -> Quels sont les éléments qui vous poussent à demander un avis spécialisé ?

- ***Quand le faites-vous ?***
  ***->*** *Quel est le* ***meilleur moment*** *?*

- ***Comment le faites-vous ?***
  -> Comment est-ce que les spécialistes le font-ils ?
  -> Quel est le niveau de **certitude** du diagnostic ?
  -> Quels sont les facteurs rendant le diagnostic de trouble cognitif **facile ou difficile** ?

- ***Pourquoi le faites-vous ?***
  -> Quels sont les **avantages et les inconvénients** du diagnostic de trouble cognitif ?
  -> Que pensez-vous de la **recherche clinique** chez les patients qui ont un trouble cognitif ? (essai clinique, recherche sur les marqueurs biologiques et en imagerie fonctionnelle, thérapeutique)
  -> Le diagnostic de trouble cognitif est-il un **droit** ?

- ***Qu'est-ce qu'un diagnostic de trouble cognitif ?***
  -> Comment voyez-vous **l'information du patient** sur le diagnostic ?



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- ***Qu'est-ce qui pose problème actuellement concernant le diagnostic des troubles cognitifs ?***

- ***Comment améliorer la démarche diagnostique des troubles cognitifs*** *?*
  -> Qui ? quand ? comment ?
  -> Place du médecin généraliste ?

- ***Y-a-t-il des points que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?***

**Présentation du médecin interrogé :**

*Age :

*Sexe :
☐ Masculin ☐ Féminin

*Exercices particuliers (médecin du sport, homéopathie…) :
☐ Oui, préciser …….. ☐ Non

*Avez-vous eu une formation récente (moins de 5 ans) concernant les troubles cognitifs (FMC, DU…) :
☐ Oui ☐ Non

*Mode d'installation :
☐ Seul ☐ A plusieurs (maison de santé, cabinet de groupe, collaboration…)

*Lieu d'exercice :
☐ Urbain ☐ Semi urbain ☐ Rural

*Pourcentage de personnes âgée (relevé RIAP) :
……. %

*Avez-vous personnellement dans votre entourage des personnes atteintes de ce type de trouble ? :
☐ Oui ☐ Non

*A quelle distance environ vous trouvez-vous d'un centre mémoire :
……. Kms

*Quel est votre centre de mémoire de référence :
……



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

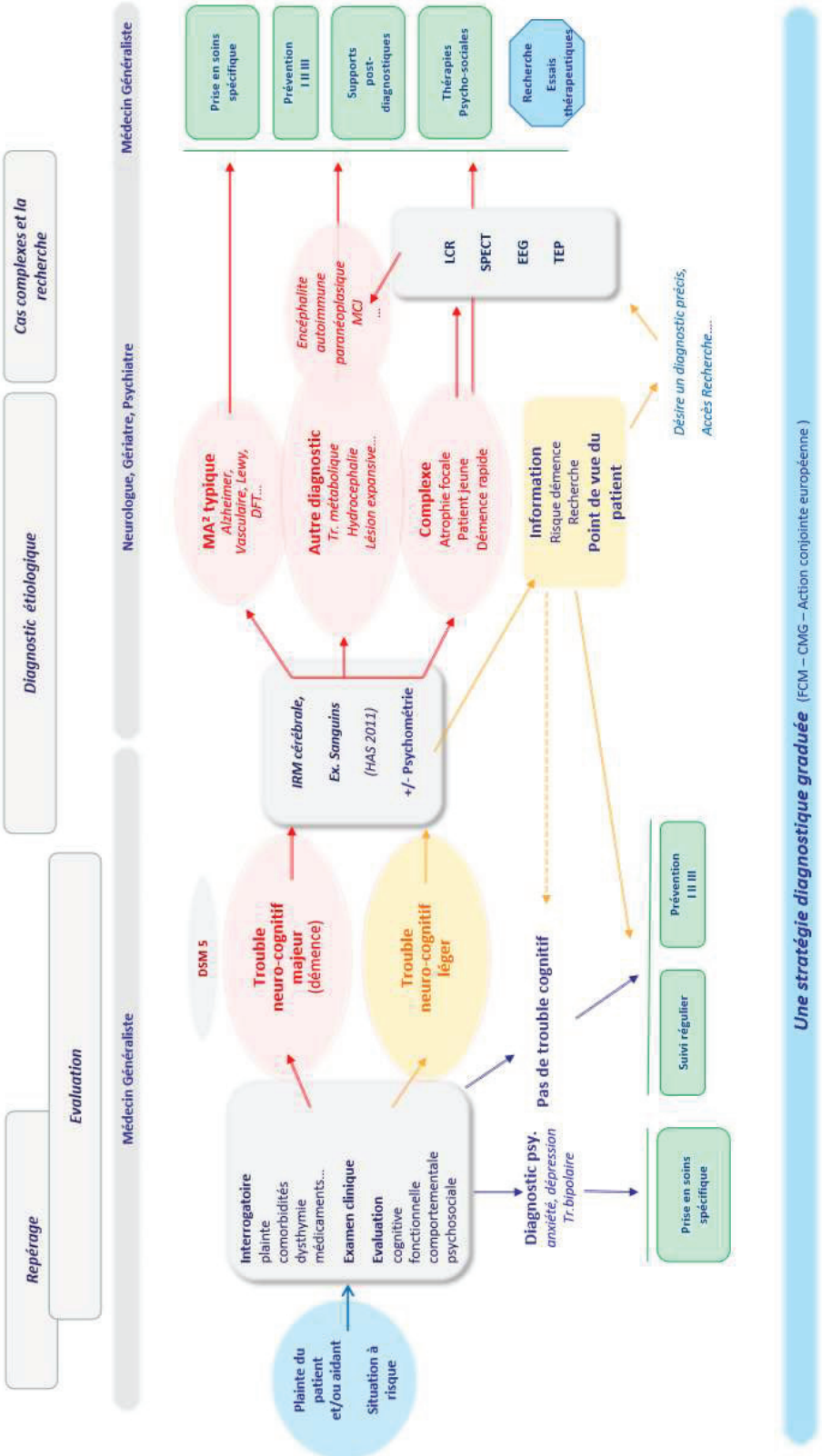
Annexe 2 - « The CADIF approach to early awareness for dementia in general practice » de l'article « Putting dementia awareness into general pratice – the CADIF approach »






SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 3 – Figure 5 de l'article « Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs »






SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 4 – Exemple de cotation CCAM que l'on peut utiliser dans le cadre du diagnostic des troubles cognitifs

| Code | | Activité | Phase | Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) | Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) | Exo.TM | Regroupement |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **01.01.13** | **Tests neuropsychologiques**<br>*Facturation : diagnostic initial, éventuel examen annuel de contrôle* | | | | | | |
| **ALQP006** | **Test d'évaluation d'un déficit cognitif**<br>*Évaluation par Alzheimer disease assessment scale [ADAS], batterie d'évaluation cognitive [B.E.C.96], dementia rating scale de Mattis*<br>*Évaluation d'un syndrome frontal par Stroop test, tours de Hanoï ou de Londres, Wisconsin card sorting test, tests d'attention, trail making test, fluence verbale ou catégorielle, labyrinthe de Porteus, protocole de Luria*<br>*Évaluation d'un trouble de la mémoire par Weschler mémoire, Weschler mémoire révisé, batterie 144, test de Crovitz, California verbal learning test, les 15 mots de Rey, test de rétention visuel de Benton, test de Corsi, test de la figure complexe de Rey, les 15 signes de Rey, test de Grober-Buschke, test de reconnaissance mots/visage de Warrington*<br>*Évaluation d'un trouble du langage par token test, Binois-Pichot, batteries d'évaluation du langage (Boston, Montréal Toulouse, Ducarne de Ribaucourt), DO 80*<br>*Test d'évaluation de l'attention [TEA]*<br>*Évaluation de la négligence visuospatiale par tests de barrage, de bissection, d'évaluation de la somatognosie, test de Bisiach*<br>*Évaluation d'une agnosie visuelle ou visuospatiale par test de Poppelreuter, test de Hooper, test de direction des lignes de Benton, figures lacunaires, protocole d'examen des gnosies visuelles, test de Ghent, PRM de Rey*<br>*Avec ou sans : évaluation de la dépendance* | 1 | 0 | 69.12 | 69.12 | 2 | ATM |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 5 – HAS 2018 : Guide du parcours des soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée

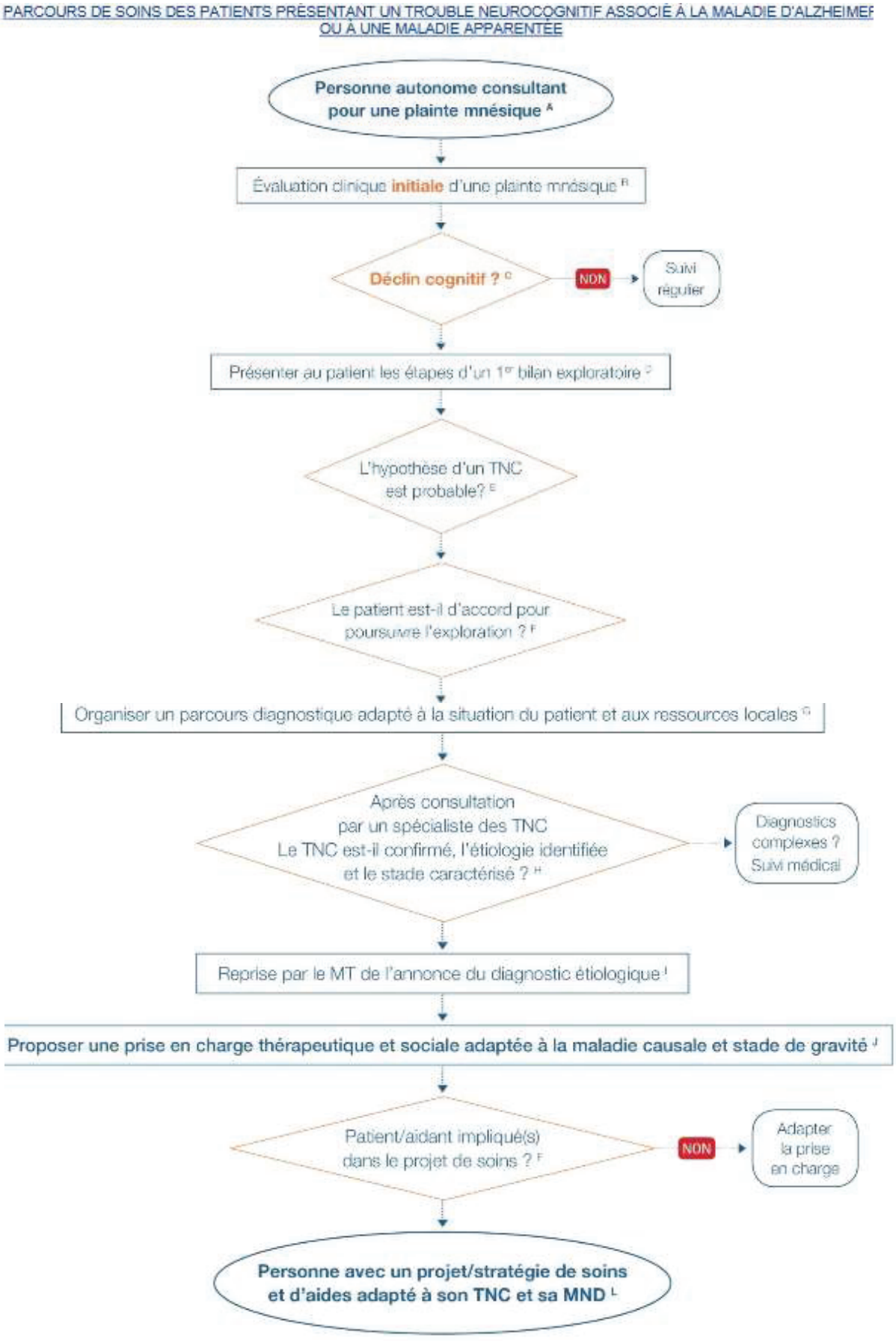
**Tableau 1 : Droits des patients et obligations des médecins**

| Être attentif |
|---|
| Au droit de savoir et au besoin de comprendre du patient[20, 21] |
| Au droit du patient de pouvoir décider : directives anticipées, décisions relatives aux années à venir, choix de vie, décisions relatives aux biens, mandat de protection future |
| Aux inquiétudes légitimes d'une famille ou d'un entourage inquiet, dans le respect du secret professionnel[22] |
| Aux risques civils/médicaux auxquels le patient pourrait être exposé (conduite automobile, utilisation du gaz, dépenses inconsidérées, etc.) |
| À l'accès aux aides (y compris financières) et soins dédiés |
| À l'autonomie décisionnelle du patient, favoriser la décision partagée |
| À la demande de soins innovants et à la recherche (droit à la recherche)[23] |
| À l'intérêt d'un diagnostic étiologique ; la prise en charge et l'accompagnement de l'entourage peuvent être différents selon qu'il s'agit d'une maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy ou maladie neurovasculaire[16]… |
| Aux risques de diagnostic de TNC par excès |
| À la souffrance psychique du patient et de l'entourage face à une maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée |
| **MAIS AUSSI** |
| Au respect du droit de ne pas savoir : « on peut être d'accord sur l'exploration mais ne pas vouloir connaître les résultats » |
| Au respect du droit du patient au secret professionnel, notamment vis-à-vis de son entourage[18] |
| Au risque d'emprise ou de maltraitance de l'entourage |



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 6 – Fiche 4 « Une démarche diagnostique progressive et personnalisée en médecine générale » du guide HAS Mai 2018 du parcours des soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée




SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine

Nom, prénom du candidat : LOISEAU Alice

## CONCLUSIONS

Le diagnostic des troubles cognitifs représente un enjeu médical et éthique. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de ce diagnostic.

Il s'agissait d'une étude qualitative comportant 19 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes recrutés en région lyonnaise. L'analyse thématique a été réalisée de façon inductive avec le logiciel Nvivo.

La démarche diagnostique était habituellement initiée en réponse à une demande de la famille, du médecin ou plus rarement à une plainte du patient. Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial à partir de leur évaluation clinique puis, en cas de tests anormaux, demandaient le plus souvent un avis spécialisé. Le diagnostic des troubles cognitifs était abordé comme une démarche progressive et personnalisée prenant en compte le retentissement sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins jugeaient que le diagnostic avait un intérêt globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Ils rapportaient aussi différents obstacles au diagnostic, notamment la fluctuation des symptômes, le déni des patients et des familles, l'imrication avec d'autres pathologies et l'isolement socio-culturel des patients. Le diagnostic étiologique était jugé relativement incertain. Les médecins étaient impliqués dans l'annonce en amont et en aval du diagnostic étiologique, de façon progressive en raison du caractère anxiogène de celle-ci. Les médecins reconnaissaient le droit au diagnostic des troubles cognitifs mais aussi le droit de ne pas savoir et le droit à l'oubli. Ils étaient favorables à une recherche thérapeutique équilibrée et diversifiée sur les troubles cognitifs mais étaient peu impliqués en pratique.

Les médecins généralistes sont ambivalentes sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape pour décider de l'évaluation initiale au cabinet du médecin généraliste, de la prescription d'examens complémentaires et de la demande d'une consultation spécialisée. Compte tenu de l'incertitude du diagnostic et des risques d'anxiété et de stigmatisation du patient, la démarche diagnostique doit être motivée. Elle est initiée au moment opportun en fonction du retentissement dans la vie quotidienne et de la volonté du patient.

Les médecins généralistes se considèrent peu concernés par les recherches actuelles sur les troubles cognitifs. L'information des médecins généralistes sur les études en cours dans leur région pourrait leur permettre de mieux s'approprier ces enjeux.

**Le Président de la thèse,**
*Nom et Prénom du Président*
*Signature*

Pr P. Krolak-Salmon
Institut du Vieillissement
Hôpital des Charpennes
27, rue Henri Dunant - 69100 Villeurbanne

**Vu :**
**Pour le Président de l'Université,**
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 16 AVR. 2019





SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nom, prénom du candidat : Claire Sanlaville

# CONCLUSIONS

Le diagnostic des troubles cognitifs représente un enjeu médical et éthique. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de ce diagnostic.

Il s'agissait d'une étude qualitative comportant 19 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes recrutés en région lyonnaise. L'analyse thématique a été réalisée de façon inductive avec le logiciel Nvivo.

La démarche diagnostique était habituellement initiée en réponse à une demande de la famille, du médecin ou plus rarement à une plainte du patient. Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial à partir de leur évaluation clinique puis, en cas de tests anormaux, demandaient le plus souvent un avis spécialisé. Le diagnostic des troubles cognitifs était abordé comme une démarche progressive et personnalisée prenant en compte le retentissement sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins jugeaient que le diagnostic avait un intérêt globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Ils rapportaient aussi différents obstacles au diagnostic, notamment la fluctuation des symptômes, le déni des patients et des familles, l'intrication avec d'autres pathologies et l'isolement socio-culturel des patients. Le diagnostic étiologique était jugé relativement incertain. Les médecins étaient impliqués dans l'annonce en amont et en aval du diagnostic étiologique, de façon progressive en raison du caractère anxiogène de celle-ci. Les médecins reconnaissaient le droit au diagnostic des troubles cognitifs mais aussi le droit de ne pas savoir et le droit à l'oubli. Ils étaient favorables à une recherche thérapeutique équilibrée et diversifiée sur les troubles cognitifs mais étaient peu impliqués en pratique.

Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic des troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape pour décider de l'évaluation initiale au cabinet du médecin généraliste, de la prescription d'examens complémentaires et de la demande d'une consultation spécialisée. Compte tenu de l'incertitude du diagnostic et des risques d'anxiété et de stigmatisation du patient, la démarche diagnostique doit être motivée. Elle est initiée au moment opportun en fonction du retentissement dans la vie quotidienne et de la volonté du patient.

Les médecins généralistes se considèrent peu concernés par les recherches actuelles sur les troubles cognitifs. L'information des médecins généralistes sur les études en cours dans leur région pourrait leur permettre de mieux s'approprier ces enjeux.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Pr P. Krolak-Salmon
Institut du Vieillissement
Hôpital des Charpennes
27, rue G. Péri - 69100 Villeurbanne

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 12/04/2019



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Alice LOISEAU et Claire SANLAVILLE

**Représentations des médecins généralistes à propos du diagnostic des troubles cognitifs : une étude qualitative**

RESUME

Le diagnostic des troubles cognitifs représente un enjeu médical et éthique. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes à propos de ce diagnostic.

Il s'agissait d'une étude qualitative comportant 19 entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes recrutés en région lyonnaise. L'analyse thématique a été réalisée de façon inductive avec le logiciel Nvivo.

Les médecins généralistes établissaient le diagnostic initial des troubles cognitifs à partir de leur évaluation clinique. En cas de résultats anormaux, ils demandaient le plus souvent un avis spécialisé. La démarche diagnostique était décrite comme progressive et personnalisée, prenant en compte le retentissement des troubles sur la vie quotidienne des patients et de leur famille. Les médecins jugeaient l'intérêt du diagnostic des troubles cognitifs globalement limité compte tenu de sa faible influence sur la prise en charge des patients, et le récusaient dans certaines situations. Le diagnostic étiologique était considéré relativement incertain. Les médecins étaient favorables à une recherche diversifiée sur les troubles cognitifs mais étaient peu impliqués en pratique.

Les médecins généralistes sont ambivalents sur l'intérêt et la temporalité du diagnostic de troubles cognitifs, ce qui pourrait se résoudre par une décision médicale partagée à chaque étape.

MOTS CLES : Troubles cognitifs
Diagnostic
Médecins généralistes
Décision médicale partagée

JURY

Président : Monsieur le Professeur KROLAK SALMON Pierre UFR Lyon1

Membres : Monsieur le Professeur Pr COLIN Cyrille UFR Lyon1
Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent UFR Lyon1
Madame le Professeur CALLU Marie-France UFR Lyon3

DATE DE SOUTENANCE

16 mai 2019



SANLAVILLE
(CC BY-NC-ND 2.0)