



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le parcours diagnostique de la maladie de Parkinson en Médecine
Générale, du premier symptôme au diagnostic**

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2024 à 17 heures
au Pôle Formation
Par Xavier Lagon

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc Defebvre

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Marc Poulain

Directeur de Thèse :

Madame la Docteure Sabine Bayen

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

MP	Maladie de Parkinson
PcP	Persona cum Parkinson
MG	Médecin généraliste
...	...

Tables des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	4
Résultats	6
I. Caractéristiques sociodémographiques des MG	6
II. Flow Chart	8
III. Caractéristiques sociodémographiques des PcP	9
IV. Résultats secondaires de l'étude	11
1. <i>Signes cliniques constatés à l'examen</i>	12
2. <i>Les examens complémentaires</i>	14
3. <i>Traitement médicamenteux</i>	14
4. <i>Hypothèse diagnostique</i>	14
V. Résultats principaux de l'étude	16
1. <i>Délai entre le premier symptôme rapporté par le malade, documenté par le MG dans le dossier médical</i>	16
2. <i>Délai entre la documentation des premiers symptômes par le MG et la suspicion de MP</i>	17
3. <i>Délai entre la suspicion de MP et l'instauration du traitement par le médecin généraliste</i>	17
4. <i>Délai entre la suspicion de MP par le MG et l'adressage au neurologue</i>	17
5. <i>Délai entre la mise en place du traitement par le médecin généraliste et l'adressage du neurologue</i>	19
6. <i>Délai moyen entre l'adressage et la 1ère consultation du neurologue</i>	19
7. <i>Délai moyen entre la 1ère consultation du neurologue et les examens complémentaires</i>	19
8. <i>Délai moyen entre la 1ère consultation et la dernière consultation du neurologue</i>	19
9. <i>Délai moyen entre la 1ère consultation et la mise en place du traitement par le neurologue</i>	20
10. <i>Délai moyen entre les examens et la mise en route des traitements par le neurologue</i>	20
11. <i>Délai moyen entre les premiers symptômes et la mise en place du traitement par le médecin généraliste</i>	22
12. <i>Délai moyen entre les premiers symptômes et la mise en place du traitement par le neurologue</i>	23
13. <i>Délai moyen entre la mise en route du traitement et la dernière consultation du neurologue</i>	24
Discussion	25
I. Les forces de l'étude	28
II. Les limites de l'étude	29
Conclusion	30
Références bibliographiques	31
Annexes	32
I. Annexe 1 : Lettre d'invitation à participer au questionnaire	32
II. Annexe 2 : Le Parkinson's Well-Being Map™	33
III. Annexe 3 : Attestation d'exonération de déclaration sur la protection des données	34
IV. Annexe 4 : Questionnaire de thèse	35

Résumé

Contexte : La MP est une pathologie neurodégénérative qui entraîne un retard diagnostique important. Ce retard est lié à la non-spécificité des symptômes initiaux et à la complexité du parcours de soins. Notre étude vise à quantifier les différentes étapes de ce délai diagnostique et à identifier les facteurs qui l'influencent. En analysant les données de PcP, nous chercherons à déterminer le temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et l'instauration du traitement. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à améliorer la prise en charge des patients atteints de MP en favorisant un diagnostic plus précoce.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative, transversale et observationnelle auprès d'un échantillon de MG exerçant en France. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire numérisé et standardisé envoyé par email. Ce questionnaire, a permis de recueillir des informations détaillées sur les patients, telles que les dates clés du diagnostic et du suivi, ainsi que sur les symptômes ressentis. Les médecins ont été invités à renseigner ces données de manière rétrospective en consultant les dossiers de leurs patients. Afin de garantir la confidentialité des données, un serveur sécurisé Limesurvey® a été utilisé. La collecte des données s'est déroulée du 22 mars 2023 au 31 mars 2024.

Résultats : Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse selon laquelle le parcours diagnostique de la MP est marquée par des délais conséquents. En moyenne, les patients mettent plus de trois ans à obtenir un diagnostic formel et à bénéficier d'un traitement adapté. Ces retards sont principalement attribuables aux symptômes non moteurs non visibles, aux difficultés d'accès à un neurologue et à la réalisation d'examen complémentaires souvent inutiles.

Conclusion : Nos résultats soulignent l'importance du rôle des MG dans la détection précoce de la MP. Bien que leur hypothèse diagnostique ait été confirmée dans la majorité des cas, une amélioration de leur formation permettrait d'accélérer le processus de diagnostic et d'orientation vers un neurologue. En conclusion, cette étude met en évidence la nécessité de mettre en place des stratégies visant à réduire les délais diagnostiques de la MP. Une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé, une formation continue des MG et une simplification du parcours de soins pourraient significativement améliorer la prise en charge des patients.

Introduction

La maladie de Parkinson (MP) est la 2^{ème} maladie neurodégénérative la plus représentée après la maladie d'Alzheimer ¹. La population vieillit, le nombre de cas de MP a été multiplié par deux entre 1990 et 2015. En France, fin 2015, environ 160 000 patients étaient traités pour une MP. Parmi les 25 000 nouveaux cas par an, 17% avaient moins de 65 ans. On estime que le nombre de patients parkinsoniens aura augmenté de moitié en 2030 par rapport à 2015, avec une personne atteinte sur 120 parmi celles âgées de plus de 45 ans. Ces chiffres sont probablement sous-estimés dans la mesure où les patients échappent au diagnostic et ne sont donc pas traités, surtout pour les personnes âgées ².

La MP est une affection neurodégénérative progressive du système nerveux central qui se caractérise par l'atteinte de la substantia nigra pars compacta. La transmission des neurones dopaminergiques est déficitaire et entraîne :

- Des troubles moteurs :
 - Akinésie (trouble de l'initiation et lenteur du mouvement),
 - Rigidité,
 - Troubles de la marche, de la parole et de l'équilibre,
- Et des troubles non moteurs, cognitifs et comportementaux, définissant une maladie neuropsychiatrique complexe d'expression variable.

Son origine semble plurifactorielle et les facteurs peuvent être environnementaux, toxiques (pesticides, mercure, cadmium, plomb) ou génétiques (10-15 % des cas de MP) ³.

Les symptômes précoces comme la constipation, le syndrome anxio-dépressif et les troubles du sommeil sont réels en médecine générale. Le bénéfice d'intervenir rapidement et les avancées technologiques de thérapies modificatrices de la maladie, montrent l'importance de reconnaître les symptômes prodromiques de la MP conduisant à réduire le délai diagnostic. ⁴

Le diagnostic de MP se fait grâce à l'examen clinique qui permet de retrouver les principaux symptômes de la maladie. Effectué par un médecin qualifié, cet examen

très spécifique est suffisant dans la majorité des cas sans réaliser d'examens complémentaires.

En effet, les résultats de ces examens, tels que scanner cérébral ou IRM (imagerie par résonance magnétique), sont normaux dans la MP. Ils sont parfois demandés pour éliminer d'autres problèmes de santé, par exemple la sclérose en plaques, lorsqu'il y a un doute dans le contexte ou l'examen clinique.

La scintigraphie cérébrale aussi appelée DATSCAN permet de montrer la conséquence du manque de dopamine sur les noyaux gris centraux. Mais cet examen ne permet pas non plus de confirmer de manière spécifique le diagnostic de MP, et n'est donc pas systématique.⁵

En l'absence de validation neuropathologique, la précision globale d'un diagnostic clinique de MP est très élevée et mathématiquement identique à la précision de l'imagerie DATSCAN. Ce qui remet en question l'utilisation de la neuroimagerie par radiotraceur comme outil de diagnostic dans la pratique clinique.⁶

Les symptômes précoces non spécifiques de la MP, la constatation de ces signes cliniques par le praticien, les difficultés d'accès pour consulter un neurologue et les examens complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic de MP, peuvent induire un retard diagnostique et retarder la prise en charge ultérieure.

L'objectif principal de cette étude était de pouvoir estimer le délai et la chronologie des différentes étapes dans le parcours diagnostique de la MP, du 1er symptôme à la mise en route du traitement médicamenteux.

Les objectifs secondaires étaient de répertorier les différents symptômes cliniques rapportés par les malades.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude quantitative, transversale et observationnelle à destination des médecins généralistes en cours d'exercice et installés en France.

Nous leur avons envoyé par voie électronique, de façon individuelle et collective, une lettre d'invitation pour répondre à un questionnaire en ligne issu de Limesurvey®. Un lien et un QR code menant au questionnaire se trouvait dans cette lettre.

Le médecin généraliste a répondu au questionnaire à l'aide de son logiciel métier. Un tutoriel a expliqué au début du questionnaire comment le compléter.

Ce questionnaire numérisé et standardisé était anonyme, et se composait de deux parties. La première sur les données socio-démographiques du médecin généraliste, la deuxième sur les données socio-démographiques et médicales du patient. Cette seconde partie se répétait pour que le médecin puisse inclure plusieurs patients.

Nous avons notamment élaboré une partie de ce questionnaire à partir de tous les symptômes répertoriés dans le Well Being Parkinson Map.⁸

Le médecin a inclus de façon rétrospective ses patients atteints de Maladie de Parkinson, y compris les patients décédés. Il a repris chaque dossier de ces patients pour renseigner dans notre e-CRF (questionnaire) :

- Les dates de ses observations médicales concernant les premiers symptômes ressentis par le patient ;
- La date à laquelle le médecin a évoqué la maladie de Parkinson ;
- La date à laquelle le médecin a adressé le patient au neurologue.

Le médecin a regardé dans les courriers :

- La date à laquelle le patient a eu son 1er rendez-vous avec le neurologue ;
- La date de son imagerie cérébrale (DATSCAN / IRM / FluoroDopa) ;
- La date de l'instauration d'un traitement anti-parkinsonien ;
- Et la date du dernier rendez-vous avec le neurologue.

Nous avons effectué pour notre étude une analyse descriptive univariée. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de fréquence (pourcentage).

L'ensemble des analyses et le calcul des délais moyens a été réalisé sur R version 4.4.1 et sa console Rstudio version 2024.09.0. Les valeurs manquantes ont été exclues des calculs de délais.

L'étude a été exonérée de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où les consignes suivantes ont été respectées

:

- Information des personnes par une mention d'information au début du questionnaire ;
- Respect de la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey® mis à disposition par l'Université de Lille ;
- Garantie que seuls l'investigateur et la directrice de thèse ont accès aux données ;
- Suppression de l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

La diffusion du questionnaire a commencé le 22 mars 2023, elle s'est achevée le 31 mars 2024. Le recueil de données a duré un an et 9 jours.

Résultats

I. Caractéristiques sociodémographiques des MG

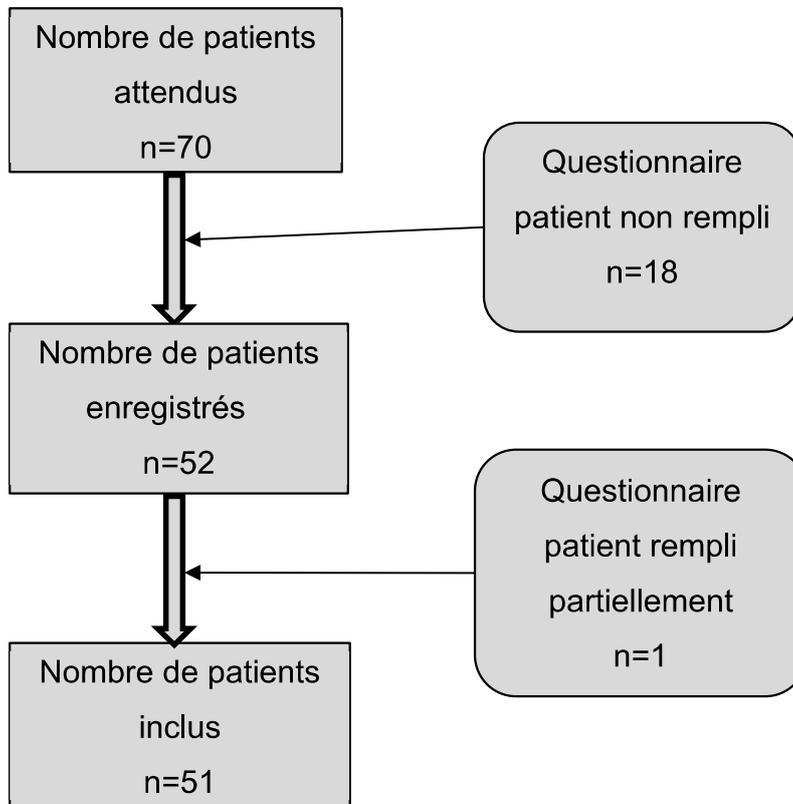
Les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes participants sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des 20 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques (n=20)	Nombre de MG (n)	Pourcentages (%)
Genre		
Féminin	7	35%
Masculin	13	65%
Milieu d'exercice		
Rural	2	10%
Semi rural	8	40%
Urbain	10	50%
Distance 1er neurologue le plus proche		
<5 km	8	40%
Entre 5 et 10 km	7	35%
Entre 10 et 20 km	3	15%
Entre 20 et 50 km	2	10%
Plus de 50 Km	0	0%
Distance du 1er centre expert MP ou CHU		
<5 km	4	20%
Entre 5 et 10 km	0	0%
Entre 10 et 20 km	0	0%
Entre 20 et 50 km	3	15%
Plus de 50 Km	13	65%
Antécédents personnels/familiaux/connaissance de MP		

Oui	2	10%
Non	18	90%
Formation complémentaire MP		
Oui	6	30%
Non	14	70%
Nombre de personnes ayant une MP (PcP) dans la patientèle		
0	1	5%
1	4	20%
2	2	10%
3	4	20%
4	3	15%
5	1	5%
6	0	0%
7	1	5%
8	1	5%
9	0	0%
10	3	15%
Temps d'installation du MG		
Durée moyenne (années)	13,8	
Valeurs extrêmes (années)	2 à 37	
Âge du MG		
Durée moyenne (années)	44.4	
Valeurs extrêmes (années)	31-66	
Patientèle du MG		
Moyenne (années)	1500	
Médiane (années)	1374	
Valeurs extrêmes (années)	744-2800	
Nombre de personnes ayant une MP (PcP) à présenter		
Moyenne (n)	3,5	
Médiane (n)	2,5	
Valeurs extrêmes (n)	0-10	
Total (n)	70	

II. Flow Chart



Deux tiers des médecins interrogés (n=13) étaient des hommes.

L'exercice professionnel des médecins se concentre majoritairement (n=18) en zones urbaines et semi-urbaines, à proximité d'un neurologue mais à distance des centres de référence pour la MP et des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Dans 90 % des cas (n=18), les médecins interrogés ne rapportaient aucun antécédent personnel ou familial de maladie de Parkinson.

Une majorité des répondants (n=14) ne disposait pas d'une formation spécifique en matière de prise en charge de la MP.

Le nombre médian de patients atteints de la MP suivis par les médecins interrogés était de trois, pour une patientèle moyenne de 1 500 patients.

L'âge moyen des médecins était de 44 ans, avec une ancienneté moyenne dans la profession de 13,8 ans.

III. Caractéristiques sociodémographiques des PcP

Les caractéristiques sociodémographiques des PcP étudiées sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques⁹ de la population étudiée (personnes ayant une MP)

Caractéristiques (n=51)	Nombre de patients (n)	Pourcentages (%)
Genre		
Féminin	18	35%
Masculin	33	65%
Profession		
Agriculteurs sur moyenne exploitation (de 20 à 40 hectares équivalent-blé et activités assimilées) (12)	9	18%
Artisans (21)	1	2%
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise (37)	1	2%
Cadres de la fonction publique (33)	1	2%
Commerçants et assimilés (22)	2	4%
Employés administratifs d'entreprise (54)	2	4%
Employés civils et agents de service de la fonction publique (52)	3	6%

Employés de commerce (55)	2	4%
Ouvriers non qualifiés de type industriel (67)	6	12%
Ouvriers qualifiés de type artisanal (63)	1	2%
Ouvriers qualifiés de type industriel (62)	4	8%
Personnels des services directs aux particuliers (56)	1	2%
Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés (42)	1	2%
Professeurs, professions scientifiques (34)	1	2%
Professions de l'information, des arts et des spectacles (35)	1	2%
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique (45)	1	2%
Professions intermédiaires de la santé et du travail social (43)	1	2%
Techniciens (47)	2	4%
Non classable	8	16%
Autres (femme au foyer)	3	6%
Antécédents familiaux de la maladie de Parkinson		
Oui	8	16%
Non	43	84%

IV. Résultats secondaires de l'étude

Le Tableau 3 ci-dessous détaille la diversité des premiers symptômes rapportés par les patients à leur médecin généraliste.

Tableau 3 : Les premiers symptômes constatés par le patient

Répartition des 1ers symptômes constatés par le patient (n=51)	Pourcentage (%)	n
Troubles de la mobilité	88	45
Tremblements	71	32
Lenteur dans les mouvements	53	24
Raideur matinale	40	18
Mouvement réduit	29	13
Pertes d'équilibre	22	10
Sensation de pieds collés	16	7
Troubles de la mobilité	13	6
Modification de l'humeur	45	23
Variation de l'humeur dans la journée, sensation anxiété/angoisse/panique	57	13
Sentiment de dépression	52	12
Perte d'envie	43	10
Perte d'intérêt	39	9
Troubles de la mémoire et de l'attention	24	12
Difficultés de concentration	67	8
Oubli des faits récents	58	7
Perte du fil de la conversation	25	3
Difficultés à se souvenir des noms/chiffres/événements.	17	2
Troubles du sommeil	20	10
Réveils nocturnes fréquents	70	7
Difficultés d'endormissement	60	6

Difficultés à se rendormir	50	5
Besoin incessant de bouger ses jambes	30	3
Réveil matinal précoce	20	2
Sommeil perturbé par des changements de position	20	2
Symptômes douloureux	18	9
Douleurs cervicales/lombaires	67	6
Raideurs douloureuses dans la journée ou dans la main	56	5
Contractions douloureuses au réveil	22	2
Douleurs à type brûlure/fourmillement/en étau	22	2
Symptômes digestifs	16	8
Constipation	88	7
Maux d'estomac	13	1
Excès de salive	13	1
Autres symptômes	12	6
Trouble de l'odorat et du goût	33	2
Fatigue inexplicable dans la journée	33	2
Étourdissement/tête qui tourne lors du lever	17	1
Dévalorisation	17	1
Troubles de la fonction vésicale et sexuelle	10	5
Libido modifiée	60	3
Difficulté à avoir des rapports sexuels	60	3
Envie pressante d'aller uriner	40	2
Se lève la nuit pour aller uriner	40	2

1. Signes cliniques constatés à l'examen

Le tableau 4 distingue les symptômes moteurs et non-moteurs répertoriés dans les dossiers médicaux.

Tableau 4 : Les signes constatés à l'examen clinique par le MG.

Signes cliniques constatés à l'examen clinique par le MG (n=51)	Pourcentage (%)	n
Signes moteurs	98	50
Tremblement de repos	78	39
Raideur	64	32
Akinésie	60	30
Ralenti de la marche	44	22
Dysarthrie	18	9
Freezing/festination	14	7
Instabilité posturale	8	4
Hypomimie	2	1
Hémi-parésie gauche	2	1
Tremblement des lèvres	2	1
Signes non moteurs	65	33
Syndrome anxio dépressif/apathie	73	24
Constipation	21	7
Perte de poids	18	6
Cauchemars	15	5
Syndrome des jambes sans repos	15	5
Syndrome dysexécutif/démence	15	5
Urgenturie	6	2
Dysrégulation thermique	6	2
Hypotension artérielle orthostatique	6	2
Nycturie	6	2
Hyposmie	3	1
Psychose	3	1
Dysesthésie	3	1

2. Les examens complémentaires

Dans 31% des cas (n=16), le MG a demandé des examens complémentaires, parmi ces examens :

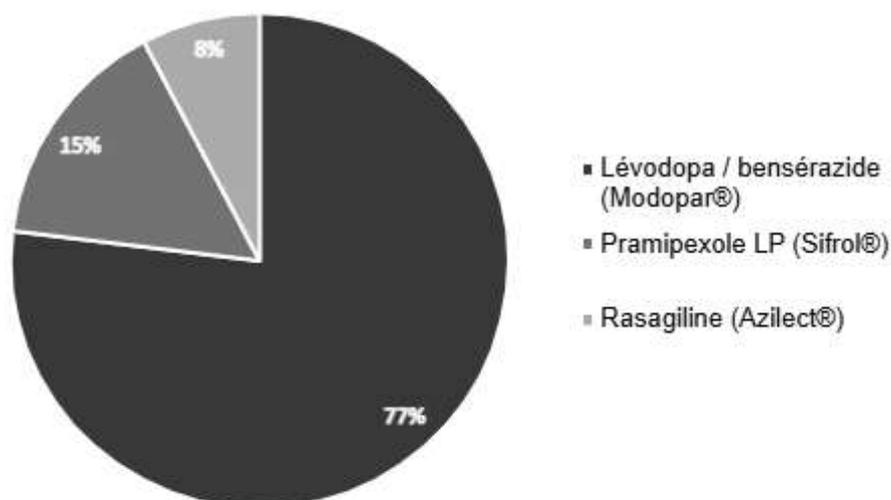
- 88% (n=14) étaient l'IRM,
- 6% (n=1) étaient le DATSCAN et un examen de biologie sanguine.

3. Traitement médicamenteux

Les MG ont instauré un traitement pour 27% (n=13) des patients.

La figure 1 ci-dessous montre les 1ères prescriptions du MG.

Figure 1 : 1ère prescription du médecin généraliste n=13



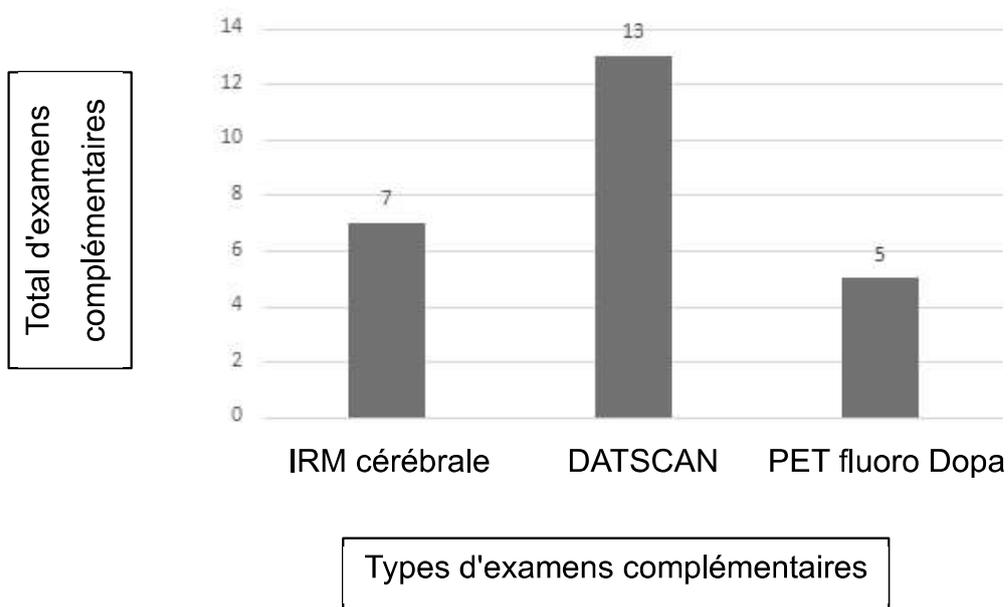
4. Hypothèse diagnostique

Concernant l'hypothèse diagnostique initiale évoquée par le MG, celle –ci, **a été confirmée par le neurologue pour 70% (n=40) des patients.**

Dans 85% des cas (n=34), le neurologue a instauré un traitement.

Le neurologue a demandé des examens complémentaires pour 37% des patients (n=19). La figure 2 ci-dessous montre les examens complémentaires.

**Figure 2 : Les examens complémentaires demandés par le neurologue
n=25**



V. Résultats principaux de l'étude

Les figures suivantes illustrent les différents délais des étapes du parcours diagnostique de la MP, du premier symptôme rapporté par le patient jusqu'à la primo prescription du médicament.

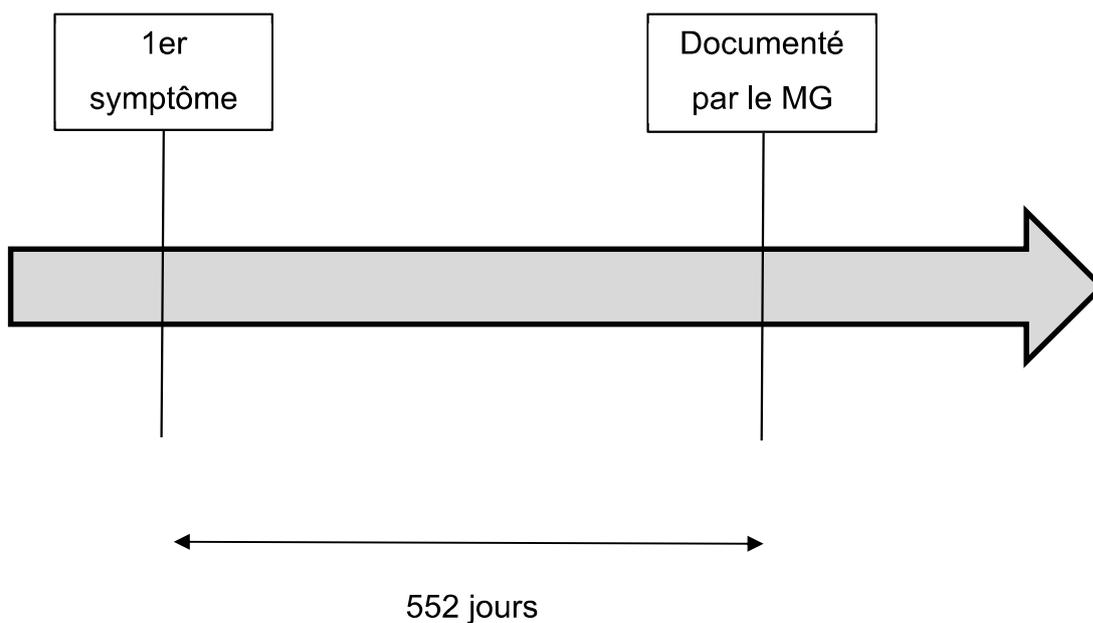
L'âge moyen de début des premiers symptômes était de 66,3 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 97 ans.

1. Délai entre le premier symptôme rapporté par le malade, documenté par le MG dans le dossier médical

Le délai médian est de 30 jours. La moyenne est de 552 jours

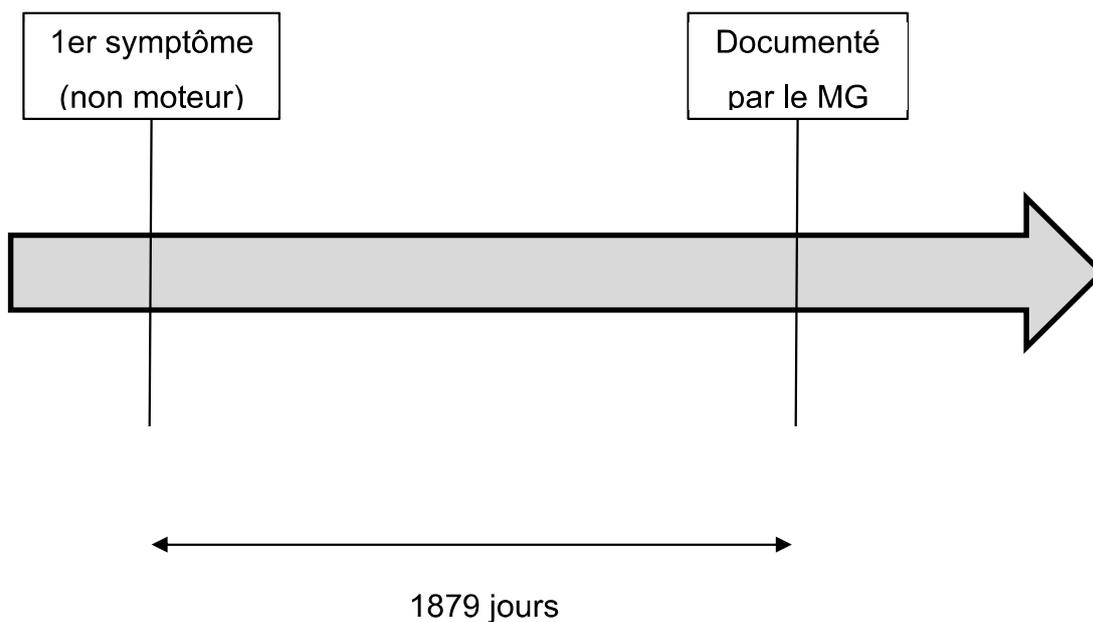
La figure 3 ci-dessous montre la moyenne de ce délai avec tous symptômes confondus.

Figure 3 : Délai moyen entre les premiers symptômes rapportés par le malade et leur documentation par le médecin généraliste



La figure 4 ci-dessous montre ce délai moyen avec les symptômes non moteurs.

Figure 4 : Le délai engendré par les patients avant de parler de leurs symptômes non-moteurs à leur MG



2. Délai entre la documentation des premiers symptômes par le MG et la suspicion de MP

Le délai moyen est de 66 jours. Le délai maximal est de 1586 jours.

3. Délai entre la suspicion de MP et l'instauration du traitement par le médecin généraliste

Le délai moyen est de 196 jours.

4. Délai entre la suspicion de MP par le MG et l'adressage au neurologue.

Le délai moyen est de 93 jours.

Les figure 5 et 6 ci-dessous montrent ces délais avec tous symptômes confondus et avec les symptômes moteurs.

Figure 5 : Délai moyen entre la suspicion de MP (tous symptômes) par le MG et l'adressage du neurologue

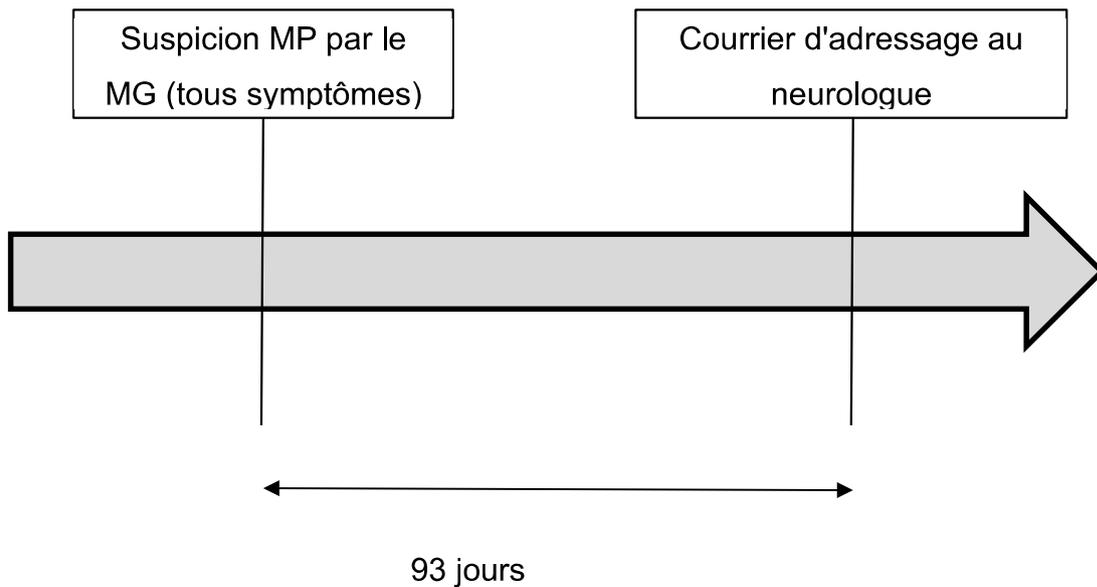
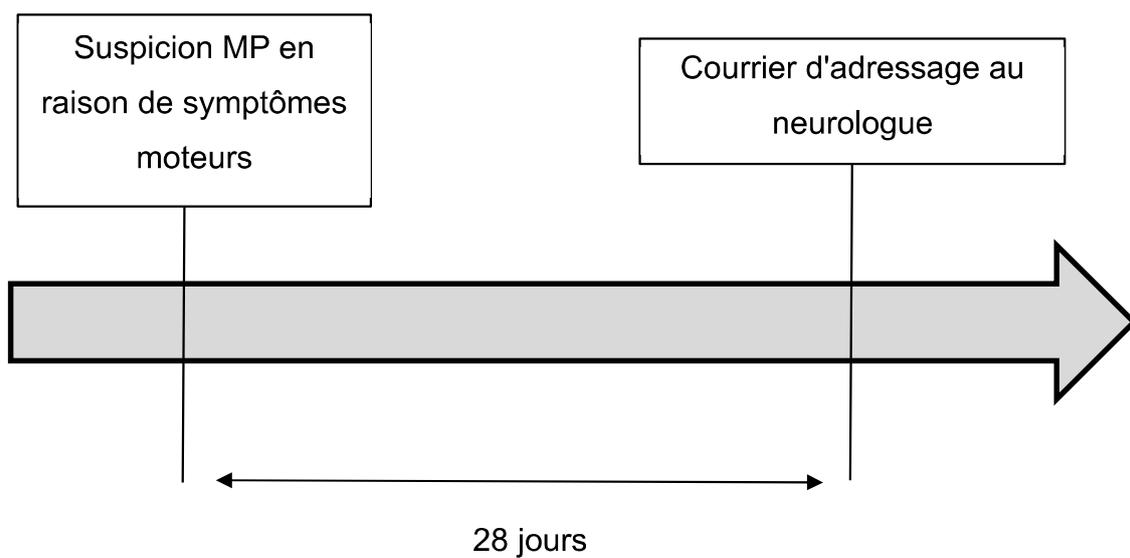


Figure 6 : Délai moyen entre la suspicion de MP et le courrier d'adressage au neurologue en raison de symptômes moteurs

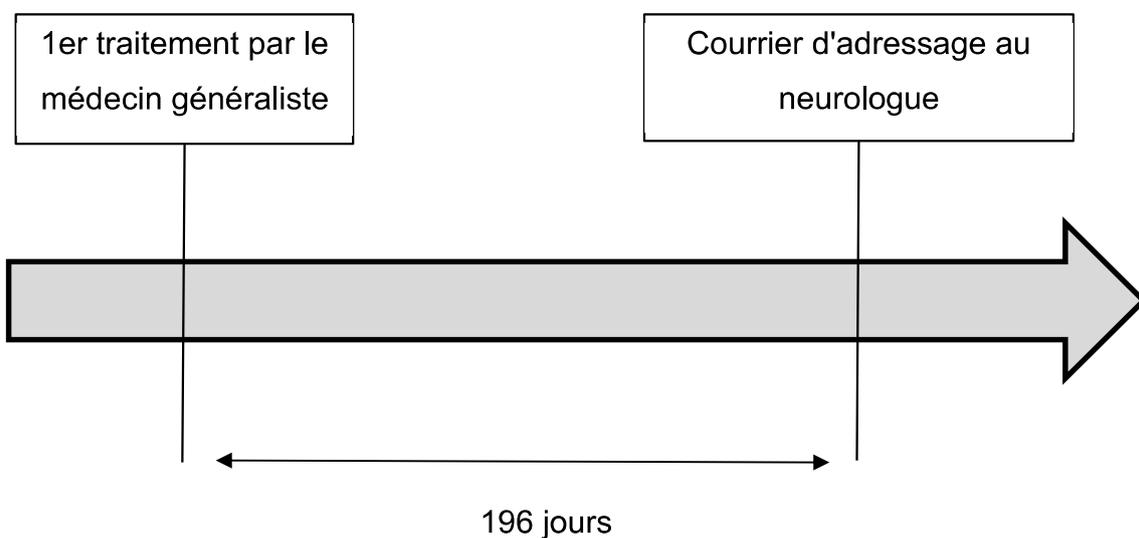


5. Délai entre la mise en place du traitement par le médecin généraliste et l'adressage du neurologue.

Le délai moyen est de 196 jours.

La figure 7 montre ce délai.

Figure 7 : Délai de recul entre l'instauration du 1er traitement par le MG et la rédaction du courrier d'adressage pour le neurologue



6. Délai moyen entre l'adressage et la 1ère consultation du neurologue

Le délai moyen est de 114 jours. La médiane est de 53.5 jours.

7. Délai moyen entre la 1ère consultation du neurologue et les examens complémentaires

Le délai moyen est de 140 jours. La médiane est de 29 jours.

8. Délai moyen entre la 1ère consultation et la dernière consultation du neurologue

Le suivi moyen est de 1163 jours. La médiane est de 323.

9. Délai moyen entre la 1ère consultation et la mise en place du traitement par le neurologue

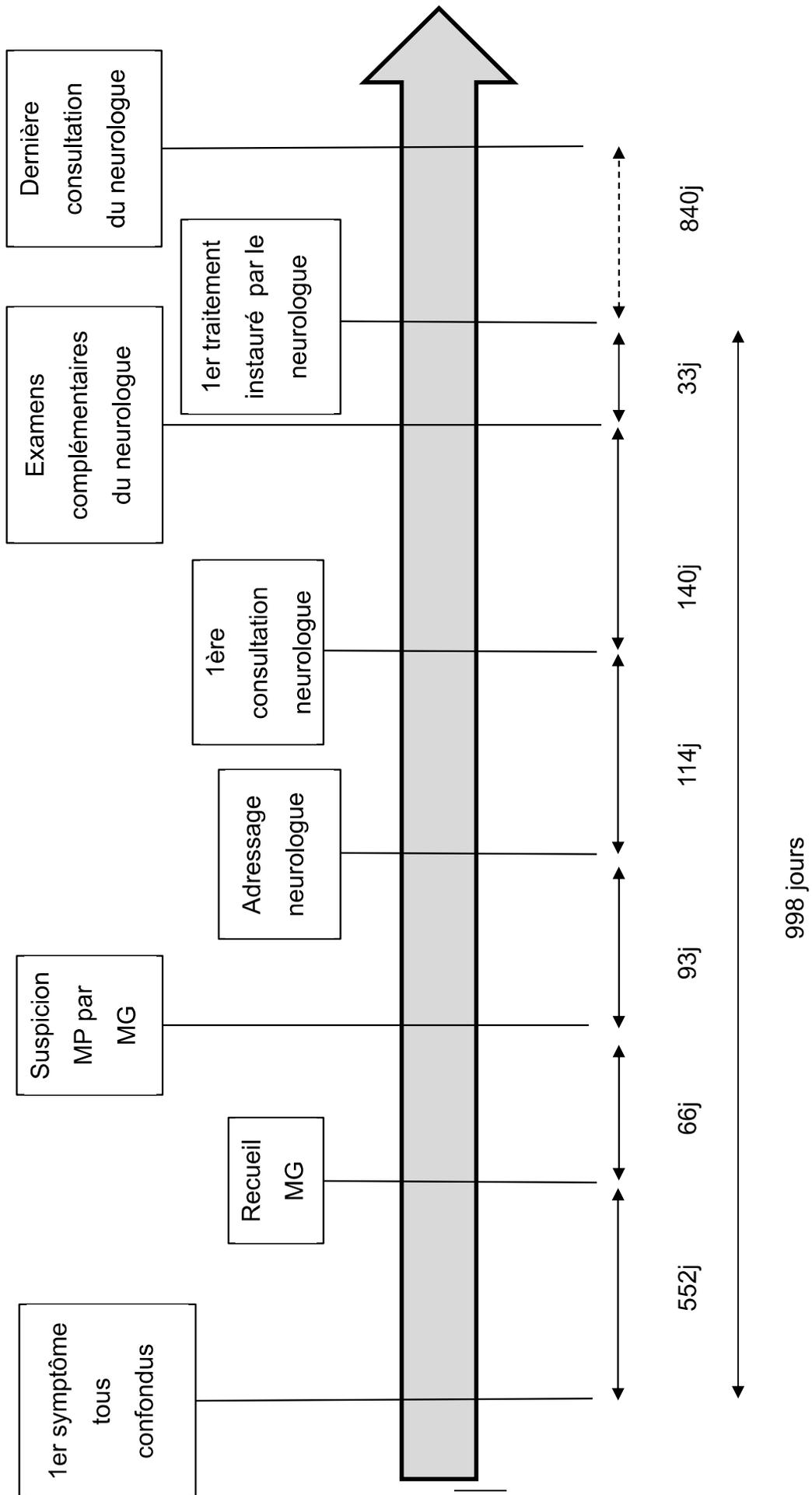
Le délai moyen est de 5.86 jours. La médiane est de 0.

10. Délai moyen entre les examens et la mise en route des traitements par le neurologue

Le délai moyen est de 33 jours. La médiane est de -9 jours.

La figure 8 ci-dessous résume le parcours diagnostique moyen des 1ers symptômes du patient jusqu'au suivi par le neurologue.

Figure 8 : Délai moyen des premiers symptômes tous confondus ressentis par le patient jusqu'au 1er traitement par le neurologue après examens complémentaires.

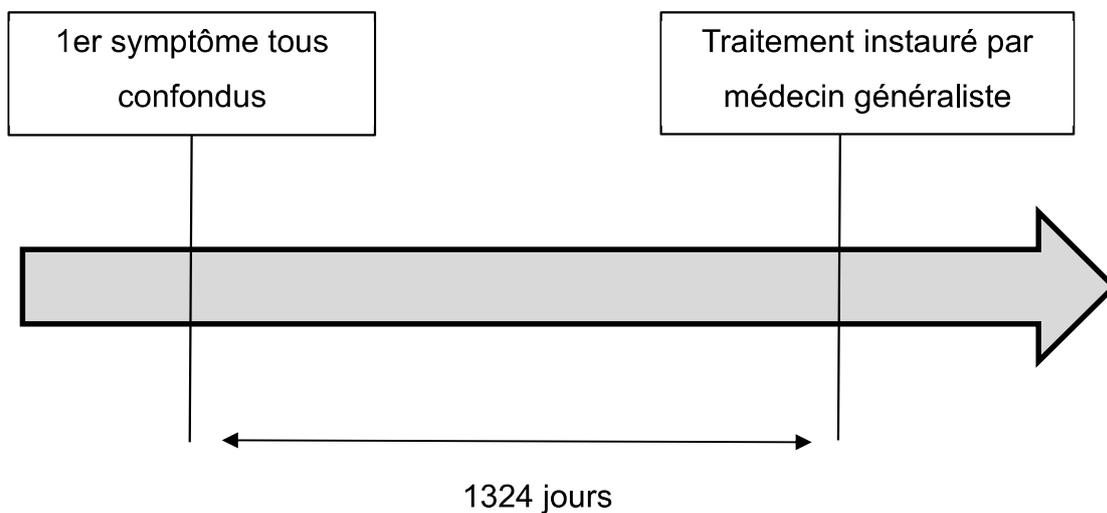


11. Délai moyen entre les premiers symptômes et la mise en place du traitement par le médecin généraliste

Le délai moyen est de 1324 jours. La médiane est de 121 jours.

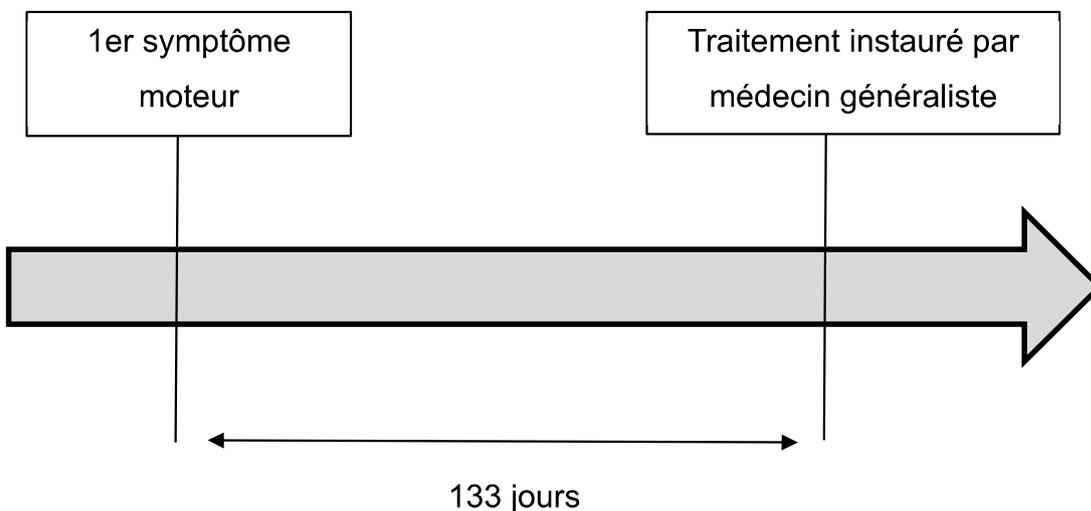
Les figures 9 et 10 ci-dessous montrent ce délai moyen avec tous symptômes confondus et avec les symptômes moteurs.

Figure 9 : Délai moyen entre les premiers symptômes, tous confondus, et la mise en place du traitement par le médecin généraliste.



En excluant les symptômes non moteurs, le délai moyen passe à 133 jours

Figure 10 : Délai moyen entre les premiers symptômes moteurs et la mise en place du traitement par le médecin généraliste.

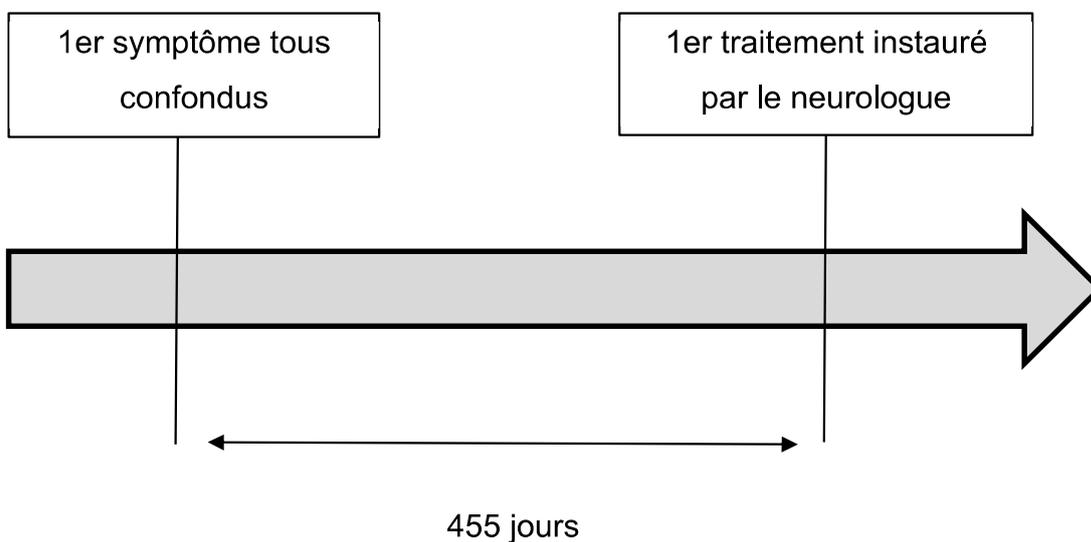


12. Délai moyen entre les premiers symptômes et la mise en place du traitement par le neurologue

Le délai moyen est de 455 jours. La médiane est de 243 jours

La figure 11 ci-dessous montre ce délai.

Figure 11 : Délai moyen entre les premiers symptômes tous confondus et la mise en place du traitement par le neurologue.



Le tableau 5 ci-dessous compare le délai moyen de mise en route du 1er traitement anti parkinsonien depuis les 1ers symptômes tous confondus entre le MG et le neurologue.

Tableau 5 : Délai d'instauration du traitement médicamenteux des MG et des neurologues.

Délai en jours	Médecin généraliste	Neurologue
Instauration du traitement depuis les 1ers symptômes tous confondus	1324	455

13. Délai moyen entre la mise en route du traitement et la dernière consultation du neurologue

La moyenne est de 1739 jours. La médiane est de 880 jours.

Discussion

Notre étude a révélé une prévalence de la maladie de Parkinson de 65% chez les hommes (n=33), en accord avec les données nationales qui rapportent un risque 1,5 fois supérieur chez les hommes par rapport aux femmes.⁶

Notre étude a révélé une surreprésentation des agriculteurs (n=12) 18% et des ouvriers non qualifiés (n=6) 12% parmi les patients atteints de la MP. Les femmes au foyer constituaient également une part importante de notre échantillon. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature qui soulignent le rôle des expositions professionnelles aux produits chimiques et phytosanitaires comme facteurs de risque de la MP.⁷

La prévalence des antécédents familiaux de MP dans notre cohorte (16%) était cohérente avec les données nationales, qui rapportent une prévalence allant de 10 à 15 %.⁷

Environ un tiers des patients (n=13) ont eu des examens complémentaires prescrits par le MG.

L'IRM cérébrale a été demandée par les MG pour élimination de diagnostic différentiel comme la sclérose en plaques.

Six pourcent (n=1) des PcP ont bénéficié d'un DATSCAN prescrit par le MG. Ce chiffre peut expliquer le fait que la précision globale d'un diagnostic clinique de MP est très élevée et mathématiquement identique à la précision de l'imagerie DATSCAN et qu'il n'est nécessaire qu'en cas de suspicion de MP peu probable.¹⁰

Une étude prospective d'une série de cas a montré un impact significatif de l'imagerie DATSCAN sur la prise de décision clinique dans la MP cliniquement incertaine. Les patients présentaient des symptômes subtils précoces, une réponse sous-optimale à la lévodopa, un tremblement d'action important, un syndrome parkinsonien induit par les médicaments et des patients présentant d'autres manifestations cliniques de Parkinson moins courantes. Ils ont également constaté

que l'imagerie DATSCAN était utile chez des patients PcP atteints depuis 3 à 5 ans, sans modification clinique ou apparente, sans fluctuation motrice, afin de déterminer s'il y avait une dégénérescence dopaminergique de la voie nigrostriatale.¹⁴

Le diagnostic de maladie de Parkinson, suspecté par les médecins généralistes, a été confirmé par les neurologues chez 70% des 40 patients, validant ainsi l'hypothèse initiale dans une large proportion de cas.

Nous avons pu voir à travers ces résultats que le délai diagnostic et l'instauration du traitement sont retardés avec les symptômes non moteurs.

Les symptômes non moteurs, souvent isolés et peu spécifiques, peuvent être facilement négligés ou attribués à d'autres causes. L'identification de l'apparition de ces symptômes en combinaison doit alerter le praticien et l'inciter à explorer l'hypothèse diagnostique. Contrairement aux signes non moteurs invisibles, les symptômes moteurs sont plus facilement repérables car plus visibles.

Les patients peuvent minimiser ou nier l'importance de ces symptômes non moteur, ce qui retarde la consultation médicale et le diagnostic. L'analyse des dossiers médicaux antérieurs est cruciale pour identifier des symptômes précoces qui, pris isolément, n'auraient pas éveillé de suspicion.

Le délai moyen entre la suspicion de MP et le courrier d'adressage au neurologue pour les symptômes moteurs est raccourci de 28 jours. Il est probablement plus simple dans la pratique courante de repérer des symptômes moteurs qui sont visibles ou rapportés par les proches.

L'analyse rétrospective du dossier médical, grâce à sa reprise, permet d'identifier des tendances et des évolutions qui pourraient avoir été moins apparentes lors de consultations ponctuelles. Le médecin généraliste est en première ligne pour repérer ces combinaisons de symptômes et orienter le patient vers un neurologue, spécialiste de la MP.

Nous pouvons voir que les médecins généralistes suspectent d'emblée une MP avec des symptômes moteurs.

Pour certains médecins, il faut un certain temps d'observation d'évolution des symptômes pour évoquer une MP. Deux participants étaient formés à la maladie, ce qui a permis un gain de temps considérable lorsque les symptômes non moteurs prédominaient.

Une étude récente a permis de mettre en valeur le défi de ces symptômes non visibles (non moteurs). Les signes de constipation et de troubles du sommeil peuvent apparaître 15 ans avant la triade parkinsonienne (tremblements de repos, rigidité plastique, akinésie), qui elle, est repérée très rapidement par les médecins.¹¹

Chez les personnes âgées atteintes de comorbidités, la décision d'instaurer un traitement pour la MP doit être prise avec précaution, en pesant les bénéfices potentiels sur la qualité de vie et les risques liés aux effets secondaires. Cela a également été un impact dans les délais d'instauration de 1er traitement.

Les MG suspectant une MP, adressent souvent d'emblée au neurologue.

Nous pouvons voir que le médecin généraliste peut suivre l'évolution des symptômes sous traitement dopaminergique avant de décider d'une éventuelle orientation vers un neurologue.

Le délai moyen entre l'adressage et la 1ère consultation du neurologue peut dépendre des difficultés d'accès au neurologue.

Il peut également dépendre du déni des patients à aller consulter le neurologue. Le non-recours des malades, le déni du diagnostic ou de l'hypothèse diagnostique du malade peut entraîner un non-recours délibéré aux soins, en l'occurrence, l'orientation du neurologue.

Le déni peut dans certains cas aider une personne à faire face aux différentes étapes de la maladie et du traitement. Dans d'autres situations, il peut entraîner un

retard dans la recherche d'un traitement, une adhésion altérée et une autogestion réduite, entraînant des résultats indésirables.¹²

Le déni est un mécanisme de défense qui doit être respecté par les acteurs du parcours de soin.

Enfin, les généralistes bien formés à la maladie sollicitent directement leur réseau de neurologue et obtiennent plus rapidement un rendez-vous.

Cela souligne l'importance de l'exercice interdisciplinaire et interprofessionnel pour fluidifier le parcours des PcP.

Les examens complémentaires du neurologue peuvent rallonger le temps de latence d'instauration du traitement médicamenteux.

Délai moyen entre les premiers symptômes et la mise en place du traitement par le médecin généraliste peut être réduit par une formation complémentaire sur la MP

Une étude transversale des connaissances et des pratiques en matière de prise en charge des patients PcP auprès des médecins généralistes exerçant en cabinet public a montré qu'ils étaient moins à l'aise à initier un traitement contre la MP par rapport à des gériatres. En revanche, l'initiation du traitement substitutif de la dopamine augmentait au fil des années d'expériences du MG.¹³

I. Les forces de l'étude

Une des forces de cette étude est son originalité. Avec une approche chronologique du parcours diagnostique dans son ensemble, initié par le MG.

Nous avons une vision globale du parcours diagnostique afin d'analyser les différentes étapes des démarches diagnostiques et thérapeutiques.

Les MG ayant rempli le questionnaire ont joué le jeu et ont recruté beaucoup de patients.

Il y a eu également une multiplication des ressources de recrutement (collège des enseignants, URPS, individuelle, bouche à oreille)

Le questionnaire a été envoyé à des MG uniquement, acteurs du premier recours en cas d'apparition de symptômes moteur et/ou non moteur évocateurs de MP.

II. Les limites de l'étude

L'échantillon n'est pas représentatif mais on ouvre une perspective de recherche sur le délai diagnostic.

Le questionnaire, bien que rempli par des professionnels de santé, et que nous ayons tenté de le standardiser au possible, reste déclaratif. Chaque MG est responsable de la bonne tenue du dossier médical de ses patients et de son authenticité.

Peu de MG ont rempli totalement leur questionnaire, les données disponibles sont limitées en raison du temps que prenait à remplir le questionnaire. Il fallait en effet ouvrir un nouveau questionnaire pour chaque patient, cela prenait environ 15 minutes par patient. Les MG ont fait le choix de pas continuer le questionnaire. Néanmoins, elles offrent une perspective unique sur le délai diagnostic et les différents symptômes, qui n'a pas été exploré auparavant.

Les 20 MG investigateurs se sont initialement engagés à inclure 70 dossiers, finalement, uniquement 51 dossiers ont été collectés. Il faut rappeler que cette étude était basée sur une participation non rémunérée.

Nous pouvons également imaginer que des MG investigateurs ont fait le choix de ne finalement pas inclure de leur dossier en raison de données insuffisantes.

Conclusion

Cette étude confirme notre hypothèse initiale, que le parcours diagnostique de la MP entraîne des délais considérables. De la première étape du parcours, à la fois entre les différentes étapes vers le diagnostic même, mais aussi jusqu'à l'instauration d'un traitement médicamenteux.

Les symptômes précoces non spécifiques de la MP, la constatation de ces signes cliniques par le praticien, les difficultés d'accès pour consulter un neurologue et les examens complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic de MP, peuvent induire un retard diagnostique de 3 ans et retarder la prise en charge ultérieure.

L'hypothèse diagnostique de MP des MG a été confirmée par les neurologues la plupart du temps.

Il faut poursuivre les efforts de la formation des MG entre pairs. Cela permettra une fluidification du parcours de soins et une réduction des délais.

Références bibliographiques

1. [En ligne]. Statistics | Parkinson's Foundation; [cité le 29 janv 2024]. Disponible: <https://www.parkinson.org/understanding-parkinsons/statistics>
2. Laure Carcaillon-Bentata, Alexis Elbaz & Frédéric Moisan. Épidémiologie de la maladie de Parkinson, données nationales. 10 avr 2018; Disponible: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/8-9/pdf/2018_8-9.pdf
3. Bayen S, Devos D, Messaadi W, Moreau C, Defebvre L, Tilly-Dufour A, Messaadi N. Pas à pas : diagnostic précoce et suivi de la maladie de Parkinson en médecine générale. déc 2020; Disponible: https://www.exercer.fr/full_article/1596
4. Plouvier AOA, Hameleers RJMG, van den Heuvel EAJ, Bor HH, Olde Hartman TC, Bloem BR, et al. Prodromal symptoms and early detection of Parkinson's disease in general practice: a nested case-control study. Fam Pract. août 2014;31(4):373-8.
5. Isaacson JR, Brillman S, Chhabria N, Isaacson SH. Impact of DaTscan Imaging on Clinical Decision Making in Clinically Uncertain Parkinson's Disease. J Parkinsons Dis. 2021;11(2):885–9.6. Santé Publique France. Maladie de Parkinson [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladie-de-parkinson/donnees/#tabs>
7. Quelles sont les causes de la maladie de Parkinson ? [Internet]. France Parkinson. [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://www.franceparkinson.fr/comprendre-la-maladie-de-parkinson/quelles-sont-les-causes-de-la-maladie-de-parkinson/>
8. Parkinson's Well-Being Map™ FR | UCB [Internet]. [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://www.ucb.com/patients/Support-tools/Parkinson-s-Well-Being-Map/well-being-map/fr>
9. Télécharger les fichiers de la PCS 2020 | Insee [Internet]. [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/information/6051913>
10. Fuente-Fernández R de la. Role of DaTSCAN and clinical diagnosis in Parkinson disease. Neurology [Internet]. 2012 Mar 6 [cited 2023 Feb 23];78(10):696–701. Available from: <https://n.neurology.org/content/78/10/696>
11. E T, A G, Sw S, W P. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. The Lancet Neurology [Internet]. 2021 May [cited 2024 Oct 7];20(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33894193/>
12. Patierno C, Fava GA, Carrozzino D. Illness Denial in Medical Disorders: A Systematic Review. Psychother Psychosom. 2023;92(4):211–26.
13. Lim ICZY, Saffari SE, Neo S. A cross-sectional study of knowledge and practices in the management of patients with Parkinson's disease amongst public practice-based general practitioners and geriatricians. BMC Health Services Research [Internet]. 2022 Jan 20 [cited 2023 Feb 19];22(1):91. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07503-7>

Annexes

I. Annexe 1 : Lettre d'invitation à participer au questionnaire




Votre aide nous est précieuse !

Nous vous sollicitons pour répondre à notre questionnaire en ligne sur
la chronologie du parcours diagnostique dans la maladie de Parkinson (MP) !

Chers confères, chers amis,

Nous souhaitons réaliser une étude rétrospective auprès des médecins généralistes installés, afin d'apprécier **l'intervalle de temps entre les différentes étapes menant au diagnostic de la maladie de Parkinson.**

Les objectifs secondaires sont de réduire l'errance de parcours diagnostique, réduire le délai de diagnostic et les pertes de chance liées à son retard, et d'anticiper l'évolution de la MP par des moyens thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux.

Pour cela, je vous invite à vous plonger dans vos dossiers pour découvrir, et redécouvrir, vos patients tout en répondant au questionnaire.

Nous apprécions grandement le temps que vous allez consacrer en répondant au questionnaire, que vous trouverez ci-dessous.



<http://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/147181?lang=fr>

Nous vous remercions chaleureusement pour votre investissement auprès de la population atteint de la maladie de Parkinson, et à leurs proches.

Bien confraternellement,

Xavier et Sabine



Xavier LAGON





Sabine BAYEN

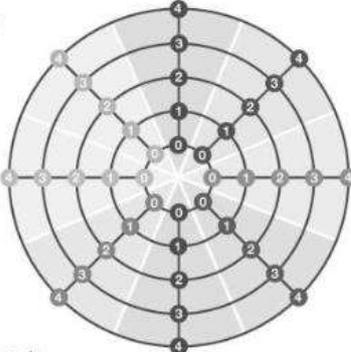


II. Annexe 2 : Le Parkinson's Well-Being Map™

Le Parkinson's Well-Being Map™

À l'aide de l'échelle de cotation de 0 à 4, évaluez uniquement la fréquence de survenue des symptômes qui vous concernent dans les cases correspondantes : ① Jamais ② Occasionnellement ③ Parfois ④ Souvent ⑤ Toujours

DATE :
(jour/mois/année)
.....

<p>Troubles du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à m'endormir le soir</p> <p><input type="checkbox"/> Je me réveille souvent la nuit</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai du mal à me rendormir une fois réveillé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Je me réveille tôt le matin, malgré moi</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai un besoin incessant de bouger les jambes durant la nuit, j'ai des impatiences dans les jambes</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des épisodes de somnolence à des moments inappropriés dans la journée</p> <p><input type="checkbox"/> Je parle et je bouge beaucoup dans mon sommeil</p> <p>Autre :</p> <p>Modification de l'humeur</p> <p><input type="checkbox"/> Je ressens une perte d'intérêt</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai plus envie de faire les choses que je faisais auparavant</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des variations de l'humeur dans la journée</p> <p><input type="checkbox"/> Je me sens anxieux(se), angoissé(e) ou paniqué(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Je me sens déprimé(e)</p> <p>Autre :</p> <p>Autres symptômes</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des étourdissements ou la tête qui tourne lorsque je me lève</p> <p><input type="checkbox"/> Je fais des chutes dues à des malaises/évanouissements</p> <p><input type="checkbox"/> Je présente un trouble de l'odorat/du goût</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai pris ou j'ai perdu du poids (sans le vouloir)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai une transpiration excessive</p> <p><input type="checkbox"/> Je vois des choses qui n'existent pas (personnage,...)</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis fatigué(e) dans la journée sans raison</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai du mal à respirer par moments</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai du mal à voir de près ou de loin, ou je vois double</p> <p>Autre :</p>	<p>Attention/Mémoire</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés de concentration</p> <p><input type="checkbox"/> Je perds le fil lors des conversations</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai tendance à oublier les faits récents</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à me souvenir des noms, des chiffres et des événements</p> <p>Autre :</p>  <p>Vessie et fonction sexuelle</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des envies pressantes d'aller uriner</p> <p><input type="checkbox"/> Je me lève la nuit pour aller uriner</p> <p><input type="checkbox"/> Ma libido s'est modifiée</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à avoir des rapports sexuels</p> <p>Autre :</p>	<p>Troubles digestifs</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à avaler</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai un excès de salive</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis constipé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Je souffre de diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des maux d'estomac</p> <p>Autre :</p> <p>Mobilité</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des raideurs le matin au réveil</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai l'impression d'avoir les pieds collés au sol</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des tremblements</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis lent(e) dans mes mouvements</p> <p><input type="checkbox"/> Mes mouvements sont réduits par moment</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des mouvements incontrôlés/involontaires (dyskinésies)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des pertes d'équilibre</p> <p><input type="checkbox"/> Je fais des chutes</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai tendance à pencher en avant ou sur le côté</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai du mal à parler, on me fait répéter</p> <p><input type="checkbox"/> Mon écriture est devenue plus petite</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à boutonner mes vêtements</p> <p>Autre :</p> <p>Douleurs</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des contractions douloureuses le matin au réveil dans le pied ou la main</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des raideurs douloureuses des membres dans la journée et/ou la nuit</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des douleurs à type de brûlures ou de fourmillements, ou en étau</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des douleurs de type décharge électrique dans les membres</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des douleurs lombaires ou cervicales (cou, épaules)</p> <p>Autre :</p>
--	---	---

III. Annexe 3 : Attestation d'exonération de déclaration sur la protection des données



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Chronologie du parcours diagnostique dans la maladie de Parkinson

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Sabine BAYEN
Interlocuteur (s) : M. Xavier LAGON

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 19 avril 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

IV. Annexe 4 : Questionnaire de thèse



Deux parties composent ce questionnaire: une partie concernant le médecin généraliste, l'autre partie concerne le patient et son parcours diagnostique dans la maladie de Parkinson.

Pour vous aider dans la première partie du questionnaire, il faut connaître le nombre de patient atteint de maladie de Parkinson ainsi que le nombre total de votre patientèle. NB : Les patients décédés sont également pris en compte.

Pour la deuxième partie, ouvrez votre Logiciel Métier, et pour chaque patient que vous rentrerez dans le questionnaire, cherchez dans l'historique de consultation, la date des premiers symptômes ressentis par le patient, la date de constatation de ces symptômes en consultation, la date d'adressage au neurologue, la date des examens d'imagerie, le 1er courrier du neurologue, le dernier courrier du neurologue.

NB : Vous pouvez à tout moment sauvegarder le questionnaire et le terminer plus tard

Partie A: Données socio démographiques du médecin généraliste investigateur

A1. Quel est votre genre ?

masculin
 féminin
 non binaire
 ne se prononce pas

A2. Quelle est votre année de naissance ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



A7. Avez-vous des antécédents personnels / familiaux de MP ou des connaissances ayant des antécédents de MP ?

Oui
Non
Ne souhaite pas répondre

A8. Avez-vous eu une formation complémentaire au sujet de la MP ?

Oui
Non

A9. Si oui, laquelle ?

DU
DIU
DPC
Autre

Autre

A10. Quel est le nombre total de votre patientèle ?



A11. Combien avez-vous de patients atteint de la MP dans votre patientèle ?

?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

A12. Combien de patients atteints de MP dans votre patientèle allez-vous présenter pour ce questionnaire ?

Attention, mettre la valeur "0" entraînera la fin du questionnaire, chaque valeur suivante entraînera le nombre de questionnaire correspondant à la même valeur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partie B: Patient 1

B1. Quel est le genre du patient ?

Masculin

Féminin

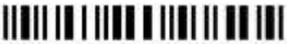
Non binaire



B2. Quelle est sa profession ? (si retraité, ancienne profession)

agriculteurs sur moyenne exploitation (de 20 à 40 hectares équivalent-blé et activités assimilées)	<input type="checkbox"/>
artisans	<input type="checkbox"/>
agriculteurs sur grande exploitation (40 hectares équivalent-blé et plus)	<input type="checkbox"/>
agriculteurs sur petite exploitation (moins de 20 hectares équivalent-blé)	<input type="checkbox"/>
cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	<input type="checkbox"/>
cadres de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
chauffeurs	<input type="checkbox"/>
chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	<input type="checkbox"/>
clerge, religieux	<input type="checkbox"/>
commerçants et assimilés	<input type="checkbox"/>
contremaîtres, agents de maîtrise	<input type="checkbox"/>
employés administratifs d'entreprise	<input type="checkbox"/>
employés civils et agents de service de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
employés de commerce	<input type="checkbox"/>
ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	<input type="checkbox"/>
ouvriers agricoles	<input type="checkbox"/>
ouvriers non qualifiés de type artisanal	<input type="checkbox"/>
ouvriers non qualifiés de type industriel	<input type="checkbox"/>
ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	<input type="checkbox"/>
ouvriers qualifiés de type artisanal	<input type="checkbox"/>
ouvriers qualifiés de type industriel	<input type="checkbox"/>
personnels des services directs aux particuliers	<input type="checkbox"/>
policiers et militaires	<input type="checkbox"/>
professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	<input type="checkbox"/>
professeurs, professions scientifiques	<input type="checkbox"/>
professions de l'information, des arts et des spectacles	<input type="checkbox"/>
professions intermédiaires administratives de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	<input type="checkbox"/>
professions intermédiaires de la santé et du travail social	<input type="checkbox"/>
<small>professions libérales</small>	<input type="checkbox"/>
techniciens	<input type="checkbox"/>

Autre <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="text"/>	
B11. Douleurs	
Contractions douloureuses le matin au réveil	<input type="checkbox"/>
Raideurs douloureuses des membres dans la journée ou la nuit	<input type="checkbox"/>
Douleurs à type de brûlures ou de fourmillements, ou en étau	<input type="checkbox"/>
Douleurs à type de décharge électrique dans les membres	<input type="checkbox"/>
Douleurs lombaires ou cervicales (cou, épaules)	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Autre <input type="text"/>	
B12. Vessie et fonction sexuelle	
Envie pressantes d'aller uriner	<input type="checkbox"/>
Se lève la nuit pour aller uriner	<input type="checkbox"/>
Sa libido s'est modifiée	<input type="checkbox"/>
Difficultés à avoir des rapports sexuels	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Autre <input type="text"/>	
B13. Modification de l'humeur	
Ressent une perte d'intérêt	<input type="checkbox"/>
N'a plus envie de faire les choses qu'il faisait auparavant	<input type="checkbox"/>
Variations de l'humeur dans la journée	<input type="checkbox"/>
Sentiment d'anxiété, angoisse, panique	<input type="checkbox"/>
Sentiment de dépression	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Autre <input type="text"/>	



B14. Autres symptômes

Etourdissement ou la tête qui tourne lorsqu'il se lève

Chutes dues à des malaises/évanouissements

Trouble de l'odorat/du goût

Prise ou perte de poids involontaire

Transpiration excessive

Voit des choses qui n'existent pas (personnage,...)

Sentiment de fatigue dans la journée sans raison

Sentiment de mal respirer par moments

Mauvaise vision de près ou de loin, voit double

Autre

Autre

B15. Quand ont été documentés les premiers symptômes du patient par vos soins ?

Regardez la date de votre observation où le patient vous évoque pour la première fois ses symptômes

B16. Quelle est la date à laquelle vous avez évoqué la MP ?

B17. Quels ont été les signes cliniques et symptômes constatés à l'examen clinique ?

En cliquant sur oui, une nouvelle question apparaîtra pour préciser ces signes cliniques

	Oui	Incertain	Non
Signes moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes non moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B18. Signes moteurs

Tremblement de repos

Raideur

Akinésie (lenteur des mouvements)

Troubles de la marche (ralentie)

Troubles de la marche, de l'équilibre, freezing de la marche, festination

Troubles de la parole (dysarthrie)

Autre <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="text"/>	
B22. Avez-vous instauré un traitement antiparkinsonien ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
B23. Lequel avez-vous instaurez parmi ceux les plus couramment prescrits ?	
Lévodopa / bensérazide (Modopar®)	<input type="checkbox"/>
Lévodopa + carbidopa (Sinemet®)	<input type="checkbox"/>
Pramipexole LP (Sifrol®)	<input type="checkbox"/>
Ropinirole LP (Requip®)	<input type="checkbox"/>
Rasagiline (Azilect®)	<input type="checkbox"/>
Entacapone (carbidopa + lévodopa) (Stalevo®)	<input type="checkbox"/>
Rotigotine (Neupro®)	<input type="checkbox"/>
Amantadine (Mantadix®)	<input type="checkbox"/>
Apomorphine (Apokinin®)	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
B24. Quelle est la date à laquelle vous avez instauré un médicament antiparkinsonien ?	<input type="text"/>
B25. Quelle est la date d'adressage au neurologue ?	<i>Date du premier courrier rédigé pour l'adressage du patient au neurologue</i>
	<input type="text"/>
B26. Quelle est la date du 1er rendez-vous avec le neurologue ?	<i>Regardez dans le premier courrier du neurologue la date de consultation avec celui-ci</i>
	<input type="text"/>

AUTEUR : Nom : LAGON

Prénom : Xavier

Date de Soutenance : 12/12/2024

Titre de la Thèse : Le parcours diagnostique de la maladie de Parkinson en Médecine Générale, du premier symptôme au diagnostic

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, parcours diagnostique, maladie de parkinson, chronologie

Résumé :

Contexte : La MP est une pathologie neurodégénérative qui entraîne un retard diagnostique important. Ce retard est lié à la non-spécificité des symptômes initiaux et à la complexité du parcours de soins. Notre étude vise à quantifier les différentes étapes de ce délai diagnostique et à identifier les facteurs qui l'influencent. En analysant les données de PcP, nous chercherons à déterminer le temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et l'instauration du traitement. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à améliorer la prise en charge des patients atteints de MP en favorisant un diagnostic plus précoce.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative, transversale et observationnelle auprès d'un échantillon de MG exerçant en France. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire numérisé et standardisé envoyé par email. Ce questionnaire, a permis de recueillir des informations détaillées sur les patients, telles que les dates clés du diagnostic et du suivi, ainsi que sur les symptômes ressentis. Les médecins ont été invités à renseigner ces données de manière rétrospective en consultant les dossiers de leurs patients. Afin de garantir la confidentialité des données, un serveur sécurisé Limesurvey® a été utilisé. La collecte des données s'est déroulée du 22 mars 2023 au 31 mars 2024.

Résultats : Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse selon laquelle le parcours diagnostique de la MP est marquée par des délais conséquents. En moyenne, les patients mettent plus de trois ans à obtenir un diagnostic formel et à bénéficier d'un traitement adapté. Ces retards sont principalement attribuables aux symptômes non moteurs non visible, aux difficultés d'accès à un neurologue et à la réalisation d'examens complémentaires souvent inutiles.

Conclusion : Nos résultats soulignent l'importance du rôle des MG dans la détection précoce de la MP. Bien que leur hypothèse diagnostique ait été confirmée dans la majorité des cas, une amélioration de leur formation permettrait d'accélérer le processus de diagnostic et d'orientation vers un neurologue. En conclusion, cette étude met en évidence la nécessité de mettre en place des stratégies visant à réduire les délais diagnostiques de la MP. Une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé, une formation continue des MG et une simplification du parcours de soins pourraient significativement améliorer la prise en charge des patients.

Composition du Jury :

Président : Pr Luc DEFEBVRE

Assesseurs : Dr Sabine BAYEN Dr Marc POULAIN