



Difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale

Romain Cotrel

► To cite this version:

Romain Cotrel. Difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01557193

HAL Id: dumas-01557193

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01557193>

Submitted on 5 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
Unité de Recherche et de Formation de Médecine

ANNEE 2017

N° 2017 - 13

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS
NEUROPATHIQUES EN MEDECINE GENERALE.

THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 14 MARS 2017

PAR

MONSIEUR ROMAIN COTREL

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

JUGES :

- Monsieur le Professeur Henri COPIN
- Madame le Professeur Claire ANDREJAK
- Monsieur le Professeur Pascal BERNA

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Vlad SARZEA

A mon Maître et Président du jury,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse,

Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect pour la qualité de votre travail et de votre enseignement.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Vice-Doyen et Assesseur du Premier Cycle des études médicales

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique et CECOS
de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et de
l'intérêt que vous aurez porté à celui-ci. Recevez ici toute ma reconnaissance.*

A mon Maître,

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Veuillez trouver ici ma plus grande reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Pascal BERNA

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de Service de Chirurgie Thoracique et des Soins Continus Vasculaires et Thoraciques

Coordinateur Adjoint du Pôle "Thorax - Cœur - Vaisseaux"

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Vlad SARZEA

Praticien hospitalier contractuel

Service d'Accueil Urgences – SAMU

Centre Hospitalier de Beauvais

Par ta disponibilité et tes encouragements. Ce n'était pas gagné, mais tu m'as permis de mener à bien ce travail. Merci pour ta patience, ta pertinence et ta rigueur. Merci pour tout ce que tu m'as transmis et appris.

Aux médecins généralistes qui ont participé aux entretiens,

Je vous remercie pour votre disponibilité, pour la sincérité dont vous avez fait preuve lors du partage de vos expériences. Sans votre précieuse collaboration, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

REMERCIEMENTS

A Augustin et Margaux,

Vous êtes ce que j'ai de plus chers, ma raison de vivre, ma plus grande fierté, dire que je vous aime sera un euphémisme.

A Julie,

Cela fait bientôt onze ans que tu es à mes côtés, tu m'as offert le bonheur d'être père. Merci d'être là, de me supporter. Tu es la femme de ma vie. Je t'aime.

A mes parents,

Pour votre amour, votre confiance, votre patience ... Merci de m'avoir donné toutes les chances dans la vie. Je vous aime et espère de tout cœur faire votre fierté.

A mamie Rolande et mamie Geneviève,

Je vous aime. Puisse ce moment vous rendre fières et heureuses, vous le méritez.

A papi Jean, papi Daniel et Fernand,

Vous êtes partis beaucoup trop tôt. Je pense fort à vous.

A Olivier,

Tu comptes beaucoup pour moi, donc fait un effort ...

A Blandine,

Merci pour ta gentillesse, ta présence. Tu feras une très bonne « mamie ».

Au reste de la famille,

Merci pour tous ces bons souvenirs. Même si on ne se voit pas assez souvent, vous êtes très importants pour moi.

A ma belle-famille,

Merci pour votre accueil si chaleureux.

A Kreukreu,

Pour avoir été mon meilleur pote, pour tous ces souvenirs de bringue, pour m'avoir hébergé toutes ces années... peut être qu'avec le temps...

Aux copains Jean Georges, Boise, Fox, Gabi, Mathos, Chouby, Gauthier, aux KRONIK, aux QANARD, aux copains de crit, de promo, de lycée et tous les autres,

J'ai eu la chance inestimable de croiser un jour votre route. Que de souvenirs plus ou moins avouables partagés à vos côtés (vacances, crit, fort manoir, WEI, LUCU, St LEU,...) et maintenant mariages, naissances. Vous êtes tous des cons mais ne changez surtout pas.

A tous mes collègues rencontrés au cours de ma formation (CHU, St Quentin, Creil).

Que de souvenirs. Vous m'avez permis de grandir merci.

A tous ceux que j'ai pu oublier.

TABLE DES MATIERES

I – <u>Introduction</u>	23
II – <u>La douleur neuropathique</u>	25
1. Définitions	25
2. Prévalence	27
3. Etiologies	27
3.1 Causes périphériques	27
3.2 Causes centrales encéphaliques	28
3.3 Causes centrales médullaires	28
4. Diagnostic des douleurs neuropathiques	28
4.1 Sémiologie	28
4.2 Outils de dépistage et d'évaluation	30
5. Traitements	31
5.1 Traitements médicamenteux	31
5.1.1 Règles de prescription des médicaments	32
5.1.2 Les antidépresseurs tricycliques	32
5.1.3 Les antidépresseurs IRSNA	33
5.1.4 Les antiépileptiques	33
5.1.5 Les opioïdes forts	34
5.1.6 Le tramadol	34
5.1.7 Les traitements topiques	34
5.2 Traitements non médicamenteux	35
III – <u>Matériel et Méthode</u>	37
1. Type d'étude	37
2. Recherche bibliographique	37
3. Recueil de données	37
4. Population étudiée	38
5. Analyse des données	39

IV - Résultats	40
1. Présentation de l'échantillon	40
2. Déroulement des entretiens	41
3. Analyse des entretiens	41
3.1 Le sujet d'étude	41
3.1.1 Découverte du sujet	41
3.1.2 Choix du sujet	42
3.2 Fréquence et prévalence	42
3.3 Etiologies	43
3.4 Formation	44
3.4.1 Un manque de formation ressentie	44
3.4.2 Moyens de formation	45
3.4.2.1 Les stages	45
3.4.2.2 L'autoformation	45
3.4.2.3 Le rôle des laboratoires	46
3.5 Le diagnostic de douleur neuropathique	46
3.5.1 L'interrogatoire	46
3.5.1.1 Le contexte de survenue	47
3.5.1.2 La description de la douleur	47
3.5.1.3 La résistance aux antalgiques classiques	47
3.5.2 L'examen clinique	48
3.5.3 Utilisation d'outils diagnostic	48
3.5.3.1 Connaissance du DN4	48
3.5.3.2 Utilisation du DN4	48
3.5.3.3 Limites à l'utilisation du DN4	49
3.6 Evaluation des douleurs	49

3.7	Le traitement des douleurs neuropathiques	50
3.7.1	Stratégie thérapeutique	50
3.7.2	Choix de la molécule	51
3.7.2.1	Les antiépileptiques	51
3.7.2.2	Les antidépresseurs	51
3.7.2.3	Les opioïdes	52
3.7.2.4	Les antalgiques classiques	52
3.7.2.5	Autres traitements	52
3.7.3	Un arsenal thérapeutique limité	53
3.7.4	Tolérance des traitements	54
3.7.5	L'adhésion au traitement	55
3.7.6	L'efficacité des traitements	56
3.7.7	Traitements non médicamenteux	56
3.8	Les recommandations de la SFETD	57
3.8.1	Connaissance des recommandations	57
3.8.2	Frein à la diffusion des recommandations	57
3.9	L'échec thérapeutique	58
3.10	Collaboration avec les spécialistes	58
3.10.1	Motifs de recours aux spécialistes	59
3.10.2	Accès aux centres antidouleurs	59
3.10.3	Les centres antidouleur « une porte de sortie »	60
3.10.4	Problèmes de collaboration avec les centres antidouleurs	60
3.11	Les spécificités de la prise en charge	61
3.11.1	Fréquence et durée des consultations	61
3.11.2	Une plus grande disponibilité	62
3.11.3	Une écoute thérapeutique	62
3.11.4	Une participation psychologique importante	63
3.11.5	L'éducation thérapeutique	64
3.11.6	Une tolérance face à la douleur variable	65

3.12	Les difficultés dans la prise en charge en médecine générale	65
3.13	Axes d'amélioration	68
3.13.1	une meilleure formation initiale	68
3.13.2	La formation médicale continue	68
3.13.3	Un contact direct avec le médecin de la douleur	69
3.13.4	Les traitements	69
3.13.5	Une meilleure prévention	70
V –	<u>Discussion</u>	71
1.	Forces de l'étude	71
2.	Limites de l'étude	73
3.	Discussion des résultats	75
3.1	Caractéristiques de l'échantillon	75
3.2	Fréquence et prévalence des douleurs neuropathiques	75
3.3	Les étiologies	76
3.4	La formation	77
3.5	Le diagnostic	79
3.6	Le traitement	80
3.7	L'échec thérapeutique	82
3.8	Les recommandations de la SFETD	82
3.9	Le retentissement psychologique	83
3.10	La collaboration avec les spécialistes	84
4.	Propositions d'amélioration	85
VI –	<u>Conclusion</u>	87

Bibliographie	89
Annexes	
Annexe 1 : Le script d'entretien	95
Annexe 2 : Le DN4	97
Annexe 3 : Les entretiens	98
Résumé	100

GLOSSAIRE

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

DN4 : Douleur neuropathique en 4 questions

DUMGA : Département universitaire de médecine générale Amiens

ECN : Epreuves classantes nationales

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la personne âgée

EN : Echelle numérique

END : Echelle numérique décimale

EVA : Echelle visuelle analogique

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

IASP : International association for the study of pain

IRSNA : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

LANSS : Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs

NPQ : Neuropathic pain questionnaire

NSPI : Neuropathic pain symptom inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

QDSA : Questionnaire douleur Saint Antoine

SFETD : Société française d'étude et du traitement de la douleur

TENS : Transcutaneous electrical nerve stimulation

UMVF : Université médicale virtuelle francophone

I - INTRODUCTION

Le soulagement de la douleur a toujours fait partie des missions principales du médecin. Hippocrate déjà déclarait « *c'est faire œuvre divine que de maîtriser l'art de soulager la douleur* ». Mais, au cours de l'histoire, la prise en charge de la douleur n'a pas toujours été une priorité. Il était communément admis de respecter la « douleur symptôme ».

Depuis une trentaine d'années, la prise en charge de la douleur est redevenue une priorité en médecine, comme le prouve la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : "*Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.*" (1) et la succession des plans nationaux de lutte contre la douleur (2) (3) (4).

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans la prise en charge des douleurs ; il se trouve en première ligne. En médecine générale, la douleur représente 43 % des motifs de consultation, et est le symptôme principal des consultations (5). Or, la prise en charge des patients douloureux chroniques est un défi pour le médecin car elle ne se limite pas à la seule dimension médicale. Il lui faut également faire appel à ses capacités relationnelles, élargir sa vision pour y inclure l'écoute du vécu subjectif et la prise en compte du contexte social et culturel du patient.

En effet, la prise en charge des douleurs chroniques est un réel problème de santé publique car ces douleurs engendrent des handicaps, excluent progressivement les malades de la société, ont un retentissement émotionnel important (selon l'étude Pain STORY, 28% des patients douloureux chroniques ont des idées suicidaires (6)) et ont des conséquences économiques : absentéisme au travail, arrêt de travail, invalidité.

Les progrès scientifiques, que nous avons connus ces dernières décennies, ont permis de mieux comprendre les processus douloureux et ainsi proposer une prise en charge et des thérapeutiques adaptées. La compréhension des mécanismes physiopathologique des douleurs neuropathiques a bénéficié de ces avancées récentes mais ce type de douleur souffre encore d'une certaine méconnaissance pour une large partie du corps médical. Il est probable que ces douleurs ne répondant pas aux antalgiques usuels soient sous diagnostiquées et par conséquent non soulagées.

Les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients douloureux sont peu connus.

A partir de ce postulat d'une certaine méconnaissance des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes, nous avons mené cette étude afin d'appréhender leurs difficultés et leur vécu dans la prise en charge de ces douleurs.

L'objectif de cette étude qualitative est donc d'explorer les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.

II - LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

1. Définition

La douleur est définie par l'IASP ou International Association for the Study of Pain comme : «la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ».

Cette définition qui date de 1979, a été reprise par l'OMS. Elle rend compte de l'aspect multidimensionnel de la douleur et de ses différentes composantes (sensori-discriminative, émotionnelle, comportementale).

Classiquement, la douleur est divisée en deux catégories en fonction de sa durée :

La douleur aiguë est intense, de durée brève. Elle est causée par une stimulation nociceptive de l'organisme en réponse à une lésion tissulaire. C'est un signal d'alarme pour l'organisme et le but du traitement est curatif.

La douleur est dite « chronique » ou « pathologique », lorsque sa durée excède, par convention, 3 mois. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte (7). La douleur est chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsqu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois
- réponse insuffisante au traitement
- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.
-

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa finalité de signal d'alarme et devient une maladie en tant que telle, quelle qu'en soit sa cause.

Trois types de douleurs chroniques peuvent être distinguées en fonction de leur mécanisme :

- la douleur par excès de nociception est due à une stimulation excessive et persistante des récepteurs à la douleur (les nocicepteurs). Elle peut être de rythme mécanique ou inflammatoire. Le processus pathologique peut être inflammatoire, traumatique, infectieux ou dégénératif. Elles répondent généralement bien aux traitements antalgiques
ex : arthrose
- la douleur dysfonctionnelle, sans lésion identifiable, elle est due à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur. Ex : fibromyalgie, céphalée de tension...
- la douleur neuropathique associée à une atteinte du système nerveux. La douleur neuropathique (autrefois appelée douleur de désafférentation, douleur neurogène ou douleur neurologique) est définie par l'IASP comme une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.

Il existe deux types de douleurs neuropathiques :

- La douleur neuropathique périphérique : selon son origine, elle peut concerner les territoires d'un plexus, d'une racine, d'un tronc ou être plus diffuse dans le cadre de polyneuropathies
- La douleur neuropathique centrale : il s'agit de lésions affectant les voies sensitives ou du contrôle de la douleur. Leur systématisation est donc caractéristique du niveau d'atteinte : thalamus, moelle ...

2. Prévalence

La douleur est un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale. Une étude réalisée en 2005 auprès de 6 000 adultes en Grande Bretagne (8) retrouvait une prévalence des douleurs chroniques de 48 % et de 8 % pour les douleurs neuropathiques.

Selon les résultats d'une étude menée en France en 2007 (9) sur un échantillon représentatif de 30 155 patients, 31,7 % présentaient des douleurs chroniques. Parmi ces patients, 20 % présentaient des douleurs d'origine neuropathique, cela représentait une prévalence de 6.9 % dans la population générale..

Dans cette étude, la douleur neuropathique est plus fréquente chez la femme (60 %), augmente avec l'âge, est deux fois plus fréquente chez les agriculteurs et les travailleurs manuels et est plus fréquente dans les zones rurales.

En se référant au décret du 29 décembre 2015 authentifiant les chiffres des populations (10), la Picardie est composée de 1 974 614 habitants. L'estimation de la population souffrant de douleurs neuropathiques se situe entre 130 000 et 160 000 personnes.

3. Etiologies

Les causes de douleur neuropathique sont multiples et diverses. Les étiologies les plus fréquentes, en fonction de leur origine centrale ou périphérique, sont :

3.1 Causes périphériques

- radiculopathies (hernie discale, canal lombaire étroit, post chirurgie du rachis...)
- post- traumatiques (arrachement plexique, amputation, plaie nerveuse...)
- post-chirurgicales (thoracotomie, mastectomie, laminectomie, chirurgie inguinale et pelvienne...)
- syndrome canalaire (canal carpien, nerf radial, nerf ulnaire...)
- diabète
- neurotoxiques (sels de platine,...)
- carentielles (éthylisme chronique, maladie de Biermer...)

- post-radiothérapie
- infectieuses (zona, VIH, maladie de Lyme,...)
- cancéreuses par compression ou envahissement
- ischémiques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs)
- auto-immunes (lupus, Gougerot-Sjögren)

3.2 Causes centrales encéphaliques

- accident vasculaire cérébral
- sclérose en plaque
- maladie de Parkinson
- traumatismes
- tumorales

3.3 Causes centrales médullaires

- syringomyélie
- sclérose en plaque
- tumorales
- traumatismes

4. Diagnostic des douleurs neuropathiques

4.1 Sémiologie

L'expression clinique des douleurs neuropathiques est en général très différente de celle des douleurs nociceptives. Elles s'expriment généralement dans le territoire d'innervation de la structure nerveuse lésée.

Des particularités cliniques sont donc susceptibles d'orienter le diagnostic :

- Le contexte de la survenue : maladie ou lésion du système nerveux connue ou suspectée, post-opératoire. Il peut exister un intervalle libre entre la lésion et l'apparition des douleurs, généralement inférieur à un an.
- Une composante douloureuse spontanée qui peut être :
 - continue : - superficielle décrite par le patient comme une sensation de brûlure, de fourmillement, picotement, engourdissement.
 - profonde décrite alors comme des crampes, une sensation d'étau
 - paroxystique se traduisant par des accès brefs et intenses décrits comme des « décharges électriques » ou des « coups de poignard ».
- Une composante douloureuse provoquée, souvent plus intense que la composante spontanée :
 - L'allodynie lorsqu'elle est déclenchée par une stimulation habituellement non douloureuse.
 - L'hyperalgésie lorsqu'il y a une exagération de la douleur induite par une stimulation douloureuse.
- Des altérations spatiales et temporelles de la perception douloureuse :
 - survenue de la douleur après un délai plus ou moins important après le début de la stimulation ou persistance de la douleur après arrêt de la stimulation.
 - la douleur irradie souvent largement au-delà du territoire correspondant à la lésion.
- Des sensations anormales à type de paresthésie ou de dysesthésie, non douloureuses mais désagréables (fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissement).
- Localisation : la douleur siège dans un territoire systématisé compatible avec une lésion neurologique centrale ou périphérique.

4.2 Outils de dépistage et d'évaluation

Actuellement, de nombreux outils d'évaluation de la douleur sont disponibles et validés pour la prise en charge des douleurs chroniques comme, par exemple :

- échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles (échelle numérique EN, échelle visuelle analogique EVA, échelle verbale simplifiée END, schéma corporel)
- échelles d'auto-évaluation multidimensionnelles (questionnaire douleur Saint Antoine QDSA, questionnaire concis de la douleur, hospital Anxiety and Depressive Scale)
- échelles d'hétéro-évaluation (échelle doloplus, échelle comportementale d'évaluation de la personne âgée ECPA,)

En ce qui concerne les douleurs neuropathiques, il n'existe pas de consensus sur les critères diagnostiques mais, au cours de ces dernières années, plusieurs outils de diagnostic et d'évaluation, facilement utilisables dans la pratique quotidienne, ont été validés.

- outils de dépistage

a/ Le DN4

Le DN4 ou « douleur neuropathique en 4 questions » est l'outil diagnostique le plus utilisé en France (annexe 2). Cet outil diagnostique, simple et rapide d'utilisation dans la pratique quotidienne (environ 3 minutes), comporte deux parties (interrogatoire et examen clinique). Il a été validé après une large étude multicentrique française en 2005 (11). Depuis, il a été traduit et validé dans de nombreuses langues. Cet outil est recommandé en pratique clinique pour l'aide au diagnostic de douleur neuropathique (12,13).

Il est composé de 10 items à réponse dichotomique (oui/non). Chaque réponse positive est cotée 1 point. Dans l'étude de validation, un score d'au moins 4 sur 10 oriente vers une douleur neuropathique avec une spécificité de 89,9 % et une sensibilité de 82,9 % (14).

b/ Autres outils de dépistage

D'autres outils de dépistage, moins utilisés en France, ont été développés et validés pour le dépistage des douleurs neuropathiques comme le LANSS Pain Scale (Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs) en 2001, le NPQ (neuropathic pain questionnaire) en 2003, PAIN-DETECT en 2006.

- Outils d'évaluation

L'auto-questionnaire NSPI (Neuropathic Pain Symptom Inventory) (15), développé pour caractériser et quantifier les symptômes neuropathiques, a été validé en Français et dans plusieurs langues. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 10 descripteurs (brûlure, étai, compression, décharges électriques, coups de couteau, fourmillements, picotements, douleur provoquée par le frottement, la pression, le contact du froid). Leur intensité est évaluée sur une échelle numérique en 10 points. Ces items peuvent être regroupés en 5 dimensions distinctes (douleurs superficielles, douleurs profondes, douleurs paroxystiques, paresthésies/dysesthésies, allodynie/hyperalgésie). Il s'y ajoute deux items temporaires évaluant la durée de la douleur spontanée et la fréquence des paroxysmes douloureux. Il est sensible au changement et donc utile pour le suivi des patients.

5. Traitements

5.1 Traitements médicamenteux

Les médecins utilisent habituellement, pour traiter les douleurs, des médicaments issus de la classification en 3 paliers de l'OMS. Cette classification des traitements en fonction de l'intensité des douleurs a été initialement développée pour la prise en charge des douleurs cancéreuses (16). Les douleurs neuropathiques ne répondent pas ou peu aux antalgiques de palier 1 (Paracétamol, AINS) et 2 (codéine, tramadol). Ce sont les antidépresseurs et les antiépileptiques qui constituent les traitements de références. L'efficacité de ces traitements est modérée dans l'ensemble. Des recommandations ont été publiées par la société française d'étude et du traitement de la douleur (S.F.E.T.D), à destination des médecins généralistes, en 2010 sur le traitement des douleurs neuropathiques (12).

5.1.1 Règles de prescription des médicaments

- Mise en route du traitement : initiation à doses faibles puis augmentation progressive par palier en fonction de l'efficacité et de la tolérance
- Le choix de la molécule repose sur l'efficacité la mieux établie, le meilleur rapport bénéfice/risque, sur une éventuelle action conjointe sur les comorbidités (anxiété, dépression, trouble du sommeil)
- En cas d'échec ou d'effets indésirables importants, substitution par un médicament d'une autre classe
- En cas d'efficacité partielle, une association de médicaments peut être envisagée en associant des traitements issus de deux classes thérapeutiques différentes.
- Durée du traitement : traitement long de plusieurs mois avec réévaluation régulière (tolérance et efficacité). La diminution des doses peut être envisagée, de façon progressive, après 6 à 8 mois de traitement efficace à dose constante.
- Traitement des autres types de douleurs selon l'étiologie en cas de douleurs mixtes (nociceptives et neuropathiques)
- Prise en charge des troubles associés (anxiété, dépression, troubles du sommeil) lorsque les douleurs sont insuffisamment soulagées par le traitement.

5.1.2 Les antidépresseurs tricycliques

L'efficacité des antidépresseurs tricycliques, représentés par l'amitriptyline (LAROXYL®), le clomipramine (ANAFRANIL®) et l'imipramine (TOFRANIL®), est démontrée sur les douleurs continues et paroxystiques (17). Ils possèdent, de par leur classe, une action sur l'anxiété et la dépression mais généralement à des doses plus élevées. Ils ont de nombreux effets indésirables (effet anticholinergique, sédation), sont contre indiqués en cas de cardiopathie ischémique, de glaucome et d'adénome de la prostate et doivent être utilisés avec précaution chez la personne âgée. Il n'existe pas de relation réponse/dose en raison de grandes variations interindividuelles.

Ils bénéficient d'une recommandation de grade A pour un traitement en première intention (12).

5.1.3 Les antidépresseurs IRSNA (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)

Représentés par la duloxetine (CYMBALTA®) et la venlafaxine (EFFEXOR®), ils bénéficient également d'une recommandation de grade A. Ils semblent être une bonne alternative aux antidépresseurs tricycliques en raison d'une meilleure sécurité d'emploi. Ils ont un effet sur la dépression et l'anxiété. Leurs principaux effets indésirables sont les troubles gastro-intestinaux et les troubles du sommeil. Moins étudiés que les antidépresseurs tricycliques, seule la duloxetine a l'AMM pour les douleurs neuropathiques diabétiques périphériques.

Ils bénéficient également d'une recommandation de grade A pour un traitement en première intention (12).

5.1.4 Les antiépileptiques

Parmi les différents antiépileptiques, seule la gabapentine (NEURONTIN®) et la prégabaline (LYRICA®) possèdent l'AMM et une recommandation de grade A pour un traitement en première intention.

Leur efficacité est similaire. La prégabaline a néanmoins deux avantages :

- le premier est pharmacologique avec une relation dose/effet linéaire,
- le second est un bénéfice secondaire, la prégabaline a une action sur les troubles du sommeil et l'anxiété.

Leurs principaux effets indésirables sont les vertiges et la sédation.

En raison de sa mauvaise tolérance et des nombreuses interactions médicamenteuses, l'utilisation de la carbamazépine (TEGRETOL®), malgré une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques, n'est pas recommandée en dehors du cas particulier de la névralgie faciale.

Le clonazepam (RIVOTRIL®), historiquement très utilisé en France dans le traitement des douleurs neuropathiques, n'a jamais fait preuve de son efficacité et n'est pas recommandé. Depuis 2012, sa prescription est encadrée (ordonnance sécurisée, prescription initiale par neurologue ou pédiatre) (18).

5.1.5 Les opioïdes forts

L'efficacité des opioïdes forts (oxycodone, morphine, méthadone) a été démontrée (19), mais généralement à des doses élevées. Ils sont recommandés en seconde ligne sauf dans certaines situations :

- exacerbation ponctuelle
- durant la période de titration d'un médicament de première intention
- en cas de douleurs neuropathiques liées à un cancer

Leur association avec un traitement de première ligne permet d'obtenir une meilleure efficacité sur les douleurs, en ayant recours à des doses moindres de chaque substance (20).

5.1.6 Le tramadol

Du fait de son action monoaminergique et opioïde, cette molécule a montré une certaine efficacité (aux doses de 300 - 400 mg/jour) sur les douleurs neuropathiques. Il est préférable d'éviter d'associer le tramadol à fortes doses à des antidépresseurs agissant sur la recapture de la sérotonine du fait du risque de syndrome sérotoninergique. Il est recommandé en deuxième intention (12).

5.1.7 Les traitements topiques

L'efficacité des emplâtres de lidocaïne a été établie essentiellement pour les douleurs post-zostériennes chez des patients présentant une allodynie au frottement. En raison de l'absence de passage systémique, ils ont une excellente tolérance.

Les patchs à base de capsaïcine sont indiqués en seconde intention. Leur utilisation est réservée aux structures hospitalières spécialisées dans le traitement de la douleur

5.2 Traitements non médicamenteux

Ces traitements ne sont pas à envisager en première intention et sont instaurés par les centres spécialisés dans le traitement des douleurs.

- Techniques non invasives :
 - La neurostimulation transcutanée à visée antalgique ou TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) a fait preuve de son efficacité dans les neuropathies périphériques diabétiques et post-zostériennes.
 - La stimulation magnétique transcrânienne répétitive du cortex moteur, peu utilisée en routine, semblerait être efficace sur les douleurs centrales et périphériques.
- Techniques invasives :
 - La neurostimulation médullaire peut être proposée pour les lomboradiculalgies postopératoires chroniques après échec des différents traitements médicamenteux.
 - L'analgésie intrathécale peut être proposée en dernier recours pour des douleurs réfractaires.
 - La stimulation du cortex moteur peut être proposée dans certains centres spécialisés pour le traitement des douleurs de membre fantôme, les douleurs centrales et plexiques réfractaires aux traitements médicamenteux.
 - Les traitements destructeurs (drezotomie, cordotomie antérolatérale...), source de complications et d'effets secondaires, ont moins de place actuellement dans le traitement des douleurs neuropathiques. Leur indication est limitée et reste réservée aux centres spécialisés. (21)

Enfin, compte tenu de la chronicisation de ces douleurs, une approche globale est indispensable. De nombreuses prises en charge non médicamenteuses, plus accessibles peuvent apporter un certain bénéfice aux patients dans ce contexte.

Il s'agit :

- de la psychothérapie : en particulier, la thérapie cognitivo-comportementale semble donner de bons résultats en cas de comorbidité anxieuse,
- de l'acupuncture qui semblerait efficace dans la douleur post-zostérienne,
- de l'hypnothérapie,
- de la sophrologie.

III - MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons opté pour une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode nous a semblé la plus adaptée afin d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. En effet, ce type d'étude, initialement utilisé dans les sciences humaines, est de plus en plus utilisé en médecine générale. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (7)

2. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée sur GOOGLE SCHOLAR, PubMed et Science Direct en utilisant les mots clés : douleurs neuropathiques, médecine générale, difficultés de prise en charge.

3. Recueil de données

Le guide d'entretien (annexe 1), constitué d'une liste de thèmes à explorer, a été élaboré à partir de la recherche bibliographique et de ma propre expérience. Il est composé de questions ouvertes ayant pour but de permettre au médecin répondant une libre expression de ses expériences et représentations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques. Chaque question était suivie par des relances de la part de l'enquêteur pour couvrir les champs de thèmes proposés dans le guide.

Le guide d'entretien a été testé lors d'un focus group de deux médecins (MG1 et MG2) au début de l'étude. Puis, le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés en face à face. Les entretiens se sont déroulés, après prise de rendez-vous, soit au domicile, soit au cabinet des médecins en dehors des heures de consultation. Pour des raisons pratiques (disponibilité et éloignement géographique), un entretien (MG6) a été réalisé par visioconférence, à l'aide de l'application FACETIME®. Ils ont été enregistrés, après accord du médecin interviewé, à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS WS-831™.

L'ordre des questions n'a pas été obligatoirement respecté, afin de laisser les médecins interviewés s'exprimer le plus librement possible.

Au cours de ces entretiens, je me suis efforcé de créer un climat de confiance pour faciliter les échanges et rester dans la position la plus neutre possible afin de ne pas influencer les réponses des interviewés.

L'entretien débutait par la présentation du sujet d'étude et une partie « généralités » dans laquelle le médecin généraliste se présentait (sexe, âge, mode d'exercice, lieu d'exercice, activité médicale ou formation annexe).

Ensuite, les différents items du guide étaient abordés : expérience personnelle, diagnostic, traitement, collaboration avec les autres médecins, spécificité de la prise en charge, échec thérapeutique, difficultés rencontrées.

Enfin, une dernière question évoquait les axes d'amélioration à apporter pour une meilleure prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Le guide d'entretien a subi des modifications au cours de l'étude avec l'apparition de nouvelles idées.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données, un entretien supplémentaire a été réalisé afin de la confirmer.

4. Population étudiée

Nous avons interviewé des médecins généralistes de Picardie, recrutés par téléphone et de proche en proche (connaissance, ancien maître de stage). Nous nous sommes efforcés de constituer un échantillon raisonné et diversifié. En effet lors des études qualitatives, l'échantillon à analyser ne vise pas une représentativité statistique mais une diversité de vécu, d'expériences et de profils.

Suite à des explications succinctes concernant le but de l'étude, un rendez-vous a été pris avec chaque médecin.

Nous avons inclus dans notre étude des médecins généralistes ayant terminé leur cursus et exerçant depuis au moins deux ans. Nous avons choisi arbitrairement cette durée de deux ans, afin d'interroger des médecins ayant un minimum d'expérience.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel Microsoft Word® par l'enquêteur en faisant apparaître les réactions verbales et non verbales entre parenthèses. Les entretiens ont été entièrement anonymisés : l'enquêteur a été caractérisé par la lettre E et les médecins ont été caractérisés par les lettres MG suivi d'un numéro correspondant à leur ordre d'apparition dans l'étude (ex : MG1 pour le premier médecin généraliste interviewé). (Annexe 3)

L'analyse des verbatims a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo for Mac®. Afin de mieux maîtriser l'utilisation de ce logiciel, j'ai suivi une formation spécifique dispensée par l'UPJV.

Le choix de l'analyse thématique a été fait. Cette analyse consiste en la production de thèmes après un codage axial des verbatims.

Afin de vérifier la validité et la concordance du codage, celui-ci a fait l'objet d'une triangulation avec un deuxième chercheur (médecin généraliste), ayant une expérience de ce type d'étude et du codage, pour les deux premiers entretiens.

IV - RESULTATS

1. Présentation de l'échantillon

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice
MG1	H	37	Rural
MG2	F	33	Rural
MG3	H	38	Semi-rural
MG4	H	63	Rural
MG5	H	36	Urbain
MG6	F	37	Semi-rural
MG7	H	34	Urbain
MG8	F	33	Semi-rural
MG9	H	36	Rural
MG10	H	58	Urbain
MG11	F	43	Urbain

Figure 1 : résumé des caractéristiques de l'échantillon.

Pour obtenir la saturation de données, onze médecins généralistes ont été interviewés.

L'échantillon était composé de trois femmes et de huit hommes.

L'âge moyen de l'échantillon était de 40,7 ans.

Ils exerçaient tous en libéral. Trois médecins n'étaient pas installés, le premier avait cédé son cabinet trois mois avant l'entretien et effectuait des remplacements réguliers pour arrêter progressivement son activité. Les deux autres effectuaient des remplacements fixes depuis plusieurs années et avaient pour objectif de s'installer à court terme.

Parmi les médecins de l'échantillon, deux étaient maîtres de stage à l'UPJV Amiens et un avait pour objectif de le devenir à court terme.

Enfin, tous exerçaient en Picardie.

2. Déroulement des entretiens

Au total, onze médecins ont été interviewés : neuf en entretien individuel et deux durant un « focus group ». La durée moyenne des entretiens était de 13 minutes, l'entretien le plus court a duré 8 minutes et le plus long 20 minutes.

Les verbatims figurent en annexe 3.

3. Analyse des entretiens

3.1 Le sujet d'étude

3.1.1 Découverte du sujet

A l'évocation du sujet, les réactions des médecins ont été diverses.

Pour certains, elle a suscité de l'intérêt ; ex : MG3 « *ah tiens ça c'est un sujet intéressant !* ».

Pour d'autres, la réaction spontanée a été moins enthousiaste ; ex : MG2 « *(surprise) ouh là ! Ce n'est pas un sujet évident, ce n'est pas forcément quelque chose que je maîtrise, j'espère que je ne vais pas trop dire de bêtises...* ». Ex : MG6 : « *je ne dirai pas forcément que je suis à l'aise, mais ce n'est pas l'inconnu* ».

Spontanément, pour plusieurs médecins, la prise en charge des douleurs neuropathiques, en médecine générale, ne leur évoquait pas de difficultés particulières :

- « *c'est quelque chose qui ne m'a jamais posé de problème dans ma pratique.* » MG4
- « *je ne peux pas dire que j'ai une grande expérience sur le sujet mais j'ai l'impression de m'en sortir correctement.* » MG5
- « *globalement je pense que je suis assez à l'aise sur la prise en charge.* » MG9

Pour certains, de prime abord, ce sont des prises en charge qui peuvent être difficiles :

- « *ce n'est pas toujours simple à gérer* » MG11
- « *ça peut être compliqué à traiter* » MG3
- « *ce n'est pas forcément des prises en charge évidentes, ... quand ça devient chronique ça peut être compliqué à gérer* » MG11

3.2 Choix du sujet

De manière générale, les médecins étaient d'accord pour dire que le sujet de l'étude était bien en rapport avec la pratique de la médecine générale :

- « *celà m'évoque quelque chose auquel on est quand même pas mal confronté je trouve en consultation de médecin gé* » MG8
- « *les douleurs de manière générale c'est quelque chose de très fréquent en médecine générale, c'est un peu notre pain quotidien (rire)* » MG11
- « *je pense que c'est justement notre rôle de médecin généraliste de prendre en charge ces patients* » MG2

3.3 Fréquence et prévalence

○ Fréquence :

La fréquence des patients présentant des douleurs neuropathiques était très variable :

- très fréquent « *c'est quelque chose que l'on rencontre fréquemment effectivement* » MG6, « *les douleurs neuropathiques, ce sont des douleurs auxquelles on est confronté régulièrement en médecine générale* » MG7, « *ça m'évoque quelque chose auquel on est quand même pas mal confronté je trouve en consultation de médecin gé* » MG8

- relativement fréquent « *c'est quelque chose de pas fréquent mais c'est quand même assez régulier chez les patients qui ont des douleurs chroniques* » MG5, « *je ne dirai pas qu'on en voit tous les jours mais c'est quand même assez fréquent* » MG11
- peu fréquent « *les douleurs neuropathiques, ben c'est pas hyper fréquent* » MG3.

Pour un médecin, la fréquence des douleurs neuropathiques était probablement sous-estimée « *au contraire, moi je pense qu'il y en a plus qu'on imagine* » MG1.

○ Prévalence :

Nous avons demandé aux médecins d'estimer la prévalence des douleurs neuropathiques dans leur patientèle. Les réponses ont été plutôt homogènes. Une prévalence de l'ordre de cinq pour cent était le plus souvent citée « *douleur neuropathique pure, euh, je ne sais pas trop, au niveau de la patientèle, je dirai 5 %, oui entre 2 et 5 %* » MG3, « *Mais globalement je n'ai pas l'impression que ce soit fréquent, je dirai 3 à 5 % de ma patientèle* » MG4, « *dans ma patientèle... je dirai comme ça, à la louche 5 %, oui entre 5 et 10 %* » MG11.

Un médecin nous a donné une proportion parmi ses patients douloureux chroniques « *je dirai 30 %, enfin entre 20 et 30 % de mes patients que je suis pour des douleurs chroniques* » MG6.

3.3 Etiologies

Les étiologies des douleurs neuropathiques les plus citées étaient essentiellement :

- les radiculopathies « *les étiologies, ce sont souvent des sciatiques, oui c'est, vraiment souvent des lombo-sciatalgies* » MG7,
- les douleurs post-zostériennes « *les algies post-zostériennes qu'on rencontre assez régulièrement* » MG4,
- le diabète « *les neuropathies diabétiques essentiellement pour moi* » MG9,
- les douleurs post opératoires « *on en rencontre pas mal aussi c'est en post opératoire, sur les cicatrices par exemple* » MG11.

Plusieurs médecins ont également évoqué les pudendalgies « *des névralgies pudendales, j'en ai quelques une aussi.* » MG6, « *j'ai une patiente qui a des douleurs de Alcock, tu sais les douleurs périnéales* » MG3.

Peu de médecins ont évoqué les origines néoplasiques « *chez les cancéreux* » MG5, ou alcooliques « *les neuropathies carentielles, alcooliques* » MG4.

Enfin, un médecin a évoqué les fibromyalgies comme étant à l'origine de douleurs neuropathiques « *on a des fibromyalgies* » MG6.

3.4 Formation

3.4.1 Un manque de formation ressentie

Plusieurs médecins ont déploré le manque de formation initiale sur la prise en charge des douleurs : « *c'est vrai qu'au début, j'étais un peu démuni, parce que je trouve que, dans notre cursus, on n'en a pas forcément parlé beaucoup* » MG7, « *moi en sortant de la fac, j'ignorais ce que c'était les douleurs neuropathiques* » MG2 ; ou alors, que le thème des douleurs neuropathiques ne soit pas traité s'ils bénéficiaient d'un enseignement sur la douleur « *On a eu des cours sur la douleur à la fac en fait, des cours sur la prise en charge de la douleur mais pas forcément spécifique des douleurs neuropathiques* » MG6.

Un médecin était d'ailleurs étonné de l'absence d'une formation spécifique durant l'internat de médecine générale « *D'ailleurs c'est étonnant, en y repensant, qu'un sujet comme celui-là ne soit pas abordé durant nos cours de médecine gé à la fac* » MG7.

Un médecin nous a fait part de son besoin d'acquérir une formation spécifique à la prise en charge de la douleur, en raison d'un manque de formation initiale « *c'est sûr que, globalement, on n'est pas trop formé à la prise en charge des douleurs, sauf bien sûr les douleurs aiguës. Eh...Je pense d'ailleurs à m'inscrire au DU de la douleur car c'est quand même quelque chose de très fréquent dans la pratique quotidienne.* » MG8.

Aucun médecin n'avait effectué de formation (EPU, DU,) sur la prise en charge de la douleur en post universitaire « *Sinon en post internat pas de cours spécifique* » MG9.

Enfin, un autre avouait ne pas éprouver le besoin d'une formation spécifique « *c'est quelque chose qui ne m'a jamais posé de problème dans ma pratique* » MG4, et qu'il n'était pas intéressé par une formation spécifique « *La douleur neuropathique franchement si j'avais eu l'occasion je ne l'aurais pas faite* » MG4.

3.4.2 Moyens de formation

3.4.2.1 Les stages

Des médecins ont souligné le rôle bénéfique des stages dans leur formation que ce soit :

- durant l'internat de médecine générale « *j'ai appris un peu avec un de mes généralistes, maître de stage qui avait un DU de la douleur, pendant l'internat* » MG8,
- ou durant l'externat « *Quand j'étais passé en stage externe en onco, tu sais quand on fait les soins palliatifs et donc il y avait pas mal de douleurs neuropathiques, du coup ça a dû m'aider je pense* » MG6.

3.4.2.2 L'autoformation

Quelques médecins s'étaient auto-formés en post universitaire par la lecture de revues médicales « *c'est des petits trucs que je trouve à droite à gauche* », « *La revue du prat* », « *Prescrire* », *mais ce n'est pas abondant les infos là-dessus* » MG3.

Le développement des centres antidouleurs a participé également à leur apprentissage « *avec le développement des centres antidouleurs, on est plus sensibilisé au problème, on voit un peu leur prise en charge, qu'on essaie de reproduire* » MG11.

Mais surtout, pour beaucoup, c'est avec la pratique et l'expérience qu'ils ont acquis leurs connaissances sur le sujet « *c'est vrai que ça fait maintenant 2 ans et demi que je suis installé, ça va un peu mieux mais c'est vrai qu'au début, j'étais un peu démuni* » MG7, « *C'est surtout avec l'expérience, la pratique, qu'on apprend à se débrouiller* » MG11.

3.4.2.3 Le rôle des laboratoires

Plusieurs médecins ont souligné le rôle des laboratoires dans leur sensibilisation au sujet, avec l'apparition de nouvelles molécules « *mais sinon c'est surtout les labo avec le Lyrica® notamment qui nous ont, je ne dirai pas, formés mais sensibilisés sur le sujet* » MG4, « *les douleurs neuropathiques c'est le Lyrica® qui nous a fait connaître ça d'abord, c'est Pfizer qui faisait ça à l'époque, moi je me souviens bien de cette époque là. Ce sont les visiteurs médicaux qui nous ont sensibilisés sur le problème* » MG10.

3.5. Le diagnostic de douleur neuropathique

Le diagnostic de douleur neuropathique ne semblait pas poser de difficultés majeures en pratique pour les médecins « *J'arrive relativement bien à reconnaître les douleurs neuropathiques* » MG6, même si celui-ci pouvait prendre un certain temps « *le diagnostic même si ça peut prendre un peu de temps, on finit toujours à y arriver* » MG 11.

3.5.1 L'interrogatoire

Pour poser le diagnostic de douleur neuropathique, les médecins interviewés se basaient presque exclusivement sur l'interrogatoire du patient « *Donc moi je le fais surtout sur l'interrogatoire* » MG4, « *oui ça se fait essentiellement sur l'interrogatoire* » MG1.

3.5.1.1 Le contexte de survenue

Pour plusieurs médecins, le contexte de survenue des douleurs était un élément essentiel pour faire le diagnostic de douleur neuropathique « *les neuropathies liées à l'alcoolisme par exemple, c'est progressif on connaît bien le sujet, on sait très bien qu'il va finir par avoir une neuropathie un jour ou l'autre, pareil pour le diabétique* » MG4, « *les antécédents, il y a toujours un contexte, par exemple après un zona, chez le diabétique, en post-opératoire, ça n'arrive pas comme ça.* » MG11.

3.5.1.2 La description de la douleur

Les caractéristiques de la douleur à l'interrogatoire étaient le critère principal de diagnostic pour l'ensemble des médecins. Ces caractéristiques étaient :

- La chronicité « *Le diagnostic est fait sur la connaissance du sujet et l'aspect chronique.* » MG4.
- Les accès paroxystiques « *le fait que ce soit des douleurs fulgurantes par exemple* » MG7.
- Le type de douleur « *sur le fait qu'il y ait des douleurs à type de décharge, ou à type de brûlure,* » MG7, « *si c'est plutôt une brûlure, une décharge, des fourmillements, ce genre de douleurs là* » MG6.

3.5.1.3 La résistance aux antalgiques classiques

La résistance aux antalgiques classiques (paracétamol, anti-inflammatoire, codéine, tramadol) a été également un critère diagnostic rapporté par plusieurs médecins « *surtout quand tu vois que les traitements antalgiques habituels ne font pas effet* » MG1, « *Après, une douleur qui ne fait pas sa preuve avec des antalgiques, c'est vrai qu'on éprouve le besoin, j'éprouve le besoin, enfin je me pose la question de savoir si ce n'est pas une douleur neuropathique.* » MG10.

3.5.2 L'examen clinique

L'examen clinique n'était pas un élément essentiel pour établir le diagnostic de douleur neuropathique pour les médecins interrogés *« faire un examen neuro de spécialiste de toute façon, je pense que je ne saurais plus faire un examen neuro comme on apprend dans les livres thermo algie et tous ces trucs là »* MG11, le seul élément de l'examen clinique rapporté était la présence d'une allodynie *« des douleurs avec une hypersensibilité de la peau, des douleurs exacerbées par le frottement »* MG1.

Le caractère systématisé des douleurs orientait également vers une douleur d'origine neuropathique *« si ça touche un territoire neurologique, un dermatome, ce genre de chose »* MG6.

3.5.3 Utilisation d'outils diagnostic

3.5.3.1 Connaissance du DN4

Dans notre échantillon de médecins, ils étaient peu à connaître l'existence de cet outil diagnostic, ou alors en avaient vaguement connaissance et ne pouvaient pas le nommer *« mais je sais qu'il y a des échelles, des questionnaires, ah mince je n'ai plus du tout les noms en tête »* MG3 *« sinon, je n'utilise pas d'outils en particulier parce que je n'en connais pas honnêtement. »* MG8.

3.5.3.2 Utilisation du DN4

Un médecin avait le DN4 intégré à son logiciel d'aide à la prescription et l'utilisait fréquemment *« je fais le DN4 là, mais en fait, il est dans le logiciel en plus »* MG10, mais même chez les médecins qui avaient connaissance du DN4, ils étaient peu à l'utiliser. Ils avaient recours au DN4 en cas de doute diagnostic *« si j'ai des doutes j'utilise quand même l'échelle DN4, pour voir si ça rentre bien dans les douleurs neuropathiques »* MG5, voire carrément pas du tout *« je sais qu'il y a un test, le DN4 je crois, en fait j'avais eu ça par un labo une fois, une boîte avec le test et un pinceau pour l'examen sensitif, mais franchement je ne l'ai jamais utilisé »* MG11.

3.5.3.3 Limites à l'utilisation du DN4

Pour un médecin, le DN4 n'était pas un outil fiable car les patients avaient du mal à décrire leurs douleurs et, du coup, le test était subjectif *« mais en fait quand on le regarde d'un peu plus près le DN4, à mon avis, il nous fait souvent croire que c'est une douleur neuropathique » « je crois que les gens, si on les titille, si on les oriente un peu, ils ont souvent 4/10. Donc je pense qu'il serait bon de revoir, peut-être une autre façon, un autre test, je ne sais pas moi, mais faire la distinction entre fourmillements, paresthésies, brûlures, picotements, les gens ne savent pas trop, on les oriente je pense. », « je ne sais pas mais je suis un peu surpris qu'à chaque fois que je l'utilise, j'en déduis que c'est une douleur neuropathique, ce n'est pas forcément toujours vrai »* MG9.

D'autres médecins n'étaient pas adeptes des échelles et des tests, ils préféraient privilégier le dialogue avec le malade *« je ne suis pas un grand malade des échelles etc..., moi je reste assez dialogue, terre à terre »* MG3, *« ça fait 35 ans que je suis installé alors moi les échelles, les numérotations, les scores et tout ça j'en peux plus, on ne vit que là-dessus et moi, je vois si le malade il a mal, il n'a pas mal, je vois bien comment il me parle de sa douleur, comment il m'en parle avec le temps et puis c'est tout »* MG9.

Le manque de temps était également un obstacle à son utilisation *« on n'a pas forcément le temps de faire tout ça en consultation »* MG4.

3.6 Evaluation des douleurs

Tout comme pour le diagnostic, les médecins privilégiaient l'interrogatoire pour évaluer l'intensité et le retentissement des douleurs *« c'est surtout à l'anamnèse, en fonction de l'intensité de la plainte, du retentissement sur la vie quotidienne »* MG5, *« mais sur l'aspect neuropathique, surtout à l'interrogatoire par rapport aux douleurs nociceptives »* MG9.

L'échelle visuelle analogique (EVA) était le seul outil utilisé pour évaluer l'intensité des douleurs « moi j'utilise surtout l'échelle visuelle analogique cotée entre 0 et 10, essentiellement ça. Sinon je n'utilise pas d'autre outil » MG7. Son utilisation n'était pas toujours systématique « l'EVA je l'utilise de temps en temps mais pas systématiquement pour être honnête » MG3, et plutôt pour l'évaluation initiale « en fait je vais peut-être l'utiliser la première fois et après je ne vais pas reprendre l'EVA à chaque fois » MG3.

Un médecin utilisait cette échelle pour le suivi des traitements « l'EVA sur le principe, enfin ça m'est utile pour le suivi des traitements, pour voir comment ça évolue » MG10.

Les médecins interviewés n'avaient pas connaissance d'autres outils d'évaluation de l'intensité ou du retentissement des douleurs « j'utilise l'EVA sinon je n'utilise pas d'outils en particulier parce que je n'en connais pas honnêtement. » MG8.

3.7 Le traitement des douleurs neuropathiques :

3.7.1 Stratégie thérapeutique :

De manière générale, les médecins adoptaient tous la même stratégie thérapeutique, consistant à débiter les traitements à de faibles posologies, à revoir le patient fréquemment et à augmenter le traitement progressivement.

- « je commence par une petite dose, et j'augmente progressivement en fonction de l'intensité de la douleur » MG6,
- « quand j'introduis un traitement, je mets des petites doses et je demande à revoir le patient dans une semaine pour voir un peu le profil d'effets indésirables et puis pour réajuster les doses. Tous ces trucs là en général c'est doses paliers à chaque fois, tu augmentes progressivement » MG3,
- « Je commence toujours à des doses très faibles, je dirai inefficaces au départ » MG8

Certains médecins essayaient néanmoins les traitements antalgiques usuels (palier 1 et 2 de l'OMS) avant de débiter les traitements spécifiques « je commence quand même, je pense au départ par des antalgiques classiques palier 1, palier 2 et rapidement si je vois que ça ne fonctionne pas, moi j'ai tendance à mettre des anticonvulsivants » MG8.

3.7.2 Choix de la molécule

3.7.2.1 Les antiépileptiques

Les antiépileptiques étaient la classe thérapeutique la plus prescrite par les médecins, dans le traitement des douleurs neuropathiques. Dans cette classe, la prégabaline (Lyrica®) était la molécule la plus utilisée « *quand on a vraiment déterminé une étiologie neuropathique, je pars sur du Lyrica® en général* » MG6, « *c'est vrai que j'ai tendance à utiliser pas mal le Lyrica®* » MG7.

La raison de ce choix était une meilleure tolérance « *je prescris beaucoup le Lyrica®, je trouve qu'il a moins d'effets secondaires* » MG11.

La deuxième molécule la plus prescrite était la gabapentine (Neurontin®) « *moi j'utilise beaucoup le Lyrica®, secondairement le Neurontin® souvent, mais j'ai une préférence pour le Lyrica® par rapport au Neurontin®* » MG9.

3.7.2.2 Les antidépresseurs

Chez les patients présentant un syndrome dépressif, plusieurs médecins préféraient prescrire la duloxétine (Cymbalta®) « *Sinon ça me revient, chez les patients un peu dépressifs ça m'arrive d'utiliser le Cymbalta®, quand ils ont des douleurs, il est plutôt bien toléré d'ailleurs.* » MG9.

Les antidépresseurs tricycliques n'étaient quasiment pas prescrits, la raison évoquée par les médecins était sa mauvaise tolérance « *avant j'utilisais surtout les tricycliques, le Laroxyl®, mais c'était pas super bien supporté par les patients* » MG4. Un seul médecin utilisait l'amitriptyline (LAROXYL®) dans le cadre des algies post-zostériennes « *Il y a les douleurs post-zostériennes où, en général, j'essaie d'introduire assez tôt du Laroxyl ®* » MG3.

Un médecin a évoqué un frein à la prescription du Laroxyl® qui serait réservée aux spécialistes d'organes « *pour certaines prescriptions qui sont maintenant uniquement liées aux spécialistes ou aux hospitaliers comme le Laroxyl® notamment* » MG6.

3.7.2.3 Les opioïdes

Dans les antalgiques de palier 3, l'oxycodone était prescrite par certains médecins, en association avec un antiépileptique. Cette prescription se faisait essentiellement chez les patients cancéreux « *L'oxycodone c'est sûr, moi j'ai de très bons résultats avec et un bon profil d'effets indésirables* » MG3, « *si ce n'est pas suffisant je prescris facilement l'oxycodone, surtout chez les patients avec des cancers... ça marche bien sur ce genre de douleurs, je trouve* » MG11.

3.7.2.4 Les antalgiques classiques

Pour les antalgiques usuels (paliers 1 et 2), ils étaient globalement peu prescrits. Certains médecins les utilisaient systématiquement en début de traitement, en traitement d'épreuve avant d'introduire les autres classes « *je commence par les antalgiques toujours, j'essaie toujours les paliers 1-2 déjà* » MG6.

Un médecin utilisait le tramadol en monothérapie ou l'associait avec la prégabaline « *Il y a le tramadol qui fonctionne bien mais sur des douleurs quand même assez modérées en intensité, pour moi, donc c'est vrai je couple les antalgiques classiques tramadol avec le Lyrica® souvent* » MG9.

3.7.2.5 Autres traitements

Le clonazepam (Rivotril®) a été mentionné par plusieurs médecins comme étant un traitement spécifique des douleurs neuropathiques, réservé aux spécialistes d'organes « *les autres c'est quand ils ont vu les spécialistes, les traitements comme le Rivotril®, etc* » MG1, « *certaines prescriptions qui sont maintenant uniquement liées aux spécialistes ou aux hospitaliers comme le laroxy® notamment ou le Rivotril®* » MG6.

Plusieurs médecins utilisaient également les emplâtres de lidocaïne « *ça m'arrive aussi sur les douleurs par exemple les douleurs post-zostériennes de mettre des patchs de lidocaïne* » MG7, « *après j'utilise aussi les patchs de Versatis® quand on a vraiment des zones gâchettes, euh, sur des cicatrices voilà* » MG9.

Un frein à la prescription de ce type de traitement était la limitation de l'AMM aux douleurs post-zostériennes « *après, l'histoire du Versatis® qui est utilisé en post zona et qui a une restriction d'AMM ça nous limite quand même pas mal aussi, moi je me suis fait épingler par je sais plus quelle mutuelle, parce que j'avais prescrit du Versatis ® en dehors* » MG10.

Enfin, un médecin utilisait de façon isolée la carbamazépine (Tegretol®) « *elle répondait elle, c'était au Tegretol® carbamazépine mais je t'avoue c'est isolé car c'est mal toléré aussi ça* » MG3.

3.7.3 Un arsenal thérapeutique limité

Plusieurs médecins se plaignaient du manque de thérapeutique disponible « *sur le plan thérapeutique, on n'est pas non plus hyper doté* » MG8, « *les thérapeutiques sont assez limitées, enfin dans mon esprit, pour moi il n'y a que le Lyrica ® et le Neurontin ® et quand ils n'ont pas fonctionné, on ne sait pas comment les soulager* » MG1.

3.7.4 Tolérance des traitements

Le choix de la molécule utilisée dépendait donc de la tolérance des patients au traitement.

Concernant la tolérance des patients aux traitements spécifiques (antidépresseurs, antiépileptiques), les avis divergeaient selon les médecins. Pour certains, ces traitements étaient plutôt bien tolérés *« il y a une bonne tolérance je dirai »* MG5, *« globalement je trouve qu'ils sont assez bien tolérés »* MG8 ; pour d'autres, ces traitements étaient franchement mal tolérés ce qui entraînait des difficultés dans la prise en charge *« la plupart des traitements anti douleurs neuropathiques sont très mal tolérés »* MG3, *« On est quand même avec des thérapeutiques qui pour moi au niveau tolérance sont compliquées »* MG9, *« les effets secondaires sont nombreux, c'est souvent mal supporté, c'est pour ça qu'il faut commencer par de toutes petites doses »* MG4.

L'effet secondaire le plus rapporté était l'effet sédatif des antiépileptiques *« maintenir des patients sous Lyrica® ou Neurontin® ce n'est pas évident parce qu'ils sont souvent « HS » même en commençant avec de petites doses »* MG1.

Pour un médecin, la tolérance au traitement dépendait de « la réalité » de la douleur *« D'une façon générale, enfin ça c'est mon expérience, les effets secondaires, ils sont parfois très présents chez les chochottes qui n'ont pas vraiment très mal. Par contre, la personne qui souffre vraiment, c'est rare qu'elle nous demande de stopper le traitement parce qu'il y a des nausées, les trucs classiques les vertiges, des nausées, une sensation de mal être. Chez les gens qui vraiment déroutent, ils font généralement abstraction parce qu'ils s'aperçoivent qu'ils ont moins mal et ils oublient les effets secondaires. »* MG4.

3.7.5 L'adhésion au traitement

L'adhésion des patients au traitement était, en général, assez bonne lors de l'instauration du traitement *« non il n'y a pas de problème d'adhésion, parce qu'en général ils ont déjà tourné autour de pas mal d'antalgiques, ils ne sont pas soulagés, ils en ont un peu marre donc si on leur propose peut-être un autre type de médicament, ils sont partant en général et ils sont d'accord. »*

MG6, *« je dirai que ça se passe bien, que les patients acceptent bien le traitement. Voilà. Quand je leur propose j'ai rarement un refus de bénéficier de ce type de traitement là. »* MG9.

Mais au cours de la prise en charge beaucoup de médecins rencontraient des problèmes d'observance *« niveau observance c'est pas génial, surtout que ce sont des traitements à prendre au long cours »* MG2.

Les causes de ces difficultés d'observance étaient multiples :

- la mauvaise tolérance *« la principale barrière ce sont les effets indésirables »* MG3
- la mauvaise image des patients vis à vis du traitement *« c'est un peu dur, surtout des fois quand on leur explique que ce sont des antidépresseurs ou des antiépileptiques souvent ça a quand même une image assez négative »* MG7
- le manque d'efficacité immédiat des traitements *« mais je trouve qu'il y a assez peu de patient en fait qui le suive, même si on leur explique qu'il y a un délai minimum de 15 jours, (...) je leur explique que ce n'est pas un traitement de crise, et qu'il faut vraiment le prendre de façon systématique, que c'est un traitement de fond, mais je trouve que les patients ont du mal à entendre ce genre de discours et rapidement laissent tomber parce qu'ils voient que ça ne soulage pas les pics douloureux immédiatement. C'est surtout un problème de compliance au long cours. »* MG8.

3.7.6 L'efficacité des traitements

Concernant l'efficacité des traitements médicamenteux, le ressenti de la majorité des médecins interrogés était qu'elle était insuffisante. Pour beaucoup, ils permettaient seulement une diminution des symptômes *« Mais tout ce qui va être Laroxy®l®, Tegretol®, Neurontin®, Lyrica® je ne suis pas fan, je trouve que ça ne marche pas très bien honnêtement »* MG3, *« j'ai la sensation qu'il y a une diminution des symptômes même s'ils ne disparaissent pas complètement. »* MG5, *« Oui ce ne sont pas des traitements super efficaces, pour les gens ça diminue leurs douleurs mais ça ne fait jamais disparaître les douleurs de toute façon »* MG1.

Néanmoins, certains médecins les trouvaient, au contraire, très efficaces, à condition d'être tolérés *« c'est efficace à condition qu'on puisse augmenter les doses ce qui n'est réalisable, à mon avis, que dans 50 % des cas »* MG9, *« quand c'est bien toléré ça marche pas mal »* MG10.

3.7.7 Traitements non médicamenteux

Peu de médecins y avaient recours. Les traitements non médicamenteux auxquels les médecins de notre étude avaient recours étaient :

- La kinésithérapie : *« non enfin rien à part la kiné surtout dans les radiculopathies, les sciatiques, j'ai l'impression que ça les soulage en partie, tout du moins ça ne fait pas de mal »* MG11
- La psychothérapie : *« il y a aussi la psychothérapie, je travaille avec une psychologue chez qui j'adresse certains patients c'est du cas par cas, ça dépend du retentissement psychologique des douleurs »* MG3
- L'hypnose : *« j'ai une patiente avec des sciatalgies qui a fait de l'hypnose de sa propre initiative elle en était contente (...) je pense que ça a joué plus sur le psychisme que les douleurs en elles-mêmes »* MG2
- La balnéothérapie : *« la balnéothérapie aussi, je trouve que la balnéo dans les cas où tu ne t'en sors pas sur des douleurs, ça peut vraiment aider. »* MG3.

Le cas particulier de la neurostimulation transcutanée : plusieurs médecins avaient des patients qui bénéficiaient de ce traitement, avec plutôt de bons résultats ; mais il était instauré par les médecins de la douleur, les médecins généralistes n'intervenant pas *« il y a des patients que je soulage bien avec de la stimulation, enfin ce n'est pas moi qui l'instaure parce qu'en général c'est introduit par les spés, mais la stimulation électro physiologique le TENS et compagnie ça marche plutôt pas mal »* MG3, *« c'est vrai qu'il y a les neurostimulations qui sont utilisées chez certains patients qui sont pas mal, mais moi ça je ne manie pas , les neurostimulations, j'avoue je laisse faire le médecin de la douleur »* MG9.

3.8 Les recommandations de la SFETD

3.8.1 Connaissance des recommandations

La société française d'étude et du traitement de la douleur SFETD a publié en 2010, des recommandations, à destination des médecins généralistes notamment sur la prise en charge ambulatoire des douleurs neuropathiques.

Aucun médecin interviewé n'avait connaissance de ces recommandations :

- *« des recommandations sur les douleurs neuropathiques ? non ça ne me dit rien »* MG2,
- *« Non. Enfin il y en a sûrement, mais je n'en ai pas connaissance. »* MG7,
- *« non franchement, ça ne me dit rien, je ne pense pas les avoir lues un jour »* MG8.

3.8.2 Frein à la diffusion des recommandations

Pour plusieurs médecins, il était quasiment impossible, dans leur pratique quotidienne de se tenir informés des différentes recommandations, en raison de leur nombre important dans les différentes spécialités, par manque de temps également :

- *« en même temps il y a tellement de recommandations, de nouveautés c'est dur de se tenir à jour en pratique, on essaie de faire au mieux, de faire notre petite popotte »* MG8,
- *« il y a des scores et des recommandations un peu pour tout, quasiment pour chaque maladie, si on veut tout respecter ça devient infernal. Tout ça c'est très hospitalo universitaire je trouve, en pratique en médecine générale c'est impossible de tout respecter. Donc on fait au mieux pour le bien de nos patients. »* MG4.

3.9 L'échec thérapeutique

L'ensemble des médecins avouaient se retrouver régulièrement en échec, dans la prise en charge des douleurs neuropathiques « *c'est un domaine les douleurs neuropathiques où l'échec est assez fréquent. Pour moi c'est 50 %* » MG3, « *ça m'arrive quand même assez souvent* » MG4.

Ils étaient plusieurs à confier que ces situations étaient difficiles à vivre en pratique, qu'ils ressentaient un sentiment d'impuissance :

- « *ce n'est pas forcément facile à vivre quand on n'arrive pas à traiter quelqu'un qui souffre, tu te sens en échec aussi, impuissant, ce n'est pas évident.* » MG7
- « *ce n'est pas évident de ne pas avoir de solution à apporter à son patient* » MG4
- « *oui l'échec thérapeutique, tout à fait, c'est déjà arrivé, c'est assez compliqué à gérer, parce qu'on se sent très démuni* » MG11.
- « *le problème c'est quand on n'arrive pas à les soulager suffisamment, qu'on est obligé de passer la main, ça ne fait pas forcément (sourire) plaisir à notre ego, on se sent impuissant un peu* » MG11.

3.10 Collaboration avec les spécialistes

L'essentiel de la collaboration se faisait avec les médecins de la douleur, même si certains médecins avaient recours occasionnellement aux neurologues ou aux endocrinologues dans le cadre des douleurs neuropathiques chez le diabétique par exemple « *c'est surtout avec les médecins de la douleur, les autres spécialistes non pas trop* » MG11, « *j'adresse en urgence à la consultation de la douleur ou en neuro, mais en neuro les délais ne sont pas terribles* » MG3, « *il y a les endoc qui prennent en charge les diabétiques pour les douleurs* » MG2.

3.10.1 Motifs de recours aux spécialistes

Les motifs de recours aux spécialistes étaient pour les médecins interrogés :

- L'échec thérapeutique : « *le centre antidouleur, j'y fais appel en désespoir de cause quand j'ai tout essayé* » MG4
- La mauvaise tolérance aux traitements : « *Souvent c'est ce que je fais quoi, soit quand ils sont mal tolérés, ou quand, malgré l'augmentation des posologies ils ne répondent pas au traitement* » MG7
- Les douleurs très intenses : « *Mais le cas de figure où je demande un avis c'est quand je n'arrive pas à m'en sortir ou alors pour une douleur qui est d'emblée importante, par exemple une grosse névralgie du trijumeau, une douleur post-zostérienne* » MG3
- En cas de non adhésion au traitement : « *on essaie d'avoir l'appui du spécialiste en leur expliquant qu'il risque de mettre le même médicament* » MG1
- Pour l'introduction de traitement spécifique : « *si, pour prescrire un TENS ça moi je ne sais pas faire* » MG10.
- La confirmation du diagnostic : « *ou si j'ai un doute sur l'étiologie* » MG9.

3.10.2 Accès aux centres antidouleur

Les délais de prise en charge par les centres antidouleurs étaient de l'ordre de 1 à 2 mois pour un premier rendez-vous.

Ces délais étaient considérés comme raisonnables pour une partie des médecins « *Ça se passe plutôt bien avec des délais raisonnables, c'est de l'ordre de 1 mois à 1 mois et demi.* » MG5, « *je trouve qu'ils sont assez courts... ça doit être dans les 2 mois* » MG1 ; pour d'autres, ces mêmes délais étaient considérés comme trop longs et constituaient une difficulté dans leur prise en charge « *on a une bonne consultation de la douleur à Beauvais, les délais sont assez longs* » MG3, « *les délais sont très longs pour un premier rendez-vous* » MG6, « *l'accès à la médecine de la douleur n'est pas toujours simple, les délais en tout cas* » MG9.

Pour un médecin, ce délai lui permettait d'essayer un traitement *« j'ai en général un délai de deux mois ça me laisse le temps d'essayer un traitement »* MG9.

En raison de ces délais considérés comme longs, ils étaient plusieurs à anticiper les rendez-vous *« je sais que les délais sont longs donc faut pas tourner autour du pot des fois pendant 3 mois quoi. Ou je leur dis des fois de prendre un rendez-vous quitte à l'annuler mais voilà, pour ne pas prendre de retard. »* MG4.

3.10.3 Les centres antidouleurs « une porte de sortie »

En cas de difficultés dans leur prise en charge, d'échec, d'impasse thérapeutique, l'ensemble des médecins avait recours aux centres antidouleurs ce qui leur permettait de se décharger du problème, en quelque sorte :

- *« sérieusement c'est confortable pour moi en pratique, c'est une porte de sortie en cas d'échec, tu ne passes pas pour un clown quand tu n'y arrives pas »* MG4
- *« les consultations douleur c'est un peu, ... une sorte de sortie de secours pour nous quand on est dépassé, je ne devrais pas dire ça mais on se débarrasse en quelque sorte du problème. »* MG11.

3.10.4 Problèmes de collaboration avec les centres antidouleurs :

Plusieurs médecins déploraient un manque de contact direct avec les médecins de la douleur, et par conséquent, l'absence de participation du médecin généraliste à la prise en charge *« après peut être aussi une communication un peu plus, ... un peu plus régulière avec les médecins de la douleur lorsque l'on a des prises en charge en commun des patients, c'est vrai qu'on a les courriers, mais, assez rarement, je n'ai pas beaucoup de comptes rendus de consultation et les courriers restent assez évasifs sur les traitements et les projets notamment en cas d'échec, en cas de mauvaise tolérance au traitement »* MG9.

Un autre trouvait que les documents à remplir par les patients avant de rencontrer les médecins de la douleur les décourageaient « *c'est toujours assez compliqué pour les adresser en consultation antidouleur parce qu'il y a des dossiers hyper compliqués à remplir pour les patients, avec des délais pas possibles, donc souvent ils laissent tomber avant d'aller en consult, mais j'essaie de les encourager en tout cas à y aller* » MG8.

Un médecin interrogé avait une image plutôt défavorable des centres antidouleurs « *Pour moi dans les centres antidouleurs ils ne sont pas plus malins, il n'y a pas plus, ils ne vont pas sortir un lapin de leur chapeau si tu veux* » « *Quand tu as sorti le tramadol, le laroxy, le lyrica et que tu ne t'en sors pas et que manifestement plus tu essaies de réfléchir plus tu t'enfonces, le centre anti douleur n'est pas plus brillant. Mais au moins tu t'es défaussé sur des gens qui sont passionnés par ça (ironique)* » MG3.

3.11 Les spécificités de la prise en charge

3.11.1 Fréquence et durée des consultations

L'ensemble des médecins interrogés s'accordait à dire que les patients, suivis pour des douleurs neuropathiques, consultaient plus souvent que les autres. Le pic de fréquence se situait au début de la prise en charge, avec une réévaluation fréquente et la surveillance de la tolérance. Les problèmes d'observance et l'existence d'un arrêt de travail étaient deux autres facteurs intervenant sur la fréquence des consultations, « *au départ on doit les voir plus souvent, lorsqu'on instaure le traitement ça doit être hebdomadaire ou tous les 15 jours* » MG9

« *ce sont des patients qui consultent plus souvent, parce que souvent c'est des pathologies qui sont handicapantes, qui peuvent nécessiter un arrêt de travail* » MG7.

Une fois le patient « stabilisé », la fréquence des consultations était similaire à celle des autres maladies chroniques de 1 à 3 mois selon la pathologie sous-jacente « *enfin ça c'est au début, après, une fois que le traitement est instauré on les voit tous les mois voire plus pour les renouvellements... oui c'est ça tous les 1 à 3 mois.* » MG11.

Lorsque ces patients consultaient, la durée de la consultation était également plus longue que pour les autres patients « *en général je dirais que ce sont des consultations un peu plus longues que les autres* » MG5, « *Ce sont des consultations qui peuvent être longues aussi du coup* » MG6.

3.11.2 Une plus grande disponibilité

Ces patients demandaient une plus grande disponibilité des médecins. Parfois le suivi pouvait se faire par téléphone entre les consultations ou en cas de difficultés « *oui il faut être très présent, il faut être très disponible pour eux* » MG4, « *je reste assez disponible pour pouvoir les revoir en fonction de ce qu'ils ressentent par rapport au traitement* » MG9, « *après je reste assez disponible,(...) au téléphone éventuellement pour leur éviter de venir au cabinet pour ajuster le traitement.* » MG9.

3.11.3 Une écoute thérapeutique

Les patients douloureux chroniques avaient un besoin d'écoute important, un besoin de reconnaissance. Ce temps d'écoute pouvait être thérapeutique et permettre plus facilement l'acceptation de la maladie :

- « *il faut être à l'écoute, faut surtout pas leur donner l'impression qu'on n'a pas d'empathie, qu'on ne participe pas à leur douleur et qu'on ne les croit pas* » MG4,
- « *très important oui, oui, oui, dans la prise en charge, ce sont des patients qui ont besoin d'écoute et surtout d'explications sur la douleur, je pense qu'une fois qu'ils ont compris l'origine, déjà on a fait un sacré bout de chemin sur la prise en charge* » MG9,
- « *ce sont des patients qui ont peut-être besoin d'un peu plus d'écoute, d'empathie* » MG11.

3.11.4 Une participation psychologique importante

Ces patients présentaient généralement un profil psychologique particulier, avec plus fréquemment de l'anxiété ou des syndromes dépressifs, qui pouvaient rendre plus difficile la prise en charge.

- « souvent c'est un profil bien particulier de patient avec un peu d'anxiété, de dépression » MG3,
- « je dirais que c'est le côté psychologique qui n'est pas forcément facile à gérer » MG11
- « il y a souvent une part dépressive plus ou moins importante chez eux (...) souvent ils sont psychologiquement atteints » MG5.
- « ils ont souvent quand même un terrain, pas systématiquement mais parfois un terrain, c'est peut être juste le hasard, dépressif ou fibromyalgique, des patients qui ne sont pas toujours évidents à cerner, qui ont parfois des douleurs qui se baladent à droite à gauche, tu ne sais pas trop » MG6 .

3.11.5 L'éducation thérapeutique

En raison des problèmes d'observance, du type traitement (traitement de fond), de la mauvaise image des patients vis à vis des classes thérapeutiques employées, il était indispensable pour plusieurs médecins d'effectuer une éducation thérapeutique chez ces patients.

- « *J'essaie d'être le plus, enfin, d'être le plus explicite, le plus précis possible sur le déroulement du traitement, l'évolution des doses, les effets secondaires (...) Une fois qu'ils ont compris le mécanisme et l'évolution qu'on peut avoir, c'est vrai qu'après ça se passe souvent mieux, déjà sur la compréhension du traitement et l'observance et puis après sur l'acceptation de la douleur.* » MG9

- « *Bon après en leur expliquant bien, que justement ce sont des antiépileptiques et que ce sont des douleurs d'origine neurologique, ils arrivent à faire le rapprochement et se disent qu'effectivement c'est logique (...) Mais au début il faut quand même un petit moment d'explication pour que ça soit accepté et puis le fait de les prévenir déjà qu'ils risquent d'avoir des somnolences ou des nausées ou des choses comme ça, surtout les premiers jours au début du traitement et que ça passe après, souvent lorsqu'il y a une explication en amont ça passe mieux* » MG7.

3.11.6 Une tolérance face à la douleur variable

Pour les médecins, il était parfois difficile d'évaluer la douleur, en raison d'une tolérance très variable de celle-ci. Schématiquement ils rencontraient trois types de malades, avec des difficultés pour faire la part des choses :

- Des patients avec une absence complète de tolérance, qui souhaitent un traitement efficace immédiatement « *Parfois ils peuvent être un peu compliqués, ils sont très en demande d'être soulagés rapidement et puis nous on fait un peu notre cuisine car il n'y a pas de traitement miracle* » MG6
- Des patients plus tolérants qui souvent finissent par se résigner, vivre avec leurs douleurs « *ils nous en parlent, ils nous en parlent et puis bien souvent ils n'en parlent plus trop, ils finissent par vivre avec* » MG9, « *je pense qu'ils se sont fait une raison les patients ils « vivent avec »* » MG1
- Des patients considérés comme des simulateurs « *chez les chochottes qui n'ont pas vraiment très mal (...) un gros fainéant qui ne veut pas aller bosser* » MG3.

3.12 Les difficultés dans la prise en charge en médecine générale

Les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale étaient pour les médecins de notre étude :

- un manque de formation spécifique sur la prise en charge de ces douleurs, et une mauvaise diffusion des recommandations officielles « *D'ailleurs c'est étonnant, en y repensant, qu'un sujet comme celui-là ne soit pas abordé durant nos cours de médecine gé à la fac* » MG7, « *des recommandations sur les douleurs neuropathiques ? non ça ne me dit rien* » MG2,

- dans le traitement des douleurs, le manque de molécules disponibles, leur manque d'efficacité et leur mauvaise tolérance étaient responsables d'une mauvaise observance de la part des patients, « *sur le plan thérapeutique, on n'est pas non plus hyper doté* » MG8, « *Oui ce ne sont pas des traitements super efficaces, pour les gens ça diminue leurs douleurs mais ça ne fait jamais disparaître les douleurs de toute façon* » MG1, « *On est quand même avec des thérapeutiques qui pour moi au niveau tolérance sont compliquées* » MG9,
- l'échec thérapeutique fréquent n'était pas une situation facile à vivre pour les médecins et était responsable d'un sentiment d'impuissance « *ce n'est pas forcément facile à vivre quand on n'arrive pas à traiter quelqu'un qui souffre, tu te sens en échec aussi, impuissant, ce n'est pas évident.* » MG7
- dans leur collaboration avec les centres antidouleurs, les médecins déploraient le manque d'échange avec les médecins de la douleur et les délais de prise en charge parfois longs « *après peut être aussi une communication un peu plus, ... un peu plus régulière avec les médecins de la douleur lorsqu'on a des prises en charge en commun des patients* » MG9, « *l'accès à la médecine de la douleur n'est pas toujours simple, les délais en tout cas* » MG9,
- la composante psychologique très fréquente chez ce type de patient, parfois difficile à gérer était considérée comme une difficulté supplémentaire « *je dirai que c'est le côté psychologique qui n'est pas forcément facile à gérer* » MG11.

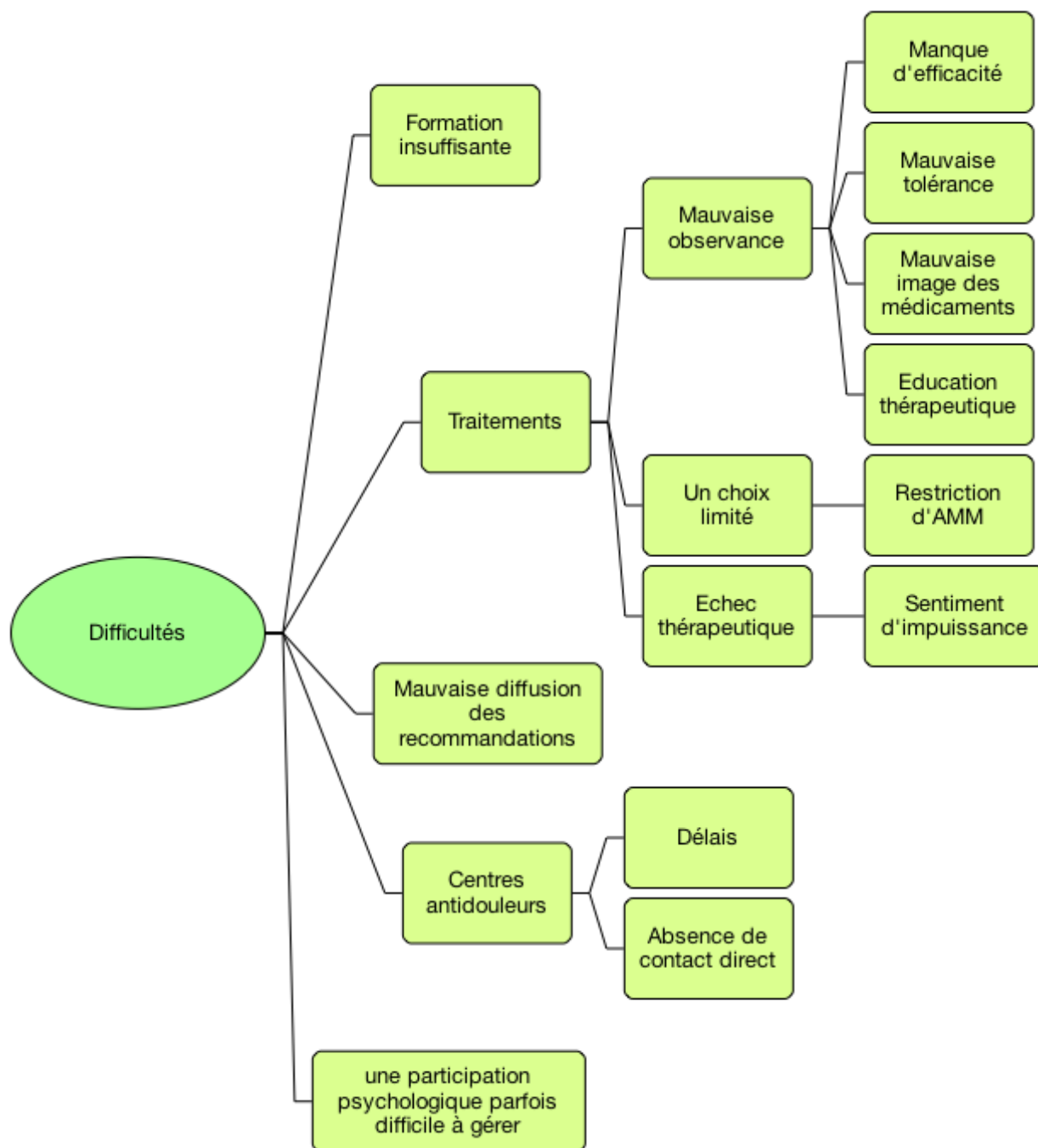


Figure1 : Synthèse des difficultés rencontrées dans la prise en charge des douleurs neuropathiques

3.13 Axes d'amélioration

3.13.1 Une meilleure formation initiale

Plusieurs médecins proposaient que le thème de la prise en charge de la douleur, et notamment les douleurs neuropathiques, soit abordé durant la formation universitaire, les cours de médecine générale.

- *« peut être déjà une formation spécifique à la fac pendant l'internat »* MG6
- *« tout d'abord je pense que le sujet des douleurs devrait être, enfin je pense plus abordé dans notre cursus universitaire »* MG9

3.13.2 La formation médicale continue

Une grande majorité des médecins souhaiterait bénéficier d'une formation sur les douleurs neuropathiques, avec la mise en place de protocoles, savoir quand adresser les patients aux centres antidouleurs, pour améliorer leur prise en charge.

- *« pourquoi pas une FMC avec un médecin de la douleur ou un neuro pour qu'il nous fasse une mise au point avec les dernières reco, les conduites à tenir, quand faire appel à eux, quand on peut gérer ça au cabinet »* MG3
- *« peut-être avoir une formation post universitaire par exemple par les algologues du secteur, pour faire le point et définir des protocoles »* MG5
- *« après dans ma pratique c'est la FMC avec peut-être des EPU sur la prise en charge de la douleur »* MG9.

Un médecin précisait que le principe des FMC était bien, mais qu'en pratique il n'était pas forcément évident de les suivre *« après c'est toujours pareil, encore faut-il être disponible pour les FMC, entre le cabinet et la vie perso on n'est pas toujours motivé... »* MG11.

3.13.4 Un contact direct avec les médecins de la douleur

Le fait de pouvoir joindre directement les médecins de la douleur pour des conseils téléphoniques en cas de difficulté serait une aide précieuse pour de nombreux médecins et éviterait, selon eux, de surcharger les consultations *« qu'on puisse accéder à des avis téléphoniques directs avec les spécialistes antidouleur, qu'on n'ait pas besoin d'avoir des délais aussi longs, qu'on puisse nous même les contacter que ce soit par mail voilà, qu'il y ait un moyen de communication direct, plus facile, pour ne pas encombrer leur consultation douleur avec des problèmes que l'on pourrait gérer nous même au cabinet. »* MG6.

Un médecin proposait, à défaut d'une communication directe, d'avoir des comptes rendus de consultation plus détaillés, pour avoir une prise en charge commune avec le médecin de la douleur *« lorsqu'on a des prises en charge en commun des patients, c'est vrai qu'on a les courriers, mais, assez rarement, je n'ai pas beaucoup de comptes rendus de consultation et les courriers restent assez évasifs sur les traitements et les projets notamment en cas d'échec, en cas de mauvaise tolérance au traitement »* MG9.

3.13.5 Les traitements

Il a été évoqué l'arrivée de nouveaux traitements « miraculeux », plus efficaces et mieux tolérés, *« le souci c'est le manque de médicaments spécifiques, enfin plus efficaces et mieux tolérés, si on avait un traitement efficace à 100% et relativement bien toléré, ça ne nous poserait pas de difficulté »* MG1, une plus grande liberté de prescription, il était question, notamment de la restriction d'AMM du Versatis® *« après, l'histoire du Versatis® qui est utilisé en post zona et qui a une restriction d'AMM ça nous limite quand même pas mal aussi, moi je me suis fait épingler par je sais plus quelle mutuelle »* MG10.

3.13.6 Une meilleure prévention

Enfin, pour un médecin il faudrait travailler plus en amont pour éviter la survenue de ces douleurs neuropathiques chez les diabétiques, les alcooliques. « *C'est sûr qu'il faut traiter la douleur, mais ce qui pourrait améliorer la prise en charge c'est de travailler en amont pour éviter les neuropathies, par exemple chez l'alcoolique éviter les carences.* » MG4.

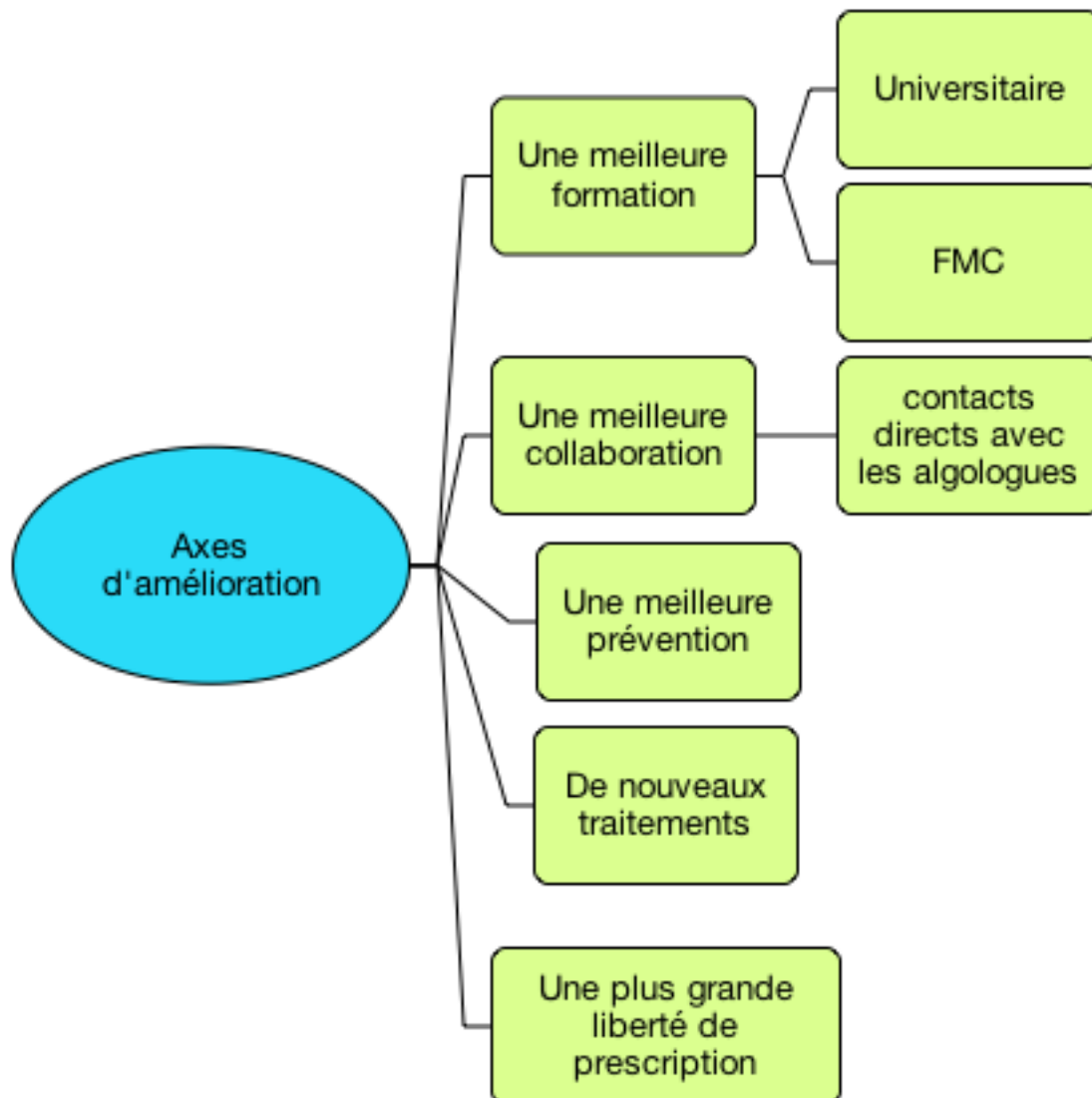


Figure 2 : Principaux axes d'amélioration proposés par les médecins de l'étude

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

Cette étude possède de nombreux atouts :

- Choix du sujet

Au cours de mon internat de médecine générale, j'ai eu le plaisir de travailler avec un médecin de la douleur. Ce dernier m'a sensibilisé sur une notion qui m'était jusqu'alors totalement inconnue : les douleurs neuropathiques.

En effet, durant mon cursus universitaire, j'ai, certes, pu bénéficier de cours sur la prise en charge des douleurs, mais l'accent était essentiellement mis sur les douleurs nociceptives et les modalités de prescription des morphiniques, sur les douleurs neuropathiques, il était mentionné leur existence et le fait qu'elles nécessitaient un traitement spécifique.

Une fois sensibilisé au sujet, j'ai pu constater que ces douleurs, comme le confirment les différentes études de prévalences réalisées (8) (9), n'étaient pas exceptionnelles mais au contraire très fréquentes ; leur traitement était aussi spécifique et elles ne répondaient pas aux différentes classes d'antalgiques pour lesquels j'avais pu bénéficier d'une formation.

Les médecins généralistes sont confrontés aux patients douloureux au quotidien, ils se trouvent en première ligne, ce sont eux les premiers maillons de la chaîne.

Or, sans cette sensibilisation, il est fort probable que mes patients n'auraient pas pu bénéficier d'une prise en charge optimale et qu'il y aurait eu une perte de chance pour eux.

A l'heure où le soulagement de la douleur est devenu en France un droit pour le malade (1), il m'est apparu intéressant d'étudier les difficultés que pouvaient rencontrer mes confrères médecins généralistes dans leur pratique quotidienne et d'essayer de dégager des axes d'amélioration qui pourraient les aider.

A ma connaissance et après une recherche bibliographique, il s'agit du premier travail effectué sur ce thème en Picardie.

- Type d'étude

Le choix d'une étude qualitative m'a semblé être le plus pertinent pour déterminer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes. En effet, ce type d'étude issu des sciences humaines est adapté à la médecine générale, par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (22). En recherche qualitative, on ne cherche pas à quantifier les choses, mais à recueillir des données verbales (sentiments, expériences, émotions), afin de générer des hypothèses, pour mieux comprendre les comportements.

- L'échantillon

Dans une démarche qualitative, la représentativité statistique de l'échantillon n'est pas recherchée. L'objectif est d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, une caractéristique ou une expérience particulière à analyser (23).

Dans mon étude, je me suis donc efforcé de constituer un échantillon raisonné et diversifié. A cette fin, j'ai interviewé des médecins généralistes des deux sexes, d'âges variés, ayant des modes d'exercice différents.

J'avais fixé arbitrairement une durée d'exercice de 2 ans, afin que les médecins aient une certaine expérience de la pratique de la médecine générale, sans exclure l'opinion des jeunes médecins et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

- Le recueil de données

En dehors d'un « Focus Group » de deux médecins pour tester le guide d'entretien, le recueil des données s'est fait par des entretiens individuels semi-dirigés. Ils se sont tous déroulés en dehors des consultations afin de permettre aux médecins de s'exprimer le plus librement possible, dans le but de faire émerger un maximum d'idées nouvelles.

Jusqu'au début des entretiens, les médecins ne connaissaient pas le sujet de l'étude, afin de recueillir un maximum de réactions spontanées. La garantie de l'anonymat a permis également de libérer la parole.

Les entretiens se sont déroulés jusqu'à la saturation de données.

Elle a été obtenue après l'entretien de dix médecins et confirmée par un entretien supplémentaire.

2. Limites de l'étude

Cette étude comporte néanmoins plusieurs limites :

- La taille de l'échantillon

Seul onze médecins ont participé à cette étude. J'ai éprouvé de grandes difficultés pour constituer mon échantillon. La majorité des médecins a refusé par manque de temps. Le fait de rester volontairement vague sur le sujet de l'étude a pu en dissuader certains, d'autres ont clairement fait part de leur désintérêt pour participer à ce type d'étude. Du fait des difficultés rencontrées et de l'obtention de la saturation de données après dix entretiens, je n'ai pas poursuivi le recueil de données. De nouvelles idées auraient probablement pu émergées avec un échantillon plus important.

- Biais d'investigation

Il existe probablement un biais d'investigation. Cette étude était mon premier travail de recherche. Avant de la réaliser, j'ai suivi une formation dispensée par le département de médecine générale de l'UPJV, sur la méthodologie des études qualitatives, afin de limiter au maximum ce biais.

Durant les entretiens, je me suis efforcé de rester le plus neutre possible, d'employer des questions ouvertes mais il est possible que par manque d'expérience, j'ai pu influencer certaines réponses et employer des questions fermées.

- La durée des entretiens

Les entretiens étaient plutôt courts (13 minutes en moyenne), il est possible que certaines idées n'aient pas été abordées et que, par manque d'expérience, je n'ai pas su correctement relancer les médecins. Je n'ai également peut être pas suffisamment exploité les silences ou coupé les médecins pendant leur réflexion avec mes relances. Il est plausible que certains thèmes aient été explorés de façon superficielle. La fatigue des médecins (les entretiens se sont déroulés généralement le soir après les consultations) a pu, peut être, limiter, l'expression de ces derniers.

- La proximité avec certains médecins

Du fait des difficultés de recrutement, quatre médecins étaient des amis proches. Cette situation a pu influencer leurs réponses, par peur du ridicule ou d'être jugé.

- Un biais d'interprétation

Par manque d'expérience toujours, il est possible qu'il y ait eu des oublis de codage. Afin de limiter ceux-ci, une triangulation a été réalisée sur les deux premiers entretiens pour vérifier mon codage, celui ci paraissait satisfaisant.

3. Discussion des résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons donné les caractéristiques épidémiologiques de notre échantillon à titre informatif. Comme nous l'avons précisé précédemment, l'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon statistiquement représentatif des médecins généralistes picards mais de sélectionner un nombre raisonné de médecin en essayant d'être le plus exhaustif possible en terme de différences.

Dans notre échantillon, il y avait quatre femmes soit 36,4 %. De prime abord, cette proportion peut paraître faible mais elle est comparable à la proportion de femmes médecins généralistes en Picardie qui est de 39,9 % en 2016 (24). Il n'a pas été mis en évidence de différences particulières lors de notre analyse, en rapport avec la caractéristique du sexe.

Notre échantillon était plutôt jeune, l'âge moyen des médecins participants était de 40,7 ans. A titre de comparaison, l'âge moyen des médecins généralistes picards était de 51,4 ans en 2016 (24).

Contrairement au sexe, il a été mis en évidence, comme nous le verrons, quelques différences en rapport avec l'âge des médecins portant sur le sentiment de compétence, le rejet des outils, des échelles et des recommandations.

En termes de lieu d'exercice, les proportions étaient similaires (4 en zone rurale, 4 en zone urbaine et 3 en zone semi urbaine). Il n'a pas été mis en évidence de différences pour cette caractéristique.

3.2 Fréquence et prévalence des douleurs neuropathiques

En termes de fréquence, il existait une très grande variabilité dans les réponses. Pour certains médecins, c'était une situation clinique qu'ils rencontraient très fréquemment alors que, pour d'autres, c'était beaucoup plus rare. Je pense que cette différence de fréquence était probablement en rapport avec l'attention portée à ce sujet dans leur pratique quotidienne. Probablement que certains médecins y prêtaient plus attention que d'autres. Le terme de « fréquence » est très subjectif et peut, à lui seul, expliquer cette différence de ressenti entre les médecins.

Toujours sans objectif de résultat statistiquement significatif, j'avais demandé aux médecins d'estimer la prévalence des douleurs neuropathiques au sein de leur patientèle et, au contraire de la fréquence, les résultats étaient homogènes avec une prévalence de l'ordre de 5 %. Un médecin a estimé la prévalence chez ses patients douloureux chroniques à environ 25 %. Il est surprenant de constater que ces estimations de prévalence concordent avec les résultats de deux grandes études réalisées sur la population générale. L'enquête de Torrance (9) de 2006, réalisée en Grande Bretagne par voie postale sur 6000 personnes, retrouvait une prévalence de 8,2 % dans la population générale et de 17 % chez les douloureux chroniques. L'enquête de Bouhassira (8) réalisée en 2008, en France par téléphone, chez 23712 personnes, retrouvait une prévalence dans la population générale de 6,9 % et de 21,7 % dans la population présentant des douleurs chroniques. Ces résultats pourraient laisser penser que ces douleurs ne sont pas sous diagnostiquées mais il ne s'agit que d'une supposition.

3.3 Les étiologies

Les radiculopathies (lombo sciatiques, névralgies cervico brachiales) étaient de loin les causes de douleurs neuropathiques les plus rencontrées en pratique par les médecins de notre échantillon, suivies par les neuropathies diabétiques et les algies post-zostériennes. Les autres étiologies (post opératoires, cancer, alcoolisme, AVC) n'étaient que plus rarement citées.

Ces résultats sont en accord avec les résultats de l'étude de Dieleman de 2008 (25), qui portait sur l'incidence des douleurs neuropathiques sur une année. Les trois principales causes retrouvées étaient les radiculopathies (pour 76 % des nouveaux cas), suivies du diabète et des douleurs post-zostériennes.

Les différentes étiologies rapportées par les médecins faisaient toutes partie de la liste des étiologies recensées par la SFETD dans ses recommandations (12). Seul un médecin a évoqué la fibromyalgie comme étiologie de douleurs neuropathiques.

Considérée longtemps comme une douleur « psychogène », la fibromyalgie fait partie maintenant des douleurs dysfonctionnelles, sans lésion nerveuse et de mécanisme physiopathologique encore indéterminé. Il semblerait que certains malades répondent aux traitements antiépileptiques et aux antidépresseurs, ce qui a fait évoquer que la fibromyalgie serait apparentée aux douleurs neuropathiques (26).

3.4 La formation

La grande majorité des médecins a regretté l'absence de formation spécifique sur la prise en charge des douleurs neuropathiques. Si certains avaient suivi des cours à la faculté sur la douleur, il n'avait pas été évoqué le traitement des douleurs neuropathiques. Ces résultats sont en accord avec une étude de 2002 réalisée auprès de 200 médecins généralistes dans laquelle ils étaient 43 % à trouver leur formation sur « les douleurs en générale » insuffisante (27).

Dans mon expérience personnelle, j'ai suivi un cours à la faculté dans le cadre du module 5, avant les épreuves classantes nationales (ECN), et effectivement l'accent était mis sur la prise en charge des douleurs nociceptives, l'utilisation des antalgiques des trois paliers de l'OMS, avec essentiellement les règles de prescription des morphiniques, la prise en charge de leurs effets secondaires, leur bioéquivalence... A la fin de ce cours étaient évoquées, de façon succincte, les douleurs neurogènes et les classes thérapeutiques auxquelles elles répondaient.

Il semblerait, après consultation du site internet de l'université médicale virtuelle francophone (UMVF), qu'à l'heure actuelle le sujet soit plus développé au sein des items 131 et 132 des ECN (28) (29).

Plusieurs médecins ont également déploré l'absence de formation spécifique sur la prise en charge des patients douloureux lors des cours de médecine générale durant leur internat. A la consultation du programme des cours de médecine générale pour l'année 2016-2017, pour les trois promotions du DES de médecine générale, il semblerait qu'il n'y en ait toujours pas (30).

Un manque de compétence dans la prise en charge de ces douleurs a été évoqué par plusieurs médecins ; ils étaient les plus jeunes de l'étude. Plusieurs médecins ont avoué avoir développé leurs compétences dans la prise en charge de ces douleurs avec le « temps » et l'expérience. Ils déploraient que leurs premiers patients aient servi de « cobaye » en quelque sorte. Ces résultats vont à l'encontre d'une étude (31) récente de 2016 dans laquelle les médecins les plus jeunes se sentaient parfaitement compétents, mais les échantillons n'étaient pas comparables en termes d'âge, les médecins de cette étude étaient installés depuis 20 ans en moyenne.

Les médecins les plus âgés de notre étude considéraient que les douleurs neuropathiques ne leur posaient pas de difficultés du fait de leur « grande » expérience et surtout ils ont souligné le rôle des visiteurs médicaux dans leur formation continue. Deux médecins de l'étude ont été « formés » par les visiteurs médicaux lorsque le Lyrica[®] a obtenu l'AMM pour les douleurs neuropathiques. A l'heure des différents scandales dans l'industrie du médicament (Mediator[®], Dépakine[®]), cette « formation » dispensée par les laboratoires renvoie à l'éternel débat sur les conflits d'intérêts et l'indépendance dans la prescription des médecins (32).

Enfin, la formation continue est jugée également insuffisante par manque de formation spécifique, manque de ressource ou méconnaissance de celles-ci, mais également par manque d'intérêt pour certains et manque de temps pour d'autres.

3.5 Le diagnostic

Faire le diagnostic des douleurs neuropathiques ne semblait pas être une difficulté pour les médecins interrogés. Pour le réaliser, ils se basaient presque exclusivement sur l'interrogatoire (caractéristiques, résistance aux antalgiques) et le contexte, ce qui est conforme aux recommandations de la SFETD (12).

Ces recommandations de la SFETD (12) préconisent d'utiliser un outils: le DN4 (11) en cas de difficultés diagnostiques. Dans notre étude, peu de médecins avaient connaissance de cet outil et seul l'un d'entre eux l'utilisait en cas de doute diagnostique. Les autres médecins avaient plutôt tendance à s'adresser aux centres antidouleurs. Ce test simple et rapide d'utilisation (moins de 3 minutes) possède une spécificité de 89,9 % et une sensibilité de 82,9 % ; il semblerait donc adapté à la pratique de la médecine générale. Le fait que les médecins n'utilisent pas ce test amène à se poser plusieurs questions. La méconnaissance de l'outil ? son inadaptation en médecine générale ? une formation insuffisante à son utilisation ? un nouvel outil serait-il plus adapté à la médecine générale ? Une partie de la réponse se trouve dans le fait que, dans notre étude, plusieurs médecins ont évoqué que, de manière générale, les scores, échelles, classifications n'étaient pas adaptés à la médecine générale, qu'ils préféraient le côté humain, l'échange, le dialogue à une pratique rigoureusement scientifique. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude de Tajfel sur la douleur en médecine générale de 2002 (27) très peu de médecins généralistes (13 % d'un échantillon de 200 médecins généralistes) utilisaient les échelles. Dans l'étude de Martinez de 2014 (33), portant sur 319 médecins généralistes, ils étaient 88 % à bien diagnostiquer les douleurs neuropathiques mais seulement 34 % à utiliser le DN4.

3.6 Le traitement

D'une manière générale, les médecins de notre étude adoptaient tous la même stratégie thérapeutique consistant à débiter par de faibles posologies et à les augmenter progressivement par palier en fonction de leur tolérance et de leur efficacité. Cette stratégie est conforme aux recommandations de la SFETD (12) et de l'HAS (13).

Les molécules spécifiques des douleurs neuropathiques prescrites par les médecins étaient par ordre de fréquence : les antiépileptiques (gabapentine et pregabaline), les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxetine), les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline). Ceci est conforme aux différentes recommandations françaises (12) (13) ou internationales (34) qui préconisent l'utilisation en première intention d'un antiépileptique ou d'un antidépresseur. L'oxycodone, lorsqu'elle était utilisée, l'était en association avec un antiépileptique ou un antidépresseur en cas de réponse insuffisante, ceci est également conforme aux recommandations.

Néanmoins, quelques nuances sont à apporter. Les associations antiépileptiques/antidépresseurs n'étaient pas réalisées en pratique alors qu'elles sont fortement recommandées en cas d'inefficacité du traitement de première ligne (12). La duloxetine possède l'AMM pour les douleurs neuropathiques périphériques du diabétique. Elle est même recommandée en première intention dans cette indication (12). Or pour les médecins de notre étude, son indication n'était pas le diabète mais l'existence d'une composante dépressive.

Plusieurs médecins prescrivaient, encore de façon systématique, les antalgiques classiques (paracétamol, AINS) comme « co-traitement ». Cependant ces thérapeutiques ne sont aucunement recommandées dans le traitement des douleurs neuropathiques. Il a d'ailleurs été démontré une surconsommation de ces médicaments dans ce contexte (34). En ce qui concerne les traitements topiques à base de lidocaïne (Versatis®), ils étaient plusieurs à obtenir de bons résultats dès qu'il y avait une allodynie (les algies post-zostériennes, les cicatrices douloureuses,...) Mais l'AMM du Versatis® (35) (36) se limite aux douleurs post-zostériennes, ce qui est source de difficultés avec les organismes sociaux et les mutuelles pour les médecins.

Plusieurs médecins trouvaient insuffisant, le nombre de molécules mises à leur disposition pour le traitement des douleurs neuropathiques. Ils se retrouvaient donc vite démunis en cas d'intolérance. En effet, dans les recommandations de la SFETD de 2010 (12), seules douze molécules ont un niveau de preuve A ou B dans le traitement des douleurs neuropathiques.

Le clonazepam (Rivotril®), autrefois très largement prescrit en France dans le traitement des douleurs neuropathiques, sans que son efficacité n'ait été démontrée, a vu ses modalités de prescription et de délivrance modifiées en 2012 en raison d'un mésusage (18). Dans notre étude, seuls deux médecins ont évoqué le clonazepam comme étant un traitement des douleurs neuropathiques. Pour eux, cette molécule était réservée aux spécialistes mais ils ne ressentaient pas le besoin de le prescrire. Il semblerait que les modifications des modalités de prescription du clonazepam soient bien intégrées chez les médecins généralistes et qu'elles ne constituent pas une difficulté dans leur pratique.

L'efficacité modeste de ces traitements spécifiques a été également soulignée. Pour la majorité des médecins de notre étude, ces traitements ne soulageaient que partiellement les patients et il existait une très grande variabilité de réponse selon les patients. Ce constat est confirmé par la SFETD dans ses recommandations où il est dit que « l'efficacité de ces traitements est modérée dans son ensemble » (12). Selon Bouhassira (37), l'objectif de ces traitements n'est pas de supprimer complètement la douleur mais de l'atténuer (diminution de 50 % de l'intensité douloureuse).

Plusieurs médecins de l'étude ont été confrontés à des problèmes d'observance chez leurs patients. Les raisons invoquées étaient : le manque d'effet immédiat, la mauvaise tolérance des traitements, la mauvaise image des traitements « antidépresseurs » ... Pour faire face à cette difficulté, ces médecins ont insisté sur l'importance d'une éducation thérapeutique du patient et une réévaluation fréquente. Cette attitude est largement recommandée par la SFETD qui a même formulé une liste d'informations à donner aux patients (12).

Dans le cadre de leur prise en charge et du suivi du traitement, les médecins estimaient que ces patients consultaient plus souvent et que ces consultations pouvaient être plus longues que la moyenne. Dans une étude anglaise il était montré que les patients suivis pour des douleurs neuropathiques consultaient leur médecin généraliste en moyenne 22,8 fois par an contre 14,2 pour le groupe témoin (37).

3.7 L'échec thérapeutique

Toutes ces difficultés liées au traitement (le manque d'efficacité, de tolérance, l'inobservance,...) amenaient régulièrement les médecins à l'échec thérapeutique. Cette situation était source d'émotions négatives, le sentiment d'impuissance était le plus souvent décrit. Certains médecins éprouvaient un sentiment de culpabilité sur le fait de ne pas soulager convenablement leur patient. Les médecins devaient faire face aux limites de la médecine « toute puissante » ce qui était source de frustration. Ces sentiments pouvaient alors retentir sur la relation médecin-malade. Dans un article sur la douleur chronique et la relation médecin-malade, les mêmes réactions face à l'échec sont décrites (38).

3.8 Les recommandations de la SFETD

Ces recommandations (12) portent sur la prise en charge des douleurs neuropathiques en ambulatoire. Elles sont donc à destination des médecins généralistes. Dans notre étude, aucun médecin n'en avait connaissance. Ce constat laisse supposer que leur mode de diffusion est inadapté ou insuffisant. Une étude de santé publique sur les facteurs influençant l'appropriation des recommandations par les médecins mettait en évidence l'importance de la diffusion (39).

Paradoxalement, malgré leur méconnaissance des recommandations, leur manque de formation ressenti, il est intéressant de constater que les prises en charge et les stratégies thérapeutiques des médecins interrogés sont globalement conformes à ces dernières.

Nous émettons deux hypothèses pour expliquer ce paradoxe

- La première est le fait que plusieurs médecins travaillaient au sein de cabinet de groupe. Il est probable que ce mode d'exercice, favorisant les échanges entre confrères, ait pu participer à la diffusion des informations
- La seconde, développée par un médecin de notre étude, était l'intérêt des comptes rendus de consultation des spécialistes, qui lui permettaient de s'informer et de calquer ses prises en charge sur les leurs.

Les médecins les plus âgés de notre étude étaient plutôt sceptiques sur l'intérêt des recommandations dans leur pratique et donc réticents à leur application. Ils privilégiaient leur expérience personnelle et leur connaissance des malades pour guider leur prise en charge. Pour eux, les recommandations étaient souvent le fruit de travaux de médecins hospitalier, et n'étaient pas adaptées à la pratique de la médecine générale. Des résultats semblables ont été observés dans une étude sur l'application des recommandations sur la prise en charge du diabète par les médecins généralistes (40).

3.9 Le retentissement psychiatrique/psychologique

Pour plusieurs médecins, la composante psychiatrique et psychologique, fréquemment présente chez les patients présentant des douleurs neuropathiques, constituait une difficulté dans leur prise en charge. Ils ne se sentaient pas suffisamment armés surtout en cas d'échec thérapeutique. Ces situations nécessitaient de la part des soignants une écoute, une plus grande disponibilité et beaucoup d'empathie.

L'étude de Serra de 2014 montre le lien étroit qui existe entre la dépression et les douleurs chroniques. En effet, la dépression était présente chez environ 20 % des patients douloureux chroniques (41). Une autre étude, réalisée au Royaume Uni en 2012 (37), retrouvait une plus forte prévalence des troubles anxieux et des syndromes dépressifs chez les patients présentant des douleurs neuropathiques. Pour ces raisons, la SFETD et l'HAS recommandent de rechercher ces troubles ou toute autre manifestation psychopathologique lors du bilan initial (7) (12).

Malgré les difficultés générées par cette participation psychologique, seul un médecin de notre étude déclarait faire appel à un psychologue pour certains patients. Ce manque de recours aux spécialistes psychologues ou psychiatres mériterait d'être approfondi. Est-ce par difficultés d'accès ? un nombre de spécialistes insuffisant ? un rejet des patients ?

Le recours à d'autres formes de médecine « dites douces » telles l'hypnose, l'acupuncture, etc... pourrait, peut-être, permettre également de travailler sur cette composante.

3.10 La collaboration avec les spécialistes

Elle se faisait presque exclusivement avec les médecins de la douleur. Les motifs de recours aux centres antidouleurs pour les médecins interrogés étaient conformes aux recommandations de la SFETD (12).

Une minorité de médecins adressait les patients dès le diagnostic de douleur neuropathique. Cette attitude va à l'encontre de ces recommandations et contribue probablement à la surcharge des consultations antidouleurs.

Pour certains médecins, ces structures représentaient une forme de confort en cas de difficultés. Ils permettaient de réorienter les patients sans « perdre la face ». Il est précisé par l'HAS que la demande de prise en charge spécialisée n'est jamais un abandon de la prise en charge ambulatoire (7). Or, un médecin nous a clairement avoué, utiliser les médecins de la douleur pour se « débarrasser » des patients qu'il n'arrivait pas à gérer.

Les difficultés de recours aux centres antidouleurs étaient les délais de prise en charge. Jugés trop longs, plusieurs médecins anticipaient la prise de rendez-vous et annulaient celui-ci si besoin. Ce type de pratique, s'il s'avérait qu'elle soit généralisée, contribuerait, en partie à l'allongement des délais de prise en charge et entrainerait une sorte de cercle vicieux. Le second point soulevé par les médecins était le manque de contact direct avec les médecins de la douleur et le sentiment d'être exclus, ainsi que le manque de prise en charge commune.

4. Propositions d'amélioration

A la vue des difficultés rencontrées par les médecins de notre étude dans la prise en charge des douleurs neuropathiques, résumées dans la *figure 1* et de leurs propositions d'amélioration *figure 2*, nous proposons plusieurs axes d'amélioration :

- Tout d'abord, l'intégration d'un cours spécifique sur la prise en charge des douleurs chroniques, traitant en particulier des douleurs neuropathiques, durant la formation théorique du DES de médecine générale, nous semble essentiel pour les futures générations de médecins généralistes.
- L'organisation de réunions de FMC sur le sujet pour permettre aux médecins « déjà » installés d'approfondir leurs connaissances.
- La création d'une brochure, rappelant les principaux messages des recommandations de la SFETD (12) sur le diagnostic incluant le DN4, les traitements, leurs indications, les posologies, les informations à donner aux patients, les motifs de recours aux spécialistes pourrait être une aide pour les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.
- La création d'une ligne directe avec un médecin de la douleur la semaine aux heures de consultation. Le numéro de cette ligne pourrait être inclus dans cette brochure. Il permettrait aux médecins généralistes de prendre un avis afin d'optimiser leur prise en charge ambulatoire. Ceci pourrait diminuer les délais pour une consultation.
- Une approche pluridisciplinaire, notamment avec les psychologues et, éventuellement, le recours à d'autres formes de médecine pourrait être intéressants au vu du retentissement psychologique chez ces malades.

CONCLUSION

Les douleurs neuropathiques, relativement fréquentes dans la population générale, posent de nombreuses difficultés aux médecins généralistes qui les prennent en charge quotidiennement. En effet, comme dans beaucoup de pathologies, ce sont eux qui sont sollicités en premier recours. Cette étude a permis de mieux appréhender ces difficultés.

Les médecins, interrogés dans notre étude, ne semblaient pas sous estimer la fréquence de ces douleurs et en faire le diagnostic ne leur posaient pas particulièrement de difficultés.

En revanche de manière unanime, ils s'accordaient à dire que leur formation sur le sujet était largement insuffisante. Les recommandations professionnelles souffraient d'une mauvaise diffusion puisqu'elles étaient inconnues de l'ensemble des médecins de notre étude.

Le manque de molécules disponibles, leur efficacité modérée, leur tolérance variable étaient source d'inobservance et génératrice d'échec thérapeutique.

Ces échecs avaient également un retentissement psychique sur les médecins puisqu'ils étaient source de stress et d'émotions négatives tels que les sentiments d'impuissance ou de culpabilité.

Les médecins généralistes collaboraient largement avec les centres antidouleurs en cas de difficultés mais il leur était reproché des délais de prise en charge trop longs, ainsi qu'un manque de communication.

Le retentissement psychologique des douleurs neuropathiques sur les patients, était une difficulté supplémentaire dans des prises en charge où la relation médecin-malade était primordiale. Les médecins généralistes devaient faire preuve d'écoute, être plus facilement disponibles et faire preuve d'empathie.

Néanmoins des solutions simples et envisageables existent, comme l'intégration d'une formation spécifique durant le DES de médecine générale, la diffusion d'une brochure sur les recommandations ou un contact facilité et direct avec les médecins de la douleur. Tout ceci pourrait aider les médecins généralistes dans leur pratique.

Enfin, les douleurs neuropathiques sont de découverte relativement récente. Grâce aux progrès à venir dans ce domaine, le développement et l'émergence de nouveaux traitements permettront de mieux prendre en charge ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne] [consulté le 3 janvier 2017]. Site disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
2. Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Protection Sociale. Circulaire du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. [en ligne] [consulté le 3 janvier 2017]. Site disponible sur : https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_98-586_du_24_Sep_1998.pdf
3. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé. [en ligne] [consulté le 3 janvier 2017]. Site disponible sur : social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf
4. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. [en ligne] [consulté le 3 janvier 2017]. Site disponible sur :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
5. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2000;14:1837-41
6. Pain STORY 2009 [en ligne] [consulté le 3 janvier 2017]. Site disponible sur :
<http://www.painstory.org/fr/french-survey/resultats-de-l-enquete>

7. H.A.S. Haute autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. 2008. p. 27 pages. [en ligne] [consulté le 7 octobre 2016]. Site disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

8. Torrance, N., Smith, B. H., Bennett, M. I., & Lee, A. J. (2006). The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *The Journal of Pain*, 7(4), 281-289

9. Bouhassira, D., Lantéri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B., & Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387.

10. Décret n° 2015-1851 du 29 décembre 2015 authentifiant les chiffres des populations de métropole, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon [en ligne] [consulté le 19 décembre 2016]. Site disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/29/FCPO1530112D/jo>

11. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, *et al.* Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005 Mar;114(1-2):29-36.

12. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs Évaluation Diagnostic Traitement*. 2010, Vol. 11, pp. 3-21.

13. H.A.S. Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques - Polyneuropathies et mononeuropathies multiples -Recommandations. 2007. p. 26 pages. [en ligne] [consulté le 7 octobre 2016]. Site disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diagnostic_neuropathie_argumentaire.pdf
14. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, *et al.* Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004 Apr;108(3):248-57.
15. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J *et al.* Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain* 2004;108:248-57.
16. World Health Organization. (1987). Traitement de la douleur cancéreuse.
17. Attal, N., Cruccu, G., Baron, R. A., Haanpää, M., Hansson, P., Jensen, T. S., & Nurmikko, T. (2010). EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European journal of neurology*, 17(9), 1113-e88.
18. ANSM. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rivotril (clonazépam) : Modification des conditions de prescription et de délivrance - Lettre aux professionnels de santé (18/10/2011) [en ligne] [consulté le 19 décembre 2016]. Site disponible sur :
<http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Rivotril-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Lettre-aux-professionnels-de-sante-Actualise-le-04-01-2012>
19. Eisenberg E, McNicol ED, Carr DB. Efficacy and safety of opioid agonists in the treatment of neuropathic pain of nonmalignant origin: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Jama*. 2005 Jun 22;293(24):3043-52.

20. Gilron I, Bailey JM, Tu D, *et al.* Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med.* 2005 Mar 31;352(13):1324-34.
21. Djian MC, Page P, Devaux B. Techniques neurochirurgicales dans la prise en charge des douleurs chroniques rebelles. *Rev. Douleur Analg.* 2010 ; 23 : 99-104.
22. Aubin I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;142–5.
23. Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 32(2), 117-121.
24. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2016 conseil national de l'ordre des médecins [en ligne] 2016 [consulté le 11 décembre 2016]. Site disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
25. Dieleman, J. P., Kerklaan, J., Huygen, F. J., Bouma, P. A., & Sturkenboom, M. C. (2008). Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *PAIN®*, 137(3), 681-688.
26. Bouhassira, D. (2008). Définition et classification des douleurs neuropathiques. *La Presse Médicale*, 37(2), 311-314.
27. Tajfel, P., Gerche, S., & Huas, D. (2002). La douleur en médecine générale. *Douleur et analgésie*, 15(1), 71-79.
28. UMVF. Chapitre 10 Item 131 – UE 5 – Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique [en ligne] [consulté le 7 octobre 2016]. Site disponible sur : <http://umvf.cerimes.fr/media/ressRhumatologie/2016-abrege/2016-Chapitre10.pdf>

29. UMVF. Chapitre 11 Item 132 – UE 5 – Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses [en ligne] [consulté le 7 octobre 2016]. Site disponible sur : <http://umvf.cerimes.fr/media/ressRhumatologie/2016-abrege/2016-Chapitre11.pdf>

30. DUMGA. Programme des cours DES médecine générale 2016-2017 [en ligne] [consulté le 7 octobre 2016]. Site disponible sur : <http://dumga.fr/programme-des-cours-du-des-de-medecine-generale.html>

31. Poucher, M., Cherrier, C., Poucher, A. C., & Di Patrizio, P. (2016). Évolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. *Santé Publique*, 28(4), 505-516.

32. Gallois, P., Charpentier, J. M., Vallée, J. P., & Le Noc, Y. (2006). Conflits d'intérêts: nous sommes tous concernés. *Médecine*, 2(10), 456-461.

33. Martinez, V., Attal, N., Vanzo, B., Vicaut, E., Gautier, J. M., Bouhassira, D., & Lantéri-Minet, M. (2014). Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: Results of a cross-sectional, randomized, “e” case-vignette survey. *PloS one*, 9(4), e93855.

34. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol*. 2010;17(9):1113-e88.

35. Assurance Maladie. La prescription du Versatis® [en ligne] [en ligne] 14 Février 2014 [consulté 3 janvier 2017]. Site disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-manche/vous-informer/la-prescription-du-versatis_manche.php

36. HAS Haute autorité de santé Versatis® avis sur les médicaments [en ligne] 20 Janvier 2016 [consulté 3 janvier 2017]. Site disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2606851/fr/versatis

37. Berger, A., Sadosky, A., Dukes, E., Edelsberg, J., & Oster, G. (2012). Clinical characteristics and patterns of healthcare utilization in patients with painful neuropathic disorders in UK general practice: a retrospective cohort study. *BMC neurology*, 12(1),
38. Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 167-183
39. Bouvenot, J., Gentile, S., Ousset, S., Tardieu, S., Jouve, E., Mendizabal, H., & Sambuc, R. (2002). Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins. *La Presse médicale*, 31(39), 1831-1835.
40. Bachimont, J., Cogneau, J., & Letourmy, A. (2006). Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, 24(2), 75-103.
41. Serra, E. (2014). La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 15(3), 98-105.

ANNEXE 1 :



THÈSE DE MEDECINE GENERALE

COTREL Romain

GUIDE D'ENTRETIEN

Généralités :

Présentation + présentation du sujet (*merci d`avoir accepté cet entretien qui me permettra de réaliser une étude sur les douleurs neuropathiques en médecine générale*). Il s`agit d`un entretien enregistré et anonyme.

Je me suis présenté, maintenant je vous laisse vous présenter aussi.

Guide d`entretien :

1. Quelle est votre expérience personnelle concernant les douleurs neuropathiques ?
 - a) *Que pensez-vous des douleurs neuropathiques ?*
 - b) *Avez-vous suivi une formation à ce sujet ? Si oui, laquelle ?*
 - c) *Avez-vous des patients qui présentent ce type de douleurs ?*
 - d) *Quelles pathologies rencontrez-vous ?*
2. Concernant le diagnostic de douleurs neuropathiques, comment procédez-vous dans votre pratique ?
 - a) *Selon vous quelle est la prévalence dans votre patientèle ?*
 - b) *Quels outils diagnostiques utilisez vous ?*
 - c) *Comment évaluez- vous leur intensité ?*

3. Concernant le traitement des douleurs neuropathiques quel est votre stratégie ?
 - a) *Comment se fait le choix de la thérapeutique ?*
 - b) *Que pensez-vous de l'efficacité et des effets secondaires de ces traitements ?*
 - c) *Que pensez-vous des recommandations officielles ?*
 - d) *Que pensez-vous des thérapeutiques non médicamenteuses ?*
 - e) *Concernant le traitement de ces douleurs, quel est votre ressenti ?*
 - f) *Comment évaluer vous l'efficacité du traitement ?*
 - g) *Quelles sont les réticences de vos patients à l'instauration des traitements spécifiques ?*
4. Avec qui collaborez-vous ?
 - a) *des spécialistes/centres anti douleurs ?*
 - b) *comment se passe cette collaboration ?*
5. Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de vos patients porteurs d'une douleur neuropathique ?
 - a) *Quelles sont les spécificités dans la relation médecin malade chez ces patients ?*
 - b) *Comme se passent les consultations ?*
 - c) *Quelles particularités présentent-ils dans leur prise en charge ?*
 - d) *Parlez-moi des problèmes de compliance que vous rencontrez ?*
 - e) *D'où viennent ces difficultés ?*
6. Comment cela se passe en pratique, en cas d'échec, lors de la prise en charge de ces douleurs chez vos patients ?
 - a) *A partir de quel moment considérez-vous être en échec ?*
 - b) *Quel est votre sentiment ?*
7. De votre point de vue, quelles sont les limites de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ?
8. Quelles sont vos propositions pour améliorer la pratique du médecin généraliste dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ?

Remerciements pour la participation à l'étude et proposition de retour des résultats.

ANNEXE 2 : Le DN4

Question 1 : La douleur présente t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point NON = 0 point Score du Patient : / 10

ANNEXE 3 :Entretiens

L'annexe 3 est fournie sur le CD-ROM joint à la thèse.

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES EN MEDECINE GENERALE

RESUME

Introduction : La prise en charge des patients douloureux fait partie du quotidien du médecin généraliste. Les douleurs neuropathiques toucheraient environ 7 % de la population générale. L'objectif de notre étude est d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes picards. Les résultats ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée. **Résultats :** 11 médecins généralistes ont été interrogés. La majorité des médecins regrettait un manque, voire une absence de formation sur le sujet. Aucun d'entre eux n'avait connaissance des recommandations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques en ambulatoire. Les principales difficultés qu'ils rencontraient dans leur quotidien étaient : le faible choix de molécules disponibles, leur manque d'efficacité, le retentissement psychologique des douleurs sur les malades, les difficultés d'accès aux spécialistes. Pour ces raisons, ils devaient faire face fréquemment à l'échec thérapeutique, source d'émotions négatives. **Conclusion :** Le traitement des douleurs neuropathiques pose de nombreuses difficultés aux médecins généralistes dans leur quotidien. Des solutions simples telles que la diffusion de brochures, pourraient les aider dans leur pratique en attendant l'arrivée de nouveaux traitements.

Mots clés : douleurs neuropathiques, médecine générale, étude qualitative.

DIFFICULTIES IN THE MANAGEMENT OF NEUROPATHIC PAIN IN GENERAL MEDICINE

ABSTRACT

Introduction : The management of painful patients is part of the daily life of the general practitioner. Neuropathic pain affects about 7 % of the general population. The aim of our study is to explore the difficulties encountered by general practitioners in the management of neuropathic pain. **Methods:** A qualitative study was carried out, by semi-directed interviews with general practitioners in Picardie. Results were analysed by grounded theory method. **Results :** 11 general practitioners were interviewed. The majority of doctors regretted a lack of training on the subject. None of them were aware of the recommendations on the management of neuropathic pain in outpatient medicine. The main difficulties they encountered in their daily lives were : the limited choice of available molecules, their lack of efficiency, the psychological repercussions of these pains on the patient, the difficulty of access to specialists. For these reasons, they frequently faced therapeutic failure, responsible for negative emotions. **Conclusion :** Treatment of neuropathic pain presents many challenges for general practitioners, simple solutions such as brochure distribution, could help them in their practice pending the arrival of new treatments.

Key words : neuropathic pain, general medicine, qualitative study.