Focus group n°1

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes.
Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.
Tout d'abord présentez vous :

MG1 : je m'appelle … j'ai 37 ans, j'exerce dans un cabinet médical en milieu rural. Je suis installé depuis 8 ans, après avoir remplacé pendant 1 an et demi environ.

MG2 : je m'appelle … j'ai 33 ans, j'exerce en tant que remplaçante fixe chez deux médecins installés en zone rurale.

E : les douleurs neuropathiques en général qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG2 : (surprise) ouh ! là ! ça ce n'est pas un sujet évident, c'est pas forcément quelque chose que je maîtrise, j'espère que je ne vais pas trop dire de bêtises…

MG1 : c'est sûr ce n'est pas quelque chose d'évident, c'est souvent des prises en charge longues et compliquées.

MG2 : en même temps et heureusement, ce n'est pas quelque chose que l'on rencontre fréquemment.

MG1 : au contraire, moi je pense qu'il y en a plus qu'on imagine, je ne sais pas si c'est avec l'expérience mais j'ai l'impression d'en voir de plus en plus.

MG2 : c'est possible, moi en sortant de la fac j'ignorais ce que c'étaient les douleurs neuropathiques et maintenant j'ai quelques patients que je suis pour ce problème, je pense en effet que l'expérience est importante pour ce sujet.

E : avez vous beaucoup de patients suivis pour ce type de douleurs ?

MG2 : moi dans ma patientèle, je dois en avoir 7 ou 8 que je vois régulièrement, souvent ce sont d'anciens alcooliques ou diabétiques.

MG1 : oui moi j'ai l'impression d'en voir fréquemment avec les patients cancéreux et les patients diabétiques. J'en ai encore vu un ce matin, un patient cancéreux qui je pense à des douleurs neuropathiques, donc si, ça représente un certain nombre de patients en consultation, je ne sais pas s'il faut donner un chiffre ? mais on en croise fréquemment.

E : selon vous quelle est la prévalence dans votre patientèle ?

MG1 : ce n'est pas évident à dire, je dirai que ça représente une petite dizaine de patients par semaine, ça doit faire environ 7% des patients si je ne prends que les adultes.

MG2 : j'ai pas l'impression que ça soit si énorme que ça, j'aurai dit beaucoup moins, allez 1 à 2 %

E : quelles pathologies rencontrez-vous ?

MG2 : moi c'est diabétique, alcoolique

MG1 : les cancers

MG2 : ah si il y a aussi toute les lombalgies avec des radiculopathies un peu rebelles, j'ai 2-3 patients qui sont traités pour ça. Mais c'est surtout des neuropathies alcooliques que je suis, en même temps il y a beaucoup d'alcoolisme dans le secteur où je remplace.

MG1 : moi dans ma patientèle c'est surtout diabétique et cancer

E : avez-vous suivi une formation particulière sur ce sujet ?

MG2 : sûrement pendant les études

MG1 : oui, ça remonte à la fac, c'est tout, après je ne crois pas

MG1+2 : oui le module 6 de la douleur

MG1 : c'était avant l'internat

MG2 : il y a peut-être eu un cours spécifique pendant l'internat mais je ne me rappelle pas

MG1 : moi c'est sûr on n'a pas eu de cours spécifique de médecine générale

MG2 : après même avec les labo je n'ai pas eu d'information sur ce sujet

E : concernant le diagnostic comment procédez-vous en pratique ?

MG2 : euh sur l'interrogatoire

MG1 : bonne question … oui ça se fait essentiellement sur l'interrogatoire quand on a des douleurs avec une hypersensibilité de la peau, des douleurs exacerbées par le frottement, un peu en décharges électriques
Enfin surtout quand tu vois que les traitements antalgiques habituels ne font pas effet tu te poses des questions et tu envisages le diagnostic

E : utilisez-vous des outils diagnostic ?

MG1 : aucun

MG2 : si l'échelle EVA pour évaluer les douleurs, après je crois qu'il existe des échelles spécifiques mais je ne les connais pas.

E : concernant le traitement comment procédez-vous ?

MG1 : celui que l'on connaît le plus c'est le Lyrica pour les douleurs neuropathiques mais souvent il n'est pas très bien toléré, moi j'alterne entre le Lyrica et le Neurontin, c'est les deux seuls que j'ai tendance à mettre. Les autres, c'est quand ils ont vu les spécialistes, les traitements comme le Rivotril, etc

MG2 : de toute façon, on n'a plus le droit de l'instaurer le Rivotril, c'est les neurologues

MG1 : moi c'est que Lyrica et Neurontin

MG2 : Sinon moi j'utilise plutôt le Laroxyl mais rapidement si je vois que je suis dépassé, en augmentant les doses je les envoie à la consultation douleur

E : vous avez encore des patients sous Rivotril ?

MG2 : non

MG1 : moi j'en ai un qui est suivi par un neurologue mais il est épileptique en plus ça doit être pour ça

E : Sur l'efficacité des traitements ?

MG2 : moi ils ne sont pas super soulagés, j'ai pas l'impression que ça soit génial

MG1 : une fois que l'on a passé les effets secondaires, s'ils arrivent à supporter le traitement ça peut marcher, mais je trouve qu'ils ont beaucoup d'effets secondaires, maintenir un patient sous Lyrica ou Neurontin ce n'est pas évident parce qu'ils sont souvent « HS » même en commençant avec de petites doses
Oui ce n'est pas des traitements super efficaces, les gens, ça diminue leurs douleurs mais ça fait jamais disparaître les douleurs de toute façon

E : avez-vous connaissance de recommandations sur le sujet ?

MG1 : non

MG2 : des recommandations sur les douleurs neuropathiques ? non ça ne me dit rien

MG1 : en même temps des recommandations il y en a un peu pour tout et en pratique c'est difficile de tout suivre dans les différentes spécialités

E : comment évaluez-vous l'efficacité des traitements ?

MG2 : souvent c'est en même temps que les autres traitements par exemple tous les 3 mois chez les diabétiques, ça dépend des patients

MG1 : ça peut être tous les mois par exemple les patients avec des douleurs complexes, qui ont des morphiniques on les revoie tous les mois et on profite pour refaire le point sur les autres traitements.

MG2 : c'est ça, et on évalue leur tolérance

E : vous utilisez les opioïdes ?

MG1 : pas pour ça, c'est des gens qui ont déjà d'autres traitements
Mais oui c'est ça tous les mois pour les patients sous morphine sinon tous les 3 mois

E : l'adhésion des patients aux traitements ?

MG1 : c'est ce que je disais, on a du mal à les instaurer car souvent ils les supportent pas bien, niveau tolérance c'est difficile

MG2 : du coup niveau observance, eh bien, ce n'est pas génial, surtout que c'est des traitements à prendre au long cours

MG1 : du coup on reste souvent sur les antalgiques simples et dans ce cas là on n'a plus de solutions à leur apporter, on essaie d'avoir l'appui du spécialiste en leur expliquant qu'il risque de mettre le même médicament mais c'est vrai que c'est difficile
On se retrouve dans une sorte d'impasse,

E : les thérapeutiques non médicamenteuses ?

MG1 : non, je n'utilise pas du tout

MG2 : moi j'ai une patiente avec des sciatalgies qui a fait de l'hypnose de sa propre initiative elle en était contente

MG1 : je pense que ça a joué plus sur le psychisme que les douleurs en elles-mêmes

MG2 : en même temps il y a toujours une composante psy chez ces patients

E : avec qui collaborez vous ?

MG2 : moi c'est avec les consultations de la douleur de Abbeville ou Berck après les neurologues non

MG1 : c'est ça avec les algologues, moi c'est plus au CHU

MG2 : ah si, il y a les endoc qui prennent en charge les diabétiques pour les douleurs

E : les délais ?

MG2 : je trouve qu'ils sont assez courts ça doit être dans les 2 mois

MG1 : ça peut être plus rapide en cas de besoin mais il faut prendre le temps de faxer la demande, ça fait un petit travail administratif en plus

E : et la suite du suivi ?

MG2 : souvent il le voit et entre deux c'est nous qui renouvelons les traitements

MG1 : le suivi je pense que c'est plus nous quand même

MG2 : oui le médecin de la douleur doit les voir deux fois dans l'année je pense

MG1 : j'ai l'impression que les médecins de la douleur font le point, disent que c'est comme ça et si ça ne marche pas, eh bien tant pis, j'ai pas l'impression qu'ils les revoient spécialement ou alors les patients laissent tomber, je ne sais pas

MG2 : je trouve que les diabétiques sont plus suivis par les endocrino

E : les difficultés spécifiques de la prise en charge de ces patients ?

MG2 : ce n'est pas évident car on a du mal à répondre à leur demande, à les soulager

MG1 : c'est ça on n'a pas beaucoup de réponses à leur apporter, 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

MG2 : ne pas leur apporter de réponse, de traitement plus efficace alors qu'ils souffrent
En plus pour moi les douleurs neuropathiques c'est quand le nerf est lésé et donc quand le mal est fait c'est définitif
J'ai l'impression que ces patients sont souvent résignés. Ils ne viennent pas plus souvent en consultation je pense, peut être qu'il demande un peu plus de temps que les autres.

MG1 : je pense qu'ils se sont fait une raison les patients ils « vivent avec »

MG2 : mais ils en parlent à chaque fois quand même au cas où il y ait quelque chose de nouveau. Le fait de les écouter de pouvoir en parler même si on ne change rien doit leur faire du bien.

E : Les limites, les difficultés de la prise en charge en médecine générale ?

MG1 : pour moi 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, du coup là, c'est sûr ce n'est pas toujours évident.

MG2 : je ne pense pas qu'il y ait de limite, je pense que c'est justement notre rôle de médecin généraliste de prendre en charge ces patients, le problème, effectivement c'est l'efficacité de la prise en charge, est-ce que c'est par manque de formation ou de connaissances ? je ne sais pas

E : Propositions pour améliorer la prise en charge ?

MG2 : je pense qu'il faudrait arriver à faire des prises en charge plus globales, je ne sais pas avec de la kiné, de la psychothérapie, je ne sais pas si ça pourrait agir dessus

MG1 : (ironique) l'arrivée d'un traitement miracle efficace, et oui probablement des prises en charge pluridisciplinaires avec la psychologue, les spécialistes, il faudrait faire des réunions « staff » entre les différentes professions mais ce n'est techniquement pas possible

MG2 : peut être une formation spécifique sur les douleurs durant l'internat.

Entretien numéro 2 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour celà dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes.
Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG3 : eh bien j'ai 38 ans, je suis installé en zone semi-rurale après avoir remplacé pendant environ deux ans, j'exerce au sein d'un cabinet de trois médecins, j'ai pour projet de devenir maître de stage.

E : Que pensez vous des douleurs neuropathiques en général ?

MG3 : ah tiens ça c'est un sujet intéressant !! les douleurs neuropathiques, ben ce n'est pas hyper fréquent mais quand tu les rencontres, ça peut, ça peut être compliqué à traiter. Moi clairement je vois 2-3 situations dans lesquelles je les rencontre, c'est les douleurs post-zostériennes. En général, chez des gens âgés, c'est des douleurs de désafférentation chez des patients qui ont suivi des interventions lourdes, voilà, chez les patients cancéreux et puis ben…. Ce n'est pas vraiment des douleurs neuropathiques tout ce qui est sciatalgie, les radiculalgies.
(silence) ah si il y a les neuropathies diabétiques .

E : un ordre d'idée de prévalence ?

MG3 : douleur neuropathique pure, euh, je ne sais pas trop, au niveau de la patientèle je dirai 5%, oui entre 2 et 5%

E : as-tu eu une formation spécifique sur ce sujet ?

MG3 : non, tu vois le seul souvenir que j'ai c'est le cours de neurophysiologie sur la douleur et vaguement un item douleur pour l'ENC, après c'est des petits trucs que je trouve à droite à gauche, « la revue du prat », euh, « prescrire », mais ce n'est pas abondant les infos là-dessus.

E : concernant le diagnostic comment procèdes-tu ?

MG3 : alors, je le fais vraiment à l'arrache, c'est de l'interrogatoire pur, mais je sais qu'il y a des échelles, des questionnaires, ah mince je n'ai plus du tout les noms en tête mais je sais qu'il y a des échelles. Donc moi je le fais surtout sur l'interrogatoire, les caractéristiques de la douleur, le fait qu'il y ait des dysesthésies ou des hyperesthésies associées ou des autres, des signes associés aux douleurs en fait, des problèmes sensitifs et puis le caractère pur de la douleur sur l'interrogatoire. Je pense que tout ça doit être codifié dans des échelles, mais moi je t'avoue (sourire) je fais à ma sauce.

Après sinon un examen neuro classique, le testing sensitif tactile épicritique, la, euh … je t'avoue je fais pas la thermoalgie. Euh qu'est ce que je fais ben l'examen moteur, les paires crâniennes, l'examen et l'état cutané… je recherche aussi, dans les douleurs neuropathiques ce qui marche bien aussi c'est les cellulalgies au palper rouler tu peux déclencher, enfin c'est des hyperesthésies mais, tu peux les rechercher aussi comme ça, ça ça marche bien aussi.

E : pour l'évaluation des douleurs ?

MG3 : l'EVA je l'utilise de temps en temps mais pas systématiquement pour être honnête, en fait je vais peut-être l'utiliser la première fois et après je ne vais pas reprendre l'EVA à chaque fois, c'est à dire je demande au patient s'il est soulagé ou pas, combien de fois il utilise les interdoses éventuellement, pour réajuster le traitement mais je ne vais pas ressortir l'E (il coupe) je ne suis pas un grand malade des échelles etc moi je reste assez dialogue, terre à terre. Même s'il le faudrait je suis d'accord.

E : concernant le traitement quelle est ta stratégie ?

MG3 : le traitement !! Très bonne question, moi je trouve qu'entre la théorie et la pratique euh la plupart des traitements anti douleurs neuropathiques sont très mal tolérés. Donc il y a deux, grosso modo moi il y a deux approches. Il y a les douleurs post-zostériennes où en général j'essaie d'introduire assez tôt du laroxyl par exemple, mais euh avec la précaution de le prendre le soir etc parce que tu as un effet sédatif qui peut être violent quand même pour certains patients, surtout les patients âgés. Après les douleurs neuropathiques en cancéro ou en post chir où … j'utilise facilement de l'oxycodone je trouve que ça marche assez bien, t'as sur des douleurs intenses avec d'emblée une EVA élevée, t'as l'effet antalgique pur et je crois que dans l'AMM t'as également un effet anti douleurs neuropathiques de l'oxycodone. Je ne suis pas sûr, ça demande vérification, mais j'ai de bons résultats. Et après tu as toutes les variantes sur les douleurs chroniques de neuropathie chez un diabétique ou les trucs comme ça, on est plus sur la gabapentine ou la pregabaline. Euh qu'est ce que j'utilise aussi, j'ai une patiente qui a des douleurs de alcock, tu sais les douleurs périnéales et elle répondait elle, c'était au tegretol carbamazepime mais je t'avoue c'est isolé car c'est mal toléré aussi ça

E : concernant l'efficacité des traitements ?

MG3 : je dirai moyen. L'oxycodone c'est sûr moi, j'ai de très bons résultats avec et un bon profil d'effets indésirables. Tout ce qui est gabapentine, prégabaline euh … moyen.
Par contre, il y a un autre volet aussi où je n'en ai pas forcément parlé, je ne sais pas si c'est dans le sujet mais c'est tout ce qui est douleurs un peu bâtardes, genre polyalgie diffuse etc là dans ce cas là je claque assez facilement du cymbalta, tu as l'effet antidépresseur de l'IRS car souvent c'est un profil bien particulier de patient avec un peu d'anxiété, de dépression. Donc ça c'est une molécule, un petit peu à part que j'utilise, en fait c'est vachement (il coupe) je n'ai pas un tableau devant moi avec toutes les AMM, les indications, c'est des souvenirs de théorie que j'applique vraiment au cas par cas quoi.

E : es-tu au courant de recommandations sur ce sujet ?

MG3 : récentes non, franchement non

E : comment réévalues-tu les traitements ?

MG3 : assez fréquemment en fait, 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. En fait, soit tu appliques un schéma thérapeutique sur l'ordo avec vraiment un truc progressif et au final le patient est perturbé parce qu'il y a 36 lignes sur son ordonnance, et puis il a du mal à augmenter de lui-même. Il aime bien qu'on lui dise qu'il peut augmenter « qu'il peut passer à deux ». Donc en général, je revois le patient toutes les semaines, puis j'espace toutes les 2 semaines et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on trouve la dose optimale. Ou alors, chez les patients chez qui je sais, qui ont un suivi pourri, je vais quand même leur noter la posologie progressive sur l'ordo, sachant qu'ils ne vont pas forcément d'eux-mêmes reconsulter donc ça peut aussi passer par des coups de téléphone

E : l'adhérence des patients au traitement ?

MG3 : bah la principale barrière c'est les effets indésirables, c'est la sédation, c'est les effets, euh… sur le laroxyl, je ne sais plus le terme bouche sèche, etc. Pour les tricycliques quoi… ah oui les effets anticholinergiques, avec les troubles urinaires surtout chez les personnes âgées avec des dysuries importantes et des rétentions aigues d'urines. Après ça va être les effets sédatifs de tout ce qui va être tegretol et compagnie, la gabapentine peut être également très mal tolérée avec des sédations, des vertiges voilà.

E : la collaboration avec d'autres spécialistes ?

MG3 : bah pas assez, j'avoue franchement que je devrais développer ça mais, euh, c'est toujours pareil tu pff… alors on a une bonne consultation de la douleur à Beauvais, les délais sont assez longs, mais quand tu prends le téléphone ils peuvent te gérer le truc assez rapidement. Donc ça peut aller quand même assez vite, je ne le fais pas assez je le sais, pertinemment je le sais que je ne prends pas assez le téléphone et qu'à chaque fois que je le fais, je me dis putain il faudrait que je le fasse à chaque fois (soupir) c'est faute de temps éventuellement mais je ne le fais pas assez clairement

E : tu le fais quand ?

MG3 : ben sur un patient euh avec des douleurs un peu bâtardes ou quand je sais que c'est du neuropathique pur pour ne pas me gourrer, ou quand vraiment il y a une EVA élevée je demande parfois un avis j'appelle facilement Mme X à la consultation de la douleur de Beauvais ou bien X au CHU d'Amiens. Mais le cas de figure où je demande un avis c'est quand je n'arrive pas à m'en sortir ou alors qui est d'emblée important, par exemple une grosse névralgie du trijumeau, une douleur post-zostérienne où le patient n'est pas bien du tout, ne dort pas de la nuit ça va être quoi, ça va être un patient

neuropathique diabétique où je ne m'en sors pas malgré les traitements, et tout je passe le coup de fil ou j'adresse en urgence à la consultation de la douleur ou en neuro, mais en neuro les délais ne sont pas terrible.

E : les spécificités de ces patients dans la pratique quotidienne ?

C'est, ce n'est pas hyper chronophage, faut pas dire, il y a des trucs plus chiants.
Pour bien faire le truc, pour bien faire ton interrogatoire et ton examen neuro, oui ça te prend, ça te prend facilement un quart d'heure, donc, faut prévoir vraiment une consultation dédiée à ça quoi. Limite. Le problème tu vois c'est des patients diabétiques ou des patients lourds donc en général c'est un épiphénomène tu vois, t'as plein d'autres trucs à gérer en même temps donc au final si c'est au final la principale plainte on recentre la consultation là-dessus et sinon ça vient parmi pas mal de symptômes, donc c'est vrai que dans ce cas là t'écourtes un peu le temps quoi

E : l'échec ?

MG3 : l'échec bah fréquent je te dis moi je trouve avec les molécules recommandées. Alors je suis resté sur des vieilles recommandations, je pense qu'elles ont été réévaluées depuis et que je n'utilise pas forcément les bonnes échelles de diagnostics donc voilà.
Mais tout ce qui va être laroxyl, tegretol, neurontin, lyrica je ne suis pas fan, je trouve que ça ne marche pas très bien honnêtement, honnêtement c'est un domaine de la médecine où je trouve qu'il y a vraiment, vraiment ben je pense qu'il y a une part aussi qui intervient aussi dessus c'est le psychogène, c'est un domaine les douleurs neuropathiques où l'échec, oui, c'est assez fréquent. Pour moi c'est 50%, une introduction de traitement ça répond rarement à la première molécule, bon il faut un temps d'adaptation posologique mais … oui échec thérapeutique et douleurs neuropathiques ça match bien.

E : Prises en charge non médicamenteuses ?

MG3 : oui 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 spé, mais la stimulation électrophysiologique le TENS et compagnie ça marche plutôt pas mal. La kiné en faisant de l'approche, des bons kinés qui connaissent vraiment bien leur taff, t'en as qui font des approches sur les douleurs neuropathiques en travaillant sur les fascias, sur des points de stimulation, avec des techniques douces , au final les patients sont soulagés. De la physiothérapie bien faite ça peut être pas mal et puis la balnéothérapie aussi, je trouve que la balnéo dans les cas où tu ne t'en sors pas sur des douleurs ça, ça peut vraiment aider.

E : Pour finir (coupure)

MG3 : ah si, 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

E : les limites, les difficultés de la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

MG3 : euh… les difficultés eh bien je dirai, c'est des prises en charge qui ne sont pas forcément évidentes, avec des traitements qui marchent plus ou moins, des patients qui souffrent et qui au bout d'un moment craquent, niveau psy, tu vois, c'est sûr ce n'est pas forcément cool même pour nous quand tu n'arrives pas à les soulager.

E : qu'est ce qui pourrait améliorer la prise en charge en médecine générale ?

MG3 : clairement il faudrait que je me replonge dans les recommandations et puis pourquoi pas une FMC avec un médecin de la douleur ou un neuro pour qu'il nous fasse une mise au point avec les dernière reco, les conduites à tenir, quand faire appel à eux, quand on peut gérer ça au cabinet. Ça peut être pas mal, car au final on n'est pas du tout formé dans ce domaine

Entretien numero 3

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour celà dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes.
Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG4 : j'ai 63 ans, je suis à la retraite depuis 3 mois, je continue à faire des remplacements réguliers afin d'arrêter mon activité progressivement, sinon j'ai été installé en zone rurale pendant toute ma carrière.

E : Le sujet porte sur les douleurs neuropathiques, qu'est-ce que cela vous évoque de manière générale ?

MG4 : les douleurs neuropathiques qu'est-ce que cela m'évoque, quelque chose de pernicieux, qui peut être torpide, qui peut être dur à vivre, avec des patients qui insistent, qui sont très demandeurs, qui peuvent être parfois rebelles, avec des traitements qui marchent plus ou moins, ça dépend de l'origine des douleurs, et ça dépend des patients aussi.

E : en termes de prévalence ?

MG4 : non ce n'est pas ce qu'il y a de plus courant, on a plus des douleurs d'origine mécaniques, rhumatologiques, les sciatalgies aussi qui peuvent rentrer dans le cadre des douleurs neuropathiques non ? qu'est-ce que vous entendez par douleurs neuropathiques ? un type particulier ?

E : non les douleurs neuropathiques en général

MG4 : eh bien moi c'est surtout les radiculopathies, les sciatalgies, les neuropathies carentielles, alcooliques, diabétiques. (silence) ah il y a aussi les algies post-zostériennes qu'on rencontre assez régulièrement. J'ai également une patiente suivie pour une SEP qui est traitée pour des douleurs neuropathiques.
Mais globalement je n'ai pas l'impression que ce soit fréquent je dirai 3 à 5 % de ma patientèle, enfin je ne sais pas trop.

E : avez vous eu une formation spécifique sur ce sujet ?

MG4 : non, ça ne m'aurait pas passionné en plus. J'ai fait une formation il n'y a pas longtemps sur les Naevius et les mélanomes, ça c'était passionnant pour un généraliste, c'est fabuleux ça. A longueur de journée, tu examines des patients, tu soulèves la chemise pour les ausculter. Et là tu tombes sur « un grain de beauté » qui n'est pas le centre de la consultation et tu lui découvres un mélanome débutant. CA C'EST DE LA

MEDECINE GENERALE et c'est passionnant. La douleur neuropathique franchement si j'avais eu l'occasion je ne l'aurais pas faite. Après sinon, euh je sais pas si ce que tu entends par formation ? Mais sinon c'est surtout les labo avec le Lyrica notamment qui nous ont, je ne dirai pas formés, mais sensibilisés sur le sujet. Voilà.

E : comment procédez vous pour le diagnostic ?

MG4 : euh la chronicité, c'est ce qui reviendrait le plus dans l'idée (il coupe) euh pour poser le diagnostic c'est le côté résistant aux antalgiques classiques et la chronicité, la pénibilité pour le patient ; là ça m'éveille quelque chose de l'ordre de la neuropathie.

E : Des symptômes spécifiques ?

MG4 : non, après euh … oui sûrement mais de là à te le formuler, j'ai 35 ans d'expérience, si tu veux, on est de moins en moins interniste et théorique. Quand on est dans la pratique, on est devant un malade, on a un temps limité pour entendre ce qu'il raconte et pour le soulager, lui rendre service et euh… sur la base de quoi je fais le diagnostic (rire). Je dois sûrement me tromper en quelques sorte , mais les patients, en fait on les connaît et on les soigne depuis longtemps donc quand subitement ils présentent un truc, enfin les douleurs neuropathiques c'est pas brutal, c'est progressif, ce n'est pas une douleur qui leur tombe sur la tête du jour au lendemain, tout ce qui est les carences, 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, j'en ai vu beaucoup.
Le diagnostic est fait sur la connaissance du sujet et l'aspect chronique.

E : utilisez vous des outils diagnostic ?

MG4 : non pas du tout, je n'en connais pas personnellement et franchement aujourd'hui 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.

E : du coup vous n'avez pas connaissance des dernières recommandations sur les douleurs neuropathique ?

MG4 : non pas du tout

E : comment procédez-vous pour le traitement ?

MG4 : alors les traitements, je commence toujours par une très petite dose, très faible au démarrage et j'augmente de façon progressive. Alors le paracétamol ça ne marche pas, les anti-inflammatoires c'est moyen, les nouvelles molécules type lyrica c'est quand même, ça a été un vrai apport ça.

E : la tolérance de ces traitements ?

MG4 : les effets secondaires sont nombreux, c'est souvent mal supporté, c'est pour ça qu'il faut commencer par de toutes petites doses. Par contre, c'est impressionnant, il y a des gens on arrive à monter à des doses réellement énormes. 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 vraiment qui dérouillent, ils font généralement abstraction parce qu'ils s'aperçoivent qu'ils ont moins mal et ils oublient les effets secondaires.

E : est-ce qu'il y a des réticences des patients vis à vis des traitements ?

MG4 : non non, il suffit de leur expliquer.

E : collaborez-vous avec des spécialistes ? et comment se passe cette collaboration ?

MG4 : les centres antidouleur, j'y fais appel en désespoir de cause quand j'ai tout essayé et que je sens que derrière ça, il y a quelque chose de plus compliqué. Pour moi la neuropathie quand elle est réelle et qu'elle est constante, le traitement est bien supporté et les gens adhèrent au traitement. Pour moi, les centres antidouleur, une vaste foutaise et je me replie sur eux quand j'en ai marre de voir un malade qui manifestement derrière ça a autre chose, un truc psychiatrique que je n'ai pas cerné ou c'est un gros fainéant qui ne veut pas aller bosser. Pour moi dans les centres antidouleur, 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 hein.
Quand tu as sorti le tramadol, le laroxyl, le lyrica et que tu ne t'en sors pas et que manifestement plus tu essaies de réfléchir plus tu t'enfonces euh le centre antidouleur, il n'est pas plus brillant. Mais au moins tu t'es défaussé sur des gens qui sont passionnés par ça (ironique). Sérieusement, c'est confortable pour moi en pratique, c'est une porte de sortie en cas d'échec, tu passes pas pour un clown, quand tu n'y arrives pas. Mais je ne suis pas sûr que les patients en tire grand bénéfice.

E : quelles sont les spécificités, les difficultés de prise en charge de ces patients ?

MG4 : oui il faut être très présent, il faut être très disponible pour eux, 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. Par exemple, quand tu as un diabétique qui a fini par ronger ses terminaisons nerveuses et qu'il souffre, qu'il a du mal à marcher et que tu as essayé le podologue, la kiné et qu'il a toujours mal et que tu sens que tu arrives à le calmer un peu en allant chercher des molécules originales. C'est sûr ça demande du temps.

E : l'échec thérapeutique ?

MG4 : eh bien quand le patient revient avec la même demande, la même souffrance. Oui il y a des fois où ça ne marche pas. Et ce n'est pas évident pour nous quand on n'a pas de solution à apporter, alors on se contente de les écouter, de les soutenir en quelque sorte.

E : les limites de la prise en charge de ces patients en médecine générale ? quelles sont vos propositions éventuelles d'amélioration ?

MG4 : pour moi il n'y a pas de limites du fait que c'est quelque chose qui ne m'a jamais posé de problème dans ma pratique. Les patients je les ai cernés, je les ai soignés, je leur ai donné à chaque fois ce qui été adapté.
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.
Mais je n'ai jamais eu besoin d'aide pour traiter ce genre de patient, c'est au cas par cas pour le patient et pour le médecin. Il y a certainement des médecins qui passent la main très vite, qui sont très dans les protocoles, c'est la mode maintenant les protocoles, donc je vois bien j'ai des confrères qui systématiquement pour toute pathologie ont recours à un maître qui en saurait plus qu'eux sur tel ou tel domaine. Moi, ce n'est pas ma façon de faire, chacun son truc moi ma cuisine a fonctionné pendant plus de 35 ans.

Entretien numero 4 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour celà dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes.
Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG5 : j'ai 36 ans je suis installé en zone urbaine depuis maintenant 4 ans au sein d'un cabinet, après avoir fait des remplacements fixes pendant plusieurs années.

E : quelle est votre expérience concernant les douleurs neuropathiques ?

MG5 : euh les douleurs neuropathiques, c'est quelque chose de pas fréquent mais c'est quand même assez régulier chez les patients qui ont des douleurs chroniques. Je ne peux pas dire que j'ai une grande expérience sur le sujet mais j'ai l'impression de m'en sortir correctement.

E : quelles sont les étiologies rencontrées ?

MG5 : c'est essentiellement des douleurs de radiculopathie comme les sciatiques, les cruralgies ou sinon des douleurs post opératoires, chez les cancéreux et les diabétiques.

E : avez- vous eu une formation spécifique ?

MG5 : à la fac oui il me semble que l'on a eu des cours dessus, mais pas depuis que je suis en libéral.

E : comment faite vous le diagnostic ?

MG5 : j'utilise un petit peu (il coupe) ou bien c'est évident à l'anamnèse (brûlure, décharges électriques dysesthésie, allodynie, etc..), ou bien si j'ai des doutes, j'utilise quand même l'échelle DN4, pour voir si ça rentre bien dans les douleurs neuropathiques, voilà

E : pour l'évaluation des douleurs ?

MG5 : je sais qu'il existe des questionnaires mais je ne les utilise pas. Je quantifie avec l'EVA et puis c'est surtout à l'anamnèse, en fonction de l'intensité de la plainte, du retentissement sur la vie quotidienne etc

E : quelle est ta stratégie thérapeutique ?

MG5 : en général j'utilise plutôt la pregabaline 25 fois 3, je revois rapidement le patient pour voir ce que ça donne, si c'est pas suffisant j'augmente, s'il n'y a pas du tout d'effet j'essaie le neurontin ou alors je les oriente facilement vers un centre antidouleur.

Oui c'est ça soit neurontin ou lyrica.

E : Que penses-tu de leur efficacité ?

MG5 : globalement j'ai l'impression que ça marche plutôt pas mal, j'ai la sensation qu'il y a une diminution des symptômes même s'ils ne disparaissent pas complétement.

E : des effets indésirables ?

MG5 : la tolérance n'est pas mauvaise, je n'ai pas vraiment d'effets indésirables qui me viennent en tête, il y a un peu de tout et n'importe quoi parfois ils vont me parler de nausée, parfois ils vont me dire que ça accentue leurs douleurs mais il n'y a pas un truc qui survient tout le temps, il y a une bonne tolérance je dirai.

E : les spécificités de ces patients ?

MG5 : en général je dirai que c'est des consultations un peu plus longues que les autres, ils demandent un peu plus d'écoute, il y a souvent une part dépressive plus ou moins importante chez eux. Donc il faut être plus patient. Sinon je les suis régulièrement comme tous les patients chroniques et si je ne m'en sors pas c'est là que je les ré-adresse.

E : collaboration avec les spécialistes/centres anti douleurs ?

MG5 : si je ne m'en sors pas, je les envoie vers le centre antidouleur, après je ne fais pas appel aux spécialistes comme les neurologues
Ça se passe plutôt bien avec des délais raisonnables, c'est de l'ordre de 1mois à 1mois et demi.
Généralement, les patients sont plutôt euh… je ne sais pas comment dire… j'ai l'impression que le simple fait de les adresser au centre antidouleur permet de les soulager en partie, ça joue sur le psychologique avec la reconnaissance de leur douleur en tant que maladie je pense.

E : l'échec thérapeutique ?

MG5 : ça m'arrive quand même assez souvent, ce n'est pas évident de ne pas avoir de solution à apporter à son patient. Du coup, on les envoie vers les centres spécialisés.
Mais même eux se retrouvent en situation d'échec avec des patients qui ne sont pas soulagés. Du coup là, ça devient vraiment compliqué à gérer car on n'a plus rien à proposer et souvent ils sont psychologiquement atteints.

E : des difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

MG5 : euh, non je pense que je gère plutôt bien le problème, et puis il y a les centres antidouleur si tu n'y arrives pas. Du coup, c'est sécurisant, oui non ce n'est pas un sujet qui me pose problème. Enfin c'est mon ressenti.

E : Des propositions pour améliorer la prise en charge ?

MG5 : je n'ai pas vraiment de proposition, si peut être avoir une formation post universitaire par exemple par les algologues du secteur, pour faire le point et définir des protocoles

Entretien numero 5 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes.
Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG6 : j'ai 37 ans, j'ai remplacé pendant plusieurs années en zone rurale. Depuis la fin de mon congé maternité, je me suis installée en zone semi urbaine, ça fait maintenant 3 ans et demi.

E : les douleurs neuropathiques en général qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG6 : c'est quelque chose que l'on rencontre fréquemment effectivement dans des névralgies cervico brachiales, on a des fibromyalgiques, des douleurs post chirurgie, enfin sur des cicatrices, des choses comme ça, des névralgies pudendales, j'en ai quelques une aussi.

E : en terme de fréquence ?

MG6 : fréquent non, ce n'est pas ce qu'il y a de plus fréquent, je dirai 30%, enfin entre 20 et 30% de mes patients que je suis pour des douleurs chroniques, euh la plupart du temps, ils sont déjà suivis, comme je suis moi en collaboration depuis 2 ans, ils ont déjà eu des fois un suivi antérieur, ou un suivi en centre antidouleur, sont sous traitement type lyrica, oxycontin ou ce genre de chose. Après, il y a aussi un profil particulier de certains patients des fois aussi, assez atypiques, des fois un peu dépressifs.

E : as-tu eu une formation spécifique sur le sujet ?

MG6 : Ben, 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. Et euh, quand j'étais passée 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 dù m'aider je pense, en même temps, on utilisait beaucoup les paliers 3. C'était un contexte particulier. Sinon, durant mon internat, j'ai eu l'occasion, au cours d'un stage en gériatrie, d'avoir un cours sur ce sujet, enfin c'était un mini topo. Déjà ça permet de les reconnaître.

E : tu te sens à l'aise sur le sujet ?

MG6 : je ne dirai pas forcément que je suis à l'aise, mais ce n'est pas l'inconnu. J'arrive relativement bien à reconnaître les douleurs neuropathiques quand elles sont évidentes. Mais c'est vrai qu'au niveau des thérapeutiques euh, des fois j'aimerai bien me remettre à jour par rapport aux nouvelles molécules qui sortent ou même sur des médicaments que l'on n'a pas l'habitude de manipuler.

E : comment procèdes-tu pour faire le diagnostic ?

MG6 : alors, ben, j'essaie de voir le territoire. ben déjà par rapport au contexte, s'il y a eu une chirurgie, si c'est sur une cicatrice, si ça touche un territoire neurologique, un dermatome, ce genre de chose, les zona aussi tout ça, par rapport à ça. Ensuite par rapport au type de douleur, si c'est soulagé par un antalgique standard ou non, si c'est plutôt une brûlure, une décharge, des fourmillements, ce genre de douleurs là, c'est à peu près là-dessus que je me base.

E : tu utilises des outils d'aide, des échelles ?

Alors je sais qu'il en existe une, mais non je ne l'utilise pas. Je sais que je devrais le faire plus souvent. Mais c'est vrai que la plupart du temps le diagnostic est déjà plus ou moins posé à l'interrogatoire, ou bien les gens arrivent avec leur diagnostic qu'on confirme ou non. Mais c'est vrai que je n'approfondis pas plus.

E : quelle est ta stratégie thérapeutique ?

MG6 : déjà je commence par les antalgiques toujours, j'essaie toujours les paliers 1-2 déjà, si on n'arrive pas à les soulager et qu'on a vraiment déterminé une étiologie neuropathique, ben je pars sur du lyrica en général, euh, certains, là , en passant par des spécialistes sont aussi mis sous laroxyl parfois et puis sinon après je passe facilement sur tout ce qui est morphiniques, mais plutôt du type oxycontin, oxynorm ou le cymbalta aussi quand il y a une composante un peu dépressive derrière aussi ou une personne âgée.

E : concernant leur efficacité ?

MG6 : euh… (rire), bonne question. On atténue la douleur, on l'atténue, ça c'est sûr, la faire disparaître c'est assez difficile.

E : Concernant la tolérance, l'adhésion des patients au traitement ?

MG6 : 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. Oui.

E : des effets secondaires ?

MG6 : alors certains peuvent avoir, ben, effectivement c'est quelque chose qu'on juge au fur et à mesure des essais thérapeutiques, mais s'il y a une intolérance sur un traitement on va passer sur un autre. Et puis des fois effectivement je passe la main plutôt du coup au centre antidouleur si on voit que c'est quand même très compliqué de les aider quoi.

E : des traitements non médicamenteux ?

MG6 : euh oui alors après des fois je ne sais pas si c'est très évident mais le TENS mais ça c'est pas moi qui le met en place, ça je propose en général, mais souvent c'est en parallèle du centre antidouleur. Euh ben la kiné des fois et après non hors médicament non je vois pas, je ne sais pas trop.

E : avec qui collabores-tu en cas de difficultés ?

MG6 : (rire) euh c'est compliqué, alors dans le centre antidouleur du secteur, il y avait un très bon médecin mais il est parti à la retraite, et du coup ils sont débordés et les délais sont très longs pour un premier rendez-vous. Sinon je travaille avec le CHU où je trouve qu'ils ont un service plus développé et des délais moins longs, en même temps c'est normal c'est un CHU. Mais ça fait plus loin pour les patients.

E : y-a-t-il des particularités dans le suivi de ces patients ?

MG6 : ben ils ont souvent quand même un terrain, pas systématiquement mais parfois un terrain, c'est peu- 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. C'est des consultations qui peuvent être longues aussi du coup, des patients qui sont très demandeurs et qui ont besoin de beaucoup de réponse par rapport à leur douleur, des réponses qu'on n'a pas forcément à leur donner d'ailleurs. Voilà.

E : L'échec thérapeutique ?

MG6 : les échecs, quand on a identifié la vraie cause, qui peut être très longue à trouver ça peut être difficile aussi bien pour le patient que pour moi. Mais on arrive quand même à, j'te dis on n'arrive pas toujours à arrêter leur douleur, à l'enlever, mais on arrive bien souvent à diminuer leur échelle de douleur de 8 à 3-4 quand même, je trouve que c'est acceptable déjà.

E : les limites, les difficultés de la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

MG6 : les limites ben quand on a fait le tour des thérapeutiques et puis le fait que certaines prescriptions soient maintenant uniquement liées aux spécialistes ou aux hospitaliers comme le laroxyl notamment ou le rivotril également, plus par rapport à ça. Ou alors du coup quand les différentes thérapeutiques qui n'ont pas l'air de diminuer en tout cas leur douleur, euh, là pour le coup je passe la main parce que je sais que pour les patients ça peut être long, c'est difficile physiquement et au bout d'un moment psychologiquement donc, et je sais que les délais sont longs donc faut pas non plus, 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 pas prendre de retard.

E : des propositions pour améliorer la prise en charge ?

MG6 : ben déjà qu'on ait une formation plus régulière sur les nouvelles thérapeutiques, que l'on nous laisse plus de liberté dans les prescriptions, que ce ne soit pas réservé à certains spécialistes et 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 directe, plus facile, pour ne pas encombrer leur consultation douleur avec des problèmes que l'on pourrait gérer nous-même au cabinet.

ENTRETIEN N°6 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes. Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

J'ai 34 ans, j'ai remplacé une praticienne, pendant 3 ans au sein d'une maison médicale, avant de prendre sa succession il y a 3 ans. Elle est située en zone urbaine.

E : que pensez-vous des douleurs neuropathiques en générale ?

MG7 : bah, euh les douleurs neuropathiques c'est, ce sont des douleurs auxquelles on est confronté régulièrement en médecine générale, euh, voilà, qu'on voit souvent, qu'on est obligé de prendre en charge. Ce n'est pas toujours évident à traiter parce que souvent les traitements ne sont pas forcément très bien tolérés. Euh voilà

E : Quelles sont les étiologies rencontrées ?

MG7 : Alors, euh, les étiologies, c'est souvent des sciatiques, euh, oui c'est vraiment, souvent des lombo-sciatalgies. Après, il y a aussi les douleurs après des zona, j'en ai 2 ou 3 là que j'ai du mal à traiter. Euh … douleur de type névralgie cervico brachiale, on en voit pas mal, voilà essentiellement ça, après euh … oui c'est surtout ça.

E : c'est un sujet sur lequel vous vous sentez à l'aise ?

MG7 : ben, bon c'est vrai que maintenant, 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, parce que je trouve que dans notre cursus on n'en a pas forcément parlé beaucoup et euh voilà.

E : donc vous n'avez pas eu de formation spécifique sur le sujet ?

Non, non jamais de formation sur les douleurs neuropathiques, enfin non jamais, ni sur la douleur en général. 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.

E : quelle est la prévalence dans votre patientèle ?

MG7 : comme je disais les sciatiques c'est assez fréquent, euh… pff … une prévalence sur 100 patients, ce n'est pas énorme, je dirai 4 ou 5 qui sont suivis pour ça à peu prés.

E : comment procédez-vous pour faire le diagnostic ?

MG7 : alors je sais qu'il y a un test qui s'appelle le DN4, euh mais bon c'est surtout à l'interrogatoire, sur le fait qu'il y ait des douleurs à type de décharge, ou à type de brûlure, euh… voilà c'est surtout sur le ressenti de la douleur en fait, le fait que ce soit des douleurs fulgurantes par exemple, voilà c'est plutôt là-dessus.

E : vous utilisez des outils ou échelles dans votre pratique ?

MG7 : moi j'utilise surtout, c'est l'échelle visuelle analogique cotée entre 0 et 10, essentiellement ça. Sinon, je n'utilise pas d'autre outils.

E : concernant les traitements quelle est votre stratégie ?

MG7 : alors j'utilise, c'est vrai, que j'ai tendance à utiliser pas mal le Lyrica, euh, je commence par une petite dose, et j'augmente progressivement en fonction de l'intensité de la douleur, mais bon ça m'arrive aussi d'utiliser le Neurontin de temps en temps, pareil par palier. Pareil pour l'arrêt du traitement, je le fais par palier progressivement, mais généralement c'est des traitements qu'ils ont au long cours.
On peut doubler assez facilement les doses avec ces médicaments tous les 3 jours, souvent je leur dis d'augmenter tous les 3-4 jours en fonction de l'intensité de leurs douleurs en fait.
Après il y a aussi l'électrostimulation qui peut fonctionner aussi, euh après sur les douleurs neuropathiques, ça m'arrive aussi sur les douleurs par exemple les douleurs post-zostériennes de mettre des patch de lidocaïne, voilà quoi.
Je n'utilise pas les médicaments de type Rivotril, Laroxyl, je sais qu'il y a des médecins qui utilisent des traitements comme ça, mais moi j'ai plus tendance à utiliser le lyrica ou le Neurontin. Voilà.

E : Pour vous, ces traitements sont-ils efficaces ?

MG7 : oui, c'est efficace, par contre des fois on est obligé de les arrêter, c'est plus sur la tolérance, la somnolence surtout. Des fois, euh, c'est efficace mais il y a beaucoup d'effets secondaires. Le problème il est surtout là. Et voilà.

E : concernant l'adhésion des patients au traitement ?

MG7 : c'est un peu dur, surtout des fois quand on leur explique que c'est des antidépresseurs ou des antiépileptiques souvent ça a quand même une image assez négative. Bon après en leur expliquant bien, que justement c'est des antiépileptiques et que c'est 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 quoi.

E : avez vous connaissance de recommandations sur le sujet ?

MG7 : Non. Enfin il y en a sûrement, mais je n'en ai pas connaissance.

E : la collaboration avec les spécialistes ou les centres de la douleur ?

MG7 : alors ça m'arrive c'est vrai, quand je suis un peu dépassé surtout, c'est d'envoyer au centre antidouleur à l'hôpital, surtout avec eux. 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, dans ce cas-là, oui j'adresse.

E : comment se passe cette collaboration ?

MG7 : plutôt bien, à part les délais. Ils ne sont pas accessibles en urgence dans la semaine. Il faut au moins un mois avant d'avoir un rendez vous, après, non ça se passe bien, on n'a pas de contact direct, mais je reçois régulièrement des courriers.

E : Et la suite du suivi ?
MG7 : souvent c'est eux, ils sont revus, alors je crois qu'ils ont un hôpital de jour, et oui ils sont suivis après, une fois qu'ils sont dans le circuit c'est bon. Bon ils reviennent aussi pour nous expliquer ce qui se passe, et ça arrive aussi qu'entre deux, on modifie des choses, mais globalement ils sont suivis après.

E : les spécificités de ces patients dans la pratique ?

MG7 : 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. Là, j'en ai une qui a eu un zona, un gros zona, qui a de grosses douleurs neuropathiques, qui est traitée justement au centre antidouleur et que je vois régulièrement parce que, ben, elle a mal, parce que ça peut entrainer aussi des fois un état un peu dépressif, la chronicité de la douleur en fait. C'est vrai que c'est des gens qui ne vont pas forcément très bien parce que, je pense ça joue sur le moral.
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. Après une fois que le traitement est instauré et efficace, on les suit comme les autres patients.

E : l'échec thérapeutique ?

MG7 : oui, bah justement, je reparle toujours de ma dame qui, avec son zona, oui je n'arrivais pas à la soulager, on n'arrêtait pas d'augmenter les doses et ça ne marchait pas et du coup c'est là que je l'ai envoyée au centre de la douleur et ils ont trouvé le bon traitement antidépresseur qui a bien fonctionné. Eh oui 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.

E : les difficultés de prise en charge de ces douleurs ?

MG7 : euh, eh bien je dirai que c'est le côté psychologique qui n'est pas forcément facile à gérer, oui le fait de ne pas pouvoir toujours les soulager comme on le voudrait.

E : qu'est-ce qui pourrait améliorer votre pratique ?

MG7 : euh… ben peut être déjà une formation spécifique à la fac pendant l'internat. Sinon, je ne suis peut-être pas très au courant, mais un référentiel, peut être avec un algorithme, commencer par telle molécule, si ça ne fonctionne pas en mettre une autre ou switcher avec telle autre, voilà peut être un référentiel, même un site à la limite, ça doit exister peut être, ou une application je ne sais pas

Entretien n° 7

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour celà, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes. Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG8 : j'ai 33 ans, je suis actuellement en congé maternité. Sinon, je suis remplaçante chez deux médecins, 2 jours chez un médecin en ville, 2 jours chez un autre en zone rurale.

E : Les douleurs neuropathiques qu'est-ce que cela t'évoque ?

MG8 : ça m'évoque quelque chose auxquels on est quand même pas mal confronté, je trouve en consultation de médecin gé, et euh, oui je pense que j'ai quelques connaissances. Enfin, c'est un sujet sur lequel je ne me sens pas démuni en tout cas.

E : c'est quelque chose que tu rencontres fréquemment ? Une idée de prévalence ?

MG8 : prévalence, euh, non je ne saurai pas dire mais j'ai l'impression que c'est quelque chose auquel on n'est pas confronté quotidiennement mais de façon pluri hebdomadaire oui.

E : quelles sont les étiologies rencontrées ?

MG8 : c'est le diabète, après il y a tout ce qui est, enfin moi je considère que c'est des douleurs neuropathiques, c'est les sciatalgies, les névralgies cervico brachiales. Ah si le zona aussi. Voilà essentiellement.

E : as-tu eu une formation spécifique sur le sujet ?

MG8 : non pas du tout, j'ai appris un peu avec un de mes généralistes maître de stage qui avait un DU de la douleur pendant l'internat, sinon c'est mon expérience personnelle.

E : comment fais-tu pour faire le diagnostic ?

MG8 :euh…, sur les caractéristiques de la douleur et sur le contexte, les antécédents. Oui surtout sur les caractéristiques de la douleur. Quand on me parle de douleur de type brûlure ou qui, enfin sur la façon dont les patients décrivent la douleur, projetée, oui de douleur qui brule, qui serre, qui broie. Voilà

E : tu utilises des outils, des échelles ?

MG8 : Non, enfin parfois, j'utilise l'EVA sinon je n'utilise pas d'outils en particulier parce que je n'en connais pas honnêtement.

E : quelle est ta stratégie thérapeutique ?

MG8 : pour le traitement euh… ben 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. Je vais souvent mettre du Lyrica ou du Neurontin en fonction du profil et des contre-indications. Je mets aussi souvent l'un que l'autre.

E : leur tolérance ?

MG8 :euh, globalement je trouve qu'ils sont assez bien tolérés. J'ai eu quelques retours sur le plan psychiatrique avec le Neurontin , mais ce sont des patients qui avaient déjà des antécédents, et qui m'ont dit qu'ils avaient l'impression d'avoir été plus déprimés ou avoir eu des idées suicidaires, mais c'était de ma faute, je n'avais pas trop checké les antécédents psy. Je n'ai pas le souvenir particulièrement d'effets indésirables rapportés à part ça, mais plus que les patients ne voyaient pas trop l'efficacité. Mais c'était sûrement lié au fait, on a beau leur expliquer qu'il y a un délai d'action, pff ce n'est pas trop au niveau de la tolérance mais plutôt de l'efficacité que j'ai eu des retours.

E : du coup que penses-tu de l'efficacité de ces traitements ?

MG8 : euh… sur le long cours oui certainement mais je trouve qu'il y a assez peu de patients en fait qui le suivent, même si on leur explique qu'il y a un délai de minimum 15 jours, c'est pour ça moi je mets toujours d'autres antalgiques avec au départ pour justement, palier à ça, 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.

E : connais-tu des recommandations sur le sujet ?

MG8 : non franchement, ça ne me dit rien, je ne pense pas les avoir lues un jour.

E : as-tu recours à des traitements non médicamenteux ?

MG8 : ça m'est arrivé d'utiliser du Versatys même si, à priori ça n'a l'AMM que pour les douleurs post-zostériennes, mais ça m'est déjà arrivé d'en mettre sur des douleurs neuropathiques parce que j'avais vu que ça se faisait en consultation d'algologie et du coup ça m'est déjà arrivé d'en utiliser.

E : avec qui collabore-tu en cas de difficultés ?

MG8 : oui, moi j'oriente assez facilement en consultation antidouleur ou j'en parle assez rapidement au patient quand je vois que je suis dépassée. Après, vu les délais et les difficultés, enfin c'est toujours assez compliqué pour les adresser en consultation anti douleur 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, enfin c'est quelque chose auquel j'ai recours.

E : et la suite du suivi ?

MG8 : après la plupart du temps c'est eux qui les suivent, ils sont revus tous les 6mois, je crois. Moi, enfin, je ne réadapte pas trop les traitements antalgiques derrière les médecins de la consultation douleur, parce que je pars du principe qu'ils maîtrisent plus que nous, donc je laisse la consultation douleur gérer, enfin quand ils sont pris dans le circuit.

E : les spécificités dans le suivi de ces patients ?

MG8 : oui ce sont des patients qu'il faut revoir pas mal, toujours pour le problème de compliance. Je pense qu'il y en a qui, enfin surtout au départ quand on prescrit le traitement moi je mets un mois le temps de voir la tolérance et l'efficacité mais souvent au bout d'un mois ils l'arrêtent parce qu'ils n'ont pas eu les effets escomptés, qu'ils n'ont pas compris qu'il fallait revenir pour le réévaluer et le poursuivre. Du coup, il y a un travail d'éducation sur le fait que c'est un traitement de fond. Après une fois que le traitement est instauré et que ça va, on les voit une fois tous les 3 mois comme les renouvellements classiques. Après, je ne sais pas s'il faudrait les revoir plus souvent.

E : l'échec thérapeutique ?

MG8 : euh, ben en situation d'échec oui, parce que toujours pour ce problème de compliance, parce que j'ai l'impression qu'ils ont du mal à comprendre le principe du traitement de fond de la douleur qui ne traite pas les accès, euh, après, euh… il y a aussi des patients qui lisent la notice et qui voient que, le type de traitement, enfin je trouve qu'ils flippent vite par rapport au type de traitement qu'on met par rapport aux douleurs neuropathiques et, euh, moi à partir du moment où je suis en échec, j'oriente vers la consultation antidouleur. Donc après, je leur explique que tant qu'ils ne seront pas vus, je n'aurai pas d'autre solution malheureusement.

E : des axes d'amélioration pour améliorer ta prise en charge ?

MG8 : ben, il faudrait que je revoie de moi-même les recommandations. Le fait d'en parler là je me rends compte que je ne suis sûrement pas au point dans ma prise en charge. 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. Après, sinon toujours pareil, il faudrait faire des FMC sur le sujet, euh voilà, si peut être qu'il soit revu plus régulièrement en consultation douleur quand ils sont suivis

Entretien n° 8 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes. Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG8 : j'ai 36 ans, je suis installé en zone rurale depuis à peu près 10 ans.

E : les douleurs neuropathiques en médecine générale qu'est-ce que cela t'évoque ?

MG9 : euh, les sciatalgies, les neuropathies diabétiques essentiellement pour moi, les névralgies cervico-brachiales aussi, voilà.

E : ça ce sont les étiologies, c'est quelque chose de fréquent pour toi ?

MG9 : oui c'est quelque chose que je vois très régulièrement, peut être pas du quotidien, mais pluri-hebdomadaire.
Il y a aussi tout ce qui est pudendalgie qu'on rencontre aussi régulièrement.

E : en terme de prévalence ?

MG9 : alors là ! je ne sais pas trop, dans ma patientèle ça doit être de l'ordre de 10%, je dirai comme ça.

E : c'est un sujet sur lequel tu te sens à l'aise ? Tu rencontres des difficultés ?

MG9 : pour moi, je trouve ça assez compliqué. Après sur le plan thérapeutique, on n'est pas non plus hyperdoté, pour moi, et puis l'accès à la médecine de la douleur n'est pas toujours simple, les délais en tout cas. Enfin pour moi, sur le secteur où je bosse, c'est parfois assez compliqué et…, mais euh globalement je pense que je suis assez à l'aise sur la prise en charge. Globalement mes patients sont satisfaits de ce que je leur propose. Voilà voilà.

E : as-tu reçu une formation spécifique sur le sujet ?

MG9 : non, on a eu quelques cours sur la douleur durant l'externat, je crois même qu'il y avait un item à l'internat. Mais dans mes souvenirs, les douleurs neuropathiques n'y étaient pas traitées. Sinon en post internat, pas de cours spécifique, euh,… on apprend avec l'expérience, on se débrouille. Euh … Si, les stages chez le prat ça permet d'avoir quelques bases sur les traitements et après on arrange ça à notre sauce.

Donc euh, c'est sur que, globalement, on n'est pas trop formé à la prise en charge des douleurs, sauf bien sûr, les douleurs aigues. 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.

E : comment fais-tu pour faire le diagnostic de douleur neuropathique ?

MG9 : essentiellement sur l'interrogatoire, euh, après la clinique, euh, c'est assez compliqué puis …, non surtout l'interrogatoire, comment dire, les caractéristiques de la douleur et donc les critères de, hum, comment dire le ressenti du patient sur la douleur qu'il ressent, les fourmillements, les picotements etc, la localisation, euh voilà sur quoi je me base, surtout sur l'anamnèse de la douleur.

E : OK

MG9 : après il y a l'EVA pour les niveaux de douleur, mais sur l'aspect neuropathique, surtout à l'interrogatoire par rapport aux douleurs nociceptives.

E : du coup tu utilises des outils pour le diagnostic ? L'évaluation des douleurs ?

MG9 : ben euh, l'EVA essentiellement, après sur les douleurs neuropathiques spécifiquement, non je n'utilise pas d'échelle, non, non.

E : concernant le traitement quelle est ta stratégie ?

MG9 : ben, moi j'utilise beaucoup le Lyrica, euh secondairement le Neurontin souvent, mais j'ai une préférence pour le Lyrica par rapport au Neurontin. Je commence toujours à des doses très faibles, euh, je dirai inefficaces au départ. Je débute par du 25 pour favoriser la tolérance, en tout cas pour le Lyrica. Le Neurontin, c'est un peu plus facilement toléré je trouve, euh, après j'utilise aussi les patchs de Versatys quand on a vraiment des zones gâchettes, euh, sur des cicatrices voilà, après, non mais essentiellement Lyrica Neurontin, oui. Après, euh, non oui c'est surtout ça. 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. Voilà ce que je peux te dire.

E : que penses-tu de l'efficacité de ces traitements ?

MG9 : oui, ben c'est efficace à condition qu'on puisse augmenter les doses, ce qui n'est réalisable, à mon avis, que dans 50% des cas quoi, en tout cas pour le Lyrica. C'est vrai que pour moi, il y a peu près 50% des patients chez qui je l'instaure qui arrivent vraiment à le tolérer et chez qui on arrive à des doses entre 75 et 150 deux fois par jour quoi. Et donc, c'est une ascension qui est, qui est toujours longue mais que j'explique au patient et globalement il comprend bien et prend son temps pour augmenter le traitement quoi.
Mais oui, il y a une progression lente en tout cas pour le Lyrica, le Neurontin aussi le tramadol c'est pareil ça peut être très mal toléré. On est quand même avec des thérapeutiques qui pour moi au niveau tolérance sont compliquées pour le patient avec

des effets secondaires : somnolence, euh, essentiellement, c'est vrai que c'est assez difficile.
Et puis, il y a le problème de sevrage, j'ai eu des patients qui ont été mis sous laroxyl pour des douleurs, eh bien ils vont mieux mais je n'arrive pas à les faire arrêter.

E : l'adhérence des patients au traitement ?

MG9 : ils acceptent assez facilement, à partir du moment où je leur propose, ils acceptent assez facilement. Bon, ben, j'essaie d'être le plus, enfin, d'être le plus explicatif, le plus précis possible sur le déroulement du traitement, l'évolution des doses, les effets secondaires, et je reste assez disponible pour pouvoir les revoir en fonction de ce qu'ils ressentent par rapport au traitement, donc non il n'y a pas, 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.

E : avec qui collabores-tu en cas de difficulté ?

MG9 : avec essentiellement la médecine de la douleur à Amiens et puis Beauvais pour moi, pour mon secteur. Avec les médecins de la douleur, sinon on a un contact qui, voilà avec un courrier, enfin quand les patients sont, enfin il y a une prise en charge qui peut être longue quand même, euh… mais sachant que ça peut être long moi souvent je leur demande de prendre contact, je leur fais un courrier pour prendre contact avec la médecine de la douleur, et moi ça me laisse le temps d'instaurer un traitement, comme j'ai en général un délai de deux mois ça me laisse le temps d'essayer un traitement et comme ça quand ils ont leur rendez vous on a déjà une idée de ce qu'ils tolèrent ou ne tolèrent pas et puis après ils font évoluer les traitement, c'est vrai qu'il y a les neurostimulations qui sont utilisées chez certains patients qui ne sont pas mal, mais moi ça je ne manie pas , les neurostimulations, j'avoue je laisse faire le médecin de la douleur.

E : donc tu les réorientes d'emblée ?

MG9 : non pas forcément d'emblée, si vraiment je me retrouve dans l'impasse thérapeutique, avec une intolérance complète de tout ce que je peux proposer ou alors une douleur réfractaire au traitement à priori bien conduit à des doses qui commencent à être importantes. Voilà, ou si j'ai un doute sur l'étiologie, parfois quand on est dans des douleurs d'allure neuropathique sur des algodystrophies. Ce n'est pas toujours simple effectivement, ou sur des cicatrices, j'ai eu plusieurs névromes de morton. C'était assez compliqué, donc euh, voilà. Ce n'est pas forcément en première intention en tout cas, j'essaie de me débrouiller par moi-même et je ne les envoie pas tout de suite.

E : ces patients présentent-ils des spécificités dans leur prise en charge ?

MG9 : au départ, on doit les voir plus souvent, lorsqu'on instaure le traitement ça doit être hebdomadaire ou tous les 15 jours et puis rapidement quand le patient est stabilisé, ses douleurs sont stabilisées on peut espacer, je les voie tous les mois, ou parfois de manière moins fréquente tous les 3 mois. En fonction de l 'évolution de la douleur, mais une fois qu'ils sont stabilisés , c'est des patients qu'on n'a pas forcément besoin de suivre de manière rapprochée, tous les trimestres ça peut le faire. Mais au départ, oui, c'est hebdomadaire, pour surveiller la tolérance etc. enfin moi après je reste assez disponible

quand c'est comme ça pour, au téléphone éventuellement pour leur éviter de venir au cabinet pour ajuster le traitement.

E : sur le plan psychologique ?

MG9 : euh, très important oui, dans la prise en charge, c'est 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. 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 quoi.
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.

E : l'échec thérapeutique ?

MG9 : oui l'échec thérapeutique, tout à fait, c'est déjà arrivé , c'est assez compliqué à gérer parce que, parce qu'on se sent très démuni à part pouvoir écouter le patient quand c'est comme ça, on n'a pas d'autres solutions effectivement on s'oriente vers la médecine de la douleur. C'est vrai que ça serait bien d'avoir des contacts rapides et que les patients puissent être vus assez rapidement, euh… mais bon globalement ça arrive rarement dans le sens où quand je sens que ça, en tout cas quand je sens que la situation est compliquée, euh, déjà par rapport au soulagement de la douleur et puis après par rapport à la tolérance des traitements, c'est vrai que c'est là que j'oriente aussi. J'essaie d'anticiper entre guillemets la difficulté de manière à ce que le patient ne reste pas parfois plusieurs semaines avec une douleur qu'on a beaucoup, beaucoup de mal à soulager, donc j'essaie plutot d'anticiper, voilà, pour éviter justement de me retrouver dans ces situations compliquées, car, ben, le patient le vit forcément très très mal, est très perdu, ça devient psychologique.

E : Des axes d'amélioration pour ta prise en charge des douleurs neuropathiques ?

MG9 : tout d'abord je pense que le sujet des douleurs devrait être, enfin je pense plus abordé dans notre cursus universitaire ; après dans ma pratique c'est la FMC avec peut-être des EPU sur la prise en charge de la douleur, après peut-être aussi une communication un peu plus, euh … 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 du traitement. Voilà, c'est vrai que la communication par courrier n'est pas toujours très, très explicite et je pense qu'avec ça, on apprendrait beaucoup, voilà ce que je dirai. Après les EPU pourquoi pas mais, mais déjà par les courriers oui, quand on lit les courriers des spécialistes, quand on prend le temps de les lire, on apprend beaucoup de choses et c'est vrai que quand c'est bien expliqué et quand il y a le projet de prise en charge de la douleur détaillé dans le courrier c'est intéressant, ça nous aide, enfin moi ça m'aide dans ma pratique.

Entretien n°9 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour cela, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes. Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG10 : j'ai 58 ans, je suis installé depuis que je suis diplômé, je suis maître de stage à la fac, j'exerce en ville.

E : les douleurs neuropathiques en médecine générale qu'est ce que cela vous évoque?

MG10 : oui, oui on n'était pas sensible à ça auparavant, mais depuis qu'on a des, on a été aidé quand même avec le temps avec les thérapeutiques, avec les connaissances médicales, avec les questionnaires, avec tous ces truc là quoi, tout ce qu'on a sur les douleurs neuropathiques. Et puis c'est vrai, comme elles sont un peu rebelles, on a eu besoin d'en savoir plus.

E : en terme de fréquence ?

MG10 : oui, on est quand même confronté à des douleurs comme ça, j'sais pas 1 à 2 fois par semaine.

E : les étiologies ?

MG10 : les douleurs typiques c'est les douleurs après zona, mais ça c'était, parce que c'était le type de description, alors forcément c'est plus facile. Et puis après euh, dès qu'on a, en post, comment dirai-je en rachidien en post op, ou les choses comme ça, avec des gens qui trainent des douleurs après les opérations, des choses comme ça. Après, une douleur qui 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.
Il y a aussi toutes ces douleurs de périnée là, neuropathiques, toute ces douleurs un peu foireuses là, les pudendalgies, etc

E : avez-vous eu une formation spécifique sur le sujet ?

MG10 : non, non je ne crois pas, moi je pense que là en fait le début c'est le début du Lyrica. Moi je me souviens quand on a sorti le Lyrica, c'est là qu'on a commencé à parler de douleurs neuropathiques. Avant le Lyrica, les chirurgiens, les neurochir et puis les neurologues, ils prescrivaient du Neurontin, des antiépileptiques, ils prescrivaient du Rivotril et puis nous on ne comprenait pas trop ce qui se passait. Tandis que ce, l'histoire du DN4 avec les douleurs neuropathiques c'est le Lyrica qui nous a fait connaitre 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.

E : comment procédez-vous pour faire le diagnostic ?

MG10 : euh, je fais le DN4 là, mais en fait euh, il est dans le logiciel en plus. Mais en fait quand on le regarde d'un peu plus prés le DN4, à mon avis, il nous fait souvent croire que c'est une douleur neuropathique, parce que les questions, je ne sais plus il faut 3 ou 4 sur 10, 4 sur 10 et 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, un peut être une autre façon, un autre test, je ne sais pas moi, mais faire la distinction entre fourmillement, paresthésie, brûlure, picotement les gens ne savent pas trop, on les oriente je pense.

E : utilisez vous des outils diagnostic ou d'évaluation ?

MG10 : (soupir) ça dépend, euh, j'ai une petite dent contre l'EVA, j'aime pas l'EVA sur le principe, enfin ça m'est utile pour le suivi des traitements, pour voir comment ça évolue, mais j'avoue je n'aime pas les protocoles qui voudraient que pour une EVA à 5, on va donner un palier 2 dans les douleurs, ben je trouve que, moi ça me choque un peu, si on a shunté le palier 1. Après sinon pour les douleurs neuropathiques spécifiquement à part le DN4 je n'en connais pas.

E : pour le traitement comment procédez-vous ?

MG10 : ben le traitement euh, bah ça dépend, euh je n'en sais rien, ça dépend de l'ancienneté de la douleur, ça dépend de pas mal de chose, si rien n'a été essayé c'est vrai qu'on est pas mal tenté par le Lyrica. Voilà bon après, l'histoire du Versatys 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 épinglé par je ne sais plus quelle mutuelle, parce que j'avais prescrit du Versatys en dehors. Enfin il m'ont demandé vraiment si c'était une douleur de zona, voilà quoi, ça n'en était pas une du tout , je ne sais plus ça devait être une sciatique ou je ne sais plus ce que c'était ou une douleur post opératoire du rachis après une sciatique opérée, un truc comme ça et en fait. Mais je vois bien j'ai encore eu un courrier du professeur X pour des douleurs du genou, après les prothèse de genou il y a des douleurs neuropathiques, je ne sais plus quel est le nerf, mais je crois qu'il y a un nerf qui est presqu'à chaque fois lésé quand on ouvre un genou, et ben les chirurgiens orthopédiques mettent du Versatys la dessus et puis ils nous disent d'en mettre, ben nous on ne peut pas il faut être honnête. D'ailleurs les centres antidouleur, ils le savent, c'est rare qu'ils, j'ai eu un courrier il n'y a pas longtemps ou manifestement il nous dit « ah ben oui il y a une restriction AMM on ne peut plus utiliser le Versatys ». Sinon j'utilise le Lyrica à dose beaucoup plus, enfin oui, à dose beaucoup plus progressive qu'au début. Au début c'était 75 deux fois pendant 3-4 jours et puis ça allait bien on augmentait à 150 deux fois par jour. Et puis, il y a eu des gens quand même pas bien avec ça, maintenant on y va beaucoup trop modérément je trouve, parce que, moi je pense que si le malade il le tolère bien on peut monter après assez vite. Mais c'est vrai il faut faire un test, faut tester un petit peu, moi je commence avec du 25, 25/50 enfin je leur fais un schéma progressif, je ne sais pas j'arrive à 75 deux fois en l'espace de 15 jours, 3 semaines.

E : c'est mieux toléré comme ça ?

MG10 : (souffle) je ne suis pas sûr, je ne suis pas sûr parce qu'en fait au début quand c'est sorti le Lyrica, ça fait combien de temps le Lyrica ça fait 15 ans, un peu plus de 15 ans, quand c'est sorti on nous a dit « tu donnes 75 matin et soir et puis si c'est bien toléré au bout de 5 jours on passe à 150 » et puis on a fait ça plein de fois et ça marchait et des fois c'était très mal toléré, alors du coup maintenant je vois les neurologues ils prescrivent à dose quasiment homéopathique, ils donnent vraiment des petites doses pour commencer et il y a des gens qui sont bien avec 50 deux fois alors c'est tout on arrête là. Ça dépend vraiment de chaque patient.

E : sur l'efficacité de ces traitements ?

MG10 : en terme d'efficacité, ah non, je ne sais pas, quand c'est bien toléré ça marche pas mal, ça marche pas mal parce qu'on prévoit des progressions et souvent le malade il me dit « bon ben j'ai arrêté là parce que ça va bien » je ne vais jamais à des 150 ou 300, je ne vais jamais jusqu'à, il y a longtemps que je ne suis pas allé à des fortes doses comme ça.

E : des traitements non médicamenteux ?

MG10 :euh non enfin je n'en sais rien, ah si il y a les TENS là, les trucs oui ça ce n'est pas moi qui le prescrit par contre. Ça je ne le prescris pas moi c'est les centres de la douleur ou les spécialistes en neuro, c'est vrai. Alors il y a quand même l'histoire du Qutenza ou je ne sais pas quoi là, moi je me souviens que quand j'étais jeune on faisait des préparations à la capsicaïne, je ne sais plus quoi, les malades étaient brûlés comme pas possible dans des zonas parce qu'on devait mal maîtriser ça. Et puis maintenant, j'ai une patiente moi qui a des douleurs de névralgie, là dans le radial, je ne sais plus, ou le cubital, et qui a, et qui est tranquille pendant 6 mois avec ça. C'est impressionnant, elle a été soulagée, elle a d'ailleurs demandé au centre antidouleur, si elle ne pouvait pas l'utiliser dans un canal carpien, qui avait été opéré mais qui lui faisait mal.
Mais bon je ne connais pas bien le protocole, ils appliquent ça pendant un quart d'heure je crois, je ne connais pas le mécanisme mais je suis impressionné par la longueur de l'effet.

E : connaissez-vous des recommandations sur le sujet ?

MG10 : peut être mais je me souviens pas, peut-être, je ne sais pas, je m'en fous en fait, non, non j'essaie d'être à .peu prés dans les clous mais je ne sais pas s'il y a des recommandations là-dessus. Mais je me méfie, tu sais ça fait 35 ans que je suis installé alors moi les échelles, les numérotations, les scores et tout ça je n'en peux plus, on ne vit que la dessus et moi, euh, 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. Je pense que j'essaie de fonctionner autrement qu'avec des scores, mais s'il y a des reco, enfin non, j'ai peut être vu passer des reco pourtant, je me demande si j'ai pas vu passer une fois un papier de l'HAS sur les douleurs neuropathiques, mais je ne sais pas ce qu'il dit, je l'ai pas lu.

E : la collaboration ?

MG10 : ben les centres antidouleur. Ils étaient bien quand nous, nous étions timorés, quand on ne savait pas comment utiliser les médicaments et puis quand on avait peur de les utiliser. Maintenant, on nous a quand même poussé à utiliser des tas de choses donc je ne sais pas si en soi, si ben pour prescrire un TENS ça moi je ne sais pas faire, par exemple j'ai un malade qui c'est fait opérer d'un astrocytome , ben il fait une heure de ça il est tranquille une heure, bon ça va pas bien loin mais après je ne sais pas. Je renouvelle des éléctrodes, c'est tout ce que je fais. Après sinon c'est surtout avec les neuro ou les neurochir qu'on travaille. Sinon, les rhumato, je me méfie un petit peu quand ils gèrent les douleurs neuropathiques, je pense qu'on est aussi, qu'on peut le faire nous même quoi.

E : les spécificités du suivi de ces malades ?

MG10 : ces gens quand ils ont des douleurs chroniques, de temps en temps ça déborde, ils nous en parle, ils nous en parlent et puis bien souvent ils n'en parlent plus trop, ils finissent par vivre avec. Moi j'en ai un qui a des douleurs post zostériennes, ça doit faire 17 ans, alors là c'est vrai que je lui ai prescrit le Versatys il n'y a pas longtemps parce que j'avais oublié qu'il existait quand je l'ai vu, et puis on avait oublié, le gars il me parle de sa douleur tous les 2 ou 3 ans, c'est l'occasion de dire qu'il l'a toujours. C'est étonnant aussi longtemps après ?

E : vous vous sentez à l'aise sur ce sujet ?

MG10 : ben oui, je ne sais pas bien, oui je ne me rends pas bien compte, je ne sais pas oui je crois, en même temps si ça se trouve j'ai oublié de gros trucs ou alors il y a un truc que je ne sais pas mais oui je pense que globalement, en tout cas c'est pas un problème dans ma, c'est moins un problème aujourd'hui dans ma pratique quotidienne qu'il y a 20 ans où j'étais démuni quoi.

E : des axes d'amélioration pour votre prise en charge ?

MG10 : je pense un questionnaire mieux que celui qu'on a, à mon avis, il est trop subjectif le DN4 c'est ça. Je pense qu'il est trop subjectif, enfin 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. La description du malade, avant, elle est peut-être plus importante. Mais non, je sais pas ce qui pourrait m'aider, au niveau thérapeutique, ben peut être avoir accès, mais bon je ne suis pas très adepte de tout ce qui serait peut être des, peut être que les gens qui ont des douleurs chroniques comme ça, ils seraient adeptes de médecines plus douces ou de choses comme ça mais bon moi je n'y connais rien, peut être que l'acupuncture pourrait marcher dans le fond.

Entretien n°10 :

Enquêteur (E) : Bonjour je me présente Cotrel Romain, je suis interne en médecine générale à l'UPJV d'Amiens. Je prépare actuellement ma thèse. Pour celà, dans le cadre d'une étude qualitative, je réalise des entretiens enregistrés et anonymes. Le thème de la thèse porte sur les difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Tout d'abord présentez vous :

MG11 : eh bien j'ai 43 ans, j'ai fait ma formation à Amiens et je suis installée en ville depuis maintenant presque 14 ans, voilà

E : concernant le sujet, les douleurs neuropathiques en médecine générale, qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG11 : les douleurs neuropathiques… eh bien les douleurs de manière générale c'est quelque chose de très fréquent en médecine générale, c'est un peu notre pain quotidien (rire) et ce n'est pas forcément des prises en charge évidentes, … quand ça devient chronique ça peut être compliqué à gérer,… et oui il y a ces douleurs neuropathiques, on en voit assez régulièrement et, et ce n'est pas toujours simple à gérer, avec des traitements qui ne sont pas forcément super.

E : quelles étiologies rencontrez vous ?

MG11 : les étiologies, euh c'est surtout essentiellement tout ce qui est neuropathie chez le diabétique, les radiculopathies aussi, les algies post-zostérienne, je dirai essentiellement, et puis si, on en rencontre pas mal aussi c'est en post opératoire, sur les cicatrices par exemple, ou après une thoracoscopie, j'ai un patient qui s'est fait opérer et qui depuis a des douleurs en hemiceinture.

E : en terme de fréquence ?

MG11 : alors euh, je ne dirai pas qu'on en voit tous les jours mais c'est quand même assez fréquent, (silence) en même temps j'ai quand même pas mal de diabétiques sous lyrica, mais … par contre des choses comme les douleurs post zostérienne je dois en avoir un ou deux par an en moyenne, je dirai.

E : si vous deviez estimer la prévalence dans votre patientèle ?

MG11 : ouh là, bonne question, dans ma patientèle, euh… je dirai comme ça, à la louche 5%, oui entre 5 et 10% allez.

E : est-ce un sujet sur lequel vous vous sentez à l'aise ?

MG11 : à l'aise !!! c'est un bien grand mot, mais, c'est sûr que maintenant, avec l'expérience, je me sens plus à l'aise qu'à mes débuts pour ce type de prise en charge, mais ç'est sûr, il y a des fois ça peut être compliqué, autant le diagnostic même si ça peut prendre un peu de temps, on finit toujours à y arriver, autant le traitement ce n'est pas forcément toujours efficace. Et puis c'est toujours des contextes particuliers avec une forte participation psychologique, mais bon ça c'est valable pour toutes les pathologies chroniques et, mais là particulièrement je trouve.

E : avez-vous eu une formation spécifique sur le sujet ?

MG11 : euh… une formation spécifique… non pas que je me souvienne. C'est surtout avec l'expérience, la pratique qu'on apprend à se débrouiller… enfin si avec le développement des centres antidouleur on est plus sensibilisé au problème, on voit un peu leur prise en charge, qu'on essaie de reproduire,…voilà.

E : concernant le diagnostic comment procédez-vous ?

MG11 : eh bien généralement soit c'est d'emblée évident avec des douleurs typiques de brûlure, de décharges électriques, au frottement, ou alors ça survient, comment dire euh, 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.
Mais il y a des moments où tu te retrouves devant des douleurs que le malade a du mal à décrire, qui résistent au AINS, au tramadol, … à tous les traitements habituels et bien là dans ce cas là je tente de les soulager avec du Lyrica par exemple, mais si c'est très important je les adresse aux médecins de la douleur.

E : utilisez- vous des outils diagnostic ou pour l'évaluation de la douleur ?

MG11 : Non !!! je sais qu'il y a un test, le DN4 je crois, en fait j'avais eu ça par un labo une fois, une boite avec le test et un pinceau pour l'examen sensitif, mais franchement je ne l'ai jamais utilisé, honnêtement, on n'a pas forcément le temps de faire tout ça en consultation, euh de 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. En pratique, tu vas à l'essentiel et si besoin et bien tu fais appel aux spécialistes.

E : et pour évaluer la douleur ?

MG11 : non plus, enfin si, ça peut m'arriver d'utiliser l'échelle numérique, mais le plus souvent, c'est peut être pas bien, mais quand tu connais bien ton patient et l'interrogatoire tu arrives à t'en sortir.

E : quelle est votre stratégie thérapeutique ?

MG11 : eh bien, avant j'utilisais surtout les tricycliques, le Laroxyl, mais ce n'était pas super bien supporté par les patients, du coup maintenant je prescris beaucoup le Lyrica,. Je trouve qu'il a moins d'effets secondaires, et 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.
Après les autres traitements genre cymbalta, tegretol, etc ce n'est pas moi qui les prescris, ça c'est le médecin de la douleur.

E : Au niveau de la tolérance ?

MG11 : autant avec les tricycliques, bah, ce n'était pas forcément évident, mais avec le lyrica, je n'ai pas trop de problème de ce côté là. Euh en même temps je débute toujours avec de petites doses et j'augmente progressivement. Et je préviens les patients des effets secondaires somnolence, etc

E : en terme d'efficacité ?

MG11 : euh je suis assez partagée, il y en a pour qui ça marche très bien, mais pour d'autres ça ne change strictement rien ou au mieux ça diminue un peu les douleurs, je dirai que c'est du 2/3 1/3 ouai.

E : avez-vous connaissance de recommandations sur le sujet ?

MG11 : franchement non, ça ne me dit rien du tout, pourtant je m'efforce de rester à jour, de lire Prescrire, la revue du prat, mais sur les douleurs neuropathique non, ou alors ça ne m'a pas marquée. Mais j'imagine que si tu m'en parles c'est qu'il y en a ?

E :oui

MG11 : eh bien j'irai les lire, promis (sourire)

E : l'adhésion du patient au traitement ?

MG11 : généralement il n'y a pas de difficulté, car souvent ils trainent des douleurs et du coup ils misent beaucoup d'espoir sur ce qu'on leur propose. Après le problème c'est quand ils ne se sentent pas améliorés, souvent au moment de l'instauration, eh bien là c'est plus dur, ils veulent tout arrêter, du coup il faut essayer de leur expliquer qu'il faut le faire progressivement, que ça peut prendre du temps. Mais, généralement en expliquant bien les choses ça se passe plutot bien.

E : des traitements non médicamenteux ?

MG11 : euh… 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. Et puis il y a aussi tout ce qui est TENS , mais ça ce n'est pas nous qui gérons, ce sont les médecins de la douleur.

E : Avec qui collaborez-vous en cas de difficultés ?

MG11 : eh bien c'est surtout avec les médecins de la douleur, les autres spécialistes non pas trop, oui je les oriente facilement vers le CHU quand je ne m'en sors pas, si je vois qu'au bout de 15 jours de traitement, il ne se passe rien ou que c'est mal toléré je les

orientent sachant qu'il y a quand même des délais pour être vu ça doit être du genre 1 mois, 1mois et demi je crois, Mais bon une fois j'avais une patiente qui dérouillait vraiment, elle ne dormait plus, ben je les ai appelés et ils l'ont vue sous 48h, c'est quand même pratique je trouve de pouvoir être vu rapidement en cas de besoin.

E : quelles sont les spécificités de ces patients ?

MG11 : ben, ce sont des patients qui ont peut être besoin d'un peu plus d'écoute, d'empathie. En pratique ça peut être des consultations plus longues, des patients qu'on voit plus souvent soit pour surveiller la tolérance des traitements ou pour les arrêts de travail par exemple. Euh des patients qui souvent ont une participation psy également à gérer ils sont très anxieux, parfois même dépressifs. C'est sûr qu'il faut peut-être, être un peu plus disponible, ce n'est pas le patient qu'on voit rapidement entre 2 rendez-vous, enfin ça c'est au début, après euh, une fois que le traitement est instauré on les voit tous les mois voire plus pour les renouvellemenst, oui c'est ça tous les 1 à 3 mois.

E : l'échec thérapeutique ?

MG11 : oui ça arrive, le plus souvent on n'arrive à les soulager que partiellement et la plainte douloureuse persiste du coup, c'est à ce moment là que je passe la main, que je les envoie au médecin de la douleur, comment dire, euh les consultations douleur c'est un peu, euh… une sorte de sortie de secour pour nous quand on est dépassé, je ne devrais pas dire ça mais on se débarrasse en quelque sorte du problème.

E : les difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

MG11 : eh bien c'est ce que je disais, 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. Voilà c'est surtout ça pour moi,… mais heureusement ce n'est pas le plus fréquent.

E : des axes d'amélioration pour améliorer la prise en charge ?

MG11 : (rire) pour moi c'est trop tard je suis trop vieille, mais à mon époque on n'était pas forcément sensibilisé à ces prises en charge, peut être que maintenant les nouveaux internes sont plus formés à ça ?
Après qu'est-ce qui pourrait m'aider moi, ben peut être un topo par un médecin de la douleur, 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…