



HAL
open science

Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique par les médecins généralistes en ambulatoire de Seine-et-Marne en 2020

Antoine Heng

► **To cite this version:**

Antoine Heng. Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique par les médecins généralistes en ambulatoire de Seine-et-Marne en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03328784

HAL Id: dumas-03328784

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03328784v1>

Submitted on 30 Aug 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 07 Avril 2021

par

M. HENG Antoine

Né le 28/04/1990 à Paris 19^e (75019)

**TRAITEMENT DE LA DOULEUR LOMBAIRE CHRONIQUE NEUROPATHIQUE PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN AMBULATOIRE DE SEINE-ET-MARNE EN 2020**

Président : Monsieur le Professeur GUILLAUME Cyril

Membres : Madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie
Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur SEP HIENG Virith

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes

M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition

M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
------------	----------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie



UNIVERSITÉ DE CAEN - NORMANDIE

UFR DE SANTE - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. **HUMBERT Xavier**

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Aux membres du jury de thèse

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur GUILLAUME Cyril,

J'ai été une première fois honoré d'assister à vos consultations, je suis aujourd'hui de nouveau honoré que vous présidiez mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux Membres du jury,

Madame le Docteur NOEL DE JAEGHER Sophie,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Votre présence dans le jury prend d'autant plus de sens pour moi que vous m'avez accompagné dès mes premières consultations de médecine générale en tant qu'interne, et que vous avez évalué mon portfolio d'internat. Avec ce travail de thèse, vous aurez été présente tout au long de mon parcours.

Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vous avez été mon premier interlocuteur lors de mon arrivée en Normandie et vos conseils m'ont été d'une grande aide. Veuillez trouver ici ma reconnaissance pour votre accompagnement.

À mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur SEP HIENG Virith,

Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail de thèse. Ma rencontre avec toi lors de ton topo sur les douleurs a vraiment été un heureux hasard ; j'ai tout de suite apprécié ta pédagogie et ta sympathie. Ta confiance, ta disponibilité malgré un planning plein et ta bienveillance m'ont été d'un soutien précieux pour mon travail.

Ainsi qu'aux médecins ayant répondu à mon questionnaire de thèse

Un remerciement tout particulier pour votre intérêt
et pour votre temps accordé rendant ce travail possible.

À ceux qui m'ont enseigné la médecine

À mes Maîtres de stage de niveau 1,

- Dominique : tu es véritablement la définition de l'apprentissage de la médecine par compagnonnage et ton dévouement pour ta médecine rurale est tout aussi admirable. Merci au passage à Véronique, je me souviendrai de votre accueil toujours chaleureux.

- Sophie, Bernard et Christine : vous avez une superbe équipe et un super PSLA à Livarot (je fais de la publicité bien méritée). Apprendre la médecine générale à vos côtés a été un réel plaisir. Je réside aujourd'hui trop loin mais j'espère vous recroiser en d'autres occasions.

À mes Maîtres de stage de SASPAS,

- Olivier et Emilie, Eric, Gérard : en continuité avec mes maîtres précédents, vous avez su partager vos connaissances et vos expériences qui me servent quotidiennement. Merci pour tous vos conseils si précieux.

À mes Maîtres de stage d'internat, mes Maîtres de stage et internes d'externat, mes enseignants,

À l'ensemble de ces formidables médecins que j'ai eu la chance de rencontrer et qui ont su me transmettre aussi bien leur passion que leur savoir, un immense merci.

À ceux qui m'ont accompagné en médecine

À mon panel de test pour mon questionnaire de thèse, ainsi que les diverses aides pour ma thèse dont les relectures, médecins comme moldus.

À mes co-internes et mes compagnons médecins,

- Mes co-internes Normands, Alençonnais, Flériens, Caennais...

- Ma RCP préférée : Sophie et Narith, Nga, Marie. Vous resterez nos authentiques Normands.

- Amandine et Manu : des internats à Cairen, en passant par le Bû-sur-Rouvres, vous nous aurez offert des bouffées d'oxygène en nous faisant découvrir maintes jeux de société (je vous tiens responsable de cette nouvelle addiction). Cette parenthèse normande aura été ponctuée d'agréables souvenirs.

- Dr Odile ! Trop modeste pour te qualifier comme un modèle, tu l'as pourtant été tout au long de mes études aussi bien en tant qu'étudiante, qu'en tant que médecin. Merci pour tes très profitables conseils et encouragements, toi qui découvrais ce monde juste avant nous.

À mes co-externes,

- Kim et Florent, Vibol. Vous êtes des pairs de qualité, je ne rajouterai rien de plus.

- Les (futurs) thésards de P13 : Mathu, Julie et Samir, Nam... la liste de la promotion Bobigny est longue et je ne peux citer tout le monde. Encore merci Julie pour nos longues discussions sur l'analyse de mes données et pour tes conseils en stats !

À ceux qui m'ont soutenu en médecine

À ma famille

- Mes parents, pour votre soutien durant ces longues années d'études - et pourtant vous avez certainement enduré dans vos vies bien plus que moi. J'espère qu'après l'obtention de ma thèse, vous vous autoriserez enfin un peu plus de répit.

- Vincent et Céline, mes indéfectibles et indispensables siblings dans le bien. Nos colloques ont de bien beaux jours devant nous.

- Les millenials du 77 & co. Et Valentine, chère équipière de sport, de musique et de cuisine... Je te souhaite toute la motivation nécessaire pour ton master !

- Les Miette, d'Osny à Coupvray, vous nous donnez toujours une pêche incroyable.

- Tata Yen et Mr Robert, mes enthousiastes et charitables retraités, avec qui certaines petites choses de la vie quotidienne deviennent infatigablement plus faciles.

À mes amis

- Guillaume, nos différents domaines d'études ne nous auront pas empêché de partager ces intenable années de révisions à la BU. De tes challenges sportifs impossibles à ton expertise en informatique, je sais que je peux toujours compter sur toi pour à peu près tout (et en particulier pour procrastiner). Merci François et Ghislaine pour vos soutiens depuis le lycée déjà.

- Les adorables soeurs Mai. Loin des yeux, et toujours si proches du cœur. Soit dit en passant, j'échange deux moutons et un blé contre une bûche canadienne et un serpent guyanais, non négociable.

- Les triplés, ces joyeux lurons. Phuong-Anh, le temps paraît long mais il file vite. Je n'ai absolument aucun doute ni en tes capacités, ni en ta détermination. Courage future consœur !

- Lan Anh et Guillaume, et nos tête-à-tête réguliers pour des bilans en douceur sur nos projets en cours et à venir.

- Les anciens Espéranciens, après ce long chemin parcouru.

À tous ceux aussi que je n'ai eu l'occasion de citer ici par une maladroite omission (ou parce que la liste de mes remerciements s'allonge et atteint ses limites), merci et pardon !

... et à ma femme !

qui a appris avec moi, qui m'a accompagné, et m'a soutenu tout au long de ce parcours,
qui a partagé avec moi sans faille toute l'expérience de cette folle aventure,
du plus haut de mes succès comme au plus bas de mon moral ;
je te réserve mon plus grand des mercis.

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ARS : Agence Régionale de Santé

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies (onzième révision)

DLC : Douleur Lombaire Chronique

DN4 : Douleur Neuropathique en 4 questions (échelle)

DREES : Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

EN : Échelle Numérique (de douleur)

FMC : Formation Médicale Continue

FST : Formation Spécialisée Transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de la NorAdrénaline

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

TENS : NeuroStimulation Électrique Transcutanée

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Index des Tableaux et Figures

Tableaux

Tableau 1 - Classification des antalgiques en fonction du mécanisme d'action	5
Tableau 2 - Répartition par tranche d'âge des omnipraticiens en Seine-et-Marne au 31/12/19 et des médecins répondants (effectif et pourcentage)	18
Tableau 3 - Répartition par sexe des omnipraticiens en Seine-et-Marne au 31/12/19 et des médecins répondants (effectif et pourcentage)	18
Tableau 4 - Médecins répondants selon le temps d'exercice, le type d'exercice, la participation à une formation, et les intervalles de pourcentages de la patientèle souffrant d'une Douleur Lombaire Chronique (DLC) neuropathique (effectif et pourcentage)	19
Tableau 5 - Caractéristiques de la douleur évoquant une douleur neuropathique pour les médecins répondants (effectif et pourcentage)	19
Tableau 6 - Paramètres statistiques des temps d'évaluation (minutes)	20
Tableau 7 - Molécules utilisées par les médecins répondants dans le traitement de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage)	21
Tableau 8 - Délai avant l'introduction d'un traitement spécifique pour la DLC neuropathique (effectif et pourcentage)	22
Tableau 9 - Mode d'introduction des traitements pour la DLC neuropathique (effectif et pourcentage).	22
Tableau 10 - Attitude en cas de traitement insuffisamment efficace de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage)	22
Tableau 11 - Durée de traitement après l'obtention du contrôle de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage)	23
Tableau 12 - Médecins répondants en fonction des scores du critère de jugement principal (effectif et pourcentage)	23
Tableau 13 - Étape de la prise en charge où un avis spécialisé est demandé par les médecins répondants (effectif et pourcentage)	25
Tableau 14 - Spécialiste le plus souvent contacté en cas d'échec de traitement par les médecins répondants (effectif et pourcentage)	25

Figures

Figure 1 - Principaux symptômes de la douleur neuropathique	4
Figure 2 - Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte selon les recommandations SFETD 2020 (figure simplifiée)	6
Figure 3 - Diagramme de flux (effectif)	17
Figure 4 - Représentation visuelle des fréquences d'utilisation des échelles de douleur par les médecins répondants dans l'évaluation de la DLC neuropathique (effectif)	20
Figure 5 - Pourcentage des médecins en fonction du nombre de molécules spécifiques prescrites dans le traitement de la DLC neuropathique (colonne) et leur pourcentage cumulé (courbe)	22
Figure 6 - Représentation visuelle des degrés d'adhésion aux différentes propositions de freins à l'utilisation des traitements spécifiques dans la DLC neuropathique	23
Figure 7 - Scores pondérés des différentes propositions de freins à l'utilisation des traitements spécifiques dans la DLC neuropathique (point)	24
Figure 8 - Traitements non médicamenteux les plus souvent utilisés par les médecins répondants (effectif)	24
Figure 9 - Principales sources des connaissances des médecins répondants (pourcentage)	25
Figure 10 - Représentation visuelle des degrés d'adhésion aux différentes propositions sur le ressenti des médecins répondants vis-à-vis du traitement de la DLC neuropathique (effectif)	26
Figure 11 - Scores pondérés des différentes propositions sur le ressenti des médecins répondants vis-à-vis du traitement de la DLC neuropathique (point)	26

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. Douleur et Médecine	1
2. Définitions	1
2.1. Douleur lombaire chronique	1
2.2. Composantes de la douleur	2
3. Douleur neuropathique	2
3.1. Physiopathologie	2
3.2. Diagnostic	4
3.3. Traitement médicamenteux	5
3.3.1. Classification des traitements antalgiques	5
3.3.2. Algorithme thérapeutique	6
4. Justificatif de l'étude	7
5. Objectifs	8
II. MATERIELS ET METHODES	9
1. Type d'étude	9
2. Revue de la bibliographie	9
3. Elaboration du questionnaire	9
3.1. Caractéristiques cabinet et patientèle	9
3.2. Evaluation de la douleur lombaire chronique neuropathique	10
3.3. Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique	11
3.3.1. Traitement médicamenteux	11
3.3.2. Traitement spécifique (antidépresseur, antiépileptique)	12
3.3.3. Prise en charge complémentaire	13
3.4. Formation dans la douleur lombaire chronique neuropathique	14
4. Recrutement	14
5. Recueil de données	15
5.1. Algorithme de contact	15
5.2. Format numérique	15
5.3. Format papier	15
6. Analyse des données	16
7. Ethique	16
8. Critère de Jugement Principal	16
III. RÉSULTATS	17
1. Nombre de réponses	17
2. Démographie	18
3. Caractéristiques cabinet et patientèle	19
4. Evaluation de la douleur lombaire chronique neuropathique	19
5. Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique	21

5.1. Critère de jugement principal	21
5.2. Freins à l'utilisation des traitements spécifiques	23
5.3. Prise en charge complémentaire	24
6. Formation dans la douleur lombaire chronique neuropathique	25
IV. DISCUSSION	27
1. Principaux résultats	27
2. Représentativité	27
2.1. Echantillonnage	27
2.2. Démographie	29
3. Critère de Jugement Principal	30
3.1. Critère 1 : Molécules (question 13)	31
3.1.1. Traitements spécifiques	31
3.1.2. Traitements non spécifiques	32
3.2. Critères 2 et 3 : Délai de prescription et durée (questions 14 et 17)	32
3.2.1. Question 14 : Initiation du traitement	32
3.2.2. Question 17 : Durée de traitement	33
3.3. Critère 4 : Posologie (question 15)	34
3.4. Critère 5 : Traitement de deuxième ligne (question 16)	34
3.5. Douleur Lombaire Chronique Neuropathique	35
3.5.1. Prévalence estimée	35
4. Composante neuropathique	36
5. Composante douleur lombaire chronique	37
5.1. Approche non médicamenteuse	37
5.2. Enumération des traitements complémentaires	37
5.3. Positionnements différents	38
6. Persistance de freins	39
6.1. Ressenti global	39
6.2. Difficultés soulevées	40
6.2.1. Temps de consultation	40
6.2.2. Arsenal thérapeutique	41
6.2.3. Niveau d'adhésion, antalgie et iatrogénie	41
7. Intérêt d'une formation	42
7.1. Besoin réel et exprimé	42
7.2. Modalités de diffusion	43
V. CONCLUSION	44
Bibliographie	45
Annexes	48

I. INTRODUCTION

1. Douleur et Médecine

"La santé c'est la vie dans le silence des organes" - René LERICHE, 1936

Cet aphorisme attribué au chirurgien et physiologiste René LERICHE a souvent été critiqué par sa conception trop réductrice de la santé (1). Cette approche est néanmoins intéressante car elle se place dans la perception des patients. Elle prend du sens particulièrement dans le domaine de la douleur chronique où la douleur devient en elle-même une maladie entière. Un des objectifs pour les patients est alors effectivement "la vie dans le silence des organes".

La prise en charge de la douleur est étroitement liée à la médecine générale où environ un tiers des consultations présentent au moins un motif lié à la douleur (2) et que près de la moitié des consultations y présentent une notion de douleur chronique (3). Parmi celles-ci se trouve la douleur lombaire chronique qui était en 2015 le huitième motif de consultation chez le médecin traitant. Elle touchait un Français sur deux au cours d'une année, selon le rapport annuel charges et produits pour 2017 de l'Assurance Maladie (4).

2. Définitions

2.1. Douleur lombaire chronique

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la lombalgie par une douleur entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur, associée ou non à une radiculopathie d'un ou deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (5).

Elle définit la lombalgie chronique "par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou." A cette définition s'ajoute la différenciation de trois entités :

- "la lombalgie non dégénérative, antérieurement dénommée lombalgie spécifique ou lombalgie secondaire (dite symptomatique), liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire ;
- la lombalgie dégénérative, dont l'origine peut associer une ou plusieurs des causes suivantes : discogénique ou facettaire ou mixte, ligamentaire, musculaire, liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne ;
- la lombalgie sans relation retenue avec des lésions anatomiques".

Dans cette thèse, la partie de la lombalgie chronique étudiée est la lombalgie dégénérative d'origine discogénique ou facettaire ou mixte. Les raisons en sont que les dernières recommandations de la HAS de Mars 2019 sur les lombalgies portent sur cette partie (5) et que l'objet de la thèse est d'étudier la prise en charge de la douleur-maladie, sans aborder les spécificités des pathologies organiques. Le terme de "lombalgie chronique" employé dans cette thèse se réfère donc uniquement à cet aspect.

2.2. Composantes de la douleur

La douleur est décrite par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle" (6). Derrière ce même terme de douleur se distinguent en réalité différentes composantes selon le mécanisme sous-jacent. On y différencie ainsi la douleur nociceptive, la douleur inflammatoire et la douleur neuropathique (7).

L'intérêt de l'identification de cette douleur réside notamment dans la stratégie différente de la prise en charge. En effet, l'ancienne approche basée sur les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en fonction de l'intensité de la douleur et de la puissance des antalgiques communément utilisés dans le traitement des douleurs nociceptives n'est pas adaptée dans les douleurs neuropathiques.

Or, la lombalgie chronique est de plus en plus considérée comme un syndrome douloureux mixte à composantes nociceptives et neuropathiques. Des recherches suggèrent que 16 à 55% des patients souffrant de lombalgies chroniques ont possiblement une composante neuropathique (8). En outre, il a été suggéré que les composantes neuropathiques dans la lombalgie chronique pourraient être sous-reconnues et donc sous-traitées (9,10).

La composante neuropathique de la lombalgie chronique est associée à une possibilité et une sévérité accrues de comorbidités médicales, à une réduction de la qualité de vie et à une augmentation des coûts en santé (8), justifiant davantage sa reconnaissance et sa prise en charge.

3. Douleur neuropathique

3.1. Physiopathologie

Schématiquement, la douleur nociceptive correspond à la détection d'une stimulation potentiellement nocive. Elle assure souvent un rôle de protection contre une agression tissulaire. Dans la douleur inflammatoire, l'inflammation apparaît en réponse à un dégât tissulaire et aide dans le processus de guérison. Le système sensoriel nerveux subit alors des changements réversibles qui disparaissent lorsque l'inflammation se termine.

En ce qui concerne la douleur neuropathique, elle est définie par l’IASP comme “une douleur qui est la conséquence directe d’une lésion ou d’une maladie touchant le système somatosensoriel” (9). Cette lésion ou maladie entraîne des cascades de réactions dans le système nerveux qui peuvent parfois s’auto-entretenir et chroniciser la douleur neuropathique même après guérison de la cause initiale (7). Cette douleur est ainsi liée à une activité anormale du système nerveux, sans aucun but physiologique ; on parle alors de plasticité maladaptative. Si le traitement de l’étiologie initiale paraît évident, la compréhension des mécanismes sous-jacents de cette douleur et de ses traitements spécifiques n’en demeure pas moins essentielle.

Les étiologies de la douleur neuropathique sont nombreuses et se rencontrent dans des contextes très divers. Celles affectant le système nerveux périphérique sont principalement représentées par les causes traumatiques, les pathologies métaboliques, neurotoxiques, infectieuses ou encore par les invasions tumorales. Les étiologies d’origine centrale les plus fréquemment retrouvées sont l’accident vasculaire cérébral, les lésions médullaires traumatiques et la sclérose en plaques (11). En ce qui concerne la douleur lombaire chronique, la douleur neuropathique peut être liée à une lésion des terminaisons nociceptives au sein d’un disque intervertébral dégénératif, ou à une lésion de la racine nerveuse par compression mécanique ou par les effets de médiateurs inflammatoires résultant de la dégénérescence du disque (8).

Les lésions à l’origine des douleurs neuropathiques induisent des modifications du système nerveux périphérique dont les mécanismes physiopathologiques impliqués sont nombreux et leurs retentissements non encore élucidés. On relève notamment des décharges ectopiques des fibres myéliniques lésées et une activité anormale dans des fibres non lésées, aboutissant à une augmentation de la libération de neurotransmetteurs excitateurs (12).

Le système nerveux central est également concerné avec une sensibilisation centrale au niveau de la moelle épinière par des phénomènes d’embrasement et de potentiation à long terme des messages de la douleur, et en parallèle une atténuation de l’inhibition spinale par perte neuronale sélective et un développement de phénomènes inflammatoires (7,12). L’ensemble de ces phénomènes entraîne des changements d’activité des réseaux thalamo-corticaux qui contribuent à autonomiser la douleur. On y observe aussi un changement dans la représentation corticale des territoires corporels (12).

Les facteurs de risque de douleur neuropathique sont d’ordre clinique, démographique, psychosocial et génétique (13). Leur identification et leur prise en charge quand elle est possible est essentielle. Ces facteurs de risques, génétique à part, sont :

Clinique :	Démographique :	Psychosocial :
- Douleur préexistante	- Âge élevé	- Dépression
- Diabète (type)	- Sexe féminin	- Anxiété
- Diabète (durée)	- Précarité	- Catastrophisme
- Néphropathie	- Travail manuel	- Troubles du sommeil
- Maladie artérielle		- Alcoolisme
- HDL cholestérol bas		- Tabagisme
- Hypertriglycéridémie		- Faible activité physique
- Surpoids		

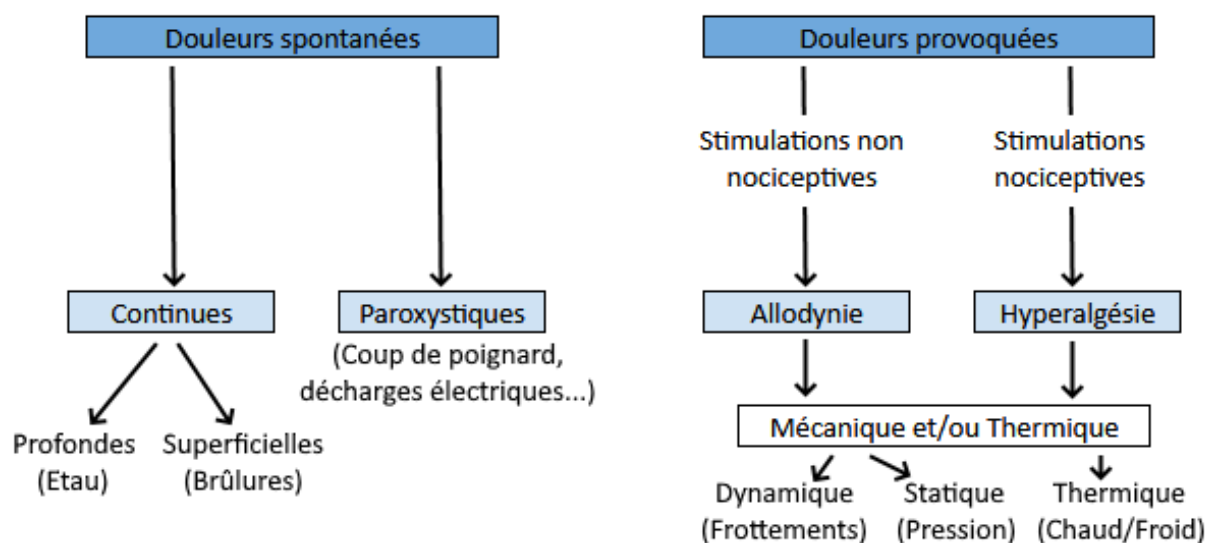
Il est intéressant de noter le rapprochement de certains de ces éléments avec les facteurs de risque de chronicité de la lombalgie, notamment sur le plan psychosocial (5).

3.2. Diagnostic

Du fait de ses mécanismes physiopathologiques, la douleur neuropathique présente une sémiologie particulière. Elle comporte souvent une composante spontanée (survenant en l'absence de stimulation) continue ou paroxystique et/ou une composante provoquée par des stimulations diverses se traduisant par une allodynie (déformation d'une stimulation non nociceptive) ou une hyperalgésie (douleur exagérée). Ces éléments sémiologiques sont explicités dans la figure 1.

Les symptômes douloureux sont fréquemment accompagnés de sensations anormales (paresthésies, dysesthésies) non douloureuses mais souvent désagréables, telles que fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissement. L'examen clinique retrouve une localisation systématisée du territoire nerveux concerné.

Figure 1 - Principaux symptômes de la douleur neuropathique, figure adaptée de Bouhassira et al, Douleurs neuropathiques, 2ème édition, 2012, Édition Arnette (figure 1.3).



Le diagnostic repose sur l'examen clinique, sans nécessiter d'examen complémentaire. Ce diagnostic n'est toutefois pas évident car si ces symptômes sont plus souvent évocateurs d'une douleur neuropathique, ils ne sont pas pour autant pathognomoniques puisqu'ils peuvent parfois être décrits dans d'autres types de douleurs. C'est leur combinaison et la présence de certains signes à l'examen physique qui orientent le diagnostic (14). Par ailleurs, le tableau clinique peut se montrer trompeur avec une description clinique difficile pour les patients, paraissant parfois fantaisiste, et ces douleurs peuvent survenir bien à distance du contexte ou de la lésion initiale.

Pour faciliter le diagnostic de la douleur neuropathique, plusieurs outils d'aide au diagnostic ont été élaborés et validés. Parmi eux figure le questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions, en Annexe 1) qui permet de diagnostiquer une douleur neuropathique en 10 items sur 4 questions. Avec un score supérieur ou égal à 4, le DN4 permet le diagnostic d'une douleur neuropathique avec une sensibilité et une spécificité excellentes. Par sa validation complète en langue française, cet outil simple et rapide est tout à fait adapté et recommandé en pratique clinique (11).

3.3. Traitement médicamenteux

3.3.1. Classification des traitements antalgiques

Les antalgiques habituellement utilisés dans la douleur sont ceux issus de la classification des antalgiques de l’OMS. Cette classification est construite sur l’intensité de la douleur nociceptive de la douleur cancéreuse en regroupant des antalgiques en 3 paliers (15). Elle est toutefois trop restrictive et n’intègre pas les traitements de la douleur neuropathique où les antidépresseurs et les antiépileptiques gabapentinoïdes en sont les traitements de référence. Les paliers de la classification ne tiennent pas compte non plus des mécanismes physiopathologiques des différentes douleurs existantes.

La nouvelle classification des antalgiques de Lussier & Beaulieu (IASP 2010) rend mieux compte de ces éléments en catégorisant les molécules en fonction du mécanisme d'action (Tableau 1). Les antalgiques classiques correspondent pour la plupart aux antalgiques anti-nociceptifs (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, opioïdes). Les traitements qui ont une action sur les douleurs neuropathiques correspondent aux anti-hyperalgésiques (gabapentine, prégabaline), modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants (antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) et aux modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique (lidocaïne) (11,16).

Tableau 1 - Classification des antalgiques en fonction du mécanisme d'action.

Antalgiques anti-nociceptifs : <ul style="list-style-type: none">- Non opioïdes (paracétamol, AINS)- Opioïdes faibles et forts
Mixte (anti-nociceptif et modulateur des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants) <ul style="list-style-type: none">- Tramadol
Anti-hyperalgiques <ul style="list-style-type: none">- Antagonistes NMDA (kétamine)- Gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline)- Nefopam- Coxibs- Monoxyde d’Azote
Modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants <ul style="list-style-type: none">- Antidépresseurs tricycliques- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique <ul style="list-style-type: none">- Traitements locaux : lidocaïne, capsaïcine

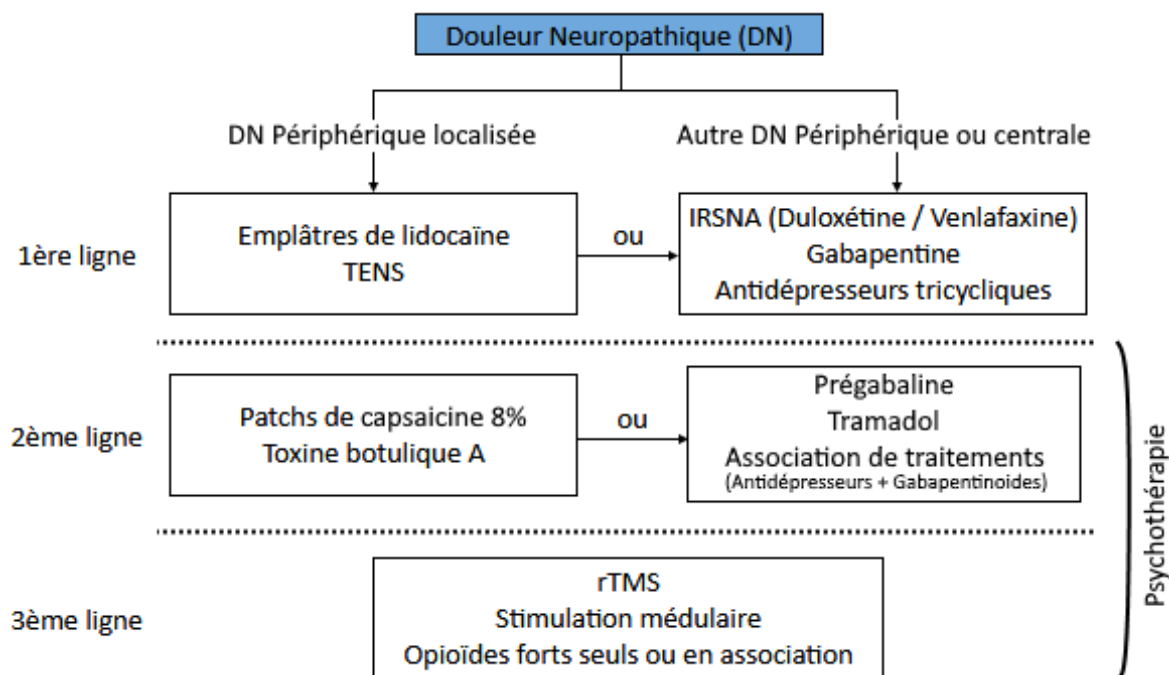
Selon la classification de Lussier et Beaulieu (IASP 2010). Sont surlignés les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques recommandés en 1ère et 2ème ligne par la SFETD 2020.

3.3.2. Algorithme thérapeutique

En l'absence de recommandations françaises spécifiques sur la douleur lombaire chronique neuropathique, les traitements considérés sont ceux des recommandations de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) sur les douleurs neuropathiques. En effet, les recommandations des traitements des douleurs lombaires chroniques avec ou sans caractéristiques neuropathiques diffèrent fondamentalement selon la revue de la littérature de l'European Journal of Pain de 2016. Celle-ci insiste sur la nécessité de reconnaître la composante neuropathique de la douleur lombaire chronique et présente dans sa revue les traitements spécifiques de la douleur neuropathique (8).

Les recommandations de la SFETD de 2010 mettent en première intention dans le traitement des douleurs neuropathiques un antidépresseur tricyclique, un antidépresseur Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de la NorAdrénaline (IRSNA), ou un antiépileptique gabapentinoïde. Ces molécules sont également préconisées par les recommandations de la HAS de mars 2019 au sujet des lombalgies communes lorsqu'il existe une radiculalgie chronique à composante neuropathique (5). Les recommandations de la SFETD de 2020, arrivées après la conception de notre étude, rétrogradent la prégabaline en seconde ligne de traitement alors que la gabapentine, les antidépresseurs IRSNA (duloxétine et venlafaxine) et les antidépresseurs tricycliques restent en première ligne (17). Ces recommandations sont synthétisées en un algorithme thérapeutique dans la figure 2.

Figure 2 - Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte selon les recommandations SFETD 2020 (figure simplifiée).



DN : Douleur Neuropathique ; TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation ; IRSNA : Antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : repetitive Transcranial Magnetic Stimulation.

Parmi les traitements de première ligne, les IRSNA sont à présent recommandés plus largement du fait de plusieurs études récentes positives de bonne qualité. Les antidépresseurs tricycliques, malgré un profil d'effets indésirables médiocre, restent parmi les traitements proposés en première ligne du fait de leur efficacité possible à faibles doses et des très nombreuses preuves de leur efficacité. La gabapentine, qui reste en première ligne de traitement contrairement à la prégabaline, doit être utilisée avec prudence en raison du risque de mésusage grandissant des gabapentinoïdes, à l'instar des opioïdes (17). Le traitement topique par lidocaïne reste indiqué en première ligne dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques localisées, même si le niveau de recommandation est faible, compte tenu de son accessibilité et du peu d'effet indésirable (8,11,17).

Les opiacés faibles et forts gardent un intérêt limité dans le traitement de la composante neuropathique de la douleur. Ils présentent l'avantage de pouvoir traiter une douleur mixte (excès de nociception associé), et le tramadol est à ce titre indiqué en deuxième intention à la fois dans les douleurs lombaires et dans les douleurs neuropathiques (5,8,11). L'une des évolutions notables dans les recommandations de 2020 concerne la place des opioïdes forts en raison des risques des mésusages, notamment liés à la "crise des opioïdes" survenue aux Etats-Unis depuis 2010. Les opioïdes forts ne sont maintenant indiqués uniquement en dernière ligne, après échec de toute alternative, avec une évaluation minutieuse sur les risques de mésusages, et à une dose quotidienne maximale inférieure à 150 milligrammes d'équivalent de morphine par jour (17).

Concernant les médicaments couramment prescrits dans les douleurs lombaires, le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont peu susceptibles d'agir des douleurs neuropathiques (8). De même, les myorelaxants, le néfopam et les corticoïdes, qui ne sont d'ailleurs pas étudiés dans les douleurs lombaires (5), ne sont ni mentionnés dans les recommandations pratiques de la SFETD de 2010, ni dans la revue littérature de l'European Pain Journal de 2016 (8,11).

4. Justificatif de l'étude

La recherche sur la douleur est en plein essor avec une évolution constante des savoirs dans ce domaine (18). La reconnaissance de la douleur chronique en tant que maladie est à venir dans la prochaine Classification Internationale des Maladies "CIM-11", comme l'illustrent les classifications "MG 30.02 douleur chronique primaire musculosquelettique", "8E43.0 douleur neuropathique", et "MG 30.5 douleur neuropathique chronique" (19). L'IASP a revu en 2020 la définition de la douleur (20) et la SFETD actualise ses recommandations dans la douleur neuropathique cette même année (17).

Dans ce contexte, il persiste paradoxalement des difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes (21–23). Même s'il était constaté une amélioration sur le plan diagnostique et thérapeutique, les médecins évoquaient encore à l'égard des précédentes recommandations de 2010 des connaissances et des formations insuffisantes, ainsi que la persistance de freins dans leur prise en charge.

En ce qui concerne la douleur lombaire chronique neuropathique, elle ne dispose pas de recommandation spécifique française. Aucune étude n'a été recensée dans notre revue bibliographique sur la prise en charge de cette entité par les médecins généralistes. Il s'agit pourtant d'une maladie prévalente qui gagne en visibilité et qui bénéficie des mêmes évolutions thérapeutiques que les autres pathologies de la douleur.

5. Objectifs

Notre étude aborde principalement les traitements médicamenteux spécifiques de la douleur neuropathique dans la mesure où les difficultés identifiées pour les médecins généralistes s'y rapportent en grande partie, et qu'en même temps ces traitements sont concernés par l'évolution des nouvelles recommandations.

Objectif principal : Les médecins généralistes de Seine-et-Marne utilisent-ils les traitements médicamenteux spécifiques des douleurs neuropathiques en accord avec les dernières recommandations et la classification de Beaulieu et Lussier dans la lombalgie chronique neuropathique ?

Objectif secondaire : Quels sont les freins à l'utilisation des traitements médicamenteux spécifiques ?

II. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur le traitement, en particulier médicamenteux spécifique, de la douleur lombaire chronique neuropathique par les médecins généralistes en ambulatoire de Seine-et-Marne en 2020.

2. Revue de la bibliographie

La recherche documentaire a été réalisée sur internet au moyen des moteurs de recherches spécialistes dont le Catalogue SUDOC, NCBI Pubmed, Cochrane, et des moteurs de recherches généralistes dont Google Scholar. Les documents des organismes référents tels que la HAS ou la SFETD ont également été consultés.

Les termes de recherche employés étaient pour les principaux : "Chronic", "(Low) back pain", "Neuropathic", "Clinical practice", "Primary care" et les noms des molécules de traitement de référence. A ces équivalents traduits concernant la recherche documentaire dans les moteurs de recherche en français s'ajoutaient "Médecin Généraliste" et "Thèse".

Une veille documentaire a été configurée à la fin de la recherche documentaire (décembre 2019) sur NCBI Pubmed à partir de ces termes retenus.

3. Elaboration du questionnaire

Un modèle de questionnaire au format papier (cf II.5.2. et II.5.3.) est disponible en annexe 2.

3.1. Caractéristiques cabinet et patientèle

La première partie du questionnaire permettait d'apprécier les caractéristiques du cabinet et de la patientèle des médecins répondants en relevant :

Question 1 : le sexe, catégorisé en homme et femme.

Question 2 : l'année de naissance, pour la catégorisation en tranches d'âge.

Question 3 : le temps d'exercice, catégorisé en "0 à 5 ans", "5 à 10 ans" et "plus de 10 ans".

Question 4 : le type d'exercice, catégorisé en urbain, semi-rural, et rural.

Question 5 : la participation ou non à des Formations Médicales Continues (FMC) ou à d'autres formations régulières.

Question 6 : la formation ou non sur le thème de la douleur ces dix dernières années.

Question 7 : de façon facultative, **l'estimation en pourcentage de la part de patientèle souffrant de douleur lombaire chronique neuropathique**, catégorisée en "0 à <2%", "2 à <5%", et "5 à <10%".

Les questions 1 et 2 étaient comparées aux données démographiques du département de Seine-et-Marne. Les données démographiques concernant le nombre d'omnipraticiens et leur répartition par tranche d'âge en Seine-et-Marne étaient obtenues à partir du site Cartosanté de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Le nombre d'hommes et de femmes par tranche d'âge a été calculé à partir des taux de féminisation fournis (24). La question 2 reprenait les mêmes tranches d'âge définies par Cartosanté.

La définition de la douleur lombaire chronique étudiée est rappelée entre les questions 6 et 7, soit avant la première mention de cette entité dans le questionnaire.

3.2. Evaluation de la douleur lombaire chronique neuropathique

Question 8 : “Dans une douleur lombaire chronique, vous évoquez une douleur neuropathique en présence de (réponses multiples possibles)”

Les items proposés dans un ordre aléatoire pour chaque répondant (voir plus loin II.5. Recueil de données) étaient les suivants :

- Allodynie
- Brûlures
- Caractère désagréable
- Décharges électriques
- Démangeaisons
- Diminution de la sensibilité à la piqûre ou au tact
- Douleurs de fins de nuit/réveil
- Engourdissements
- Faiblesse musculaire
- Forte intensité de la douleur
- Fourmillements
- Insensibilité aux antalgiques usuels
- Permanence de la douleur
- Picotements
- Relation avec un effort physique
- Sensation de froid douloureux

Question 9 : “Quand vous évoquez un caractère neuropathique, utilisez-vous les échelles suivantes ?”

La question suivante concernait les échelles utilisées pour l'appréciation du caractère neuropathique. Les échelles proposées sont l'Échelle Numérique (EN), le DN4, le McGill Pain questionnaire, le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) et le Neuropathic Pain Scale.

Le choix de réponse était sous forme d'échelle de Likert graduée en cinq degrés : toujours, souvent, parfois, rarement, et jamais.

Question 10 : “Combien de temps dans la consultation estimez-vous prendre en moyenne pour évaluer une douleur lombaire neuropathique (en minutes) :”

La réponse était libre et attendue sous forme d'un nombre entier.

3.3. Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique

3.3.1. Traitement médicamenteux

Question 11 : “Vous référez-vous aux paliers de la classification de l'OMS (1997) pour le traitement de la partie neuropathique ?”

La réponse se présentait sous forme de oui/non.

Question 12 : “Avez-vous déjà entendu parler de la classification de Beaulieu et Lussier (IASP, 2010) et/ou des recommandations de la SFETD (2010) ?”

Pour chacune des deux propositions, la réponse se présentait sous forme de oui/non.

Question 13 : “Quels traitements médicamenteux utilisez-vous concernant le caractère neuropathique ? (Plusieurs réponses possibles)”

La liste de réponse présentait à la fois des traitements non spécifiques de la douleur neuropathique et des traitements spécifiques.

Des noms commerciaux ont été proposés pour chaque molécule : soit le seul représentant disponible en France, soit quelques noms commerciaux communément utilisés arbitrairement sélectionnés. Les items de la liste ont été proposés dans un ordre aléatoire pour chaque répondant (voir II.5.), les traitements non spécifiques et spécifiques étant mélangés ensemble.

Traitements non spécifiques :

- Paracétamol (Doliprane, Efferalgan...)
- Anti-inflammatoires (Advil, Ibuprofène... ; dont Aspirine)
- Corticoïdes (Cortancyl, Solupred...)
- Myorelaxants (Lumirelax, Miorel...)
- Caféine en association (Lamaline)
- Nefopam (Acupan)
- Tramadol (Contramal, Topalgic, Zamudol...)
- Codéine en association (Claradol codéiné, Codoliprane, Klipal codéiné...)
- Morphine (Actiskenan, Skenan...)
- Lidocaïne (Versatis)

Traitements spécifiques :

- Gabapentine (Neurontin)
- Prégabaline (Lyrica)
- Amitriptyline (Laroxyl)
- Clomipramine (Anafranil)
- Duloxétine (Cymbalta)
- Venlafaxine (Effexor)

Il a été laissé la possibilité d'ajouter une réponse par texte libre.

3.3.2. Traitement spécifique (antidépresseur, antiépileptique)

Question 14 : “A quel moment initiez-vous un traitement spécifique de la douleur neuropathique (antidépresseur, antiépileptique) ?”

Les quatre propositions étaient :

- D'emblée
- Dans les 3 premiers mois après échec d'un traitement initial autre (paracétamol, AINS...)
- Jamais avant 3 mois
- Je n'initie pas de traitement spécifique

Question 15 : “Selon vous, comment devrait être initié le traitement spécifique ?”

Les quatre propositions étaient :

- A doses faibles avec une augmentation des posologies par paliers de semaines
- A doses faibles avec une augmentation des posologies par paliers de jours
- A doses fortes d'emblée
- Je ne sais pas

Question 16 : “Si un traitement spécifique est introduit mais insuffisamment efficace, quelle est votre attitude ?”

Les quatre propositions étaient :

- Changer de molécule de la même classe thérapeutique
- Changer de classe thérapeutique
- Passer à une bithérapie
- Je ne fais pas de changement

Question 17 : “Si la douleur est contrôlée, quelle durée de traitement envisagez-vous avant une réduction des posologies ?”

Les quatre propositions étaient :

- Moins d'un mois
- Entre un à moins de trois mois
- Entre trois à moins de six mois
- Plus de six mois

Question 18 : “Lesquelles de ces propositions sont des freins à votre utilisation des traitements spécifiques ?”

Les propositions de freins étaient les suivantes :

- “Les molécules disponibles en ville sont insuffisantes”
- “Les effets iatrogéniques prévalent sur l'antalgie apportée”
- “Ils ont une mauvaise image auprès des patients”
- “Le manque d'efficacité immédiat rend difficile l'adhésion du patient”
- “La nécessité d'un traitement au long cours rend difficile l'adhésion du patient”

Pour chacune des propositions, le choix de réponse était sous forme d'échelle de Likert graduée en cinq degrés d'adhésion : "tout à fait d'accord", "d'accord", "ni en désaccord ni d'accord", "pas d'accord", et "pas du tout d'accord".

Cette échelle permettait de calculer un score pondéré par proposition de frein, en attribuant à ces cinq degrés d'adhésion respectivement de +2, +1, 0, -1, et -2 points. Le score pondéré était calculé par la somme de ces points attribués par les médecins répondants, divisée au nombre de réponses.

3.3.3. Prise en charge complémentaire

Question 19 : "Quels traitements non médicamenteux utilisez-vous les plus fréquemment devant une douleur lombaire chronique neuropathique ? (Plusieurs réponses possibles)"

Les traitements non médicamenteux proposés étaient les suivants, dans cet ordre :

- Kinésithérapie
- Ostéopathie
- Chiropraxie
- Psychologue
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Hypnose
- Sophrologie
- Acupuncture
- Cure Thermale
- Neurostimulation transcutanée / TENS
- Programmes multidisciplinaires
- Activité physique adaptée (natation, gymnastique douce, stretching, ...)
- Gymnastique méditative (Qi-Gong, Taï-Chi, Yoga, ...)
- Contention (corset, ceinture lombaire)

Question 20 : "Quand envisagez-vous un avis spécialisé ?"

Les propositions étaient :

- De façon systématique
- En cas d'échec d'une première ligne de traitement à doses efficaces
- En cas d'échec d'une deuxième ligne de traitement à doses efficaces
- Jamais

Question 21 : "A quel spécialiste avez-vous le plus souvent recours ?"

Les propositions étaient :

- Médecin de la douleur / Centre spécialisé dans la douleur
- Rhumatologue
- Neurologue
- ou une réponse par texte libre.

3.4. Formation dans la douleur lombaire chronique neuropathique

Question 22 : “Quelle est la source principale de vos connaissances dans ce domaine ?”

Les propositions étaient :

- Expérience personnelle
- Formation initiale (externat/internat)
- Formation continue (FMC, séminaires...)
- Formation DESC, Capacité, FST
- Formation DU/DIU
- Autoformation (Revue, recommandations, e-learning...)
- Laboratoires / Industries pharmaceutiques

Question 23 : “Etes-vous en accord avec ces propositions ?”

Les propositions au sujet de l'état des connaissances et la formation étaient les suivantes :

- “Vous estimez avoir les connaissances suffisantes dans ce domaine”
- “Vous vous sentez en difficulté dans la prise en charge de ces douleurs”
- “Vous ressentez un besoin de formation dans ce domaine”

Pour chacune des propositions, le choix de réponse était sous forme d'échelle de Likert graduée en cinq degrés d'adhésion : “tout à fait d'accord”, “d'accord”, “ni en désaccord ni d'accord”, “pas d'accord”, et “pas du tout d'accord”.

Cette échelle permettait de calculer un score pondéré par proposition de frein, en attribuant à ces cinq degrés d'adhésion respectivement de +2, +1, 0, -1, et -2 points. Le score pondéré était calculé par la somme de ces points attribués par les médecins répondants, divisée au nombre de réponses.

Résultats de l'étude

Les médecins répondants pouvaient de façon facultative recevoir les résultats de cette thèse par mail. Il leur suffisait de renseigner leur mail sur une liste indépendante du questionnaire initial pour préserver l'anonymat des réponses. Un rappel vers ce lien externe leur permettait également de se désinscrire à tout moment de cette liste.

4. Recrutement

Le questionnaire était destiné à tous les médecins généralistes exerçant dans le département de Seine-et-Marne. Les internes de médecine générale étaient exclus pour permettre une meilleure comparabilité avec la population étudiée dans les thèses connexes. De même, étaient exclus les médecins retraités et les médecins avec un mode d'exercice particulier (angiologue, médecine d'urgence, homéopathie exclusive, etc).

Les médecins généralistes du département de Seine-et-Marne ont été recrutés au moyen du site internet des pages jaunes. Leur randomisation a été effectuée via le site internet random.org. Les médecins ont été contactés dans l'ordre de cette liste randomisée jusqu'à l'obtention de 100 médecins selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

5. Recueil de données

5.1. Algorithme de contact

Les médecins tirés au sort ont été contactés par téléphone. Pour faciliter les réponses des médecins, le premier contact a été effectué préférentiellement les mardi et jeudi, entre 10h et 12h et entre 15h et 17h, en évitant les veilles et les lendemains de jours fériés, ainsi que les dates avoisinantes le déconfinement du 11/05/2020 de l'épidémie du SARS-CoV-2. En cas d'indisponibilité lors de ce premier contact, les contacts ultérieurs étaient adaptés en fonction de leurs horaires d'ouverture ou des instructions du secrétariat.

Le questionnaire était disponible au format numérique et au format papier, en fonction du choix du médecin contacté. Si un médecin n'était pas joignable après deux appels téléphoniques, un questionnaire au format papier était envoyé.

Quel qu'était le mode de contact, il leur a été précisé le temps de 10 minutes environ pour remplir le questionnaire. Ce temps a été préalablement estimé par un panel de test constitué de médecins et de non médecins.

5.2. Format numérique

Le questionnaire au format numérique a été construit à l'aide de l'outil Google Form. Un lien a été envoyé par mail pour les médecins disposant d'un mail et souhaitant utiliser ce format numérique. Cet outil numérique était mis en avant dans la diffusion du questionnaire car il permettait en outre de contraindre les cadres précis de réponse (une ou plusieurs réponses, obligation de réponse), de générer des listes aléatoires différentes pour chaque médecin répondant (questions 8 et 13), et d'avoir des réponses en textes libres lisibles. Un mail de relance a été envoyé après au moins quatre semaines à compter du premier contact.

5.3. Format papier

Un questionnaire au format papier a été reproduit en suivant le format numérique sur deux feuilles A4 recto-verso (Annexe 2). Les questions 8 et 13 concernant les traitements comportaient un ordre de proposition aléatoire. Cet aspect aléatoire a été conservé par l'édition de 20 modèles différents de questionnaires papiers, en utilisant la génération aléatoire du format informatique. Les questionnaires au format papier ont été envoyés avec une enveloppe pré-affranchie pour le retour des réponses.

Les réponses récupérées ont été ensuite retranscrites sur le questionnaire en ligne. L'ensemble des réponses a été exporté sous le format de tableur Google Sheet.

6. Analyse des données

Les tests statistiques ont été effectués au moyen du site internet de tests statistiques en ligne "BiostaTGV.sentiweb.fr".

Les données ont été comparées à l'aide du test statistique Chi², au seuil de significativité pour $p < 0,05$, correspondant à la probabilité que la différence constatée entre deux échantillons ne soit pas due au hasard. Une correction de Yates a été appliquée au test statistique de Chi² lorsqu'il n'y avait que deux modalités pour les variables X et Y.

Dans les cas où certains effectifs attendus étaient inférieurs à 5 au test de Chi², un test de Fisher a été réalisé à la place.

7. Ethique

Le traitement des données de cette thèse est conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

8. Critère de Jugement Principal

Le critère de jugement principal a été défini en suivant les principales règles de prescription de la SFETD de 2010 sur les douleurs neuropathiques (11) par un score à 5 items d'un point chacun (maximum 5). Il se définit ainsi :

1/ Question 13 : Le choix d'au moins une molécule parmi la Gabapentine OU la Prégabaline OU l'Amitriptyline OU la Clomipramine OU la Duloxétine OU la Venlafaxine

ET

2/ Question 14 : Le choix d'un traitement spécifique d'emblée

ET

3/ Question 15 : Initié à doses faibles par paliers de semaines OU de jours

ET

4/ Question 16 : Une bithérapie en cas d'efficacité partielle OU un changement de classe thérapeutique

ET

5/ Question 17 : D'une durée d'au moins 6 mois avant réduction des doses

III. RÉSULTATS

1. Nombre de réponses

Le recensement des médecins du département de Seine-et-Marne a été effectué en Mars 2020 et comprenait 1021 coordonnées. 127 coordonnées ont dû être exploitées pour recruter 100 médecins correspondant aux critères de sélection. Les 27 coordonnées non valides étaient composées de :

- 14 activités autres (angiologue, échographe, homéopathe, endocrinologue, activité d'urgences exclusives),
- 3 médecins retraités avec cessation d'activité,
- 7 coordonnées invalides ou transfert d'activité dans un autre département,
- 3 doublons avec des coordonnées déjà tirées au sort.

En raison de l'épidémie de SARS-CoV-2, le contact des médecins a dû être reporté au mois de Mai 2020, soit 2 mois après le recensement des médecins. Les médecins ont été contactés dans la période du 07/05/2020 au 09/06/2020. Le recueil de données a été effectué entre le 07/05/2020 et le 02/09/2020, correspondant à la date de réception du dernier courrier de réponse par voie postale.

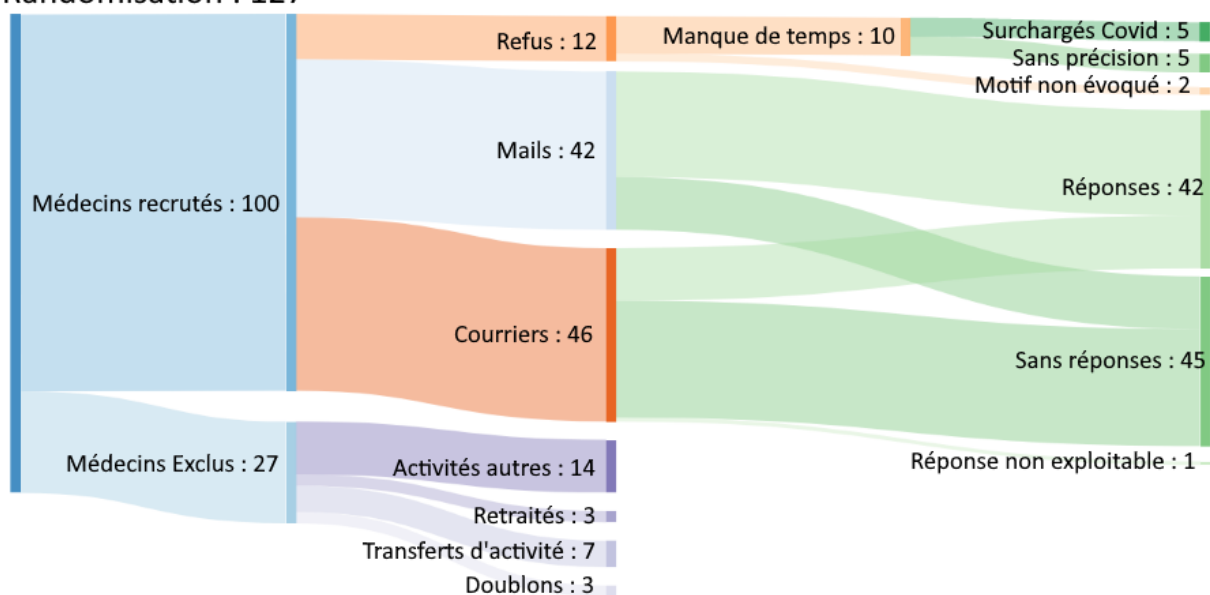
Sur les 100 médecins contactés :

- 12 ont exprimé leur refus dont 10 au motif d'un manque de temps avec parmi eux 5 explicitement en raison d'une activité accrue liée à l'épidémie du SARS-CoV-2.
- 42 questionnaires par mail ont été envoyés, avec **28 réponses**.
- 46 questionnaires par courriers ont été envoyés, avec 15 réponses, dont 1 invalide (réponses manquantes), soit **14 réponses** exploitables.

Le taux de participation totale est donc de 43%, avec **42% de réponses** exploitables.

Figure 3 - Diagramme de flux (effectif).

Randomisation : 127



2. Démographie

Question 1 :

Tableau 2 - Répartition par tranche d'âge des omnipraticiens en Seine-et-Marne au 31/12/19 et des médecins répondants (effectif et pourcentage).

Catégorie	Répartition par tranche d'âge			
	Seine-et-Marne		Médecins répondants	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 40 ans	124	14.4	8	19
40 à 49 ans	142	16.5	3	7
50 à 54 ans	93	10.8	4	10
55 à 59 ans	194	22.6	5	12
60 ans et plus	306	35.6	22	52
Total	859	100	42	100

Les nombres de praticiens par tranche d'âge en Seine-et-Marne étaient obtenus à partir des données fournies par "CartoSanté" de l'ARS. Les dernières données disponibles étaient en date du 31/12/2019 (24).

La population de l'échantillon était représentative en ce qui concerne la répartition en tranche d'âge ($p=0,0918$).

Question 1 et 2 :

Tableau 3 - Répartition par sexe des omnipraticiens en Seine-et-Marne au 31/12/19 et des médecins répondants (effectif et pourcentage).

Catégorie	Répartition par sexe et par tranche d'âge					
	Seine-et-Marne		Médecins répondants			
	Homme n (%)	Femme n (%)	Homme n (%)	p	Femme n (%)	p
Moins de 40 ans	36 (6.9)	88 (25.8)	6 (21.4)	0,01	2 (14.3)	0,53
40 à 49 ans	63 (12.2)	79 (23.2)	1 (3.6)	0,23	2 (14.3)	0,74
50 à 54 ans	57 (11)	36 (10.6)	0 (0)	0,10	4 (28.6)	0,06
55 à 59 ans	117 (22.6)	77 (22.6)	3 (10.7)	0,21	2 (14.3)	0,74
60 ans et plus	245 (47.3)	61 (17.9)	18 (64.3)	0,12	4 (28.6)	0,54
Total	518 (100)	341 (100)	28 (100)	-	14 (100)	-

Les nombres de praticiens par sexe et par tranche d'âge en Seine-et-Marne étaient calculés à partir des données fournies par "CartoSanté" de l'ARS. Les dernières données disponibles étaient en date du 31/12/2019 (24).

La population de l'échantillon était représentative en ce qui concerne le sexe ratio ($p=0,51$), et en ce qui concerne la population féminine par tranche d'âge ($p=0,20$).

Il existait cependant une différence significative dans la répartition de la population masculine par tranche d'âge ($p=0,005$), où l'on observe une surreprésentation des hommes de moins de 40 ans ($p=0,01$).

3. Caractéristiques cabinet et patientèle

Questions 3 à 7 :

Tableau 4 - Médecins répondants selon le temps d'exercice, le type d'exercice, la participation à une formation*, et les intervalles de pourcentages de la patientèle souffrant d'une Douleur Lombaire Chronique (DLC) neuropathique (effectif et pourcentage).

Caractéristique	Nombre	%
Temps d'exercice		
< 5 ans	2	5
5 à 10 ans	7	17
> 10 ans	33	79
Type d'exercice		
Urbain	28	67
Semi-Rural	12	29
Rural	2	5
Formation		
FMC	35	83
Formation sur la douleur (Moins de 10 ans)	22	52
% Patientèle		
0 à 2%	6	14
2 à 5%	14	33
5 à 10%	14	33
> 10%	7	17
Pas de réponse	1	2

* Participation à une Formation Médicale Continue (FMC) et/ou participation à une formation sur le thème de la douleur au cours des dix dernières années.

4. Evaluation de la douleur lombaire chronique neuropathique

Question 8 :

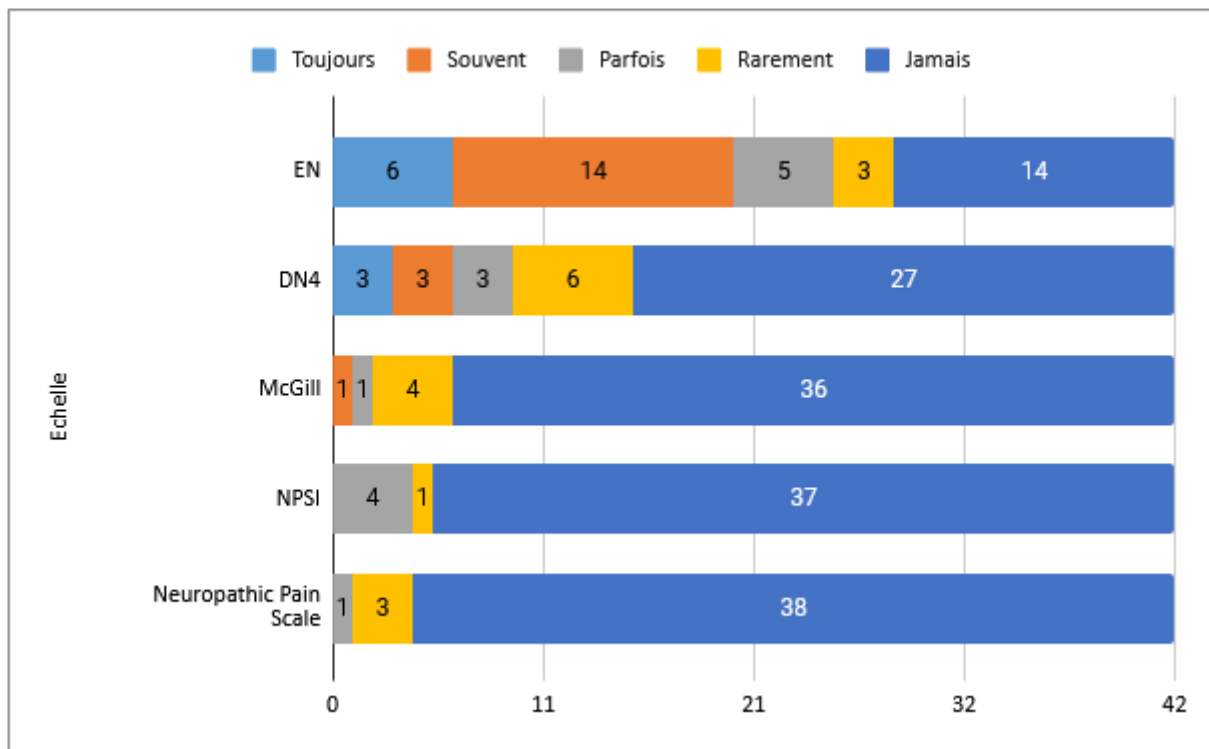
Tableau 5 - Caractéristiques de la douleur évoquant une douleur neuropathique pour les médecins répondants (effectif et pourcentage).

Item	Nombre	%
DN4		
Fourmillements	33	79
Brûlures	32	76
Décharges électriques	32	76
Engourdissements	30	71
Picotements	23	55
Dim. sensibilité à la piqûre ou au tact	19	45
Sensation de froid douloureux	17	40
Allodynie	12	29
Démangeaisons	8	19
Hors DN4		
Insensibilité aux antalgiques usuels	29	69
Caractère désagréable	17	40
Permanence de la douleur	17	40
Déficit moteur	14	33
Faiblesse musculaire	12	29
Forte intensité de la douleur	11	26
Douleur de fin de nuit/réveil	6	14
Relation avec un effort physique	4	10

Classés selon l'appartenance ou non aux critères de l'échelle de douleur neuropathique DN4, et par ordre de fréquence de réponse. La nuance de gris illustre la fréquence des items.

Question 9 :

Figure 4 - Représentation visuelle des fréquences d'utilisation des échelles de douleur par les médecins répondants dans l'évaluation de la Douleur Lombaire Chronique (DLC) neuropathique (effectif).



EN = Echelle Numérique, McGill = Échelle de douleur de McGill, NPSI = Neuropathic Pain Symptom Inventory

Question 10 :

Tableau 6 - Paramètres statistiques des temps d'évaluation (minutes)

Temps d'évaluation	Minutes
Minimale	3
Maximale	30
Moyenne	13
Médiane	12

Les trois résultats les plus fréquents regroupaient 80% des réponses : 10 minutes (15 réponses, 35,7%), 15 minutes (13 réponses, 30,9%), et 20 minutes (6 réponses, 14,3%).

5. Traitement de la douleur lombaire chronique neuropathique

Question 11 :

17 des médecins interrogés (40%) avaient recours aux paliers de l'OMS dans le traitement de la douleur neuropathique.

Question 12 :

4 des médecins interrogés (10%) avaient connaissance de la classification IASP (2010).

11 des médecins interrogés (24%) avaient connaissance des recommandations SFETD (2010) concernant les douleurs neuropathiques.

Parmi eux, 2 médecins interrogés (5%) avaient connaissance de ces deux éléments à la fois.

5.1. Critère de jugement principal

Question 13 :

Tableau 7 - Molécules utilisées par les médecins répondants dans le traitement de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage).

Médicaments	Nombre	%
Traitements spécifiques		
Prégabaline	42	100
Gabapentine	34	81
Amitriptyline	27	64
Duloxétine	21	50
Anafranil	5	12
Venlafaxine	5	12
Traitements non spécifiques		
Tramadol	20	48
Codéine	16	38
Lidocaïne	14	33
Caféine	13	31
Paracétamol	12	29
Corticoïdes	10	24
Nefopam	9	21
Morphine	9	21
AINS	7	17
Myorelaxants	4	10

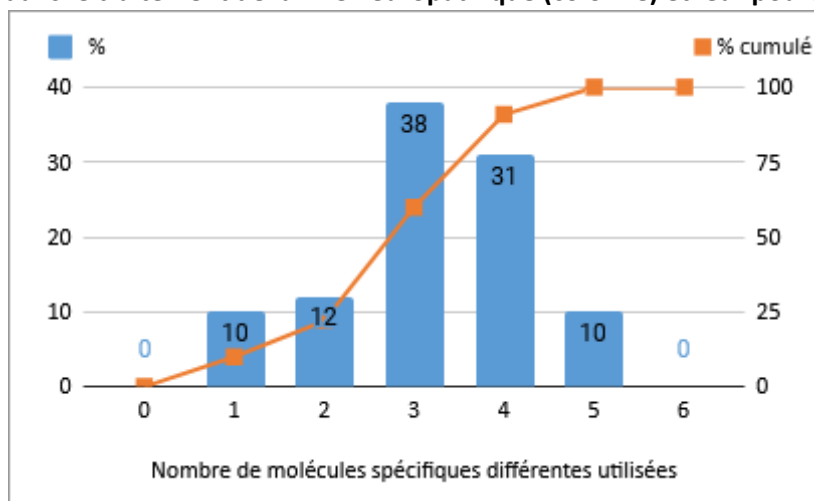
Classées selon l'appartenance ou non aux traitements spécifiques des douleurs neuropathiques, et par ordre de fréquence de réponse. La nuance de gris illustre la fréquence des items.

En ce qui concerne les réponses libres :

- Un médecin répondant a indiqué prescrire de la mésothérapie.
- Un autre a indiqué recourir au Seroplex® (escitalopram) et des benzodiazépines en courte durée.
- Un dernier utilisait également des anti-épileptiques en donnant comme exemple le Rivotril® (clonazépam).

L'annexe 3 "Tableau de recueil de données (4^e page)" donne le détail de la prescription ou non-prescription de chaque molécule pour chaque médecin répondant. Ils étaient ainsi 78,6% à intégrer au moins un anti-épileptique et un antidépresseur dans leurs choix de traitements

Figure 5 - Pourcentage des médecins en fonction du nombre de molécules spécifiques prescrites dans le traitement de la DLC neuropathique (colonne) et leur pourcentage cumulé (courbe).



Question 14 :

Tableau 8 - Délai avant l'introduction d'un traitement spécifique pour la DLC neuropathique (effectif et pourcentage). Le second sous-item du critère de jugement principal est surligné en gris.

Délai avant traitement	Nombre	%
D'emblée	4	10
Dans les 3 premiers mois	30	71
Jamais avant 3 mois	8	19
Pas d'initiation	0	0
Total	42	100

Question 15 :

Tableau 9 - Mode d'introduction des traitements pour la DLC neuropathique (effectif et pourcentage). Le troisième sous-item du critère de jugement principal est surligné en gris.

Mode d'introduction	Nombre	%
Faibles doses par paliers en semaines	25	60
Faibles doses par paliers en jours	16	38
Fortes doses d'emblée	0	0
Je ne sais pas	1	2
Total	42	100

Les propositions "faibles doses par paliers en semaines" et "faibles doses par paliers en jours" correspondaient toutes deux au troisième sous-item du critère de jugement principal. Ces deux propositions totalisaient 41 des réponses (98%).

Question 16 :

Tableau 10 - Attitude en cas de traitement insuffisamment efficace de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage). Le quatrième sous-item du critère de jugement principal est surligné en gris.

En cas d'efficacité insuffisante	Nombre	%
Changer pour une même classe thérapeutique	5	12
Changer pour une classe thérapeutique différente	20	48
Passer à une bithérapie	16	38
Pas de changement	1	2
Total	42	100

Question 17 :

Tableau 11 - Durée de traitement après l'obtention du contrôle de la DLC neuropathique (effectif et pourcentage). Le dernier sous-item du critère de jugement principal est surligné en gris.

Durée	Nombre	%
Moins d'un mois	2	5
Un à trois mois	14	33
Trois à six mois	16	38
Plus de six mois	10	24
Total	42	100

Critère de jugement principal :

Tableau 12 - Médecins répondants en fonction des scores* du critère de jugement principal (effectif et pourcentage).

Score Final	Nombre	%
0	0	0
1	0	0
2	5	11.9
3	27	64.3
4	8	19
5	2	4.8
Total	42	100

* Fréquences des scores illustrées par l'intensité du gris.

Le critère de jugement principal a été défini par un score à 5 points, chaque point correspondant à une réponse à une question en accord avec les règles de prescription de la SFETD (questions 13 à 17).

5.2. Freins à l'utilisation des traitements spécifiques

Question 18 :

Figure 6 - Représentation visuelle des degrés d'adhésion aux différentes propositions de freins à l'utilisation des traitements spécifiques dans la DLC neuropathique.

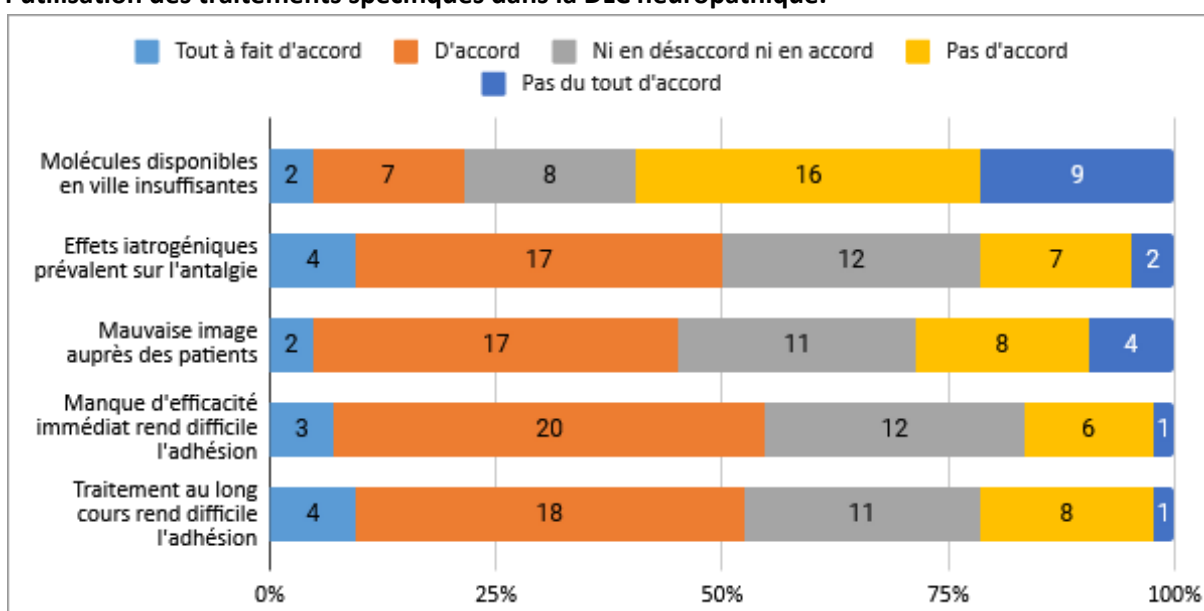
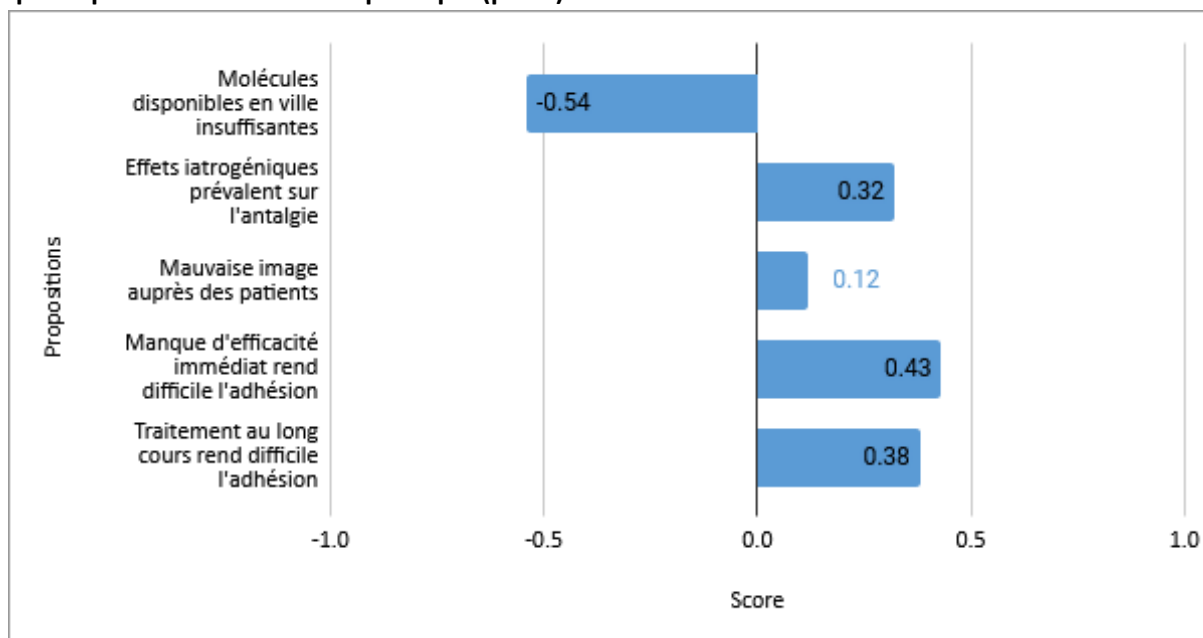


Figure 7 - Scores pondérés des différentes propositions de freins à l'utilisation des traitements spécifiques dans la DLC neuropathique (point).

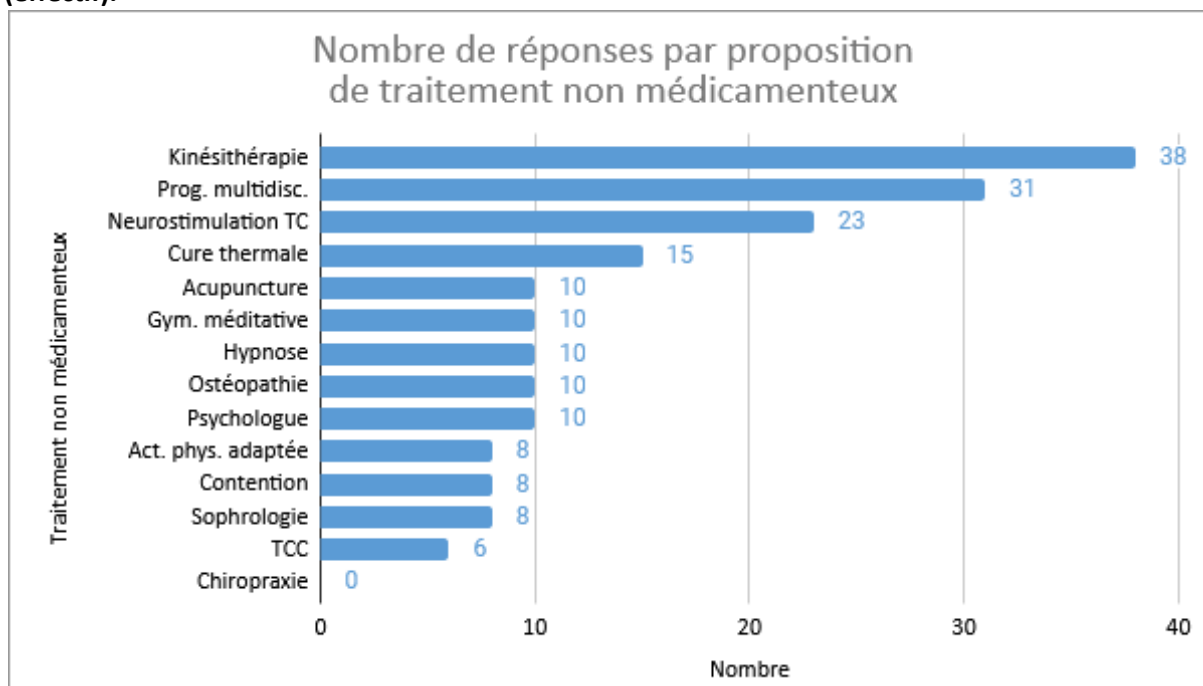


Pour rappel, un score allant de -2 à 2 points a été attribué à chaque degré d'adhésion : "Tout à fait d'accord" +2, "D'accord" +1, "Ni en accord ni en désaccord" +0, "Pas d'accord" -1, "Pas du tout d'accord" -2". Le score pondéré a été calculé en utilisant la moyenne de ces scores.

5.3. Prise en charge complémentaire

Question 19 :

Figure 8 - Traitements non médicamenteux les plus souvent utilisés par les médecins répondants (effectif).



Prog. multidiscipl. = Programmes multidisciplinaires, Neurostimulation TC = Neurostimulation transcutanée / TENS, Gym. méditative = Gymnastique méditative (Qi-Gong, Tai-Chi, Yoga...), Act. phys. adaptée = Activité physique adaptée (natation, gymnastique douce, stretching...), TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale.

Question 20 :

Tableau 13 - Étape de la prise en charge où un avis spécialisé est demandé par les médecins répondants (effectif et pourcentage).

Avis spécialisé	Nombre	%
De façon systématique	2	5
Echec d'une première ligne de traitement	13	31
Echec d'une deuxième ligne de traitement	26	62
Jamais	1	2
Total	42	100

La question 20 ne permettait pas de réponse libre mais un médecin ayant répondu au format papier y a tout de même inscrit une remarque. Il précisait ne pas avoir été en situation d'échec en raison d'un faible nombre de patients avec une douleur lombaire chronique neuropathique, et a donc choisi la proposition "Jamais".

Question 21 :

Tableau 14 - Spécialiste le plus souvent contacté en cas d'échec de traitement par les médecins répondants (effectif et pourcentage).

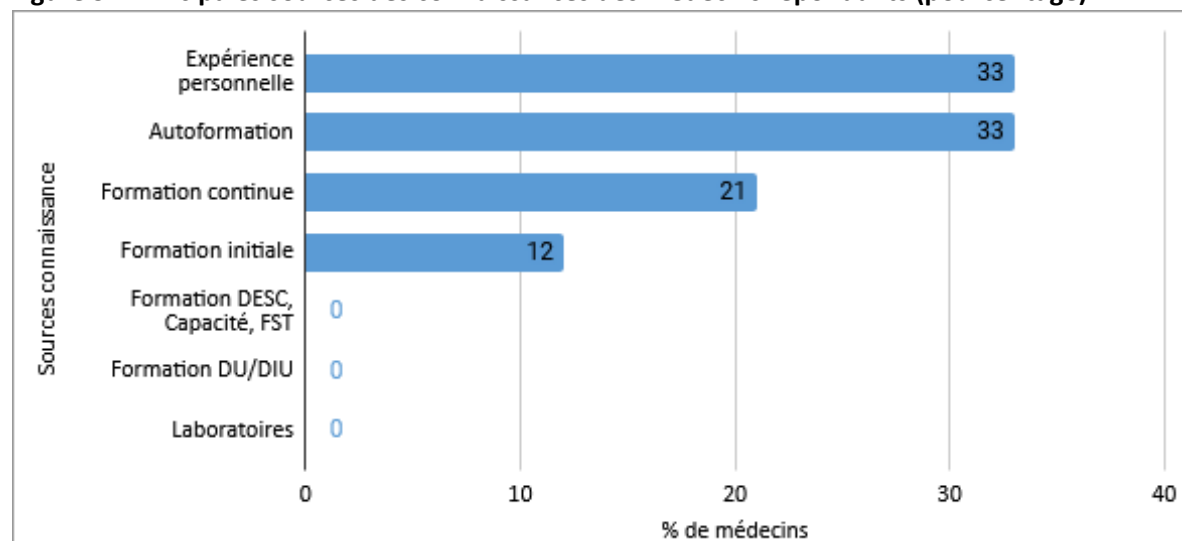
Avis spécialiste	Nombre	%
Médecin de la douleur	25	59
Rhumatologue	12	29
Neurologue	4	10
Autre	1	2
Total	42	100

- Dans la catégorie "Autre" : "Neurochirurgien, et radiologue pour infiltration radioguidée"
- En réponse libre ("médecin de la douleur" coché, précision dans "Autre") : un médecin disait contacter préférentiellement un médecin de la douleur mais que ces praticiens étaient "extrêmement rares dans le secteur".

6. Formation dans la douleur lombaire chronique neuropathique

Question 22 :

Figure 9 - Principales sources des connaissances des médecins répondants (pourcentage).



Question 23 :

Figure 10 - Représentation visuelle des degrés d'adhésion aux différentes propositions sur le ressenti des médecins répondants vis-à-vis du traitement de la DLC neuropathique (effectif).

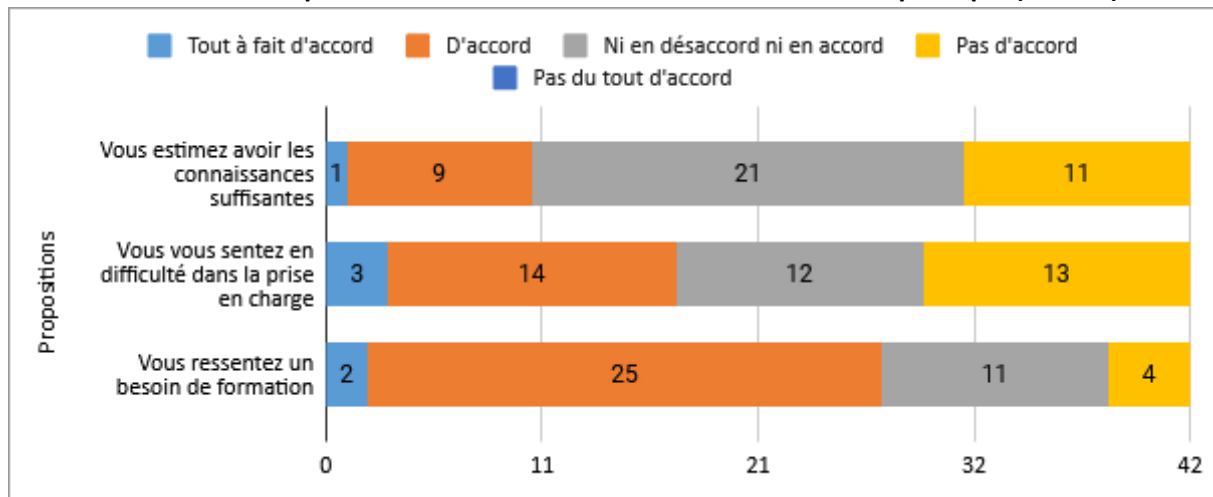
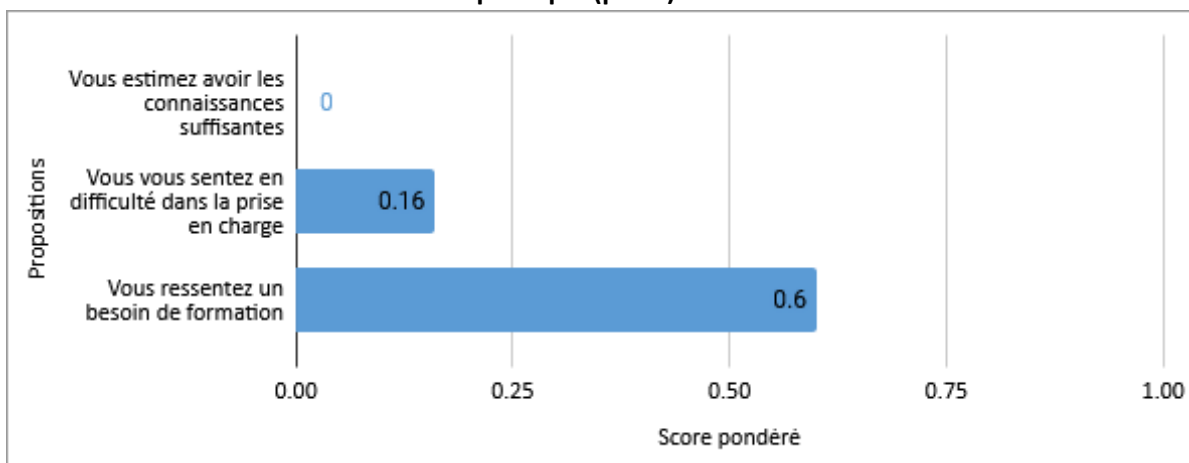


Figure 11 - Scores pondérés des différentes propositions sur le ressenti des médecins répondants vis-à-vis du traitement de la DLC neuropathique (point).



Pour rappel, un score allant de -2 à 2 points a été attribué à chaque degré d'adhésion : "Tout à fait d'accord" +2, "D'accord" +1, "Ni en accord ni en désaccord" +0, "Pas d'accord" -1, "Pas du tout d'accord" -2". Le score pondéré a été calculé en utilisant la moyenne de ces scores.

IV. DISCUSSION

1. Principaux résultats

La population de l'étude était représentative et était caractérisée par une majorité de médecins installés depuis plus de dix ans, en activité urbaine, et participant à des formations médicales continues. Malgré ce taux de formation important, uniquement une minorité de médecins connaissait la classification de l'IASP 2010 et de la SFETD 2010.

Les médecins généralistes de Seine-et-Marne ne prescrivaient pas les traitements médicamenteux spécifiques de la douleur lombaire chronique neuropathique selon les règles de prescription de la SFETD de 2010 retenues dans cette étude, avec seulement 2 (4,8%) médecins répondants ayant un score de 5/5 sur le critère de jugement principal. Les effectifs restaient faibles même en considérant un score ≥ 4 pour ces mêmes critères, avec 8 (19%) médecins répondants. La majorité des médecins, soit 64,3% des effectifs, a obtenu un score à 3 (Tableau 12).

Les deux items du critère de jugement principal ayant les scores les plus bas étaient d'abord le délai de prescription des traitements spécifiques avec seulement 4 (10%) médecins répondants qui les prescrivaient d'emblée, mais aussi la durée de traitement avec 10 (24%) des médecins répondants qui les prescrivaient pour une durée de plus de 6 mois.

La faiblesse de ces items semblent rendre compte des freins à l'utilisation de ces traitements par les médecins généralistes : les deux propositions de frein avec les scores pondérés les plus élevés étaient "Le manque d'efficacité immédiat rend difficile l'adhésion du patient" (0,43 point) et "La nécessité d'un traitement au long cours rend difficile l'adhésion du patient" (0,38 point) (Figure 7).

2. Représentativité

2.1. Echantillonnage

La population recherchée était les médecins généralistes de Seine-et-Marne. Pour les atteindre, une des méthodes aurait été d'inclure le plus grand nombre des médecins du département au moyen des listes de diffusion d'organismes départementaux de médecins.

Cette approche aurait en théorie permis de diminuer les fluctuations d'échantillonnages en constituant des plus grands échantillons de la population. Cependant, en ce qui concerne le type d'étude en question, elle expose à un taux de réponse plus faible et donc à d'autres biais de sélection. Il est en effet observé dans des thèses connexes de médecine générale avec cette méthodologie un taux de réponse de 5,6% (soit 80 médecins recrutés) dans la thèse de 2019 du Dr WALCH concernant les lombalgies chroniques en Alsace (25) et dans la thèse de 2017 du Dr TERRAS un taux de réponse de 3,8% (soit 90 médecins recrutés) concernant les douleurs neuropathiques en Midi-Pyrénées (21).

En contactant différents organismes - le Conseil de l'Ordre du 77, l'Agence Régionale de Santé (ARS) du 77, l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux d'Ile-de-France, et le Syndicat MG France (Fédération Française des Médecins Généralistes) - aucun ne pouvait diffuser de questionnaires en raison du choix de leurs adhérents, car les médecins d'Ile-de-France sont déjà sur-sollicités, notamment par mails. Ceci confirme le risque d'un faible taux de réponse et de biais en rapport.

Le choix s'était ainsi porté sur un recrutement direct des médecins généralistes, sans recours à des listes de diffusion pré-établies. Cette méthode considérée comme moins impersonnelle que la précédente permet un meilleur taux de réponse, garant d'une meilleure représentativité. Le taux de réponse de 42% retrouvé dans notre étude (Figure 3) s'est révélé effectivement supérieur aux thèses mentionnées ci-dessus utilisant des listes de diffusion. Ce taux s'approchait de celui de la thèse de 2010 du Dr LIARTE sur le thème des douleurs neuropathiques en Midi-Pyrénées où il était de 36% pour 300 médecins, ayant également recruté ses médecins directement via un annuaire (26).

D'autres éléments qui ont possiblement contribué à ce taux de réponse peuvent être soulignés :

- Outre l'essai d'un premier contact direct auprès du médecin généraliste ou de son secrétariat, un effort a été porté pour cibler les plages horaires les plus propices à une réponse du médecin répondant (voir II.5.1.).
- Le recueil était disponible à la fois au format numérique et au format papier, pour convenir à un maximum de médecins. Le format papier disposait déjà d'une enveloppe de retour pré-remplie et pré-affranchie.
- Le questionnaire privilégiait les questions fermées pour faciliter les réponses, tout en restant le plus pertinent et exhaustif possible en s'appuyant sur des thèses qualitatives et quantitatives connexes antérieures (21-23,25,27-29).
- Le questionnaire a été testé par un panel d'une dizaine de médecins généralistes et de spécialistes mais également par des personnes non médecins, pour tester la compréhensibilité globale du questionnaire ainsi que la durée prévisible pour le remplir. Cette durée de 10 minutes ainsi déterminée a été précisée lors du premier contact avec les médecins interrogés pour éviter les abandons au cours de l'enquête.

Une sélection d'un effectif plus faible que celle visée par les listes de diffusion était néanmoins nécessaire, inhérente au temps à investir requis par cette méthode. Elle s'est effectuée dans notre étude au moyen de l'annuaire des pages jaunes. Le nombre de médecins à inclure a été défini arbitrairement à 100 médecins, sur les 859 omnipraticiens référencés par l'ARS au 31/12/2019 (24).

Notre recensement de l'annuaire des pages jaunes avait fait état de 1021 coordonnées, soit plus que le nombre d'omnipraticiens référencés par l'ARS. Cette différence explique le tirage de 27 coordonnées supplémentaires, soit 127 médecins contactés pour l'obtention des 100 médecins visés à inclure. Parmi ces coordonnées supplémentaires, la moitié correspondait bien à des omnipraticiens

mais avec une activité autre. Il existait cependant dans l'autre moitié une dizaine dont les coordonnées n'étaient plus à jour (cessations ou transferts d'activité sans succession, ou coordonnées invalides).

Interrogés à ce sujet, un agent des pages jaunes a expliqué exploiter différentes sources que sont "l'annuaire santé AMELI, le fichier RPPS, et pour les établissements de santé [...] le fichier FINESS". Concernant les médecins généralistes du département du 77, ils comptaient 47 avec un mode d'exercice particulier. Ils priorisent toutefois dans leurs règles de gestion l'activité principale sans indiquer leur spécialisation, ce qui explique le recensement de ces derniers dans la liste des omnipraticiens.

L'agent a ajouté également que "en raison du contexte sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19, l'exploitation prévue de l'annuaire santé AMELI a été décalée pour le mois de septembre, la mise à jour initiale devant être effectuée avant la période de confinement". Bien que l'annuaire des pages jaunes était suffisamment actualisé, une alternative aurait été de travailler avec l'annuaire santé AMELI. Ce dernier a aussi pour avantage de faire la distinction des activités particulières des médecins généralistes, mais il est moins adapté à une recherche par département.

En somme, ces éléments ne semblent pas se répercuter de façon significative sur l'échantillon obtenu puisque la population étudiée était représentative en distribution par classe d'âge, et en distribution par sexe (Tableaux 2 et 3). La légère surreprésentation des hommes jeunes, malgré une répartition homogène de la population sur l'ensemble des critères, ne peut être attribuée à un annuaire insuffisamment à jour car l'effet observé aurait été à l'inverse une surreprésentation des médecins plus âgés.

2.2. Démographie

Les questions concernant le temps d'exercice, le type d'exercice et la formation permettaient d'avoir une appréciation globale des médecins répondants.

Les propositions du temps d'exercice ont été établies en fonction de la date de la classification de l'IASP 2010 et des recommandations de la SFETD 2010, toutes deux établies dix ans avant cette étude. Définies par tranche de 5 ans, ces propositions permettaient de distinguer trois profils de médecins :

- De 0 à 5 ans : médecins récemment sortis d'un cursus universitaire.
- De 5 à 10 ans : médecins dont la fin de cursus était proche de la classification de l'IASP 2010 et des recommandations de la SFETD 2010.
- Plus de 10 ans : médecins plus expérimentés, avec des formations complémentaires, ayant débuté leur exercice avant l'arrivée des référentiels de 2010.

Les médecins répondants dans l'étude étaient pour une nette majorité (79%) expérimentés avec plus de 10 ans d'exercice (Tableau 4). Malgré une proportion équivalente pratiquant une FMC (83%), et une moitié (52%) ayant eu au moins une formation sur le thème de la douleur au cours de

ces dix dernières années, seulement 10% des médecins répondants avaient connaissance de la classification de l'IASP 2010, et 24% des recommandations de la SFETD 2010.

Le type d'exercice des médecins interrogés se composait de deux tiers d'activité en milieu urbain et d'un tiers en activité semi-rurale ou rurale (respectivement 29% et 5%). Cette catégorisation était évidemment approximative et se voulait être simplement indicative du ressenti du médecin. Elle ne correspondait pas à une définition socioéconomique. En effet, les parts urbaines ou rurales selon le lieu d'habitation ou le lieu de travail de la patientèle ou encore le lieu d'installation du médecin, ne sauraient être rigoureusement exprimées à travers une question simple.

Cette catégorisation reflétait toutefois une patientèle majoritairement urbaine (67%) et minoritairement rurale (5%), avec une activité semi-rurale tenant compte des nuances entre ces deux pôles. Elle allait dans le sens des données démographiques de Seine-et-Marne de l'INSEE de 2016 qui indiquaient que la part des habitants vivant dans les communes urbaines était de 83% contre 17% en communes rurales (30). Si les lieux d'habitation sont majoritairement en zone urbaine, la superficie des communes rurales qui représentent 69% de la superficie du département pourrait expliquer la part de médecins à déclarer une activité semi-rurale plutôt qu'urbaine.

3. Critère de Jugement Principal

La prise en charge de la douleur lombaire chronique neuropathique est assurément vaste et complexe, même en se restreignant au traitement. Nous avons choisi de cibler le sujet sur les traitements spécifiques car ils constituent un marqueur mesurable et concret de la prise en charge en pratique clinique. De plus, ils sont appuyés par des recommandations récentes aussi bien sur le plan de la lombalgie (HAS 2019) que sur le plan de la douleur neuropathique (SFETD 2020).

Pour apprécier comment ces traitements spécifiques sont utilisés, un critère de jugement principal reposant sur les règles minimales de prescription a été constitué : quelles molécules prescrire, à quelles posologies, quand et pour combien de temps. Le dernier sous-critère qui complète ce critère de jugement principal concerne le traitement de deuxième ligne en raison des effets iatrogéniques souvent soulevés lors du recours aux traitements spécifiques dans des thèses antérieures (22,23).

Ces critères ont été présentés dans le questionnaire dans un ordre suivant la logique de la pensée clinique : quel traitement prescrire, à quel moment, et selon quelles modalités, et enfin quand changer ou arrêter ce traitement.

3.1. Critère 1 : Molécules (question 13)

Cette question proposait une liste des traitements médicamenteux utilisés par les médecins généralistes dans le traitement de la douleur. Elle mélangeait les traitements de l'OMS selon l'ancienne classification (15), les traitements spécifiques per os apportés par la nouvelle classification et les nouvelles recommandations (5,11,16), ainsi que quelques autres antalgiques employés en dehors de ces recommandations que ce soit dans le cadre des douleurs lombaires chroniques (27) ou des pathologies neuropathiques (29).

3.1.1. Traitements spécifiques

Le choix des molécules était un point fort pour les médecins répondants car tous déclaraient recourir en pratique à au moins un traitement spécifique (Figure 5). Ce score particulièrement bon est explicable par le fait que la question était peu spécifique. En effet, elle ne tient pas compte des nuances dans le choix des molécules, telles que les fréquences de prescription ou de leur ordre d'utilisation pour chaque médecin. Un médecin qui prescrit essentiellement des traitements non spécifiques dans cette indication ne se distinguera pas d'un médecin qui utilise exclusivement des traitements spécifiques.

Par ailleurs, le choix d'une question fermée pourrait représenter un biais en favorisant la reconnaissance des traitements spécifiques. Cependant dans la thèse qualitative du Dr COTREL, en 2017 sur les douleurs neuropathiques, les médecins interrogés avaient une bonne connaissance des molécules spécifiques. Cette affirmation est appuyée par la présence de la prégabaline, la gabapentine, la duloxétine et l'amitriptyline dans les traitements spécifiques les plus prescrits à la fois dans la thèse du Dr COTREL (22), dans la thèse du Dr TERRAS (21), ainsi que dans notre étude, toutes les trois construites différemment.

Pour ne pas inciter les médecins à répondre par des traitements spécifiques par défaut de choix, la liste des propositions incluait les médicaments non spécifiques. Ces médicaments sont entre autres ceux mentionnés dans les recommandations de Mars 2019 de la HAS sur la lombalgie commune, qu'ils en soient indiqués ou non indiqués (5).

Il est aussi intéressant de noter dans notre étude que les quatre molécules spécifiques les plus utilisées (Tableau 7) se retrouvaient plus fréquemment (50 à 100%) dans l'arsenal thérapeutique des médecins répondants que les molécules non spécifiques (31 à 48% pour les quatre premières). Autre point marquant, 79% des médecins répondants prescrivaient au moins trois molécules spécifiques différentes dans l'indication étudiée.

Ces éléments montrent que les médecins sont suffisamment à l'aise avec l'indication des traitements spécifiques. Il convient toutefois de souligner l'utilisation plus importante de la prégabaline (100%) par rapport à la gabapentine (81%), contrairement aux nouvelles recommandations.

3.1.2. Traitements non spécifiques

Même si la question était explicitement portée sur le caractère neuropathique, certains médicaments non spécifiques avaient parfois leur place dans le traitement des douleurs neuropathiques, comme les opioïdes faibles en seconde intention. Pour simplifier le traitement de cette question, le choix d'un traitement non spécifique ne constituait donc pas un élément négatif dans l'évaluation du critère de jugement principal.

Cependant, les réponses par les traitements non spécifiques étaient moins représentées que les traitements spécifiques (Tableau 7). On retrouvait en tête de liste les opioïdes faibles, que sont le tramadol (48%) et la codéine (38%). La morphine qui est un opioïde fort se retrouvait moins souvent prescrit (21%) que les opioïdes faibles. Il convient toutefois de rappeler les risques de mésusages liés aux opioïdes, en particulier avec les vigilances de prescription strictes de la morphine qui se trouve reléguée en dernière intention après échec des autres possibilités (17).

Le taux de réponse relativement élevé concernant les corticoïdes (24%) pouvait interpeller, d'autant que les risques de complications sous corticothérapie chronique existent. La corticothérapie chronique est d'ailleurs un des "drapeaux rouges" devant une lombalgie. La corticothérapie per os en cure courte trouve son intérêt dans certaines lombalgies d'étiologie et d'expression inflammatoire, mais n'est pas adaptée dans le traitement au long cours de la lombalgie chronique avec ou sans caractère neuropathique.

Ce taux de réponse pouvait aussi s'expliquer par une confusion de cette réponse avec les infiltrations de corticoïdes. Si la réponse suggérait un traitement per os, avec le Cortancyl® et le Solupred® donnés en exemple, et que la quasi intégralité des réponses étaient des traitements per os, l'intitulé n'excluait pas explicitement les infiltrations. Toutefois, les revues systématiques récentes ne relèvent que de quelques preuves modestes et d'un bénéfice à court terme (<3 mois) concernant les infiltrations de corticoïdes (8).

3.2. Critères 2 et 3 : Délai de prescription et durée (questions 14 et 17)

Compte-tenu du caractère chronique de la pathologie, la notion de temps a été traduite à travers deux questions : à partir de quand un traitement spécifique est initié et pour combien de temps.

3.2.1. Question 14 : Initiation du traitement

Face à une douleur neuropathique chronique, les traitements spécifiques sont indiqués d'emblée, les traitements antalgiques classiques n'ayant pas d'effet (11). La HAS ne propose les traitements spécifiques qu'en seconde intention en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique, mais à partir d'une situation initiale de lombalgie commune (5). On peut convenir

que dans une situation de douleur chronique établie, thème abordé ici, les traitements spécifiques sont employables d'emblée.

Le délai d'initiation était le sous-critère le moins bon dans l'évaluation du critère de jugement principal (Tableau 8), avec uniquement 10% des médecins répondants qui prescrivaient d'emblée les traitements spécifiques. En revanche, la majorité, 71% des médecins répondants, ne tardaient pas à les introduire, soit au cours des trois premiers mois.

Ce retard au traitement ne pouvait pas s'expliquer par une méconnaissance des traitements spécifiques car, comme évoqué précédemment, l'arsenal thérapeutique des médecins en ce domaine était suffisamment fourni. De plus, les médecins semblaient distinguer correctement les traitements spécifiques des traitements non spécifiques si on considère leurs fréquences de prescription.

Ce délai à l'introduction d'un traitement spécifique pourrait en revanche s'expliquer par les difficultés à reconnaître la composante neuropathique avec des doutes dans le diagnostic, ou par une appréhension des effets secondaires liés aux traitements. Ces éléments sont discutés ci-dessous respectivement dans la partie Discussion, aux sections "4. Composante neuropathique" et "6.2.3. Niveau d'adhésion, antalgie et iatrogénie".

3.2.2. Question 17 : Durée de traitement

Le traitement efficace d'une douleur neuropathique doit être poursuivi au moins six mois avant une réduction progressive des doses (accord professionnel) (11). La durée du traitement était le deuxième moins bon sous-critère du critère de jugement principal (Tableau 11) avec uniquement 24% de médecins qui maintenaient le traitement pendant plus de six mois. La grande majorité des autres médecins prescrivaient pour une durée d'entre un à trois mois (33%) ou pour une durée de trois à six mois (38%).

Cette répartition est comparable aux médecins interrogés dans la thèse du Dr TERRAS. Elle observait une diminution significative de la part des médecins prescrivant pour une durée de plus de six mois entre 2007 et 2017. Selon elle, cette diminution reflète "une appréhension persistante des médecins généralistes à prescrire pour une longue durée des traitements qui souffrent encore de leur image péjorative" (21). La répartition similaire entre nos deux populations suggérerait alors des appréhensions toujours persistantes.

Pourtant, la durée du traitement est un élément important en raison de la plasticité maladaptive impliquée dans la douleur neuropathique, contrairement à la douleur nociceptive où le traitement reste à visée symptomatique. En effet, des campagnes de sensibilisation ont été menées pour écourter la durée de certains traitements antalgiques dans une volonté de lutte contre les risques iatrogéniques, comme dans la recommandation de "la dose la plus faible, le moins longtemps possible" au sujet du paracétamol (31). Cette approche n'est toutefois pas applicable dans les traitements de la douleur neuropathique, et une information à cet égard doit être faite aux médecins généralistes.

3.3. Critère 4 : Posologie (question 15)

L'expression de la posologie en dose faible/forte par paliers plutôt qu'en posologie chiffrée était plus pertinente pour traiter cette question. En effet, les traitements spécifiques ont pour particularité de relever des traitements devant être introduits progressivement, et non à une dose forte d'emblée. Il aurait été en outre difficile et peu informatif de proposer les posologies chiffrées de chaque molécule en une seule question.

La SFETD de 2010 recommande une initiation "à doses faibles puis augmentation des posologies par paliers selon la tolérance et l'efficacité" sans toutefois préciser la durée des paliers. La recherche documentaire n'a pas mis en évidence de consensus ou de définition claire au sujet des paliers. En pratique clinique, on peut cependant estimer les paliers à une augmentation par paliers de jours ou par semaine. C'est de cette façon que certains protocoles ont été établis, comme dans un essai clinique en 2016 évaluant l'efficacité de la duloxétine dans la douleur lombaire chronique avec une composante neuropathique. Il y était proposé une augmentation de la dose de 30 à 60 mg la première semaine, et de 60 à 120 mg la deuxième semaine (32).

La thèse du Dr TERRAS comprenait également une question sur cette durée des paliers, définies en "1 semaine", "2 semaines", et "1 mois", avec respectivement 70%, 26,7% et 3,3% de réponses. Elle observait une évolution significative sur des paliers courts par rapport à la même étude dix ans auparavant (21). L'élaboration de nos propositions de réponses a tenu compte de cette évolution en proposant des réponses par paliers plus courts "en semaines", "en jours", ou "à fortes doses d'emblée". Les paliers en semaines et en jours étaient tous deux acceptés mais ils permettaient d'apprécier si le raccourcissement de la durée des paliers se poursuivait.

L'augmentation des posologies était ainsi le deuxième point fort (Tableau 9) avec 98% de bonnes réponses, en continuité avec les bons résultats de la thèse du Dr TERRAS en 2017 et du Dr LIARTE en 2007. La tendance au recours à des paliers plus courts se confirmait avec 38% de réponses par paliers en jours et 60% par paliers en semaines. Si les médecins semblent de plus en plus confortables dans une prescription par paliers courts, ils respectent tout de même la notion de paliers sans considérer la prescription à dose forte d'emblée (0%).

3.4. Critère 5 : Traitement de deuxième ligne (question 16)

L'attitude face à cette situation est importante car il existe d'une part des médecins généralistes fréquemment confrontés à une situation d'échec thérapeutique et avec des délais de recours à des prises en charge complémentaires par exemple d'un à deux mois pour l'accès à un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) (22), et qu'il existe d'autre part des recommandations de la SFETD qui proposent une conduite à tenir en cas d'échec d'un traitement de première ligne (11) applicable à une prise en charge en médecine générale.

Les recommandations établies après accord professionnel distinguent deux situations d'échec d'un traitement de première intention : l'une avec une efficacité partielle du traitement, et

l'autre en cas d'échec complet ou d'effets secondaires importants. Dans la première situation, l'attitude à adopter est alors de changer de classe thérapeutique ou de passer à une bithérapie. Dans la seconde, il est recommandé de changer de classe thérapeutique directement (22,23). Ces deux propositions étaient valides dans l'énoncé "d'efficacité insuffisante" exposée dans notre étude. Elles totalisaient 36 réponses, soit 86% des effectifs.

L'attitude majoritaire (Tableau 10) était donc adaptée aux recommandations et témoigne d'une aisance qu'ont les médecins à manier les différentes classes thérapeutiques que ce soit en association ou en rotation. Les médecins n'attendent pas un avis spécialisé avant l'introduction d'un traitement de deuxième ligne.

3.5. Douleur Lombaire Chronique Neuropathique

La douleur lombaire chronique neuropathique restait ainsi une entité mal connue et mal traitée, avec uniquement 2 médecins (4,8%) ayant un score à 5/5, ou 8 médecins (19%) même en considérant un score ≥ 4 (Tableau 12).

On distinguait les connaissances des règles de prescription remarquablement maîtrisées qu'étaient le choix des molécules (100%), la prescription par paliers (98%) et la conduite à tenir en cas d'inefficacité (86%). Elles contrastaient avec deux règles insuffisamment appliquées : la durée de traitement (24%), et le délai d'introduction de traitement (10%).

3.5.1. Prévalence estimée

La question portant sur l'estimation de la patientèle affectée par une lombalgie chronique neuropathique a été posée pour estimer à quel degré la patientèle du médecin répondant était concernée par cette pathologie. Elle permettait aussi d'apprécier indirectement la sensibilité du médecin répondant à cette pathologie.

Cette question a été rendue facultative du fait de la difficulté de l'estimation dans la pratique clinique. Pour cette même raison, les réponses étaient suggérées en intervalle plutôt qu'en réponse libre, construite autour de l'estimation de la prévalence de pathologie à 5% selon les guides de pratiques cliniques (8).

On peut affirmer que la majorité des médecins est consciente de l'existence de la douleur lombaire chronique neuropathique puisqu'un tiers estimait la prévalence dans leur patientèle entre 2 à 5% et un autre tiers entre 5 à 10% (Tableau 4), soit correspondant à la prévalence estimée autour de 5%. En outre, 17% des médecins estimaient même cette prévalence à plus de 10%.

4. Composante neuropathique

La composante neuropathique de la douleur était en elle-même mal reconnue si on s'intéresse à la capacité des médecins à reconnaître spontanément les éléments sémiologiques des douleurs neuropathiques (Tableau 5). Pourtant dans cette étude, ils étaient peu nombreux à recourir à des échelles spécifiques (Figure 4). Elles n'étaient jamais utilisées dans 64 à 90% des cas. Les effectifs étaient faibles (<14%) lorsqu'il s'agissait d'une utilisation à une fréquence de "toujours" ou "souvent".

Cela pourrait s'expliquer par la contrainte du temps de consultation qui ne permet pas d'employer des questionnaires longs tels que le questionnaire de McGill Pain. Cependant, certaines échelles sont recommandées et restent applicables en pratique clinique. Le DN4, qui comporte une partie "interrogatoire" et une partie "examen physique", est simple et rapide d'utilisation tout en ayant une sensibilité et une spécificité excellentes (11). Une autre raison serait la préférence des médecins généralistes au dialogue avec le malade. Certains éprouvaient des difficultés à décrire avec les patients leurs douleurs, ce qui contribuerait à une moindre fiabilité de ces échelles (22). Sans mesurer l'impact de ces différentes raisons évoquées, notre étude confirmait toutefois ces réticences à l'utilisation des échelles.

La question 8 reprenait les éléments sémiologiques évoquant une douleur neuropathique présents dans les items du DN4. Pour rendre moins évidente la reconnaissance de ces items, des éléments sémiologiques orientant vers des diagnostics différentiels ont été ajoutés comme par exemple : "faiblesse musculaire" ou "déficit moteur" (étiologie neurologique), "relation avec un effort physique" (douleur mécanique) ou encore "douleur de fin de nuit/réveil" (douleur inflammatoire).

La thèse du Dr TERRAS, qui comportait une question similaire, a permis d'intégrer l'item "caractère désagréable" suggéré dans les propositions libres des médecins répondants (21). Cet élément ne fait pas partie du DN4 mais est une des caractéristiques de la douleur neuropathique (33). La caractéristique "insensibilité aux antalgiques usuels" est utilisée à des degrés divers par les médecins pour le diagnostic de la douleur neuropathique (21,23).

Les médecins interrogés par le Dr SURREL dans sa thèse étaient 90,7% à s'estimer (en auto-évaluation) savoir diagnostiquer une douleur neurogène et ils s'appuyaient sur les caractéristiques des douleurs dans trois quarts des cas (23). Cette affirmation contraste avec le fait que dans notre étude et dans celle du Dr TERRAS seulement la moitié des items du DN4 étaient reconnus avec plus de 50% de réponses (21). Sur un versant positif, les items orientant vers des diagnostics différentiels étaient moins mentionnés (10 à 33%) que la plupart des items du DN4, en dehors de l'allodynie (29%) et de la démangeaison (19%).

En somme, la difficulté à diagnostiquer toutes les douleurs neuropathiques pourrait s'expliquer par un retard à l'introduction d'un traitement spécifique. Se fier à l'inefficacité des traitements antalgiques usuels (69%) pourrait être pour ces médecins un moyen pour conforter leur diagnostic avant cette introduction.

5. Composante douleur lombaire chronique

5.1. Approche non médicamenteuse

Comme énoncé en introduction (voir I.3.3.2.), les traitements médicamenteux employés dans la douleur lombaire commune avec ou sans chronicité n'ont pas leur place ici. A l'inverse, les traitements non médicamenteux des douleurs neuropathiques sont, pour certains, proches de ceux recommandés dans la lombalgie chronique (5,8,11).

Bien qu'il existe quelques recommandations françaises sur les approches complémentaires concernant les douleurs lombaires ou les douleurs neuropathiques, il n'y a pas de recommandations spécifiques pour les douleurs neuropathiques dans la douleur lombaire (5,11). Quant à la revue de littérature de l'European Journal of Pain sur les douleurs lombaires chroniques neuropathiques, elle ne présente que succinctement les traitements non médicamenteux qui occupent pourtant une place fondamentale dans la prise en charge. Elle inclut avant tout des approches multimodales physiques et psychologiques, sans se positionner formellement sur l'utilisation de la NeuroStimulation Électrique Transcutanée (TENS) (8).

Compte tenu de cette situation, la question 19 à propos des traitements complémentaires se voulait avant tout être exploratoire de la pratique courante et comparative par rapport à ceux utilisés dans les lombaires chroniques non neuropathiques.

5.2. Enumération des traitements complémentaires

La HAS propose dans la prise en charge non médicamenteuse des lombalgies en première intention un traitement essentiellement physique : la reprise des activités quotidiennes, des activités physiques adaptées et des séances de kinésithérapie. Elle propose en deuxième intention l'éducation à la neurophysiologie, les autres techniques manuelles (manipulations, mobilisations), les interventions psychologiques et en troisième intention les programmes de réadaptation pluridisciplinaire. Ces outils thérapeutiques sont souvent préconisés dans une approche multimodale (5).

Les thèses de médecine générale (25,27,28,34) précisent l'utilisation en pratique clinique de certaines techniques manuelles telles que l'ostéopathie et la chiropraxie, des approches complémentaires sans cadre légal telles que l'hypnose ou la sophrologie, et des techniques apparentées médicales comme l'acupuncture. Ces approches sont considérées comme "envisageables sous conditions/non recommandées" par la HAS, mais restent des recours à différents degrés par les médecins généralistes. L'acupuncture n'est recommandée par la SFETD que dans le cadre de la douleur post-zostérienne.

La mésothérapie est exclue de cette question car elle recourt à l'injection de médicaments en faible quantité (35). L'homéopathie n'est pas étudiée ici de par sa définition équivoque

(médicaments mais à doses infinitésimales, selon la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) et par le fait qu'elle n'ait été que peu citée dans ces thèses. La thèse du Dr WALCH en 2019, montrait par exemple que malgré une proportion de 28,75% de médecins exerçant l'homéopathie en pratique complémentaire, elle n'était pas employée dans le traitement non médicamenteux pour leurs patients souffrant de lombalgies chroniques (25).

Par soucis d'équilibre entre lisibilité et exhaustivité, les différents modes d'approche des activités physiques et de gymnastique méditative ont été regroupés dans leurs catégories respectives. Les médecins répondants avaient aussi la possibilité d'ajouter en texte libre d'autres éléments.

5.3. Positionnements différents

On pouvait distinguer dans notre étude trois niveaux de recours dans les traitements non médicamenteux (Figure 8). La prise en charge par kinésithérapie était le traitement non médicamenteux le plus fréquemment utilisé par la majorité des médecins (90%), suivie des programmes multidisciplinaires de la douleur (74%). A un niveau intermédiaire se situaient la TENS (55%) et la cure thermale (36%). Les autres options thérapeutiques étaient peu considérées (<25%).

La place prédominante et première de la kinésithérapie est retrouvée dans la thèse du Dr WALCH où y était étudiée la proportion d'utilisation des traitements non médicamenteux dans la lombalgie chronique en Alsace (25). Il met en avant le remboursement de ce type de soins par l'Assurance Maladie et par son accessibilité. Ces raisons peuvent également expliquer la place des soins par kinésithérapie dans la lombalgie chronique neuropathique où le traitement s'inscrit pareillement dans le temps.

La fréquence de recours aux programmes multidisciplinaires dans les traitements non médicamenteux fréquemment utilisés s'oppose au rang de traitement de troisième intention émis par la HAS dans les lombalgies chroniques non neuropathiques. Ceci peut tout aussi bien exprimer une complexité plus importante dans la prise en charge des lombalgies chroniques neuropathiques qu'exprimer la persistance de difficultés précédemment soulevées par certains médecins, notamment en impasse thérapeutique (22).

Ce recours fait également écho au rôle privilégié des médecins de la douleur et des centres spécialisés dans la douleur qui représentaient, pour 59% des médecins répondants, les spécialistes les plus fréquemment contactés (Tableau 14). La place de ces spécialistes s'inscrit dans la continuité si l'on considère la progression de leur recours par rapport à d'autres spécialistes dans la douleur neuropathique (21). Cette collaboration entre médecins généralistes et médecins de la douleur est toutefois à nuancer avec des difficultés de recours en raison des délais de prise en charge évoqués par certains médecins généralistes (22) ou en raison de leur rareté sur le territoire selon un médecin répondant de notre étude en réponse libre. Le département de Seine-et-Marne ne compte qu'un centre de réadaptation à Coubert, et de deux centres d'évaluation et de traitement de la douleur, se situant à Meaux et à Nemours (36).

La TENS, qui trouve sa place dans certaines indications (11), a un rôle incertain dans le traitement des douleurs lombaires chroniques neuropathiques (8). Bien que non invasive et sûre, ce doute se reflète sur la proportion de 55% des médecins ayant souvent recours à cette technique, comparable à la proportion d'utilisation dans la lombalgie chronique non neuropathique de la thèse du Dr WALCH (25). De plus, les modalités de prescription et de prise en charge restent relativement restreintes (37).

Il est aussi intéressant de noter qu'ici les autres traitements physiques étaient nettement moins utilisés, à l'opposé de la place qu'occupaient ces traitements dans la thèse du Dr WALCH où la natation et l'ostéopathie se retrouvaient sur le podium à un degré proche des soins par kinésithérapie. En revanche, il est observé dans nos deux thèses un faible recours (<24%) aux "médecines alternatives" que sont par exemple la chiropraxie, l'hypnothérapie ou le qi-gong.

De façon plus surprenante, les accompagnements par les psychologues et les thérapies cognitivo-comportementales sont peu sollicités malgré les contributions qu'ils apportent aussi bien dans la régulation de la douleur que dans le retentissement de ces douleurs (5,8,11). Les médecins généralistes reconnaissent pourtant une participation psychologique importante, avec un besoin d'écoute thérapeutique et de reconnaissance de leur douleur (22). Lors du recrutement pour notre étude et à l'évocation du sujet, un médecin contacté par téléphone a ainsi spontanément dépeint le tableau de "patients de 50 ans, [avec un] dos abîmé et une vie abîmée".

Il est possible que le médecin généraliste essaie d'endosser ce rôle de psychothérapeute. En effet, les médecins généralistes, interrogés par le Dr COTREL à propos de la prise en charge des douleurs neuropathiques, disaient être plus sollicités par les patients souffrant de douleurs neuropathiques. Les patients leur demandaient une plus grande disponibilité, avec des avis ou des consultations surajoutées aux consultations de suivi nécessaires aux traitements médicamenteux. Ces médecins se disaient ouverts à cette écoute thérapeutique et cette empathie, et accordaient à ces patients un temps de consultation plus long que pour d'autres motifs de consultation (22).

En outre, là où les recommandations de la SFETD de 2010 ne mentionnaient uniquement la possibilité dans certains cas d'un accompagnement par psychothérapie (par thérapie cognitivo-comportementale), les recommandations de la SFETD de 2020 insistent sur leur rôle essentiel dans la prise en charge. Ainsi, la psychothérapie figure maintenant dès la deuxième ligne de traitement, en association avec le traitement médicamenteux (17). Ce positionnement pourrait faciliter le recours à la psychothérapie par les médecins généralistes.

6. Persistance de freins

6.1. Ressenti global

En se rapportant au ressenti global, les médecins répondants étaient neutres vis-à-vis de leurs connaissances dans le domaine de la lombalgie chronique neuropathique, avec un score pondéré à 0 point (Figure 11). En pratique, la majorité des médecins (62%) ne demandaient un avis spécialisé qu'après échec d'une deuxième ligne de traitement (Tableau 13). Cette attitude est

conforme aux recommandations de la SFETD (11) et contraste avec la thèse du Dr TERRAS où la majorité des médecins (55,6%) demandait un avis spécialisé après échec d'une monothérapie (48,9%) ou de façon systématique (6,7%). Cette attitude, avec les points positifs soulevés précédemment dans la discussion, peut être un témoin d'une meilleure aisance dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Il n'en demeurait pas moins un léger sentiment de difficulté dans la prise en charge de la douleur lombaire chronique neuropathique avec un score pondéré à 0,16 (Figure 11) avec par contre cette fois-ci une plus grande hétérogénéité des résultats (Figure 10).

6.2. Difficultés soulevées

Les difficultés dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale ont été identifiées dans des thèses antérieures (22,23). Les propositions des freins de la question 18 ont été élaborées à partir de celles-ci. Les autres freins ont été indirectement traités à travers la question 10 relative au temps d'évaluation dans la consultation, les questions 13 à 17 concernant les règles de prescription, et les questions 5, 6, 12 et 23 abordant les connaissances et formations.

6.2.1. Temps de consultation

Selon la Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques (DREES) en 2006, le temps moyen de consultation entière était de 16 minutes, avec une durée à 18 minutes lorsqu'il y a des problèmes psychologiques ou psychiatriques (38). La durée moyenne de consultation passe à environ 18 minutes sur l'enquête de la DREES en 2012 (39).

L'évaluation de la douleur lombaire chronique neuropathique, interrogatoire et examen physique, prenait en moyenne 13 minutes, avec pour médiane 12 minutes (Tableau 6). Nous voyons ainsi que l'évaluation seule occupait une place importante dans la consultation alors que, comme souligné précédemment, des médecins indiquaient consacrer un temps important à l'écoute et à la prise en charge psychologique du patient (22).

En y ajoutant les autres éléments de la consultation, des tâches inhérentes de la consultation (installation du patient, formalités administratives) à l'éducation thérapeutique, on conçoit que le temps est un facteur limitant dans la prise en charge. Le médecin peut par exemple être amené à répartir certains éléments de la prise en charge sur plusieurs consultations : en définissant une première consultation pour l'évaluation et l'écoute, et une seconde consultation rapprochée pour étayer le diagnostic et initier le traitement spécifique avec les éléments de suivi et d'éducation thérapeutique. Cette limite de temps pourrait être un des facteurs expliquant alors le délai avant l'introduction des traitements spécifiques.

Ainsi ce temps moyen de 13 minutes recueilli dans notre étude pour l'évaluation de la douleur peut correspondre à un temps moyen imposé par les médecins eux-mêmes, et non pas au temps optimal d'évaluation dont ils auraient souhaité disposer.

6.2.2. Arsenal thérapeutique

Des médecins se plaignaient du manque de médicaments disponibles dans la douleur neuropathique. Un d'entre eux avait exprimé qu'en dehors de la prégabaline ou de la gabapentine, les outils thérapeutiques étaient limités (22). Cette notion n'était pas dominante dans notre étude avec un score pondéré à -0,54 point (Figure 7) pour la proposition "les molécules disponibles en ville sont insuffisantes", marquée par une majorité de médecins (59,5%) ayant répondu "pas d'accord" ou "pas du tout d'accord" (Figure 6).

Ceci s'exprimait également dans la pratique des médecins interrogés, par l'intégration pour 79% d'entre eux d'au moins trois molécules différentes (Figure 5). Ils étaient en proportion identique à disposer d'au moins un anti-épileptique et un antidépresseur dans leur répertoire thérapeutique (Annexe 3). La grande majorité des médecins disposait ainsi des outils adéquats pour les traitements de première et seconde ligne avant de devoir recourir à un avis spécialisé. L'arsenal thérapeutique n'était pas un facteur limitant dans la prise en charge de la douleur lombaire chronique neuropathique.

6.2.3. Niveau d'adhésion, antalgie et iatrogénie

Les médecins répondants exprimaient une adhésion forte aux propositions "le manque d'efficacité immédiat rend difficile l'adhésion", "la nécessité d'un traitement au long cours rend difficile l'adhésion", et "les effets iatrogéniques prévalent sur l'antalgie apportée". Ces propositions avaient respectivement un score pondéré à 0,43 point, 0,38 point, et 0,32 point (Figure 7), avec pour chacun d'entre eux au moins 50% de réponses "d'accord" et "tout à fait d'accord" cumulées (Figure 6).

De façon moins consensuelle, la mauvaise image qu'ont les traitements spécifiques auprès des patients restait un frein, avec un score pondéré à 0,12 point (Figure 7) et avec une répartition des réponses un peu plus hétérogène (Figure 6).

L'importance mise par les médecins sur les risques iatrogéniques et sur les défauts d'adhésion du patient peut expliquer en partie l'interruption précoce du traitement par les médecins répondants. Si les médecins adoptent correctement l'approche du "start low and go slow" pour limiter les risques iatrogéniques, la stratégie de "la dose la plus faible, le moins longtemps possible", compatibles avec les antalgiques classiques (31), est inadaptée dans le traitement des douleurs neuropathiques. Ces dernières requièrent la poursuite du traitement même après contrôle de la douleur.

Par ailleurs, la crainte des risques iatrogéniques et le défaut d'adhésion par manque d'efficacité immédiat peuvent amener les médecins à retarder l'introduction d'un traitement spécifique d'emblée. En effet le Nombre de Sujet à Traiter (NST) se situe à 4,3 (IC95%: 3,6-5,3) pour l'amitriptyline, 6,4 (IC95%: 5,2-8,4) pour les IRSNA, à 6,3 (IC95%: 5,0-8,3) pour la gabapentine, et à

8,8 (IC95%: 7,5-10,8) pour la prégabaline (40). Cependant, les substituer en premier lieu par des antalgiques classiques, qui n'ont pas ou peu d'effet sur les douleurs neuropathiques, expose les patients à une balance bénéfique/iatrogénie davantage défavorable.

Ainsi la gestion de ces difficultés doit passer par une meilleure maîtrise des thérapeutiques spécifiques. L'adhésion du patient nécessite un suivi et une éducation thérapeutique adaptés, et l'assurance de leurs médecins au regard des indications de traitement.

7. Intérêt d'une formation

7.1. Besoin réel et exprimé

Les médecins répondants participaient en forte proportion à une formation médicale continue (83%), et ont eu pour beaucoup d'entre-eux des formations abordant la thématique de la douleur (Tableau 4). Pour autant, ils n'étaient qu'une minorité à avoir entendu parler de la classification de l'IASP (10%) et des recommandations de la SFETD (24%) alors que ces documentations datent tous deux de 2010, soit de dix ans avant notre étude.

Que ce soit par méconnaissance ou réticence concernant les traitements spécifiques, le score faible sur le critère de jugement principal atteste d'un besoin en formation dans la douleur neuropathique. Il existait déjà pour cette formation une volonté forte exprimée dans les thèses antérieures (22,23). Cette volonté est réaffirmée ici où les médecins répondants étaient 64% à ressentir le besoin de formation dans la lombalgie chronique neuropathique (Figure 10).

Une limite soulevée par des médecins qui entraverait la diffusion de ces recommandations était le manque de temps avec une grande quantité de recommandations de différentes spécialités à traiter (22). Cependant ce travail de thèse a permis l'identification des points à aborder que sont :

- une identification insuffisante et incomplète de la douleur neuropathique,
- des règles de prescription partiellement maîtrisées,
- et une prise en charge complémentaire à optimiser, en particulier concernant l'aspect psychologique.

Cette identification permet la diffusion de messages plus courts d'autant qu'il y a parallèlement des acquis dont par exemple la connaissance des différentes molécules spécifiques.

En outre, comme mentionné au-dessus, les médecins étaient déjà nombreux à participer à des formations médicales continues. Y intégrer ces points de recommandations devrait être possible sans nécessairement augmenter les contraintes pour les médecins. Cette formation serait d'autant plus intéressante que de nouvelles recommandations sont apparues en 2020 dans la douleur neuropathique (17). Elle permettrait à la fois de traiter les lacunes par rapport aux anciennes recommandations et à la fois d'apporter les nouveaux points.

7.2. Modalités de diffusion

La liste des principales sources de formation en médecine générale a été complétée au fur et à mesure de la bibliographie et avec les suggestions des médecins qui ont testé ce questionnaire. Une thèse sur la formation médicale continue des médecins généralistes a été consultée pour s'assurer de l'exhaustivité de cette liste (41).

Les médecins généralistes nommaient pour sources principales de leurs connaissances dans la douleur (Figure 9) : l'expérience personnelle (33%), l'autoformation (33%), la formation continue (21%) et la formation initiale (12%). Ces sources étaient aussi celles mentionnées par les médecins interrogés dans la thèse du Dr COTREL à propos des difficultés de prise en charge de la douleur neuropathique. L'apprentissage par l'expérience personnelle et par l'autoformation passait par un "mimétisme" de la prise en charge des CETD auxquels les médecins adressent leur patient, par la lecture de revues médicales, et par leur pratique. Concernant la formation initiale, les médecins ne mentionnaient que les stages d'externat et d'internat par l'exposition à des cas cliniques, déplorant le manque d'enseignement spécifique dans le cursus universitaire.

Ce sont autant de sources accessibles pour les médecins généralistes à une diffusion large de l'information, à l'inverse des formations spécialisées telles que les Formations Spécialisées Transversales (FST) ou des sources d'informations privées telles que les laboratoires.

V. CONCLUSION

La douleur lombaire chronique neuropathique est une entité prévalente en médecine générale. Sa prise en charge médicamenteuse s'apparente en grande partie à celle des douleurs neuropathiques. Elle emprunte toutefois pour la partie non médicamenteuse quelques éléments de prise en charge des lombalgies chroniques.

Cette entité est mal connue et mal traitée par les médecins généralistes de Seine-et-Marne selon des critères construits à partir des recommandations de la SFETD. Malgré la progression des connaissances des médecins généralistes dans la douleur neuropathique au cours de ces dernières années, des lacunes dans leur prise en charge persistent. Il s'agit d'une identification incomplète de la douleur neuropathique, d'une prescription tardive et écourtée des traitements spécifiques, et d'une prise en charge complémentaire psychologique souvent délaissée. Ces éléments peuvent s'expliquer en partie par des freins précédemment identifiés qui persistent dans cette prise en charge.

Il existe à la fois un besoin et une volonté de formation des médecins généralistes dans le thème de la douleur lombaire chronique neuropathique. Elle se justifie par les lacunes identifiées, par les freins persistants à lever, et par l'arrivée des nouvelles recommandations. Dans la mesure où le médecin de la douleur reste l'intervenant recouru privilégié par les médecins généralistes malgré les difficultés d'accès parfois évoquées, il serait intéressant d'étudier les façons dont ces échanges peuvent être enrichis, tant dans la prise en charge des patients, que dans les formations théoriques.

Bibliographie

1. Bézy O. « La santé c'est la vie dans le silence des organes ». Rev Lacanienne. 2009;3(1):47-50.
2. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale: résultats issus de l'étude ECOGEN. 2017;53.
3. Sébastien-Ludovic M. Importance de la douleur en consultation de médecine générale. 23 oct 2014;79.
4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses [Internet]. 2016 juill [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
5. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune - Rapport d'élaboration. mars 2019;178.
6. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. sept 2020;161(9):1976-82.
7. Costigan M, Scholz J, Woolf CJ. Neuropathic Pain : A maladaptive Response of the Nervous System to Damage. Annu Rev Neurosci. 2009;32:1-32.
8. Baron R, Binder A, Attal N, Casale R, Dickenson AH, Treede R. Neuropathic low back pain in clinical practice. Eur J Pain Lond Engl. juill 2016;20(6):861-73.
9. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology. 29 avr 2008;70(18):1630-5.
10. Freynhagen R, Baron R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. Curr Pain Headache Rep. juin 2009;13(3):185-90.
11. SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. [Internet]. 4 févr 2010 [cité 13 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/main.pdf>
12. Masson E. Physiopathologie de la douleur neuropathique : revue des modèles expérimentaux et des mécanismes proposés [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/907330>
13. Smith BH, Hébert HL, Veluchamy A. Neuropathic pain in the community: prevalence, impact, and risk factors. PAIN. sept 2020;161:S127.
14. Bouhassira D, Attal N. Douleurs neuropathiques. Arnette; 2012. 156 p.
15. OMS, éditeur. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1987. 80 p.
16. Lussier D, Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic treatments (Pharmacology of pain. IASP press. 2010; 27 40) [Internet]. 2010 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: https://ebooks.iasp-pain.org/pharmacology_of_pain

17. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur Analgésie*. juin 2020;33(2):101-12.
18. INSERM. Douleur [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
19. WHO. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2019 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
20. SFETD. Nouvelle définition de la douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. 2020 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/>
21. TERRAS M. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques : quelle évolution chez les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, comparaison avec une enquête réalisée en 2007. [Thèse d'exercice] Toulouse; 2017.
22. COTREL R. Difficultés de prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Amiens; 2017 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01557193/document>
23. SURREL M. Étude sur la perception de la prise en charge de la douleur neuropathique par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Internet] [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2014. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/41d881ba-8c93-4b45-807e-32635c613d3d>
24. ARS. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.77&selgeo2=fra.99>
25. WALCH GL. État des lieux sur les thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les Médecins généralistes d'Alsace à leurs patients souffrant de lombalgie chronique [Internet] [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2019. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_WALCH_Gael.pdf
26. Liarte A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques: enquête de pratique réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2010.
27. CHARLOT S. Méthodes conventionnelles et non conventionnelles dans le traitement de la lombalgie chronique de l'adulte en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Toulouse; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/223/1/2013TOU31053.pdf>
28. SEVA M. Traitements non médicamenteux de la lombalgie commune chronique en médecine générale [Thèse d'exercice]. Nantes; 2015.
29. PONCIN-MATTIODA C. Prise en charge de la douleur neuropathique en médecine générale dans le Val d'Oise [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris VII; 2009. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3342_PONCIN-MATTIODA-Celine-THESE.pdf

30. Observatoire Départemental de Seine-et-Marne. Démographie et dynamiques de la population [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/etude_les-seine-et-marne_demographie_et_dynamique_de_population.pdf
31. ANSM. Paracétamol : l'ANSM lance une consultation publique pour sensibiliser les patients et les professionnels de santé au risque de toxicité pour le foie en cas de mésusage [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Paracetamol-l-ANSM-lance-une-consultation-publique-pour-sensibiliser-les-patients-et-les-professionnels-de-sante-au-risque-de-toxicite-pour-le-foie-en-cas-de-mesusage-Point-d-Information>
32. Schukro RP, Oehmke MJ, Geroldinger A, Heinze G, Kress H-G, Pramhas S. Efficacy of Duloxetine in Chronic Low Back Pain with a Neuropathic Component - A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Crossover Trial. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 1 janv 2016;124(1):150-8.
33. IASP. Qu'est-ce que la douleur neuropathique ? [Internet]. 2014 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: [https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/AM/Images/GYAP/Neuropathic/What%20is%20Neuropathic%20Pain_FR\(FR\).pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/AM/Images/GYAP/Neuropathic/What%20is%20Neuropathic%20Pain_FR(FR).pdf)
34. Andréa Baranne. État des lieux des pratiques des médecins généralistes dans l'évaluation du profil psychosocial des patients atteints de lombalgie chronique [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.
35. Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. 9 juin 2010;59.
36. DGOS. Les structures spécialisées douleur chronique - SDC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
37. Legifrance. Avis de projet de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge de la neurostimulation électrique transcutanée [Internet]. 2019 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038377021>
38. DREES. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
39. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012.
40. Kamerman P, Finnerup N, Lima LD, Haroutonian S, Raja S, Smith B, et al. Gabapentin for Neuropathic Pain: An application to the 21st meeting of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines for the inclusion of gabapentin on the WHO Model List of Essential Medicines [Internet]. figshare; 2016 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: https://figshare.com/articles/dataset/Gabapentin_for_neuropathic_pain_-_WHO_EML_application_2016/3814206/2
41. Trinh M. Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non». Chaque réponse «oui» vaut un point.

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- 1. Brûlure
- 2. Sensation de froid douloureux
- 3. Décharges électriques

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

- 4. Fourmillements
- 5. Picotements
- 6. Engourdissements
- 7. Démangeaisons

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

- 8. Hypoesthésie au tact
- 9. Hypoesthésie à la piqûre

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

- 10. Le frottement

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (*sensibilité à 82,9% et spécificité à 89,9%, d'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57*).

Annexe 2 : Modèle de questionnaire papier (1/4)

Traitement de la Douleur Lombaire Chronique Neuropathique par les Médecins Généralistes en Ambulatoire de Seine-et-Marne

Caractéristiques de votre cabinet et de votre patientèle

Un premier volet pour mieux connaître votre exercice

1/ Êtes-vous : Une femme ? Un homme ?

2/ Quelle est votre année de naissance ? _____ (Année de naissance)

3/ Depuis combien de temps exercez-vous ?

Depuis moins de 5 ans Entre 5 à 10 ans Depuis plus de 10 ans

4/ Quel est votre type de patientèle ?

Urbain Semi-rural Rural

5/ Participez-vous à des FMC (Formation Médicale Continue) ou à d'autres formations régulières ?

Oui Non

6/ Avez-vous eu des formations sur le thème de la douleur ces dix dernières années ?

Oui Non

Lombalgie Chronique :

La lombalgie étudiée ici **n'est pas la lombalgie secondaire** (liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire...) **ni liée à des lésions anatomiques.**

Il s'agit donc de la partie de la lombalgie définie par la Haute Autorité de Santé comme étant "**dégénérative**, dont l'origine peut associer une ou plusieurs des causes suivantes : discogénique ou facettaire ou mixte, ligamentaire, musculaire, liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne."

Elle dure par définition **plus de 6 mois.**

7/ [Facultative] **À combien estimez-vous la part de votre patientèle souffrant de douleur lombaire chronique neuropathique (en pourcentage) ?**

- 0 à <2%
 2 à 5%
 5 à <10%
 > 10%

Annexe 2 : Modèle de questionnaire papier (2/4)

Comment évaluez-vous la douleur de votre patient ?

8/ Dans une douleur lombaire chronique, vous évoquez une douleur neuropathique en présence de :

(Plusieurs réponses possibles ; proposées dans un ordre aléatoire)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleurs de fin de nuit/réveil | <input type="checkbox"/> Caractère désagréable |
| <input type="checkbox"/> Allodynie | <input type="checkbox"/> Permanence de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Décharges électriques | <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire |
| <input type="checkbox"/> Insensibilité aux antalgiques usuels | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Forte intensité de la douleur | <input type="checkbox"/> Relation avec un effort physique |
| <input type="checkbox"/> Brûlures | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Picotements | <input type="checkbox"/> Déficit moteur |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité à la piqûre ou au tact | <input type="checkbox"/> Fourmillements |
| <input type="checkbox"/> Sensation de froid douloureux | |

9/ Quand vous évoquez un caractère neuropathique, utilisez-vous les échelles suivantes ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Echelle Numérique (EN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DN4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
McGill Pain Questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathic Pain Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10/ Combien de temps dans la consultation estimez-vous prendre en moyenne pour évaluer une douleur lombaire neuropathique, interrogatoire et examen physique compris : _____ (en minutes)

Traitement de la Douleur Lombaire Chronique Neuropathique (1/3)

Traitement médicamenteux concernant la partie neuropathique

11/ Vous référez-vous aux paliers de la classification de l'OMS (1997)

pour le traitement de la partie neuropathique ? Oui Non

12/ Avez-vous déjà entendu parler :

- De la classification de Beaulieu et Lussier (IASP, 2010) ? Oui Non
- Des recommandations de la SFETD sur les douleurs neuropathiques chroniques (2010) ? Oui Non

13/ Quels traitements médicamenteux utilisez-vous concernant le caractère neuropathique ?

(Plusieurs réponses possibles ; proposées dans un ordre aléatoire)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes (Cortancyl, Solupred...) | <input type="checkbox"/> Duloxetine (Cymbalta) |
| <input type="checkbox"/> Nefopam (Acupan) | <input type="checkbox"/> Amitriptyline (Laroxyl) |
| <input type="checkbox"/> Venlafaxine (Effexor) | <input type="checkbox"/> Codéine en association (Claradol codéiné, Codoliprane, Klipal codéiné...) |
| <input type="checkbox"/> Myorelaxants (Lumirelax, Miorel...) | <input type="checkbox"/> Clomipramine (Anafranil) |
| <input type="checkbox"/> Lidocaïne (Versatis) | <input type="checkbox"/> Pregabaline (Lyrica) |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires (Advil, Ibuprofène... ; dont Aspirine) | <input type="checkbox"/> Caféine en association (Lamaline) |
| <input type="checkbox"/> Gabapentine (Neurontin) | <input type="checkbox"/> Paracétamol (Doliprane, Efferalgan...) |
| <input type="checkbox"/> Tramadol (Contramal, Topalgic, Zamudol...) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Morphine (Actiskenan, Skenan...) | |

2/4

Annexe 2 : Modèle de questionnaire papier (3/4)

Traitement de la Douleur Lombaire Chronique Neuropathique (2/3)

Traitement spécifique (antidépresseur, antiépileptique)

14/ À quel moment initiez-vous un traitement spécifique de la douleur neuropathique (antidépresseur, antiépileptique) ? *Une seule réponse*

- D'emblée
- Dans les 3 premiers mois après échec d'un traitement initial autre (paracétamol, AINS...)
- Jamais avant 3 mois
- Je n'initie pas de traitement spécifique

15/ Selon vous, comment devrait être initié le traitement spécifique : *Une seule réponse*

- À doses faibles avec une augmentation des posologies par paliers de semaines
- À doses faibles avec une augmentation des posologies par paliers de jours
- À doses fortes d'emblée
- Je ne sais pas

16/ Si un traitement spécifique est introduit mais insuffisamment efficace, quelle est votre attitude ?

Une seule réponse

- Changer de molécule de la même classe thérapeutique
- Changer de classe thérapeutique
- Passer à une bithérapie
- Je ne fais pas de changement

17/ Si la douleur est contrôlée, quelle durée de traitement envisagez-vous avant une réduction des posologies ?

Une seule réponse

- Moins d'un mois
- Entre un à moins de trois mois
- Entre trois à moins de six mois
- Plus de six mois

18/ Lesquelles de ces propositions sont des freins à votre utilisation des traitements spécifiques ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les molécules disponibles en ville sont insuffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les effets iatrogéniques prévalent sur l'antalgie apportée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ils ont une mauvaise image auprès des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le manque d'efficacité immédiat rend difficile l'adhésion du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nécessité d'un traitement au long cours rend difficile l'adhésion du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3/4

Annexe 2 : Modèle de questionnaire papier (4/4)

Traitement de la Douleur Lombaire Chronique Neuropathique (3/3)

Prise en charge complémentaire

19/ Quels traitements non médicamenteux utilisez-vous les plus fréquemment devant une douleur lombaire chronique neuropathique ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Cure thermique |
| <input type="checkbox"/> Chiropraxie | <input type="checkbox"/> Neurostimulation transcutanée / TENS |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Programmes multidisciplinaires |
| <input type="checkbox"/> Thérapie cognitivo-comportementale | <input type="checkbox"/> Activité physique adaptée (natation, gym. douce, stretching...) |
| <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Gymnastique méditative (Qi-Gong, Tai-Chi, Yoga...) |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Contention (corset, ceinture lombaire) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

20/ Quand envisagez-vous un avis spécialisé ? *Une seule réponse*

- De façon systématique
- En cas d'échec d'une première ligne de traitement à doses efficaces
- En cas d'échec d'une deuxième ligne de traitement à doses efficaces
- Jamais

21/ À quel spécialiste avez-vous le plus souvent recours ? *Une seule réponse*

- Médecin de la douleur / Centre spécialisé dans la douleur
- Rhumatologue
- Neurologue
- Autre : _____

Formation dans la Douleur Lombaire Chronique Neuropathique

22/ Quelle est la source principale de vos connaissances dans ce domaine ? *Une seule réponse*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expérience personnelle | <input type="checkbox"/> Formation DESC, Capacité, FST |
| <input type="checkbox"/> Formation initiale (externat/internat) | <input type="checkbox"/> Formation DU/DIU |
| <input type="checkbox"/> Formation continue (FMC, séminaires...) | <input type="checkbox"/> Autoformation (Revue, recommandations, e-learning...) |
| | <input type="checkbox"/> Laboratoires / Industries pharmaceutiques |

23/ Êtes-vous en accord avec ces propositions ?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Vous estimez avoir les connaissances suffisantes dans ce domaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous sentez en difficulté dans la prise en charge de ces douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ressentez un besoin de formation dans ce domaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fin du questionnaire - Merci pour votre participation !

4/4

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (1/7)

Numéro Médecin répondant	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
	Sexe	Tranche d'âge	Temps exercice	Type patientèle	FMC	Form. Douleur <10 ans	%patientèle dl neuropathique
	Féminin = 0 Masculin = 1	<40ans=0 40-49ans=1 50-54ans=2 55-59ans=3 ≥60ans=4	5ans=0 5-10ans=1 >10ans=2	Urbain=0 Semi-rural=1 Rural=2	Non=0 Oui=1	Non=0 Oui=1	0-2%=0 2-5%=1 5-10%=2 >10%=3 Pas rép=4
1	1	3	2	1	1	1	1
2	1	4	2	0	1	1	1
3	0	4	2	0	1	1	2
4	1	4	2	0	0	1	2
5	1	4	2	0	0	1	2
6	1	4	2	0	1	1	2
7	1	4	2	1	1	1	1
8	1	4	2	0	1	1	1
9	0	4	2	0	1	0	3
10	1	4	2	0	1	0	1
11	1	4	2	0	1	1	2
12	1	0	1	0	1	1	2
13	1	0	1	0	1	1	2
14	1	0	1	2	1	0	0
15	1	0	0	0	1	0	3
16	0	3	2	0	1	1	2
17	0	2	2	0	1	1	2
18	1	4	2	1	1	1	2
19	0	1	2	0	0	0	3
20	0	2	2	1	1	1	1
21	0	3	2	1	0	0	0
22	1	0	1	0	1	0	2
23	1	4	2	0	0	0	2
24	1	3	2	0	1	1	0
25	1	4	2	1	1	0	1
26	0	2	2	1	1	1	2
27	1	1	2	0	1	0	3
28	0	2	2	0	1	1	1
29	1	4	2	0	1	0	3
30	0	4	2	1	0	0	1
31	1	4	2	1	1	0	1
32	0	0	0	1	1	0	1
33	1	4	2	0	1	0	1
34	1	3	2	1	1	1	4
35	1	0	1	0	1	0	1
36	1	4	2	0	0	1	3
37	1	4	2	0	1	1	1
38	0	4	2	1	1	1	0
39	1	4	2	0	1	0	0
40	1	4	2	0	1	0	0
41	0	1	1	2	1	0	2
42	0	0	1	0	1	0	3

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (2/7)

Numéro Médecin répondant	Q8																	
	Caractéristique évoquant douleur neuropathique (Non=0 ; Oui=1)																Items DN4 reconnus	
	Allodynie	Brûlures	Carac. désagr.	Décharge élec.	Déficit moteur	Démangeaison	Dim. sens.	Doul. fin nuit	Engourdis.	Faibl. muscul.	Forte int.	Fourmillements	Ins. ant. usuel	Perm. douleur	Picotements	Rel. effort phys.		Sens. froid dl.
1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2
2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7
3	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4
4	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	5
5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	5
6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3
7	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	9
9	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
10	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2
11	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7
12	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	3
13	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
15	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
16	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	9
17	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5
18	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
19	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5
20	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2
21	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
22	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	6
23	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
24	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
26	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2
27	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	7
28	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
29	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	7
30	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1
31	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	6
32	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	9
33	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
34	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4
35	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7
36	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5
37	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	4
38	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	9
39	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4
40	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	6
41	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	5
42	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	6

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (3/7)

Numéro Médecin répondant	Q9					Q10 Temps de consultation (minutes)	Q11 Palier OMS (Non=0 ; Oui=1)	Q12	
	Utilisation échelles (Jamais=0 Rarement=1 Parfois=2 Souvent=3 Toujours=4)							Classif. Beaulieu (Non=0 ; Oui=1)	Reco SFETD (Non=0 ; Oui=1)
	EN	DN4	McGILL	NPSI	N.PainScale				
1	3	3	0	2	0	12	1	1	0
2	0	0	0	0	0	20	1	0	0
3	3	2	0	0	0	15	1	0	0
4	1	1	1	1	1	15	1	1	0
5	1	0	0	0	0	10	1	0	0
6	2	0	0	0	0	20	1	0	1
7	3	1	0	0	0	10	0	0	0
8	0	1	0	0	0	10	0	0	0
9	3	0	0	0	0	20	0	0	0
10	4	0	0	0	0	20	0	0	0
11	3	0	0	0	0	10	1	0	1
12	4	3	1	2	1	15	1	1	1
13	4	3	1	2	1	15	1	1	1
14	4	0	0	0	0	10	0	0	0
15	1	0	0	0	0	10	0	0	0
16	4	4	3	0	0	20	1	0	1
17	3	0	0	0	0	10	0	0	0
18	2	0	0	0	0	15	0	0	1
19	0	0	0	0	0	10	0	0	0
20	3	0	0	0	0	30	1	0	0
21	3	0	0	0	0	3	1	0	0
22	3	0	0	0	0	10	0	0	1
23	4	1	0	0	0	10	0	0	1
24	3	1	0	0	0	15	0	0	1
25	0	0	0	0	0	12	0	0	0
26	3	2	2	2	2	15	0	0	0
27	2	2	0	0	0	8	1	0	1
28	0	0	0	0	0	15	1	0	0
29	0	0	0	0	0	10	0	0	0
30	0	0	0	0	0	20	0	0	0
31	2	0	0	0	0	15	1	0	0
32	0	0	0	0	0	6	0	0	0
33	0	0	0	0	0	10	0	0	0
34	2	0	0	0	0	5	0	0	0
35	3	1	1	0	0	15	0	0	0
36	3	4	0	0	0	15	1	0	0
37	0	0	0	0	0	10	0	0	0
38	0	4	0	0	0	10	0	0	0
39	0	0	0	0	0	15	1	0	0
40	0	0	0	0	0	15	0	0	1
41	3	0	0	0	0	10	0	0	0
42	0	0	0	0	0	5	0	0	0

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (4/7)

Numéro Médecin répondant	Q13																1er critère CJP
	Traitements utilisés (Non=0 ; Oui=1)																
	Paracétamol	AINS	Corticoïdes	Myorelaxants	Caféine	Nefopam	Tramadol	Codéine	Morphine	Gabapentine	Pregabaline	Amitriptyline	Clomipramine	Duloxetine	Venlafaxine	Lidocaïne	
1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	
2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	
3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	
6	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	
8	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
10	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	
11	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	
12	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
13	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
14	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	
16	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	
18	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	
19	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
20	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	
21	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
23	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	
24	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
25	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	
26	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
27	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
28	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
30	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
31	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	
32	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
35	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	
36	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	
37	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	
39	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	
41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	
42	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (5/7)

Numéro Médecin répondant	Q14		Q15		Q16		Q17		Score Final CJP
	Moment initié	2e critère CJP	Comment initié	3e critère CJP	Attitude si inefficace	4e critère CJP	Durée de traitement	5e critère CJP	
	D'emblée=1 Echec<90]=2 Jamais<90]=3 Jamais=4		Palier Sem.=1 Palier Jour=2 Forte Dose=3 Ne Sais Pas=4		Même classe=1 Diff. classe=2 Bithérap.=3 Rien=4		<1mois=1 1-3mois=2 3-6mois=3 >6mois=4		
1	3	0	4	0	3	1	2	0	2
2	2	0	1	1	2	1	3	0	3
3	2	0	2	1	3	1	2	0	3
4	2	0	2	1	3	1	3	0	3
5	2	0	1	1	2	1	3	0	3
6	2	0	1	1	2	1	3	0	3
7	2	0	1	1	3	1	4	1	4
8	2	0	1	1	2	1	3	0	3
9	2	0	2	1	3	1	3	0	3
10	2	0	2	1	3	1	3	0	3
11	1	1	2	1	2	1	2	0	4
12	2	0	1	1	3	1	2	0	3
13	2	0	1	1	3	1	2	0	3
14	3	0	1	1	2	1	4	1	4
15	2	0	1	1	1	0	4	1	3
16	2	0	2	1	2	1	4	1	4
17	3	0	1	1	2	1	4	1	4
18	2	0	2	1	3	1	1	0	3
19	2	0	2	1	2	1	2	0	3
20	2	0	1	1	2	1	3	0	3
21	2	0	2	1	3	1	2	0	3
22	2	0	1	1	1	0	2	0	2
23	2	0	1	1	2	1	1	0	3
24	1	1	2	1	3	1	4	1	5
25	2	0	1	1	2	1	3	0	3
26	2	0	1	1	3	1	2	0	3
27	1	1	1	1	3	1	3	0	4
28	2	0	2	1	2	1	2	0	3
29	1	1	1	1	2	1	4	1	5
30	2	0	2	1	1	0	4	1	3
31	2	0	1	1	3	1	4	1	4
32	2	0	1	1	2	1	3	0	3
33	2	0	2	1	3	1	3	0	3
34	3	0	1	1	2	1	3	0	3
35	2	0	1	1	2	1	2	0	3
36	2	0	1	1	3	1	3	0	3
37	2	0	2	1	2	1	2	0	3
38	3	0	2	1	2	1	4	1	4
39	2	0	2	1	4	0	2	0	2
40	3	0	1	1	1	0	2	0	2
41	3	0	1	1	2	1	3	0	3
42	3	0	1	1	1	0	3	0	2

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (6/7)

Numéro Médecin répondant	Q18					Q19													
	Freins ("Pas du tout d'accord=0" "D'accord=1" "Ni désaccord ni d'accord=2" "D'accord=3" "Tout à fait d'accord=4")					Traitement non médicamenteux (Non=0 ; Oui=1)													
	Dispo.	latro.	Image nég.	Effet lent	Long cours	Kinésithérapie	Ostéopathie	Chiropraxie	Psychologue	TCC	Hypnose	Sophrologie	Acupuncture	Cure thermique	TENS	Prog. Multidisc.	Act. Physique	Gym. Méditative	Contention
1	4	3	3	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
2	3	2	3	4	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	3	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
4	2	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
5	2	3	3	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
6	1	1	2	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
7	3	2	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
8	1	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	
9	2	3	3	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
10	1	1	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
11	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
12	3	3	3	3	3	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	
13	3	3	3	3	3	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	
14	3	1	3	2	3	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	
15	0	0	2	2	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
16	2	3	2	3	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
17	1	3	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
18	4	3	2	3	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	
19	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	
20	1	4	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	
21	1	4	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
22	3	4	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
23	2	3	2	2	4	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
24	1	2	4	3	3	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
25	1	1	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
26	0	2	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
27	3	4	3	4	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
28	1	2	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
29	1	2	3	3	4	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	
30	1	2	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
31	1	3	2	2	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	
32	0	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
33	0	2	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
34	0	3	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
35	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
36	1	2	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	
37	0	0	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38	2	3	2	3	3	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	
39	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
40	1	2	0	2	3	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
41	1	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	
42	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	

Annexe 3 : Tableau de recueil de donnée (7/7)

Numéro Médecin répondant	Q20	Q21	Q22	Q23		
	Avis spécialisé	Spécialiste	Source principale	Autoévaluation ("Pas du tout d'accord=0" "D'accord=1" "Ni désaccord ni d'accord=2" "D'accord=3" "Tout à fait d'accord=4")		
	Systématique=4 Echec 1e ligne=3 Echec 2e ligne=2 Jamais=1	Méd. Douleur=1 Rhumatologue=2 Neurologue=3 Autre=4	Exp.Perso=1 Form.Init.=2 Form.Cont.=3 DESC, Capa, FST=4 DU/DIU=5 Autoform.=6 Labo&Pharma=7	Connaissances suffisantes	Sentiment difficulté	Besoin formation
1	3	1	1	1	2	3
2	2	1	3	1	4	3
3	2	3	1	2	1	1
4	2	1	2	2	2	3
5	3	3	3	2	3	3
6	2	2	6	3	1	1
7	2	1	1	2	2	3
8	2	1	1	2	2	3
9	2	2	1	1	3	3
10	3	1	1	2	3	3
11	3	1	6	4	4	1
12	2	2	2	3	1	2
13	2	2	2	3	1	2
14	3	2	6	1	3	3
15	1	4	6	2	1	3
16	2	1	3	3	1	2
17	3	2	1	1	4	4
18	2	2	2	2	1	2
19	3	2	1	2	1	3
20	2	1	6	2	1	3
21	2	2	6	3	1	2
22	2	3	2	1	3	4
23	2	2	1	2	2	3
24	2	1	1	2	2	3
25	2	1	6	3	1	1
26	2	1	1	3	3	3
27	4	1	3	1	3	2
28	2	2	3	3	2	3
29	4	3	3	2	1	3
30	3	1	6	1	3	2
31	3	1	1	2	3	2
32	2	4	1	3	2	2
33	3	1	6	2	2	2
34	2	1	6	2	3	3
35	2	1	6	2	2	3
36	3	1	6	2	3	3
37	2	2	3	2	1	2
38	3	1	1	1	3	3
39	3	1	6	1	3	3
40	2	1	3	2	2	3
41	2	1	6	2	3	3
42	2	1	3	1	2	3

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : HENG Antoine

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

TRAITEMENT DE LA DOULEUR LOMBAIRE CHRONIQUE NEUROPATHIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN AMBULATOIRE DE SEINE-ET-MARNE EN 2020

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : La lombalgie chronique était en 2015 le huitième motif de consultation chez le médecin traitant. Or, des recherches suggèrent que 16 à 55% de ces patients ont possiblement une composante neuropathique. L'objectif est d'évaluer la prise en charge médicamenteuse de la lombalgie chronique neuropathique par les médecins généralistes.

Matériels et méthodes : Une étude quantitative a été réalisée au moyen de questionnaires adressés à cent médecins généralistes de Seine-et-Marne tirés au sort. Le critère de jugement principal a été construit sur cinq règles de prescription émises par la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur, donnant un score sur cinq points.

Résultats : Seulement 4,8% des médecins avaient un score à 5/5, et 19% à 4/5. Les items ayant les scores les plus bas sont le délai avant la prescription et la durée insuffisante du traitement instauré.

Discussion : Des freins persistent dans le traitement de la douleur neuropathique. Les difficultés semblent liées au défaut d'adhésion du patient en lien avec le manque d'efficacité immédiat et la nécessité de traitement au long cours. L'étude met aussi en avant un diagnostic incomplet de la douleur neuropathique, et un accompagnement par psychothérapie insuffisant.

Conclusion : La lombalgie chronique neuropathique reste une entité mal connue et mal traitée malgré une progression des connaissances dans la neuropathie. Le besoin de formation est appuyé par l'arrivée de nouvelles recommandations en 2020.

MOTS-CLÉS : Douleur neuropathique, douleur lombaire chronique, médecine générale, traitement médicamenteux

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

NEUROPATHIC CHRONIC LOW BACK PAIN TREATMENT BY GENERAL PRACTITIONERS IN AMBULATORY CARE OF SEINE-ET-MARNE IN 2020

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Background : Chronic low back pain was in 2015 the eighth reason for consultation with the general practitioner. However, research suggests that 16 to 55% of these patients possibly have a neuropathic component. The objective is to evaluate the drug management of chronic neuropathic low back pain by general practitioners.

Methods : In this quantitative study, a survey was sent to one hundred general practitioners of Seine-et-Marne chosen at random. The primary endpoint was based on five prescription rules issued by the French Society for the Study and Treatment of Pain, giving a score out of five points.

Results : Only 4.8% of physicians had a score of 5/5, and 19% of 4/5. The items with the lowest scores are the time before prescription and the insufficient duration of treatment.

Discussion : Barriers persist in the treatment of neuropathic pain. The difficulties appear to be linked to the patient's lack of adherence in connection with the lack of immediate efficacy and the need for long-term treatment. The study also highlights an incomplete diagnosis of neuropathic pain, and insufficient psychotherapy support.

Conclusion : Chronic neuropathic low back pain remains a poorly understood and poorly treated entity despite an increase in knowledge in neuropathy. The need for training is supported by the arrival of new recommendations in 2020.

KEY WORDS : Neuropathic pain, chronic low back pain, general medicine, drug therapy