



HAL
open science

La douleur neuropathique chez la personne âgée : reflet de la singularité des pratiques des médecins généralistes

Léon Banh

► **To cite this version:**

Léon Banh. La douleur neuropathique chez la personne âgée : reflet de la singularité des pratiques des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03460567

HAL Id: dumas-03460567

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03460567v1>

Submitted on 1 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2021

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Léon BANH

Né(e) le à

TITRE : La douleur neuropathique chez la personne âgée : Reflet de la singularité des pratiques des médecins généralistes

DIRECTEURS DE THESE :

M. ABITBOL Gabriel
M. LUSTMAN Matthieu

Signature des
Directeurs de thèse

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Cachet de la bibliothèque
universitaire

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07

SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2021

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Léon BANH

Né(e) le à

TITRE : La douleur neuropathique chez la personne âgée : Reflet de la singularité des pratiques des médecins généralistes

DIRECTEURS DE THESE :

**M. ABITBOL Gabriel
M. LUSTMAN Matthieu**

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE**

**Signature des
Directeurs de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

Remerciements

A Gabriel Abitbol, mon directeur de thèse, je te remercie d'avoir initié ce travail et de t'être adapté à son évolution. Merci pour ta bonne humeur, ton soutien et ta bienveillance.

A Matthieu Lustman, mon co-directeur, je te remercie de m'avoir accompagné et aidé dans ce travail. Merci de m'avoir guidé dans mes questionnements et de m'avoir poussé dans ma réflexion.

Aux membres du jury, je vous remercie pour l'évaluation de mon travail.

Aux intervenants avec lesquels je me suis entretenu, je vous remercie pour la richesse de nos échanges, qui m'ont beaucoup apporté au-delà même du cadre de ce travail, sur le plan professionnel comme sur le plan personnel.

Aux institutions par lesquelles je suis passé pendant mes études de médecine, qui m'ont permis de me construire tel que je suis actuellement. Parfois le hasard fait bien les choses.

A Laurence, ma tutrice, qui m'a accompagné pendant l'internat. Je te remercie pour ce que tu m'as apporté en tant qu'étudiant.

Aux personnes qui m'ont guidé et inspiré tout au long de mes études, auprès desquelles j'ai tant appris. Pascale, Christine, Jean-Luc, Myriam, Maëlle, Matthieu, Laurence, Florence, Sylvie, Marie-Odile, Julien, Vincent, Benoît, encore merci.

Papa, Maman, Jean-Willy, Eliana, je ne vous remercierai jamais assez pour ce que vous m'avez apporté par le passé, ce que vous m'apportez actuellement, et ce que vous continuerez de m'apporter à l'avenir.

Anne, je te remercie pour ta relecture avisée.

A l'ensemble de mes amis, j'ai partagé avec vous de grands moments de ma vie, je vous remercie pour votre présence et votre soutien infaillible.

Enfin, à celle avec qui je partage ma vie, mes joies et mes peines. Les mots seraient insuffisants pour décrire l'importance que tu as pour moi. Amélie, je te remercie de m'accompagner au quotidien. Tout simplement, merci.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Abréviations	5
Illustrations.....	5
Introduction	6
1. La complexité de la personne âgée	6
1.1. Flou autour de la définition	6
1.2. Epidémiologie et démographie de la personne âgée en France	6
1.3. La personne âgée polypathologique.....	7
1.4. La personne âgée en médecine générale	8
1.5. Conclusion	8
2. La difficulté de la douleur neuropathique	9
2.1. Définition évolutive et ambiguë.....	9
2.2. Sémiologie clinique	10
2.3. Recommandations thérapeutiques.....	10
2.4. Retentissement psycho-socio-économique et enjeux.....	11
2.5. La douleur neuropathique en médecine générale.....	12
2.6. Conclusion	13
3. La douleur neuropathique de la personne âgée	13
4. Objectif de l'étude	14
Matériel et méthode.....	14
1. Type d'étude.....	14
2. Population.....	15
3. Recueil des données	15
4. Analyse des données	16
5. Modification de la question de recherche	17
6. Aspects éthiques et réglementaires	17
Résultats	18
1. Se confronter à son métier de MG	19
1.1. Investissement dans le métier de MG	19
1.2. Accorder une place aux personnes âgées dans sa pratique	20
1.3. Avoir une vision tenant compte du patient	21
1.4. Le travail avec les autres intervenants	22

1.5. Mobiliser des ressources	23
2. Se confronter à la personne âgée	25
2.1. La personne âgée, une complexité perçue par les MG	25
2.2. Se sentir valorisé en jouant un rôle important vis-à-vis de la personne âgée	27
2.3. La personne âgée source de frustration pour le MG	28
2.4. Être dépassé par la personne âgée.....	29
3. Se confronter à la douleur chronique	30
4. Se confronter à la douleur neuropathique.....	35
Discussion	44
1. Résultat principal.....	44
2. Comparaison avec la littérature	46
2.1. Rôles et compétences du MG.....	46
2.2. Travail avec d'autres intervenants de santé	47
2.3. Complexité et fragilité de la personne âgée et approche globale.....	48
2.4. Thérapies non médicamenteuses et non conventionnelles.....	49
2.5. Pratiques des MG dans la prise en charge des douleurs neuropathiques	50
2.6. L'apport de la psychothérapie.....	51
2.7. Mise en perspective du travail	51
3. Forces et limites de l'étude.....	52
3.1. Points forts	52
3.2. Limites	52
4. Perspectives	53
Conclusion.....	55
Références bibliographiques	56
Annexes	63
Annexe n°1	63
Annexe n°2.....	63
Annexe n°3.....	64
Annexe n°4.....	65
Annexe n°5.....	66
Annexe n°6.....	67

Abréviations

CETD : Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

CMS : Centre municipal de santé

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de Santé

IASP : Association Internationale pour l'Étude de la Douleur

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

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

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

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

TENS : Stimulation électrique transcutanée

Illustrations

Tableau 1 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques 9

Tableau 2 : Caractéristiques des MG inclus avec durée d'entretien18

Introduction

« La vieillesse est un naufrage » disait Charles de Gaulle dans ses mémoires, en évoquant un maréchal Pétain alors âgé de 84 ans « abandonnant la nation, rongé par les années » (24). Sa vision de la vieillesse en dit long sur ce que peut être la vision d'une personne âgée dans la société. Bien que la population des personnes âgées est importante et que cette dernière peut être en forme, comment expliquer cette vision catastrophique de la personne âgée ? Cette perception non favorable du vieillissement et de la personne âgée dans l'imaginaire collectif pourrait s'expliquer par certains éléments. En premier lieu, la vieillesse peut être associée à l'âge du passage à la retraite, ce qui induit une vision péjorative et négative de cet âge de la vie (87). Ensuite, outre le déclin physique et psychique, le vieillissement peut occasionner de multiples problèmes et maladies, complexifiés par des répercussions sur différents champs d'intervention (bio-médical, psycho-relationnel ou socio-environnemental). La prise en charge de la population âgée apparaît donc potentiellement complexe dans le cadre de la médecine générale. L'existence additionnelle d'une neuropathie, pathologie également complexe, implique des soins encore plus difficiles.

1. La complexité de la personne âgée

1.1. Flou autour de la définition

La définition de personne âgée n'est pas arrêtée. Sans fixer réellement de critère d'âge, l'organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne l'âge de 60 ans dans la préface de son rapport mondial sur le vieillissement et la santé (93). Cependant, la population des personnes âgées de plus de 60 ans dans le monde est très diverse en termes d'état de santé, de niveau fonctionnel et d'espérance de vie restante (93). Cette diversité s'explique en partie par les événements vécus par les personnes au cours de leur vie et par leur niveau socio-économique. Ainsi, en France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) décrit plutôt la catégorie des seniors comme celle des personnes âgées de plus de 65 ans (48). Cependant, avec l'accroissement de l'espérance de vie, le seuil de 65 ans paraît de moins en moins pertinent et le critère d'âge chronologique définissant la personne âgée est parfois fixé à 75 ans voire même 80 ans selon certains auteurs (14,87).

1.2. Epidémiologie et démographie de la personne âgée en France

D'un point de vue épidémiologique et démographique, la proportion des personnes âgées est de plus en plus importante au fil des années. Selon l'INSEE, la part des personnes âgées de plus de 65 ans est en hausse constante passant de 14,9 % de la population française en 1995 à 18,4 % en 2015 et représente actuellement 20,5 % en 2020 (50). Cette population sera amenée à

augmenter encore dans les prochaines décennies. Selon les projections de populations faites, si les tendances démographiques se maintiennent, en 2040 plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus (49). Cet allongement de la durée de vie ne s'accompagnerait pas forcément d'une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, qui a tendance à stagner. Celle-ci est passée de 62,7 ans à 61,9 ans entre 2008 et 2010 pour les hommes ; et de 64,6 ans à 63,5 ans pour les femmes (51). Ceci pourrait s'expliquer en partie par une évolution de la perception de la santé fonctionnelle.

1.3. La personne âgée polypathologique

Dans la dernière vaste enquête décennale de l'INSEE (2002-2003), les personnes âgées de plus de 75 ans ont déclaré en moyenne avoir entre 2,6 et 2,8 maladies chroniques, contre 2,1 à 2,6 maladies chroniques chez les 60-74 ans (58). Plus récemment, en 2018, la part des personnes de plus de 70 ans déclarant une maladie ou ressentant un problème de santé chronique était de 67,5% (50). Ainsi, en vieillissant la prévalence de la pathologie mais également de la polypathologie augmente. Cette polypathologie chez la personne âgée est complexifiée par la diminution de la réserve fonctionnelle des organes et par des facteurs intercurrents entraînant un risque de décompensation en chaîne (cascade gériatrique suivant le schéma 1+2+3 de Bouchon, voir annexe n°1) (9).

De cette polypathologie découle une polymédication. Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), la polymédication toucherait entre 27 et 40% des personnes âgées, les exposant aux risques d'effets indésirables des médicaments ou d'interactions médicamenteuses (47).

En plus de cette vulnérabilité bio-médicale chez la personne âgée, il existe également une plus grande vulnérabilité dans les champs psychologiques et sociaux. La part des personnes de plus de 70 ans déclarant une maladie ou ressentant un problème de santé chronique passe de 67,5% à 81,9% parmi les ménages les plus pauvres, reflétant le lien entre polypathologie et précarité socio-économique. Du point de vue de la santé mentale, la prévalence des pathologies psychiatriques est d'autant plus grande que les comorbidités sont importantes, accentuant encore la vulnérabilité médico-psycho-sociale (4).

L'ensemble de ces vulnérabilités occasionne un plus grand risque de perte d'autonomie et de dépendance, avec perte des capacités fonctionnelles. C'est pour ces raisons que se sont multipliées les mesures de santé publique en rapport avec les personnes âgées dans les deux dernières décennies. Du plan « Vieillesse et solidarités » de 2003, en passant par le plan «

Solidarité grand âge » en 2006, puis le plan « Bien vieillir » (2007-2009), mais aussi le « plan Alzheimer » (2008-2012) ou le rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » en 2019, on peut dénombrer près d'une dizaine de textes de loi, plans et rapports nationaux, en rapport avec la personne âgée ; la majorité concourant à lutter contre la dépendance et à renforcer l'autonomie, dans le cadre d'une vulnérabilité sociale de la personne âgée.

La personne âgée ne semble donc pas devoir être définie par un critère d'âge chronologique précis, mais plutôt par un ensemble de considérations comme la polypathologie et ses conséquences dans les champs bio-médicaux, psycho-relationnels, socio-familio-environnementaux et culturels. La notion de complexité découle de l'interaction entre ces différents champs (21).

1.4. La personne âgée en médecine générale

L'une des compétences du MG est d'avoir la capacité de mettre en œuvre une approche globale et de prendre en compte la complexité du patient, dans le cadre d'un modèle holistique (21,92) (voir la marguerite des compétences du MG en annexe n°2). Ainsi, il est cohérent que le MG soit un intervenant privilégié dans la prise en charge de la personne âgée en ambulatoire, raison pour laquelle des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont été rédigées en ce sens en 2015 (42,43). C'est dans cette logique que de plus en plus d'études sont conduites vis-à-vis de la personne âgée et sa prise en charge en médecine générale. Certaines sont ciblées sur le parcours de soins de la personne âgée, afin d'évaluer sa performance sur l'amélioration de l'autonomie (41,46). Plusieurs autres études (TAPAGE, FOPAS, CEPIA), menées avec la participation de départements universitaires de médecine générale, portent notamment sur les problématiques de la fragilité ou de la polypathologie et de la polymédication de la personne âgée en ambulatoire (17,18,27).

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (DREES), seules 5,7% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en institution fin 2015. Ce pourcentage est à 10% pour les plus de 75 ans, et à 30% pour les plus de 90 ans. Ainsi, le MG est d'autant plus concerné par les problématiques liées à la personne âgée qu'il s'agit d'une population se retrouvant majoritairement à domicile et dont les soins incombent aux MG.

1.5. Conclusion

On voit ainsi que la personne âgée représente un véritable enjeu mais aussi une certaine complexité de prise en charge pour la médecine générale. L'accroissement de la proportion de personnes âgées au sein de la population générale va inexorablement amener à une

multiplication de personnes âgées polypathologiques avec toute la complexité médico-psycho-sociale en rapport.

Les MG jouent par ailleurs un rôle d'autant plus important dans le suivi de la personne âgée qu'ils mènent de nombreuses études dans cette population dont les soins leur incombent majoritairement.

2. La difficulté de la douleur neuropathique

2.1. Définition évolutive et ambiguë

Depuis 2011, la douleur neuropathique est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme étant une douleur associée à une lésion ou à une maladie affectant le système somatosensoriel (66). Avant cela, la définition de l'IASP datant de 1994 définissait la douleur neuropathique comme étant une douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux (67). Le terme de dysfonctionnement a disparu pour écarter les douleurs dysfonctionnelles (fibromyalgie, troubles fonctionnels intestinaux, etc.) des douleurs neuropathiques. Le terme « système somatosensoriel » a remplacé le « système nerveux » pour différencier les douleurs neuropathiques des douleurs secondaires à des lésions centrales des systèmes moteurs (douleurs de spasticité par exemple). Le terme même de douleur neuropathique n'était d'ailleurs pas celui initialement utilisé pour décrire cette douleur, mais il a fini par remplacer les termes de douleur de désafférentation qui sous-entendait une cause et celui de douleur neurogène considéré trop vague (7).

Le terme de douleur neuropathique peut également prêter à confusion car il désigne de fait un symptôme alors qu'il est utilisé pour décrire une pathologie. La subtilité vient du fait que la douleur neuropathique désigne en réalité la douleur chronique neuropathique, et est donc une douleur chronique. Or la douleur chronique correspond à une douleur chronique « maladie » et non plus à une douleur aiguë « symptôme » et « signal d'alarme » (voir tableau 1) (37). **Pour la suite de ce travail, le terme de douleur neuropathique sera employé pour signifier douleur chronique neuropathique.**

	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	Utile, protectrice, signal d'alarme	Inutile, destructrice, maladie à part entière
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions somatovégétatives	Réactionnelles	Habitude ou entretien
Modèle de compréhension	Médical classique	Pluridimensionnel « somato-psycho-social »

Tableau 1 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques

2.2. Sémiologie clinique

D'un point de vue bio-médical, la douleur neuropathique peut correspondre à une grande variété de symptômes ressentis au niveau clinique, qu'ils soient positifs à type de paresthésies et/ou dysesthésies ou bien négatifs à type de déficits sensitifs ou moteurs. Ces douleurs peuvent être présentes spontanément, de façon continue ou paroxystique, ou encore être ressenties plus fortement dans le cadre d'allodynies ou d'hyperesthésies. On parle de douleur neuropathique à partir de 3 mois d'évolution de la douleur (63). Il existe plusieurs outils validés d'aide au dépistage de cette douleur. Le plus utilisé est le DN4 composé de 10 questions permettant de dépister une douleur neuropathique avec une bonne sensibilité et spécificité si le score est égal ou supérieur à 4/10 (10) (voir annexe n°3). Le diagnostic reste cependant clinique qui permet d'évaluer en plus l'intensité et le retentissement de la douleur.

2.3. Recommandations thérapeutiques

Jusqu'en 2020, les recommandations françaises concernant la douleur neuropathique étaient basées sur celles de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) (voir annexe n°4). Ces recommandations reprenaient la prise en charge initiale en évaluant des échelles de diagnostic et d'évaluation de la douleur. Du point de vue thérapeutique, les traitements médicamenteux recommandés en première intention étaient : les antiépileptiques gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline), les antidépresseurs tricycliques (notamment l'amitriptyline), un inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) (duloxétine) spécifiquement pour les douleurs neuropathiques diabétiques et les emplâtres de lidocaïne spécifiquement dans la douleur post zostérienne. Des thérapeutiques émergentes étaient mentionnées comme les emplâtres de capsaïcine ou les cannabinoïdes. La place des thérapeutiques non médicamenteuses était réduite, notamment les techniques de psychothérapie qui étaient classées grade B (63).

D'autres études ou méta-analyses faisaient des conclusions quasi similaires mais avec quelques nuances concernant les thérapeutiques locales ; l'utilisation d'opioïdes dans les douleurs neuropathiques ne faisait pas consensus et était recommandée en deuxième intention (20,28,32,33,77,91).

Finalement, une nouvelle revue de la littérature parue en 2020 et portant uniquement sur les traitements a permis de modifier les recommandations thérapeutiques (voir annexe n°5). Les traitements recommandés en premier intention sont désormais deux IRSNA (duloxétine et venlafaxine), la gabapentine, et les antidépresseurs tricycliques. La prégabaline est dorénavant recommandée en deuxième intention, au même titre que le tramadol, les associations de

traitements, et la thérapie cognitivo-comportementale. Les emplâtres de lidocaïne et la stimulation électrique transcutanée (TENS) sont recommandés en première intention pour des douleurs neuropathiques focales (69).

Le traitement des douleurs neuropathiques reste donc un domaine en évolution.

2.4. Retentissement psycho-socio-économique et enjeux

Nous avons vu que la douleur neuropathique était une douleur chronique. Classiquement, la douleur chronique ressentie par un patient peut se décomposer en 4 composantes (40) :

- la composante sensori-discriminative correspondant à la façon dont le cerveau va identifier l'origine et les caractéristiques de la douleur ;
- la composante affectivo-émotionnelle correspondant à la manière dont est ressentie émotionnellement la douleur (désagréable, négative) ;
- la composante cognitive correspond à la façon dont la douleur va être interprétée au niveau psychique ;
- la composante comportementale qui correspond à la façon dont la douleur se manifeste de façon verbale ou non verbale.

Comme toute douleur chronique, la douleur neuropathique peut donc altérer grandement la qualité de vie des patients en plus de la gêne physique (26,44,57). Si la description bio-médicale de la douleur neuropathique est relativement bien cadrée, son retentissement social et psychologique est plus large et moins défini. En effet, la douleur neuropathique est fréquemment associée à des troubles du sommeil ou à des troubles anxieux et dépressifs. Elle est associée à davantage de recours aux soins et de prescription médicamenteuse que des douleurs chroniques non neuropathiques (2). Les douleurs neuropathiques répondent également beaucoup moins aux antalgiques habituels (paliers 1, 2 et 3) et le soulagement est souvent partiel malgré les thérapeutiques spécifiques. En outre, ces dernières ne sont pas exemptes d'effets indésirables importants compliquant le traitement (63). Ces douleurs engendrent donc un coût socio-économique important (5,57).

La prévalence des douleurs neuropathiques au sein de la population générale est estimée entre 7 et 10 % (11,25) et représenterait jusqu'à 20% des patients douloureux chroniques (11,13). En effet, il existe des causes multiples de douleur neuropathique au sein de la population générale, principalement le diabète, le zona, les radiculopathies, l'alcoolisme, les séquelles post opératoires, etc (11).

La prévalence de la douleur neuropathique est donc relativement importante et sa prise en charge représente un enjeu important.

2.5. La douleur neuropathique en médecine générale

Le MG joue un rôle de premier recours dans le système de soins français où il représente souvent la porte d'entrée du patient, quel que soit le motif de consultation (21,92). Le MG est donc souvent amené à se confronter à des patients souffrant de douleur neuropathique.

Une étude a été menée en France en 2014 sur la prise en charge de la douleur neuropathique par les MG (64). Par le biais de cas cliniques, elle évaluait leur adhésion aux recommandations françaises sur les douleurs neuropathiques de la SFETD, publiées 4 ans plus tôt (63). Cette étude montrait une adhésion satisfaisante des MG aux recommandations avec une reconnaissance de la douleur neuropathique dans 88% des cas en moyenne. Cependant, d'autres études montrent que la mise en place d'un traitement adapté n'est que de 59 à 79% une fois reconnue la douleur neuropathique (16,64). Or dans l'étude de 2014, les données étaient recueillies sur la base de cas cliniques théoriques et non de pratiques réelles ; malgré la vraisemblance des cas cliniques présentés, ils n'étaient pas le reflet de la pratique réelle d'un médecin au quotidien. Il est donc possible que la proportion de médecins mettant réellement en application les recommandations soit plus faible.

Une autre étude qualitative, menée sous la forme de groupes d'entretien collectifs semi-dirigé de MG, a identifié de nombreuses difficultés de prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques en pratique réelle (75). Ces difficultés concernent entre autres le diagnostic, l'évaluation de la douleur, la prise en compte de la composante psychiatrique et psychologique de la douleur, le choix des molécules avec leur coût respectif, l'efficacité des traitements entrepris, les recours en cas d'échec et la gestion de la polymédication. Selon les médecins participants, ces difficultés viennent en partie d'un manque de formation initiale. Une des solutions évoquées par l'étude est de résumer les recommandations et de les rendre plus accessibles. Mais aucune stratégie pratique n'est évoquée devant les difficultés réelles que peuvent rencontrer les médecins.

Il était toutefois à noter que les molécules les plus citées par les médecins dans cette étude correspondaient aux molécules recommandées dans le traitement de la douleur neuropathique, ce qui reflète une certaine base commune de connaissance théorique, déjà observée dans les études précédentes.

Au total, ces études suggèrent que les MG connaissent globalement la prise en charge théorique de la douleur neuropathique mais qu'il existe néanmoins des difficultés lorsqu'il s'agit de cas réels, notamment en termes de thérapeutiques.

2.6. Conclusion

La douleur neuropathique est donc une entité mal définie, comme en témoignent les changements de dénomination et la variété sémiologique décrite. Les thérapeutiques recommandées font l'objet de nombreuses études et ont été révisées récemment.

L'efficacité et la tolérance des traitements spécifiques de la douleur neuropathique n'étant pas toujours bonnes, la douleur neuropathique peut également présenter des conséquences psychologiques et sociales importantes.

Sa prévalence élevée en fait un enjeu de santé publique.

En termes de pratique médicale, des difficultés sont relevées sur le plan thérapeutique par les MG malgré leur connaissance des thérapeutiques médicamenteuses.

3. La douleur neuropathique de la personne âgée

Peu d'études s'intéressent à la douleur neuropathique chez les personnes âgées. La prévalence de la douleur neuropathique dans cette tranche d'âge est mal connue car les données sont peu nombreuses et difficiles à obtenir du fait de méthodes de recueil généralement mal adaptées à une population pouvant présenter des troubles cognitifs et/ou de communication (36,73). Quelques études estiment la prévalence de la douleur neuropathique chez les personnes âgées entre 10 et 32 %. Elle pourrait représenter jusqu'à 41% de l'ensemble des douleurs du sujet âgé (11,84). Bien qu'il ne s'agisse que d'estimations, ces données restent vraisemblables. En effet, la douleur neuropathique peut être la conséquence de nombreuses affections ou événements comme le diabète ou le zona dont la prévalence augmente avec l'âge (63). La douleur neuropathique de la personne âgée peut également s'exprimer dans le cadre de douleur mixte, c'est-à-dire liée à une composante par excès de nociception et à une composante neuropathique, comme dans les artériopathies des membres inférieurs, pathologie dont la prévalence augmente avec l'âge également (1). La question de la douleur neuropathique est donc d'autant plus pertinente qu'elle est fréquente dans cette population. De plus, la prise en charge bio-médicale de la douleur neuropathique y est potentiellement plus complexe du fait de l'existence d'éventuelles comorbidités, d'un risque iatrogène majoré ou de troubles cognitifs (73).

Ainsi, du diagnostic à l'évaluation en passant par le traitement et la réévaluation, la prise en charge de la douleur neuropathique est rendue plus difficile chez la personne âgée. Les troubles cognitifs et de communication constituent un obstacle supplémentaire dans la prise en charge et ne sont pas habituellement pris en compte dans les études (63).

Pourtant, la douleur chronique (incluant la douleur neuropathique) a été le sujet de plusieurs plans nationaux. Il y a eu trois plans successifs, dont le troisième (2006-2010) était articulé autour des personnes vulnérables comme les personnes âgées (68). Un quatrième (2013-2017) devait s'axer autour des personnes dyscommuniquantes mais n'a finalement pas vu le jour (22,82).

Bien qu'un algorithme ait été mis au point dans le but d'améliorer la prise en charge de la douleur neuropathique chez le sujet âgé (73), ce dernier n'a pas été évalué dans les conditions réelles de la pratique de la médecine générale en ambulatoire.

4. Objectif de l'étude

Comme nous l'avons vu, la prise en charge de la personne âgée en médecine générale peut relever d'une certaine complexité. De plus, la douleur chronique, en particulier dans sa composante neuropathique, est une pathologie devant laquelle les médecins généralistes semblent éprouver des questionnements voire de la difficulté, notamment sur la prescription thérapeutique. Ainsi, le MG se retrouve au carrefour de ces différents enjeux.

Or peu d'études se sont intéressées à la douleur neuropathique du sujet âgé malgré la complexité attendue de sa prise en charge. Encore moins d'études ont été réalisées en médecine générale. Dans un premier temps, nous faisons donc l'hypothèse que les MG rencontrent des difficultés dans la prise en charge de la douleur neuropathique de la personne âgée.

L'objectif de l'étude est donc d'explorer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur neuropathique de la personne âgée ainsi que les stratégies mises en place pour y faire face. Nous verrons toutefois que cet objectif sera amené à changer au fil des entretiens réalisés et des analyses qui en découlent.

Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. L'avantage de la méthode qualitative est qu'elle relève d'une démarche exploratoire et inductive, dans un but de recherche

d'hypothèses et de sens à partir des données du terrain (60). Cela permet d'appréhender les phénomènes dans de multiples dimensions et dans leur milieu naturel, afin de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent. Le travail qualitatif exigeant un va et vient constant entre données et hypothèses, il peut amener une évolution de la question de recherche au fur et à mesure du travail de recueil et d'analyse des données. Les hypothèses étant émergentes du terrain et la question de recherche se faisant dans le dialogue entre les données et les hypothèses, notre question de recherche a finalement été amené à évoluer dans notre étude (3,56,60). L'idéal de la théorisation ancrée serait d'amener à la construction d'un modèle explicatif du phénomène étudié (60,65).

2. Population

L'échantillon de MG a été constitué sur la base d'un échantillonnage raisonné en cherchant initialement à diversifier le recrutement (âge, lieu d'exercice, structure d'exercice, pratique médicale), puis en étant orienté par la théorie émergente lors de l'analyse des données. L'émergence d'hypothèses intermédiaires a ainsi pu conduire au recrutement de médecins permettant de confronter ces hypothèses à des données additionnelles (60). Chaque participant a été sollicité par courrier, courriel ou téléphone à un entretien individuel. Les MG ont été recrutés au sein de la région parisienne :

- par le biais de relations directes et indirectes
- par effet boule de neige à la suite des entretiens déjà réalisés
- par le biais de recherches réalisées sur Internet, et notamment Doctolib® et Google Maps®

Au total 31 sollicitations ont été réalisées, soit directement par le biais d'un contact avec le médecin, soit indirectement par le biais d'un secrétariat. En cas d'absence de réponse, une relance a été réalisée à une semaine d'intervalle. 16 médecins ont répondu favorablement aux sollicitations, et 11 entretiens ont pu être réalisés. Après accord du médecin, les rencontres pour entretien ont été réalisées en présentiel pour 9 d'entre eux, et en distanciel pour 2 autres.

3. Recueil des données

Avant le recueil des données dans la population étudiée, un travail préalable a été réalisé auprès d'un gériatre, d'un MG, d'un patient âgé souffrant de douleur neuropathique et d'un neurologue, avec des pré-entretiens individuels fondés sur des guides d'entretiens semi-dirigés afin de mieux cerner les différents enjeux et dimensions du phénomène étudié.

Ensuite, les données ont été recueillies avec des entretiens individuels semi-dirigés, fondés sur un guide d'entretien avec des questions amenant à engager une discussion avec les participants. Cinq thèmes ont été distingués :

- Présentation : Discussion centrée sur le profil et le parcours du médecin
- Douleur chronique du sujet âgé : Discussion autour de la personne âgée et du MG puis de la douleur chronique
- Douleur neuropathique du sujet âgé : Discussion autour d'un cas de personne âgée souffrant de douleur chronique puis d'un cas de personne âgée souffrant de neuropathie chronique
- Exploration de l'écart entre théorie et pratique : Analyse de la prise en charge de la douleur par le médecin, et discussion du rôle du médecin généraliste
- Pratiques du médecin : Discussion du travail du médecin avec les autres acteurs ainsi que son rapport avec les recommandations sur la neuropathie.

Le guide a été construit en collaboration avec le travail conjoint du directeur de thèse, MG et gériatre, et du co-directeur de thèse, MG et sociologue, chargé d'enseignement au sein de la faculté de médecine de Créteil. Le guide a évolué à 4 reprises entre le premier et le dernier entretien à la suite des données recueillies (voir annexe n°6). Le choix de l'entretien individuel permet un meilleur engagement de chaque participant, avec une parole plus libre qu'en entretien de groupe et une exploration plus complète des dimensions du phénomène étudié. Elle permet d'engager une discussion avec un quasi-dialogue, permettant au participant de relater les expériences vécues (54). Avec les 11 entretiens, les données recueillies étaient suffisantes pour caractériser et décrire le phénomène étudié. Cependant, à partir du 10^e entretien, aucune nouvelle information n'était utile dans le cadre de la question de thèse. La suffisance des données a donc été atteinte après 9 entretiens, les deux derniers permettant de vérifier qu'aucune nouvelle propriété n'apparaissait pour caractériser les catégories conceptuelles du modèle explicatif.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2020 et mars 2021. Deux des entretiens réalisés se sont faits en deux temps en raison des contraintes du participant.

Un journal de bord a été rédigé, résumant l'évolution de ma posture et de ma réflexion tout au long de mon travail de recherche.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés sur une bande audio. Les retranscriptions ont été réalisées sur le logiciel Microsoft Word®. Dans le cadre de l'analyse inspirée de la théorisation ancrée,

l'analyse a été réalisée en plusieurs étapes. Une lecture flottante des retranscriptions a été faite afin de s'imprégner du contexte avec annotation des sentiments ressentis. Pour les deux premiers entretiens, avec l'aide du co-directeur de thèse, une microanalyse a été réalisée afin de faire émerger des thèmes et d'amorcer l'analyse ouverte (60,61). L'analyse ouverte des données aboutit à l'identification d'étiquettes expérientielles (ou codes) et propriétés permettant de caractériser des catégories conceptuelles. Ensuite, dans le cadre d'une analyse axiale, ces catégories ont été articulées entre elles afin d'identifier des thèmes (ou axes) porteurs de sens dans une dimension plus globale. Enfin, l'analyse intégrative (ou sélective) intègre les différents axes afin d'offrir un modèle explicatif théorique du phénomène (60).

L'ensemble des analyses a été faite en triangulation avec le directeur de thèse. Les points de désaccord concernant les étiquettes, propriétés et catégories ont été discutés jusqu'à convenir d'un consensus.

5. Modification de la question de recherche

Après analyse des premiers entretiens, la question de recherche initiale (déterminer les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de la douleur neuropathique de la personne âgée) ne semblait pas être la plus adaptée et a donc évolué. En effet, suite aux nouvelles données du terrain et à la démarche d'ouverture propre à la méthodologie qualitative, les premières analyses ont permis l'émergence d'une nouvelle hypothèse après familiarisation, compréhension et interprétation des données. Ainsi, l'enjeu semblait être la manière dont les MG s'interrogeaient et se confrontaient aux douleurs neuropathiques de la personne âgée. L'hypothèse a donc été que les MG se confrontaient chacun différemment à la douleur neuropathique de la personne âgée. Et la question de recherche a été d'explorer la façon dont les MG s'interrogeaient et se confrontaient à la douleur neuropathique de la personne âgée (cf. partie Discussion).

6. Aspects éthiques et réglementaires

L'ensemble des entretiens retranscrits ont été anonymisés. Un consentement oral a été obtenu de chaque participant avant enregistrement audio. Cette étude est hors loi Jardé car elle inclut uniquement des professionnels de santé et n'explore que leurs pratiques professionnelles. Elle est conforme à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Résultats

Parmi les 11 entretiens individuels auprès de MG, le plus court a duré 30 minutes et le plus long 1h42. La durée moyenne était de 1h01 (Tableau 2).

Entretien	Date	H/F	Mode d'exercice	Dép ^t	Années d'exercice	Âge	Durée
M1	20/10/20	H	Cabinet de groupe	94	30	60	38 min
M2	03/11/20	H	Cabinet seul	75	21	53	30 min
M3	04/11/20	F	Remplacement	75	2	29	50 min
M4	27/01/21	H	MSP	77	36	65	1h01
M5	01/02/21	H	Cabinet de groupe	75	31	60	1h04
M6	02/02/21	F	CMS	75	25	57	1h27
M7	03 et 07/02/21	H	MSP	94	6	34	1h42
M8	09/02/21	F	MSP	91	6	33	1h03
M9	11/02/21	F	MSP	77	12	42	49 min
M10	12/02/21	F	MSP	94	21	55	1h03
M11	02 et 16/03/21	F	Cabinet de groupe	75	32	62	1h01

CMS : Centre municipal de santé ; MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; Dép^t : Département d'exercice ; âge en années

Tableau 2 : Caractéristiques des MG inclus avec durée d'entretien

Au fil des entretiens et des analyses, la question de recherche initiale qui était de déterminer les difficultés des médecins généralistes à reconnaître et à prendre en charge une douleur neuropathique s'est transformée. En effet, cette question ne semblait pas être un élément primordial chez les MG. En revanche, chacun se confrontait à la neuropathie de la personne âgée avec singularité, en fonction de quatre thèmes reflétant leur pratique et leur vision :

- Se confronter à son métier de MG
- Se confronter à la personne âgée
- Se confronter à la douleur chronique
- Se confronter à la douleur neuropathique

Le terme « se confronter » a été choisi pour refléter l'étendue et la variabilité des profils de MG dans leur pratique dans chaque thème.

Par ailleurs, il était schématiquement possible de dresser des profils de MG dans la prise en charge de la douleur neuropathique de la personne âgée. Ces profils sont détaillés dans la discussion.

1. Se confronter à son métier de MG

Les entretiens ont montré que les MG se confrontent à la douleur neuropathique de la personne âgée en fonction de leur manière singulière de pratiquer la médecine. Certains aspects de la pratique de la médecine des différents MG apparaissaient intéressants à relever.

1.1. Investissement dans le métier de MG

La plupart des médecins se décrivent comme **investis** dans leur métier. Leur façon de s'investir dans le métier peut se retrouver dans la démarche de **se trouver une identité** qui peut être inspirée du **modèle traditionnel de médecin de famille**, connotant un important degré d'investissement.

« ça me paraît important que ce soit un modèle traditionnel de médecin de famille qui écoute et qui soit toujours le plus souvent le même » (M5)

« le modèle que j'avais c'était mon médecin généraliste de quand j'étais petite et j'avais envie d'être docteur comme lui » (M10)

D'autres identités peuvent également décrire l'investissement dans le métier. Un des MG se trouve dans un rôle de coordination, un autre est syndicalisé afin de revendiquer une meilleure reconnaissance, alors qu'un autre propose de réaliser un suivi pour des motifs pouvant relever d'un suivi spécialisé.

« on doit être au courant de tout, on n'est pas très investi parfois par certaines personnes dans ce rôle de coordination que ce soit par les spécialistes, par l'hôpital, ou par la famille des fois. » (M7)

« moi je suis syndicalisée aussi, on essaie de lutter pour créer ce qu'on appelle la consultation complexe, que la consultation complexe soit mieux rémunérée que 25€. » (M11)

« je suis les grains de beauté, car quand les gens viennent pour leurs grains de beauté ils mettent 6 mois pour avoir un rendez-vous avec leur dermato » (M8)

Il en découle que l'investissement peut se traduire par une volonté de **pallier à un manque** ressenti dans le système de soins, où le MG peut se sentir seul dans le suivi du patient.

« c'est un peu la gestion, souvent seul, parce que les spécialistes répondent assez peu » (M7)

*« parce que même le réseau **** qui le suivait avec moi, qui est un réseau de coordination de soins palliatifs, avait rejeté le patient » (M11)*

Un discours **revendicatif** peut se manifester chez certains. Il peut s'agir d'une revendication de pratique de prescription traduisant l'implication ou bien d'une volonté de formation continue, traduisant la volonté de s'investir. Les deux citations suivantes laissent transparaître la volonté de **se démarquer** par rapport à d'autres médecins.

« Je trouve que moi ça fait très longtemps que je travaille la créatininémie et la clairance donc ça fait très longtemps que je ne prescris plus d'AINS » (M1)

« j'ai jamais voulu devenir ce genre de médecins qui se cantonne à ce qu'il sait et qui se forme pas » (M8)

Les raisons de cet investissement peuvent se trouver dans **l'émotion** éprouvée dans l'exercice du métier de MG. Effectivement, certains MG peuvent ressentir un sentiment positif **d'accomplissement personnel** dans l'exercice de leur tâche.

« Et ben dans ma médecine générale, dans la façon dont je travaille, c'est quelque chose d'extrêmement intense, c'est un travail qui nécessite une grande concentration, c'est extrêmement valorisant » (M7)

« Voilà donc mon activité de MG c'est quelque chose que j'ai finalement découvert au fur et à mesure, ça a été une grande richesse » (M4)

L'autre facette de l'investissement est l'épuisement. En effet, l'investissement important peut également engendrer un **déséquilibre** entre vie personnelle et professionnelle, et faire émerger des difficultés dans la vie personnelle des médecins.

« mon travail c'est un peu toute ma vie quoi. A côté c'est beaucoup de difficulté, c'est un grand vide et une grande difficulté » (M4)

« En fait je suis 100%, j'arrive même pas à regarder un texto qui arriverait pour me demander une info microscopique de ma femme et pourtant je dois réussir entre 2 patients où je suis 40 min de retard, à recueillir des informations, retrouver le temps en urgence d'appeler » (M7)

1.2. Accorder une place aux personnes âgées dans sa pratique

Le MG a plus ou moins d'aisance face aux personnes âgées en fonction de la place qu'il accorde à ces derniers dans sa pratique.

Quelques MG accordent une place à la personne âgée en réalisant des **déplacements**, visites à domicile ou visites en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La **récurrence** de cette activité reflète une manière de concevoir son métier de MG. Cela se retrouve dans le fait qu'un des médecins a des habitudes avec l'équipe soignante de l'EHPAD ou qu'un autre s'équipe de matériel informatique spécialement pour assurer ses besoins lors des visites à domicile.

« en EHPAD comme tu sais, ça nécessite également d'inclure les infirmières, discuter des transmissions et des prise en charge » (M1)

« Puisque en fait je vais au domicile avec. Et donc en fait j'ai l'intégralité de ma base patient, de l'historique, et de la base internet aussi. Et aussi avec une imprimante » (M7)

D'autres en revanche cherchent à limiter leur patientèle âgée, dans le but de **maintenir une qualité de soins**.

« Le nombre que j'ai, qui doit correspondre à une trentaine, me prend beaucoup de temps » (M5)

« voilà je suis limite, parce que je n'arriverai pas à gérer toute cette coordination avec le double de patient. » (M7)

L'organisation des consultations avec les personnes âgées reflète également la place qui leur est accordée dans la pratique médicale des MG. Cela peut prendre la forme d'allongement de durée de consultation ou d'une fragmentation des consultations.

« Les personnes âgées polypathologiques de base, quand je sais qu'ils consultent, je bloque 40 minutes » (M7)

« sur certaines fiches patient, il y a en astérisque *RDV long* et, dans ce cas-là, les secrétaires me les mettent toujours avant une absence ce qui fait que j'ai une absence derrière donc ça fait 40 minutes, ou alors je traite le problème d'une manière séquentielle, donc ça va être 20 minutes mais ça peut faire 3 fois 20 minutes en 15 jours » (M5)

Une **gestion informatisée et maîtrisée** du dossier médical semble être un moyen essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients âgés.

« j'ai mon dossier à jour, à chaque fois je fais des résumés de mes traitements, des synthèses dossier d'antécédent, ça permet de remettre à jour la synthèse pour vérifier que tous les médicaments sont bien compatibles » (M2)

« Donc un dossier qui est déjà entre guillemet « pré rempli » ou alors bien fait, ça, ça fait gagner du temps. » (M5)

1.3. Avoir une vision tenant compte du patient

Pour les MG, le patient est l'élément central des soins. Ainsi, réussir à **tenir compte du patient** dans la pratique médicale permet de mieux l'appréhender. Pour ce faire, certains MG cherchent à travailler avec le patient en fonction de son **point de vue pour répondre à sa problématique**.

« je fais un bilan de consultation centré patient en fonction de sa demande, et pas de mes représentations » (M1)

Le patient est parfois considéré comme central au point que le MG le considère comme **acteur indispensable de sa prise en charge**, ayant un rôle à jouer pour se soigner.

« Ça m'est arrivé de dire à une personne que si on faisait pas équipe, que j'aurais pas la force, moi, de l'accompagner » (M5)

« et quand ils savent ce qu'ils ont, ben ils gèrent mieux » (M6)

Cela passe aussi par la nécessaire **création d'une alliance thérapeutique** avec le patient. Par exemple, cette alliance thérapeutique transparait lorsque certains médecins femmes arrivent à aborder des sujets délicats avec leur patient comme la dysfonction érectile. Elle se manifeste également lorsque le patient peut se confier totalement à son médecin comme on pourrait se confier à un journal intime.

« je peux avoir des personnes hommes, toute catégorie ethnique, qui au début n'osent pas me parler, mais qui au bout d'un certain temps, une fois qu'on se connaît, me parlent de leur dysfonctionnement érectile » (M6)

« Pour moi c'est un peu ça le docteur, c'est comme un journal intime quoi. » (M8)

Cette confiance ne s'obtient qu'après un indispensable travail relationnel avec le patient, résumée par l'expression « **écouter les bleus de l'âme** », ou également « **suffit pas d'écouter, c'est important d'entendre** »

« J'estime qu'on fait beaucoup de bobologie, alors la bobologie c'est les petits bobos bien sûr et l'écoute des bleus de l'âme. Et ça j'ai compris que c'était un domaine passionnant. Je me suis passionné un moment pour une écoute plus attentive » (M4)

« je pense que pour les deux, il y a une rencontre hein. Suffit pas d'écouter, c'est important d'entendre. Et entendre ça veut dire une connaissance probablement un peu plus intime que simplement écouter une plainte » (M5)

Enfin, tenir compte du patient, c'est également lui **montrer du respect**, en tant que patient et individu. Certains médecins le démontrent en faisant en sorte de lui accorder suffisamment de temps, et cette volonté de respecter le patient peut même être sacralisée et inscrite dans un règlement intérieur.

« mon patient à moi il est important, et chaque patient est unique. Et qu'il faut que je m'occupe en fait, il mérite mon attention » (M6)

« c'est écrit dans notre règlement intérieur qu'on n'a pas le droit de faire des consults' de moins de 20 minutes » (M8)

1.4. Le travail avec les autres intervenants

L'exercice de la médecine générale se fait avec de **multiples intervenants**, qui sont sollicités en fonction des besoins du patient, notamment lorsque le patient est une personne âgée présentant une douleur neuropathique. L'ensemble des MG travaillent donc avec d'autres **professionnels de santé** et leur façon de concevoir ce travail reflète toute une diversité de pratique médicale. Quand il s'agit de professionnels de santé non médicaux, ce travail est globalement plus facile car piloté par le MG qui fait office de **chef d'orchestre**, c'est-à-dire de

personne référente qui arrive à solliciter les intervenants nécessaires en fonction des besoins identifiés.

« j'essaie d'identifier les points de fragilisation et sur le plan fonctionnel, nutritionnel, cognitif, administratif, et après de mettre en place le tissu de soutien » (M5)

« il faut faire une alliance multiple avec les autres soignants c'est-à-dire les infirmières, les kinés, parfois les psychologues » (M1)

En revanche, le travail avec d'autres professionnels médicaux peut amener à une confrontation des points de vue qui est source de tension, reflet des **divergences**.

« je vais être un peu en opposition, pas franche, je vais être un peu en galère, je vais devoir assumer des décisions avec lesquelles je suis pas d'accord avec le spécialiste » (M7)

Mais la confrontation peut également aboutir à une **coopération, voire à une collaboration constructive**, notamment lorsque les professionnels exercent dans une même structure de soins.

« partager les difficultés de certains patients avec les autres professionnels de santé pour voir un peu leur éclairage et comment ils peuvent nous donner d'autres idées » (M10)

« On est une équipe avec qui on s'entend, parfois on se croise dans les couloirs « au fait je voulais te dire t'as vu mon patient ? Et t'en penses quoi ? » » (M6)

Ce travail coordonné peut concerner également la **famille**. Plus un MG a la volonté de travailler en coordination, plus il va avoir de **facilité à dialoguer avec la famille**.

« il faut intéresser la famille quand ils autorisent à appeler la famille » (M1)

« La famille, oui elle intervient beaucoup, après il faut pas hésiter à les contacter » (M3)

L'exercice en **cabinet isolé** semble être corrélé à une moindre appétence au travail coordonné avec d'autres professionnels de santé, ce qui se traduit par un moindre investissement dans les relations professionnelles. Cela se traduit par un certain **détachement** dans la mention du personnel infirmier par exemple.

« il y a des infirmières dans le quartier qui font souvent la tournée et connaît nos patient et puis s'assure de passages réguliers... c'est personne dépendant » (M2)

1.5. Mobiliser des ressources

Chaque médecin **mobilise des ressources** à sa manière pour pratiquer son métier. Le terme ressource est très large et permet de désigner tout élément concourant à améliorer la pratique médicale. On peut définir des ressources médicales et non médicales.

L'ensemble des médecins reconnaît par exemple l'utilité de la **formation médicale**, qui reste un élément primordial. La poursuite de la formation est réalisée de façon très active, car elle est considérée comme essentielle pour améliorer sa pratique.

« j'ai une propension à aller chercher l'information d'une manière assez intuitive et à me former quand il y a des choses que je ne connais pas » (M8)

Cette volonté de s'améliorer peut également prendre la forme **d'échanges entre pairs**, considérés comme plus à même d'être appliqués à une pratique réelle.

« le balint ça nous aide beaucoup quand on se retrouve avec des difficultés relationnelles, mais en fait y'a toujours une solution » (M8)

« c'était en présentiel sur 2 jours, donc on déjeunait, on petit-déjeunait avec les médecins et on discutait quoi » (M11)

Si tous reconnaissent l'utilité de la formation, un des médecins favorise parfois **la réalité du terrain** aux théories apprises lors de formations, reflétant la complémentarité de la pratique à la formation théorique.

« Je dois dire que j'ai un peu de difficulté avec les cadres, les cadres qu'on peut nous imposer, j'avoue que j'arrive pas à avoir toujours la théorie que j'ai appris dans les séminaires divers et variés que j'ai suivis. J'essaye d'écouter des gens, j'allais dire simplement, sans forcément plaquer quelque chose ou un cadre la dessus » (M4)

Savoir prendre du recul par rapport à sa pratique est également un élément important pour l'améliorer. Globalement, cela passe souvent par l'acquisition d'une **expérience dans le métier** de médecin. Ce recul permet aussi de se préserver d'un point de vue personnel.

« Bon c'est sûr que je suis un peu plus lucide sur ce que je fais, et bon la lucidité empêche sans doute les élans du cœur, comment dire ça... les actions qui sont quelques fois néfastes : trop s'engager, ne pas garder ses distances » (M4)

« Je pense que si on a un côté un peu perfectionniste faut être vigilant à pas vivre un sentiment d'impuissance, de bien faire la différence entre la part qu'on peut apporter et puis la prise en charge qu'il faudrait dans la globalité et qu'on peut pas assumer » (M5)

Enfin, des ressources hors du champ médical peuvent être un atout dans la pratique de la médecine générale, comme le fait de pouvoir **parler plusieurs langues**, ce qui favorise l'accès aux soins et en permet une meilleure adhésion.

« Maintenant comme ils savent que je parle leur langue, ils viennent eux même » (M6)

Les MG ont des pratiques très variées, et chaque pratique reflète la perception que le MG a de son rôle. L'investissement des MG dans leur métier peut être intense et se traduire par le fait d'affirmer et revendiquer son rôle, avec un sentiment de valorisation mais pouvant aller jusqu'à un déséquilibre personnel.

Les MG ont intégré la personne âgée dans leur pratique sous plusieurs formes (adaptation de durée de consultations, visites, équipement informatique, maîtrise du logiciel), reflétant leur capacité à gérer la personne âgée. Si tous les MG ont une pratique tournée *a minima* vers le patient, certains le revendiquent davantage en ayant une approche centrée autour des représentations du patient et en valorisant son rôle dans sa prise en charge.

L'écoute et l'attention apportées au patient traduisent la vision que les MG ont de leur rôle. L'interaction avec les autres intervenants est variable, et reflète la vision que le MG a du travail collaboratif en fonction de l'intervenant. Enfin, chaque MG mobilise des ressources personnelles dans leur pratique, pouvant être l'expérience comme la formation médicale continue.

2. Se confronter à la personne âgée

Les MG ont chacun leur vision et leur conception de la personne âgée, influençant leur manière de se confronter à la douleur neuropathique dans cette population. Si les MG peuvent partager une vision commune sur certains points, il en est d'autres où leur vision peut différer.

2.1. La personne âgée, une complexité perçue par les MG

Tous les MG voient les personnes âgées comme étant des patients **fragiles**, présentant plusieurs problématiques et à risque d'instabilité. Tous ont aisément identifié que la personne âgée était **polypathologique**. Chez le patient fragile, ces pathologies s'intègrent dans différents champs (bio-médical, psycho-relational, socio-environnemental), ainsi que dans leur interaction, définissant la notion de complexité.

Chez la personne âgée, les MG sont confrontés à des problématiques s'intégrant dans les champs bio-médicaux ou socio-environnementaux, mais aussi et surtout dans l'interaction entre ces deux champs, à savoir la **complexité médico-sociale**. De fait, cette complexité est intégrée par la très grande majorité des MG, ne serait-ce que dans leur définition de la personne âgée. Une personne ayant des problématiques bio-médicales, par exemple présence de comorbidités ou de douleur chronique, peut conduire à des problématiques socio-environnementales telle qu'une diminution de la réserve fonctionnelle avec altération de l'autonomie.

« plus on a mal plus on est fatigué, plus on va être fatigué plus on va avoir mal, plus on se déconditionne. C'est des personnes quand elles ont passé 15 jours au fauteuil ça y est elles sont déconditionnées. » (M5)

« La chute avec la perte d'autonomie avec l'ostéoarticulaire, beaucoup, beaucoup la chute, beaucoup de douleur de raideur, arthrosique » (M1)

Sur le plan thérapeutique, en plus d'adapter le traitement bio-médical à la personne âgée, les MG font attention à l'aspect psycho-relationnel de la relation avec leur patient, en cherchant énormément à accompagner et à rassurer dans le cadre d'une approche **médico-psychologique**. En effet, les MG ont bien cerné que les problématiques douloureuses peuvent prendre base sur un terrain psychologique vulnérable, et qu'il faut soigner ces douleurs en y apportant une dimension psycho-relationnelle. D'autres MG traduisent cette approche médico-psychologique par des rituels de consultation qui vont apporter autant d'un point de vue bio-médical que psycho-relationnel.

« il y a beaucoup de dépression, des trucs anxiogène, et tout ça, et qui effectivement peut accentuer ce côté douloureux puisque le patient somatise » (M6)

« Je pense que dans la douleur, les médicaments contre la douleur sont des médicaments avec beaucoup d'effets secondaires en général. Il faut que le patient puisse l'exprimer, soit soutenu et rassuré... » (M5)

« se rapprocher d'eux, leur prendre le bras ou la main, avec le tensiomètre, ça fait partie des rituels dont je parlais » (M4)

La personne âgée se présente également avec une complexité **psycho-sociale**, mêlant les problématiques psycho-relationnelles aux problématiques socio-environnementales. Les conditions et l'environnement de vie du patient sont explorés par le MG, qui cherche à en évaluer le retentissement psychologique. Cette préoccupation peut, entre autre, se traduire par une attention particulière apportée aux patients les plus isolés.

« C'est une dame qui est obèse, qui pour moi est une personne âgée dans le sens où elle a beaucoup de problèmes psycho-sociaux. 'Fin voilà, elle a fait des formations pour retrouver un travail à plus de 60 ans chez une dame qui trouve pas de stage pour compléter sa formation. Donc bah qui peut pas être payé parce qu'elle trouve pas de stage donc elle est en demande d'arrêt de travail. Enfin voilà c'est compliqué » (M8)

« ça m'arrive de temps en temps, quand j'ai le temps, d'appeler telle ou telle personne pour savoir comment ils vont, parce que ça fait longtemps que j'ai pas de ses nouvelles » (M6)

Les personnes âgées peuvent par ailleurs présenter des problématiques de troubles cognitifs avancés, c'est pourquoi deux MG mentionne la **démence** et les conséquences associées comme les troubles de communication. Le fait que seuls deux des MG évoque cette problématique de démence peut faire supposer qu'il s'agit d'une problématique **peu rencontrée** en médecine générale ou alors que les **MG sont moins sensibilisés** à cette problématique dans cette population.

« si on fait des visite à domicile chez des personnes qui peuvent pas se déplacer, ou des personnes démentes, il faut pas hésiter à voir le comportement quoi, le faciès » (M3)

« Les limites c'est vraiment les maladies neurologiques, dégénératives, nous on est encore démunis » (M2)

2.2. Se sentir valorisé en jouant un rôle important vis-à-vis de la personne âgée

Enfin, bien que l'ensemble des médecins partagent une vision commune de la complexité de la personne âgée et de la particularité des soins à apporter, la façon dont ils endossent leur rôle vis-à-vis de la personne âgée peut différer. Certains MG assurent la personne âgée de leur présence à leur côté afin de jouer le rôle de **point de repère**. D'autres assument ce rôle de point de repère en se comparant à un journal intime, qui reste toujours présent.

« je pense que ça les réassure, plus que la réassurance, qu'ils sachent que moi je suis là à assurer derrière. » (M7)

« Pour moi c'est un peu ça le docteur, c'est comme un journal intime quoi. » (M8)

Parfois, le MG peut se sentir très investi dans les soins aux personnes âgées, et cela se manifeste par un MG qui se permet de **sortir des cadres** et faire des actions qu'il ne ferait pas avec d'autres patients, dans l'intérêt du patient. Certains médecins se rendent extrêmement disponibles pour leur patient âgé.

« Quand elle a un problème, elle m'appelle et je la reçois toujours... » (M6)

Cela peut même aller jusqu'à contourner des règles de prescription de médicaments non substituables afin de faciliter les prises médicamenteuses des personnes âgées.

« je m'en fiche pour la sécu, même s'ils veulent me taper sur les doigts, je mets CIF [contre-indication formelle] et non substituable » (M6)

Un autre médecin sort des cadres en s'autorisant une plus grande proximité et en se permettant des gestes.

« je vais peut-être avoir un peu moins psychorigide, et parfois il m'arrive de toucher l'épaule d'une vieille pour masser son supra épineux » (M1)

Jouer de tels rôles en tant que MG auprès de la personne âgée peut refléter la façon dont certains appréhendent **leur propre vieillissement**. En effet, la question du vieillissement du médecin interrogé n'étant pas aisée, les paroles spontanément prononcées ne sont que d'autant plus porteuses de sens. Et il en ressort qu'un médecin qui se projette sur son vieillissement se projette également sur ses attentes futures, ce qui lui permet de mieux concevoir le **rôle valorisant qu'ils peuvent actuellement jouer**.

« j'ai beaucoup de respect pour les vieux, et le fait que j'ai du respect - je sais que je serai vieux un jour - m'incite à être attentif à leur mots ou maux dans les 2 sens » (M1)

« La perte d'autonomie avec l'isolement c'est... On peut l'imaginer plus jeune, mais quand on touche cette réalité, c'est métaphysiquement « différent » » (M8)

2.3. La personne âgée source de frustration pour le MG

Certains MG éprouvent des difficultés de toutes sortes lorsqu'ils prennent en charge des personnes âgées. Certaines de ces difficultés prennent racine dans le choix de la personne âgée de ne pas adhérer à ce que le MG souhaiterait, ce qui rend ce dernier démuni, et peut provoquer un sentiment de **frustration**. Par exemple certaines personnes âgées restent attachées à leur ancien traitement par habitude et ne souhaitent pas changer malgré les injonctions du MG.

« en plus, ils ont leurs habitudes, alors ça, c'est ouais, voilà, ça c'est indécrottable » (M9)

Parfois ça peut être **l'absence de travail psychologique** de la personne âgée sur elle-même.

« sans remise en question c'est très difficile de s'ouvrir à autre chose, or la solution passe par s'ouvrir à autre chose, et ça c'est.... C'est très difficile à cet âge-là » (M5)

Et dans certains cas, il existe une **non-adhésion** de la personne âgée aux propositions thérapeutiques des médecins.

« Donc y'avait la problématique un peu de la dame qui voulait pas avoir d'aide à domicile et qui voulait être toute seule à la maison et qui faisait n'importe quoi avec son traitement et bien sûr qui voulait pas aller en maison de retraite » (M3)

« j'avais adressé au rhumatologue encore une fois et elle a toujours refusé toutes les prises en charge. Y'avait même le chirurgien qui avait proposé de l'opérer pour la soulager mais en fait elle veut rien » (M9)

Enfin, la frustration peut également venir de facteurs externes à la personne âgée. Le MG peut être frustré de ne **pas réussir à répondre aux besoins** des personnes âgées, par **manque de reconnaissance du système** de soins alors qu'il réalise des consultations avec des patients âgés qui sont plus chronophages.

« c'est difficile pour un MG d'accueillir quelqu'un de 85 ans parkinsonien qui a eu un AVC, sans l'avoir connu un petit peu avant, l'accueillir dans son... Et ça il faut que l'Assurance Maladie comprenne ça et il faut qu'ils nous soutiennent au moins financièrement » (M11)

2.4. Être dépassé par la personne âgée

Le patient âgé est un patient complexe, avec de multiples problématiques qui peuvent être plus ou moins difficiles à traiter. Parfois, le MG arrive à jouer un rôle important, parfois il peut se sentir frustré face à certaines difficultés, et il arrive également qu'il puisse se sentir **dépassé**, tellement la personne âgée peut présenter de **problématiques**.

« quand c'est des gens âgés à un moment, on sait plus quoi faire quoi quand y'a vraiment des polyopathologies ou des insuffisances organes qui sont là » (M9)

Cela arrive notamment lorsque le médecin est **moins confronté à des personnes âgées**. L'un des médecins venant de changer de ville d'exercice et de rejoindre une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a été confronté à un changement dans sa patientèle, devenue plus âgée et comorbide.

« Là je me rends compte en arrivant à (ville) où ils font pas mal d'EHPAD, où ils font beaucoup de patients polymorbides et âgés etc., où je me rends compte que j'ai pas mal de lacunes et de trucs que j'ai pas pratiqué » (M10)

A ce moment, le MG cherche des recours, et peut notamment faire appel à des spécialistes. Ce **recours à des spécialistes** d'organe ou à des gériatres pour prendre en charge la personne âgée peut refléter le fait que le MG se sent **moins à l'aise** dans sa prise en charge et cherche à être suppléé.

« c'est vraiment une priorité qui soit qu'ils soient pris en charge, quand ils ont des pathologies évidemment, qu'ils soient pris en charge par des gens spécialisés, enfin gériatre ou dans leur pathologie, s'ils ont vraiment une pathologie particulière » (M9)

Le recours peut passer par une sollicitation de la **famille** qui peut y jouer un rôle important. Le rôle de la famille est globalement vu d'une manière d'autant plus **salvatrice** que le MG est moins exposé aux problématiques de la personne âgée. Cela se retrouve dans les entretiens par le fait que les MG ne mentionnent le rôle de la famille que d'une manière très positive. Dans le cas de la personne âgée dépendante, la présence familiale apparaît nécessaire et indispensable.

« elle est assez centrale parce que dès qu'il y a une dépendance, si il n'y a pas de famille, c'est la cata en gros » (M10)

« La famille oui elle intervient beaucoup, après il faut pas hésiter à les contacter si on a du mal à faire passer un argument, hop on appelle la famille » (M3)

Toutefois, notamment chez les médecins moins en difficulté face à la personne âgée, il arrive qu'ils constatent que la **famille** soit **dépassée** par les problématiques de la personne âgée et ne remplisse pas son rôle d'aidant. La famille peut présenter des éléments **d'agressivité envers le médecin**, en lien avec la souffrance occasionnée par certaines situations.

« C'est ambivalent, des fois j'allais dire la pauvre fille est le bâton de vieillesse d'un de ses « parents », c'est-à-dire que la faiblesse est forte hein. Les enfants sont... accaparés [...] Souvent la famille est très revendicatrice. Etant « en souffrance » elle-même dans la prise en charge, elle voudrait que le médecin soit disponible, qu'il règle les choses, plus que qu'il ne peut le faire » (M5)

La famille de la personne âgée peut également **se désinvestir** de son parent, ce qui demande au MG de faire un effort pour la solliciter.

« C'est pas facile la famille, je téléphone souvent aux enfants et y'a des fils par rapport à leur mère qui me rappellent pas, qui ne souhaitent pas du tout prendre en charge leur mère, ni qu'on les alerte » (M1)

Tous les MG ont intégré la notion de fragilité, de polyopathie et de complexité inhérente à la personne âgée. Toutefois, le vécu de la prise en charge de la personne âgée peut se révéler différent selon les MG.

Certains semblent pouvoir jouer un rôle valorisant et important en étant un repère ou en sortant des cadres. D'autres se retrouvent frustrés face à certaines contraintes liées aux réticences de la personne âgée à adhérer au plan de soin, ou face à un manque de reconnaissance du système de soins.

Enfin le MG peut avoir la sensation d'être dépassé, notamment lorsqu'il est peu habitué à se confronter à la personne âgée et sa complexité. Il est alors amené à compter davantage sur d'autres intervenants comme la famille, qui peut également présenter des difficultés.

3. Se confronter à la douleur chronique

Aborder la question de la douleur neuropathique aboutit à discuter de la douleur chronique. La prise en charge de la douleur chronique par les MG et leur façon de s'y confronter va renseigner sur leur façon d'aborder la douleur neuropathique du sujet âgé.

Lorsque le sujet de la douleur chronique est évoqué, certains MG cherchent à distinguer la douleur physique de la **souffrance psychique** qui ne résulte pas d'un stimulus douloureux

initialement. Cette distinction traduit la **sensibilisation** des médecins à la souffrance psychique dans le cadre de la douleur chronique.

« il me semble que les afférences psychologiques et la souffrance cumulées sont déterminantes hein, dans la douleur » (M5)

« c'est quelque chose qui m'était cher de prendre soin des gens qui souffrent, quel que soit d'ailleurs la souffrance, psychologique autant que physique » (M9)

Cette souffrance psychique peut être liée notamment à des événements de vie.

« Mais bon c'est sûr que la solitude ou la fin d'activité professionnelle les laisse quelques fois un peu perplexes, et ça peut être une souffrance » (M4)

Ou à des états pathologiques.

« La douleur organique [...] chez la personne âgée [...] est liée aussi aux troubles de l'humeur donc tout s'entremêle un petit peu » (M5)

Les MG considèrent même que la souffrance psychique peut entraîner des douleurs physiques dans le cadre de la **somatisation**, ce qui traduit encore plus l'**importance** que peuvent donner les médecins à la **part psychique** dans la douleur chronique.

« Sachant que les douleurs psychologiques peuvent entraîner des douleurs physiques puisqu'il y a une somatisation » (M6)

« je l'ai amené à me raconter un peu son histoire, et très très vite elle faisait le lien elle-même toute seule entre du stress, de l'anxiété et ses paresthésies. Et en fait j'ai complètement foncé dedans » (M7)

Plus que la part de souffrance psychique dans la douleur chronique, certains considèrent également le **contexte psycho-social** dans lequel s'inscrit la douleur chronique.

« c'est pas juste la gonarthrose de la dame, c'est aussi bah tout son environnement autour, comment elle va vivre ses douleurs, comment ça va la gêner au quotidien... » (M8)

C'est pourquoi les MG cherchent à **accompagner** le patient dans une dimension psychosociale, en cherchant par exemple à le rassurer, ou en tenant compte du contexte social. Un des médecins, conscient de la situation socio-familio-économique très difficile d'une patiente douloureuse chronique, réalise les soins en considérant la réalité sociale de sa patiente.

« Je lui fais pas payer la consult à sa mère parce qu'elle a toujours pas de sécu » (M8)

Et l'accompagnement psychologique, la réassurance prend parfois la forme d'une écoute, d'une **psychothérapie**.

« mais en fait quand il sort, en général son truc c'est « bah merci de m'avoir écouté » » (M10)

« Et je lui ai dit, vous avez le droit de venir sans avoir de motif, juste pour discuter, pour parler de vos angoisses s'il y en a et en fait depuis elle revient, mais elle a plus ce problème et en fait ça a pris du temps » (M8)

L'accompagnement psychologique du patient douloureux chronique peut faire intervenir **l'effet placebo**, qui peut être utilisée de façon consciente par les MG, reflétant de nouveau l'importance accordée par les médecins au champ psycho-relationnel dans la douleur chronique.

« L'effet placebo c'est aussi quelque chose d'important. On l'utilise de façon involontaire quelques fois mais c'est quand même important » (M4)

Globalement, dans la prise en charge de la douleur, les MG cherchent à **désinvestir le médicament** surtout quand la douleur est chronique.

« finalement sur du chronique, on n'a jamais réussi finalement à lui donner des traitements qui la soulageait suffisamment » (M8)

« Bah les médicaments sont rarement la solution au long cours or la plupart c'est des problématiques au long cours » (M7)

Ce qui se reflète par la volonté de **réduire** le nombre de médicaments antalgiques, qui doivent être nettoyés tels des déchets.

« moi je trouve qu'elle en a très nettement moins qu'au début quand je l'avais rencontrée, et on a fait du bon nettoyage » (M7)

En effet, l'utilisation de médicaments de façon chronique n'étant pas anodine, certains MG tiennent compte de certains risques spécifiques aux antalgiques, comme le risque de dépendance et d'addiction. Cela montre qu'ils prennent des décisions en **tenant compte de la balance bénéfice risque** de la thérapeutique envisagée.

« Je veux dire que ça me gêne un peu de mettre tout ça mais bon, ça a été « validé » entre guillemet par des experts de la consultation de douleur chronique » (M4)

« on va avoir un peu moins peur de lui donner soit des hypnotiques, soit effectivement un morphinique la nuit parce que effectivement on va plus penser à son confort à très court terme » (M11)

En plus de l'accompagnement, désinvestir le médicament peut se manifester par la proposition d'autres types de thérapies, comme de la **rééducation ou de l'activité physique**.

« le kiné peut parfois l'améliorer, mais globalement c'est le vélo qui lui fait du bien donc il fait du vélo » (M1)

D'autres se concentrent sur **l'hygiène de vie**.

« Mais je suis sûr qu'avec la nutrition, avec l'activité physique, avec le fait d'améliorer le sommeil par exemple, ça peut changer la donne quoi » (M9)

Et enfin, certains MG conseillent des techniques comme la **relaxation ou l'hypnose** dans le but de mieux vivre la douleur.

« en aidant votre mental à être plus détendu, à être moins centré sur douleur etc., ça pourrait peut-être aider, donc relaxation, les choses comme ça » (M10)

« en réévaluant, en changeant de thérapeutique ça fonctionne pas, je vais assez volontiers proposer de l'hypnose par exemple. » (M8)

« C'est un médecin généraliste qui prend plus de nouveau patient en médecin généraliste, mais qui fait des séances d'hypnose alors je lui adresse de plus en plus de monde, et j'ai des retours extraordinaires » (M9)

Cette volonté de désescalade médicamenteuse peut amener certains médecins à avoir recours à de la **médecine non conventionnelle**. Cela peut être de l'homéopathie, l'utilisation de compléments alimentaires, ou bien de l'acupuncture.

« A un moment donné, l'homéopathie était remboursée, donc lapagophytum, tout ce qui est par plantes, qui sont des antiinflammatoires naturels donc ça soulage... » (M6)

« j'ai quelques fois essayé d'utiliser les compléments alimentaires, des produits dont l'efficacité n'a pas été démontrée en double aveugle contre placebo » (M4)

« je lui ai redonné l'adresse d'un acupuncteur qui s'occupe beaucoup de patients qui ont des douleurs neuropathiques » (M11)

Le recours à ces médecines non conventionnelles peut être de l'initiative du patient. Même si le MG ne l'approuve pas, il peut montrer de la compréhension et ne s'y oppose pas de front, ce qui souligne la **potentielle difficulté** sous-jacente dans le traitement de la douleur chronique avec les thérapeutiques « conventionnelles ».

« il y a tous les autres qui viennent interférer un peu là-dedans avec des pratiques plus ou moins non seulement valides, mais aussi plus ou moins sincères autour de « guérisseur » entre guillemets quoi. Parce que je comprends bien que quelqu'un qui a mal et qu'on n'arrive pas à soulager, il essaye quoi, des trucs. » (M10)

L'inadéquation entre la volonté de soulager la douleur chronique et la difficulté à le faire peut aboutir à ce que le MG se sente en échec dans sa prise en charge. Cela traduit le fait qu'il **n'arrive pas à accepter la chronicité** de la douleur.

« Parfois tu te sens vraiment.... Nuuul ! (sur le ton d'une confession) Parce que t'es habitué, t'es censé pouvoir aider, pouvoir soigner, pouvoir soulager, mais là tu fais quoi, ok tu prescrist

du doliprane® tu prescris des antidouleurs, ok mais quand ils le prennent plus, ben ils ont de nouveau mal ! » (M6)

Le fait que les MG citent principalement l'arthrose comme cause de douleur chronique vient renforcer cette difficulté d'acceptation de la douleur chronique, car l'arthrose ne se guérit pas. « on leur explique ce que c'est l'arthrose, et que malheureusement sur cette planète personne ne peut guérir de l'arthrose » (M6)

Ces douleurs étant difficilement soulagées et le médecin ayant du mal à accepter la chronicisation, elles peuvent être **source de questionnements** pour les MG les plus jeunes.

« comme j'ai pas une grande expérience derrière moi, j'ai pas suivi des personnes sur des années tout ça, mais peut-être que moi si au bout de 10 ans j'ai toujours une personne âgée qui me parle tout le temps de sa douleur et qu'on s'en sort pas, bah effectivement si j'ai plus rien à proposer qu'est-ce que je fais quoi » (M3)

Néanmoins, une majorité de MG réussissent à **accepter la notion de douleur chronique** qui persiste en cessant de chercher le soulagement de la douleur. Certains MG acceptent de jouer un rôle d'**accompagnant**.

« faut accepter de se dire bah écoutez là, aujourd'hui, je peux vous accompagner, je peux vous aider éventuellement à vivre avec, si on se voit, si on en discute, etc., mais j'aurais pas le moyen aujourd'hui de vous enlever cette douleur » (M8)

« je pense que j'ai accepté l'idée que c'était un rôle d'accompagnement dans... Dans le vécu de cette souffrance » (M10)

Et d'autres de jouer un rôle d'**écoute et de surveillance**.

« en fait il s'habitue à ça et il vit à ça et il se plaint à chaque consultation mais quand je vois l'examen il est reproductible il ne s'aggrave pas » (M1)

« C'est un échec pour le patient, pas forcément pour moi, quand je dis échec c'est que le traitement ne fonctionne pas ; faut pas se lasser de les écouter quoi » (M4)

Certains médecins éprouvent moins de difficulté face à la chronicité de la douleur quand ils ont conscience que leur métier demande un certain **travail sur la durée**. Cela se reflète lorsque l'un des médecins critique le besoin d'immédiateté des patients.

« le besoin d'immédiateté d'un résultat, l'absence de capacité du patient de lui-même à accepter de cheminer son raisonnement, d'accrocher son raisonnement, ça c'est ce qui est très pénible quelques fois en MG » (M11)

Concernant la douleur chronique, les MG sont sensibilisés à la souffrance psychique associée. Le retentissement psychosocial est pris en compte pour certains, et se traduit par de l'accompagnement et de la psychothérapie.

Le traitement médicamenteux est désinvesti avec une attention portée à la balance bénéfique risque. Cela se fait au profit de l'activité physique, de mesures hygiéno-diététique ou même de pratiques d'hypnose et de relaxation. Le recours aux thérapies non conventionnelles reflète une difficulté de certains MG à accepter la chronicité de la douleur. Toutefois d'autres MG réussissent à l'accepter, notamment en considérant l'importance d'un travail d'accompagnement sur la durée avec le patient.

4. Se confronter à la douleur neuropathique

Afin de mieux comprendre comment la douleur neuropathique de la personne âgée est appréhendée par les MG, il convient de s'intéresser à la façon dont les MG se confrontent à la douleur neuropathique.

Tout d'abord, au niveau de la prise en charge diagnostique, l'ensemble des MG arrive à conceptualiser et à comprendre la notion de douleur neuropathique en connaissant la sémiologie associée. Cela montre comme attendu que les MG ont de solides **connaissances sur la sémiologie de la douleur neuropathique**. Les termes utilisés par les MG pour décrire les symptômes sont multiples et correspondent à ceux reconnus pour décrire la douleur neuropathique.

« Quelquefois des fourmillements des crampes, des douleurs lors de mouvements, l'intensité est plus ou moins variable. Des douleurs qui ne sont pas déclenchées par une activité quelconque, qui arrivent au décubitus ou n'importe quand, voilà et qui sont pas identifiées mais qui sont un peu bizarroïdes, car les fourmillements sont associés parfois à des pertes de sensibilité, des problèmes parfois de préhension, des crampes, surtout des douleurs dans un membre sans qu'il y ait de case particulière quoi » (M4)

« Par exemple des sensations, comment dire bah soit des fourmillements, des sensations, plutôt fourmillements, décharges électriques plutôt dans ce sens » (M9)

« Ça part d'une sensation de serrement, de brûlure ou de de piqûre, dans un on va dire dans un territoire, dans un chemin » (M10)

Dans le cadre diagnostique, il existe un questionnaire validé dans la littérature pour l'aide au diagnostic de la douleur neuropathique (DN4). Aucun des MG ne le cite spontanément, mais

quelques-uns savent reprendre les items du questionnaire pour l'appliquer dans leur pratique. Ceci peut montrer qu'ils ne **cherchent pas à connaître spécifiquement la littérature**, mais se focalisent sur l'intérêt pratique des éléments du questionnaire en médecine générale.

« Je me rappelle plus du nom mais c'est pareil je vais renseigner, j'ai l'échelle déjà pour évaluer pour l'aide au diagnostic de douleur neuropathique » (M5)

« Ah est ce que j'utilise le DN4... Euh pour les neuropathies pures oui, c'est-à-dire neuropathie diabétique oui je peux le faire. Pour justement poser le diagnostic quand j'hésite un peu sur des douleurs des membres inférieurs où j'ai du mal » (M7)

Aucun des médecins n'affirme connaître précisément de recommandations concernant la douleur neuropathique. Certains tentent de **se trouver une justification** en affirmant qu'il n'y a rien de nouveau, comme s'ils pouvaient se sentir jugés s'il y avait de nouvelles recommandations et qu'ils ne s'y étaient pas intéressés.

« J'essaie de voir si j'ai pas croisé un truc sur ça, mais je me trompe sur ça, non je crois pas que la HAS a fait un truc sur ça, non je crois pas avoir vu passer de truc sur la douleur neuropathique » (M3)

« c'est vrai que je suis content de m'en inspirer, mais en même temps y'a pas tellement de nouvelles recommandations. Il n'y a pas d'innovation tellement de ce point de vue-là » (M11)

Le fait de ne pas connaître les recommandations sur la douleur neuropathique peut traduire le fait que le MG s'y intéresse moins car il ne s'agirait **pas d'une problématique prioritaire**, la douleur neuropathique étant souvent « noyée » dans d'autres problématiques plus handicapantes ou plus importantes sur le plan médical.

« souvent la douleur neuropathique est dominée par d'autres inconforts, par un inconfort du vieillissement, de la baisse de la mobilité, qui domine le tableau par rapport à la douleur neuropathique » (M11)

« Et puis, à un moment, il a commencé à avoir son diabète qui allait moins bien. Donc, d'un seul coup c'était son diabète qui était plus important que ses douleurs, en tout cas sur le plan médical » (M10)

Par exemple, un des MG mentionne à plusieurs reprises les pathologies neurodégénératives pour lesquelles il se sent démuni, contrairement aux douleurs neuropathiques qui était pourtant le sujet de la discussion.

« Les limites c'est vraiment les maladies neurologiques, dégénératives, nous on est encore démunis » (M2)

Une autre raison avancée par un médecin est qu'il ne se sent pas concerné par ces recommandations car elles ont été rédigées par des spécialistes, et qu'elles ne sont donc **pas adaptées** à la pratique de la médecine générale.

« Voilà pourquoi je regarde pas, parce que c'est vieux que c'est écrit par des rhumato et que ça me parle pas. » (M7)

Un des MG assume ne pas connaître précisément les recommandations, mais a conscience de leur existence et affirme que sa pratique est adaptée, ce qui peut faire penser qu'il a **confiance** en sa pratique médicale.

« Je ne pourrai pas les citer non mais j'ai ma pratique » (M5)

Un autre médecin montre qu'il s'est déjà intéressé aux recommandations, et que bien qu'ils ne les connaissent pas en détail, il ne se remet pas en question.

« alors te donner un texte en particulier, là, tout de suite, j'en ai pas. Après je sais que j'en ai dans mon ordi. Mais alors te dire de qui ou comment, je peux pas te dire. Mais oui, il y a des textes sur les douleurs neuropathiques » (M8)

Et de fait, bien que les MG ne connaissent pas les recommandations dans le détail, la grande majorité **les applique déjà en partie** dans leur pratique. Cela se retrouve dans la prescription médicamenteuse. Les MG prescrivent préférentiellement les traitements recommandés en première intention comme les anti-épileptiques gabaminergiques et les antidépresseurs tricycliques et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA).

« En traitement de fond ? Euh non, non, peut-être des antidépresseurs type laroxyl en petite goutte, 5 – 10 gouttes » (M2)

« Et donc le cymbalta® ayant une petite part antidépresseur et aussi antidouleur, ça marche... » (M6)

« je commence par amitriptyline. Et sinon, après, soit le neurontin, soit le lyrica® » (M10)

Tout en cherchant à être le **moins iatrogène** possible, guidant ainsi leur choix de médicament en fonction des effets secondaires des traitements.

« Oui bien sûr qu'il y a des effets indésirables. Tu donnes 5 à 10 gouttes d'amitriptyline t'auras moins d'effets indésirables que le neurontin® ou le lyrica® dont tu me parlais » (M1)

« Vis-à-vis peut être des tricyclique peut être oui, sinon comme je commence toujours par des petites doses... bon, c'est sûr que si y'a un glaucome ou si y'a déjà des signes du bas appareil urinaire chez l'homme... Mais, non, je commence à petite dose en général à moins de contre-indication formelle » (M5)

« Je joue soit sur cymbalta®, soit laroxyl®. Parce qu'il y a des gens qui supportent pas le cymbalta® » (M6)

« Moi : Et qu'est ce qui te fait choisir la pregabaline que l'amitriptyline par exemple ? M7 : Une sensation que ce serait moins... moins d'effets secondaires. » (M7)

Certains effets secondaires sont même parfois utilisés de façon délibérée par les MG, ce qui démontre leur **maitrise** de ces traitements. Par exemple une molécule peut être préférée à une autre pour le côté sédatif qui peut aider le patient souffrant de troubles de sommeil.

« Peut-être quand il y a un côté sédatif que je recherche » (M5)

Ça peut également être le fait d'utiliser un antidépresseur plutôt qu'un anti-épileptique en cas de douleur neuropathique chez un patient déprimé.

« si j'ai un patient qui se présente [...] et probablement des problèmes psychologiques sous-jacents que j'ai pas forcément encore bien définis, bah elle, je vais plutôt m'orienter vers un antidépresseur du coup » (M8)

Au final, la plupart des médecins semblent avoir une pharmacopée liée à leur **habitude de prescription**, avec parfois une méconnaissance de certaines classes thérapeutiques dont l'efficacité serait démontrée comme les antidépresseurs, ou une utilisation de certains médicaments antidépresseurs n'ayant pas démontré d'efficacité pour la douleur neuropathique dans la littérature.

« tu m'as parlé de lyrica®, que tu as tendance à plus utiliser, quels autres traitements sont utilisables ? M9 : Bah plutôt les antiépileptiques, ouais. Bah après des antidouleurs classiques mais on a quand même l'impression que c'est moins efficace quoi » (M9)

« M2 : Miansérine® c'est quand il y a une composante de dépression on garde la miansérine®, le soir, ça va assurer leur sommeil et en même temps réduire les symptômes dépressifs... Moi : D'accord et sur les douleurs, est ce que vous trouvez que ça a un effet ? M2 : Ah oui oui, j'ai des bons retours » (M2)

Ces habitudes de prescription peuvent être **anciennes**, liées à des formations réalisées il y a longtemps.

« j'ai tendance à préférer, surtout chez les patients âgés plutôt l'amitriptyline en goutte. Moi : D'accord, est-ce qu'il y a une raison ? M10 : Euh, je pense que c'est quelque chose que j'ai appris y'a très longtemps parce que tout début quand j'étais installé, j'avais fait une formation sur les douleurs neurogènes. Mais c'était y a 18 ans au moins donc je pense que c'est un truc qui m'est resté de cette formation » (M10)

Parfois il s'agit d'**habitude de prescription** sans lien logique reconnu par les médecins eux-mêmes. Par exemple, la préférence pour la prégabaline (Lyrica®), peut être liée à son nom commercial ou bien à son dosage numérique.

« Non. J'aime bien le nom. Ly-ri-que... ! Non non, j'ai toujours... tu sais il y a beaucoup de médicaments, et chaque médecin a sa propre liste » (M6)

« prendre plutôt le lyrica® parce que [...] je pense que c'est une construction dans ma tête, comme le dosage, il est à 25 milligrammes, à augmenter progressivement j'ai l'impression que je donne pas une grosse dose et que c'est moins d'effets indésirables possibles. Alors que quand je donne 300 mg de neurontin®, je me sens « Oulà c'est gros ». Mais c'est complètement pas valide comme réflexion » (M10)

Cependant, certains traitements sont parfois préférés à d'autres pour des raisons de **différence d'efficacité importante perçue par le MG**, bien que la littérature ne fasse pas mention d'une différence d'efficacité d'une telle ampleur.

« Ce que j'ai à ma disposition c'est-à-dire les gabaminergiques, mais bon.... Pas sûr qu'ils sont très efficaces. » (M4)

La **tolérance** du traitement est également un sujet de préoccupation pour le MG.

« j'ai arrêté au bout de 1 mois 2 mois, les traitements psychoalgésiques. Je pense qu'effectivement a posteriori je dois pas kiffer, je dois surtout pas kiffer quand je les trouve pas efficaces et avec les effets secondaires quoi » (M7)

Ce qui entraîne certains MG à ne pas apprécier l'ensemble des médicaments spécifiques de la douleur neuropathique, au point de **ne pas vouloir en prescrire**.

« bah je regarde un peu les médicaments je vois ceux qui sont dispensables et les psychoalgésiques ils sont dispensables » (M7)

« Tout à fait y'a pas de neurontin y'a pas de médicaments spécifique neuropathie, pas de laroxyl, rivotril on n'en donne plus, y'a pas de traitement spécifique » (M1)

La prise en charge et l'accompagnement **psychologique** sont très souvent mis en avant par les MG, et d'autant plus dans les situations où le médicament n'est pas utilisé. Pour un des médecins, cela prend la forme d'un travail psychologique avec le patient dans le but de le rassurer, pour un autre, il s'agit de proposer une thérapie cognitive de détournement d'attention.

« Moi je pense qu'il faut arrêter de tout mettre sur le médicament. Je pense que la neuropathie a besoin d'être rééduquée, elle a besoin d'être comprise, acceptée, c'est toute cette résilience par rapport à la douleur en général, si elle est rassurante » (M1)

« simultanément il fallait aussi proposer quand les afférences douloureuses étaient présentes, dès qu'elles arrivaient il fallait aussitôt proposer à son cerveau une autre expérience » (M11)

Le **suivi médical** est également vécu comme important dans la douleur neuropathique, et son absence nuisible à une bonne prise en charge thérapeutique.

« je pense qu'ils auraient besoin de consultations rapprochées. C'est un repère pour eux. C'est un repère et puis on avance à petits pas, faut trouver la bonne classe médicamenteuse, puis trouver le bon dosage. Et c'est pas avec des rdv à un mois et encore quand c'est pas 3 ou 4, qu'on peut faire ce travail » (M5)

« Ils sortent avec un rdv avec moi dans 3 semaines, on revoit le problème dans 3 semaines, "vous en êtes à combien, vous êtes où" » (M6)

« je galérais parce que justement je le voyais pas assez souvent » (M10)

Par ailleurs, ce **suivi médical se retrouve à être assuré par le MG** parce que les spécialistes sont dépassés par les demandes comme en centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ou qu'ils n'assurent pas un suivi adéquat.

« J'ai l'impression quand même qu'ils ont pas peut être beaucoup de temps pour tous les patients, ils ont beaucoup de demande mais ils sont pas beaucoup... Et peut-être pas assez de temps » (M3)

« Maintenant les rdv de spécialistes sont de plus en plus éloignés des uns des autres, [...] C'est vrai qu'en médecine générale on a encore un grand rôle à [...] suivre la périodicité des examens » (M5)

« La prise en charge elle est globale. Donc j'ai pas besoin de compétence de gériatre, j'ai pas besoin de compétence de neurologue, j'ai pas besoin de compétence de psychiatre. Ça fait partie de la mission, des grandes fonctions de la médecine générale » (M1)

Certains MG estiment d'ailleurs que les **CETD sont peu efficaces** en plus d'être **difficiles d'accès**, expliquant pourquoi les MG préfèrent assurer le suivi eux-mêmes.

« J'ai jamais fait appel à des centres antidouleur, j'ai pas besoin. En pratique je pense qu'ils font pas mieux voire moins bien que nous. Et qu'ils ont un biais de recrutement et d'analyse » (M1)

« j'adresse pas en consultation de la douleur, car la plupart vont mettre des médicaments et ne proposent rien. Et mettre des médicaments bah je suis désolé ça marche moyen » (M7)

« Par contre, les médecins de la douleur, c'est très compliqué, ça prend des mois pour avoir une place et puis faut avoir tout un dossier rempli, il faut avoir un rendez-vous etc. C'est non seulement c'est pas hyper efficace mais en plus c'est pénible d'accéder » (M10)

Mais l'avis des MG concernant les CETD n'est pas unanime, certains y trouvant une utilité par rapport à leur **vision globale, à l'expertise** qu'ils peuvent donner, ou à la **temporisation** qu'ils peuvent offrir.

« c'est que y'a quand même prise en charge psychologue, à côté du médecin... Ça a l'air d'être assez pluridisciplinaire » (M3)

« Ça permet, toi d'abord de respirer, un petit peu entre les consultations, ils donnent des avis quelques fois plus ou moins intéressants » (M4)

Comme attendu, nous retrouvons donc quelques sources de difficulté dans la prise en charge de la douleur neuropathique par les MG. Les difficultés peuvent venir du fait que la douleur neuropathique **n'est pas suffisamment soulagée** par les traitements, qu'elle persiste et qu'elle nécessite davantage de travail pour le MG.

« c'est des douleurs qui sont très difficiles à traiter, c'est tout » (M4)

« Toi qu'est ce que tu penses de ton rôle dans la neuropathie ? M6 : Bah de soigner... Aider... Non pas soigner, essayer d'apporter une amélioration aux douleurs. C'est différent de soigner. Soigner souvent tu penses guérir. » (M6)

« Je sais que ça va être un travail de recherche plus long que... C'est pas que je me sens moins à l'aise mais je sais que c'est beaucoup plus complexe et que ça va me demander du temps. » (M5)

Certains tentent même des traitements non spécifiques, reflétant leur **difficulté à accepter la faible efficacité des thérapeutiques** proposées.

« s'il avait pas été vieux et diabétique j'aurais quand même tenté des AINS en plus pour voir si ça pouvait » (M10)

« il y a la gabapentine aussi... Après je sais pas ce qu'il y d'autre dans tout ce que j'ai cité. Après y'a les antalgiques classiques... [...] Quand il faut mettre faut mettre... Quand le patient il se tord de douleur... » (M3)

Au final, certains MG font donc aisément le parallélisme avec la douleur chronique, et considèrent la douleur neuropathique **comme une douleur chronique parmi d'autres**, impliquant d'accepter l'évolution chronique de la neuropathie et le fait qu'elle ne soit pas totalement soulagée. Par exemple la prise en charge qu'un des médecins propose à un patient souffrant de douleur neuropathique peut être totalement similaire à celle qu'il proposerait à un autre patient douloureux chronique.

« un vieux patient de 85 ans, un homme, qui a une lombarthrose majeure avec des retentissements il a son canal lombaire étroit, [...] y'a pas de neurotin® y'a pas de

médicaments spécifique neuropathie, pas de laroxyl®, rivotril® on n'en donne plus, y'a pas de traitement spécifique. Y'a du paracétamol et du vélo et de la réassurance et un examen comparatif régulier » (M1)

« Non. Pas de différence entre la douleur neuropathique chronique et... Ça se différencie sur le plan des médicaments. L'origine psychogène, elle, peut être identique pour les deux. Le kiné peut aider les 2, plus la douleur chronique que la douleur neuropathique mais y'a vraiment des trucs qu'il peut faire. Euh... on n'a pas exactement la même thérapeutique mais c'est un peu anecdotique c'est pas le plus important. [...] Les 2 peuvent être extrêmement handicapantes, comme peuvent se gérer au quotidien, ça dépend complémentent des gens... l'évolution peut être complètement variable selon les pathologies et selon même l'évolution etc. Franchement je trouve pas de grande différence entre douleur neuropathique chronique et douleur chronique » (M7)

Et la **stratégie thérapeutique va être similaire**, à savoir d'apprendre à **vivre avec** la douleur neuropathique,

« peut être que l'objectif de notre prise en charge ça va être de savoir comment on vit avec » (M8)

Toutefois, encore plus que pour la douleur chronique, en raison de la faible efficacité des médicaments à soulager la douleur neuropathique, le MG en arrive fréquemment à constater la chronicisation de la douleur neuropathique **sans réussir à l'accepter et trouver un rôle à jouer**.

« On a l'impression que y'a rien qui les soulage quoi. Et du coup on est un peu dans le... C'est un peu dans le... pas le vivre avec mais on se dit qu'est-ce que je peux faire moi quoi » (M9)

De là peut découler un **sentiment d'impuissance** et de mise en échec.

« la douleur neuropathique rend particulièrement... Ça donne un sentiment d'impuissance, parce que effectivement, c'est un agacement » (M11)

« c'est plutôt cette impression qu'on n'arrive pas à les prendre en charge. Globalement voilà, c'est un peu un constat d'échec mais ouais, c'est plus ça. » (M9)

A l'instar du traitement de la douleur neuropathique, son **bilan étiologique** peut également être source de questionnement et de difficulté, pouvant traduire l'existence d'un autre problème dans la douleur neuropathique dans le cadre de la médecine générale.

« Bah là je suis en train de me dire du fait que tu me poses la question que c'est facile à gérer une fois que le diagnostic est fait mais maintenant j'ai un doute sur le bilan à faire... Ouais je sais pas trop quel bilan il faudrait faire quand t'as la suspicion » (M3)

Et un des médecins reconnaît l'**utilité des recommandations pour l'aide diagnostique ou étiologique** et non pas pour la thérapeutique, corroborant la **discordance** entre les recommandations thérapeutiques et les pratiques que les MG peuvent avoir.

« je regarde de temps en temps pour les étiologies de douleur neuropathique pour avoir, pour me rappeler des idées de bilan de débrouillage. Mais là c'est plutôt à visée exploratoire, diagnostique. Mais dans la prise en charge de la douleur non » (M7)

Certaines causes de douleurs neuropathiques sont citées de manière unanime comme la sciatique, les douleurs post zostériennes, ou les neuropathies diabétiques alors que d'autres sont moins citées, telles que la neuropathie alcoolique, ou les neuropathies post chimiothérapies. On peut en déduire que les MG sont confrontés différemment à la douleur neuropathique. Cela dépend de la fréquence des pathologies rencontrées mais aussi de la **sensibilisation des MG au dépistage de la douleur neuropathique**, ceux citant davantage de causes étant les plus prompts à la dépister. Un des médecins, en utilisant l'expression « gens qui se baladent avec de douleurs neuropathiques » laisse à entendre une faible sensibilisation des médecins au dépistage de ces douleurs qui peuvent être banalisées autant par le médecin que par le patient.

« je pense que c'est sous-diagnostiqué. Après, c'est pas ce que je prends en charge le plus souvent. » (M9)

« Ah oui. Bah y'a tout ce qui est neuropathie diabétique, les gens commencent à avoir des douleurs, il y a la neuropathie alcoolique aussi où les gens commencent à avoir des douleurs. [...] Y a la névralgie cervico brachiale. Enfin il y a bah tout ce qui est hernie. Après si, moi j'ai des patients qui ont des maladies auto-immunes, qui se retrouvent aussi avec des douleurs neuropathiques par exemple. Donc oui, enfin, il y a pas mal de gens finalement qui se baladent avec des douleurs neuropathiques, finalement, si on réfléchit. » (M8)

Une particularité de la douleur neuropathique par rapport à la douleur chronique est qu'elle est dans l'esprit du MG très **liée aux pathologies neurologiques**. C'est pourquoi le neurologue peut être sollicité en 2^e recours, entre autres spécialistes.

« Y'a mes copains neurologues, y'a mes copains chir vasculaires » (M6)

« Bah les neurologues, mais ça, c'est plus pour le diagnostic, mais quand même, des fois pour la prise en charge. » (M9)

Et même quand le MG ne souhaite pas de deuxième recours, il mentionne le neurologue, montrant qu'il le considère tout de même comme un potentiel référent.

« j'ai pas besoin de compétence de neurologue » (M1)

Les MG se confrontent à la douleur neuropathique de façon très diverse. Bien qu'ils ne semblent pas connaître en détail les recommandations, tous savent reconnaître la douleur neuropathique et maîtrisent les thérapeutiques médicamenteuses avec plus ou moins d'aisance.

Les raisons pour lesquelles les MG ne connaissent pas les textes de recommandation sont variées et reflètent une discordance entre les textes et la pratique de la médecine générale : soit la douleur neuropathique en tant que telle n'est pas prioritaire chez un patient, soit le médecin ne ressent pas le besoin de s'y référer par confiance en sa pratique, soit les textes ne sont pas adaptés à la médecine générale.

L'accompagnement et le suivi prennent une place importante pour les MG, plus que ne le suggèrent les textes. Certains considèrent cet accompagnement plus pertinent que les thérapeutiques médicamenteuses, en allant jusqu'à considérer la douleur neuropathique comme étant une douleur chronique comme une autre.

Comme pour la douleur chronique, des difficultés sont exprimées par certains médecins concernant l'efficacité et la tolérance des médicaments ou encore la persistance des douleurs dans le temps. L'utilité des recommandations peut être notée pour la prise en charge étiologique. Le neurologue peut être sollicité dans le cadre de la douleur neuropathique.

Il ressort de ces entretiens que ce sont les MG les plus investis dans l'accompagnement et ceux ayant plus d'expérience qui expriment le moins de difficulté.

Discussion

1. Résultat principal

Ce travail a permis d'identifier que les MG se confrontent la douleur neuropathique chez le sujet âgé de façon très diverse, influencée par leur façon de se confronter à leur métier, à la personne âgée, à la douleur chronique et à la douleur neuropathique. Chaque MG a ses représentations et pratiques personnelles. Certaines sont révélatrices et déterminantes par rapport à notre question car elles permettent de distinguer les différents MG. Caricaturalement, nous pouvons définir deux profils « types », théoriques et opposés, de MG confrontés à la douleur neuropathique de la personne âgée. Dans la réalité, il existe évidemment un continuum entre ces deux extrêmes.

Cependant, nous pouvons noter d'emblée que **l'ensemble des MG** partagent certaines représentations et pratiques leur permettant de gérer **avec aisance** la douleur neuropathique de la personne âgée.

Il s'agit d'une vision prenant compte de la fragilité et de la complexité de la personne âgée dans les différents champs dans lesquels les soins vont s'inscrire : bio-médical, psycho-relationnel et socio-familio-environnemental.

Tous considèrent les professionnels paramédicaux comme des partenaires de soins essentiels. Dans le cadre de la douleur chronique et spécifiquement de la douleur neuropathique, tous les MG ont de solides connaissances sur la sémiologie de la douleur neuropathique.

Ils ont conscience des limites des traitements en termes d'efficacité et de tolérance, surtout chez les personnes âgées, et des risques iatrogènes.

Enfin, le retentissement extra-médical comme la souffrance psychique est bien cerné.

À ce profil « type » théorique de MG gérant **aisément** la douleur neuropathique de la personne âgée peuvent s'associer d'autres éléments qui ne se retrouvent pas chez tous les MG. Il s'agit de MG qui prennent fréquemment en charge les personnes âgées, cherchent à améliorer la qualité des soins, à adapter l'organisation pratique et l'outil informatique au regard des besoins spécifique des soins de cette population. Ces MG jouent un rôle d'accompagnateur et assurent le suivi du patient. Leur approche est centrée autour du patient tant dans la prise de décision que dans l'implication thérapeutique, mais aussi au niveau médical, psychologique et social. L'ensemble permet d'établir une meilleure alliance thérapeutique. Dans le cadre de la douleur chronique et de la douleur neuropathique, ils désinvestissent amplement la place du médicament en réduisant sa part et en étant attentif à la balance bénéfique/risque. Ils acceptent la chronicisation de la douleur et ne cherchent plus à guérir la douleur mais plutôt à en atténuer les effets en s'orientant vers une thérapeutique basée sur la psychologie. La douleur neuropathique est alors considérée comme une douleur chronique comme une autre, impliquant un traitement similaire. Ce profil de MG correspond à un MG qui sait s'affirmer dans son métier avec confiance et épanouissement, aidé par un certain savoir théorique et une expérience pratique.

A l'inverse, un autre profil de MG regroupe d'autres **facteurs, associés à des difficultés** dans la prise en charge de la douleur neuropathique de la personne âgée. Il s'agit de MG moins confrontés aux soins de la personne âgée et ressentant plus de difficultés à gérer leur complexité. Ils peuvent se sentir en échec car ils n'acceptent pas la chronicité de la douleur. Ils dépitent peu la douleur neuropathique et s'y confrontent donc moins, en estimant qu'il s'agit d'une

pathologie rare. Dans le traitement, malgré leur conscience des limites des traitements, ils peuvent se sentir mis en échec en cas d'efficacité insuffisante car ils ont tendance à se fonder sur les traitements médicamenteux. Le fait d'exercer de façon isolée semble être moins favorable à un travail coordonné avec le personnel infirmier, compliquant les soins de la personne âgée. Le fait de ressentir de la frustration face à la non-adhésion du patient âgé aux thérapeutiques ou de se sentir dépassé par les problématiques de la personne âgée reflète cette difficulté.

D'autres éléments peuvent être associés à un profil ou l'autre de MG en **fonction de la manière dont ils sont perçus** par le MG. Par exemple, le recours aux CETD est parfois perçu comme inutile voire dangereux, en plus d'être peu accessible. Ailleurs il est vu comme une aide potentielle, permettant de proposer une autre vision et une prise en charge multidisciplinaire, bien que difficile d'accès. De la même manière, la pertinence du recours aux spécialistes est fonction de la capacité des MG à travailler avec eux : parfois confrontation source de divergence et de frustration, parfois collaboration constructive. Cette collaboration constructive avec le spécialiste semble favorisée par un mode d'exercice collectif amenant de la proximité. L'utilisation des thérapeutiques non conventionnelles reflète différentes façons d'aborder la douleur neuropathique du sujet âgé. Pour certains, ce recours traduit une difficulté avec les traitements conventionnels disponibles, pour d'autres, il est intégré aux soins proposés dans la douleur neuropathique du sujet âgé et représente un outil thérapeutique pertinent dans une prise en charge globale.

Enfin, les MG prescrivent les médicaments indépendamment des recommandations thérapeutiques sur la douleur neuropathique. Que ces prescriptions soient effectivement en accord ou non avec les recommandations n'est pas corrélé à une éventuelle difficulté ou aisance sur le sujet. Nous notons en revanche que certains MG se réfèrent aux recommandations de la douleur neuropathique pour le bilan étiologique.

2. Comparaison avec la littérature

2.1. Rôles et compétences du MG

La pratique de la médecine générale a beaucoup évolué ces dernières décennies. En perte de vitesse depuis la seconde moitié du XXe siècle (79), la médecine générale a su se redéfinir lors des dernières années (74,92). C'est dans ce contexte que la discipline s'est dotée d'une filière universitaire (79) et qu'une exigence de qualité est apparue. Actuellement les critères de référence pour une pratique idéale de la médecine générale se résument en six compétences

recouvrant les principales missions de la médecine générale (21) (voir annexe n°2). Parmi elles, on trouve :

- La compétence « approche globale, prise en compte de la complexité » décrit la prise en compte du patient dans sa globalité et sa complexité.
- La compétence « continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » décrit la capacité d'être référent et de pouvoir coordonner les soins.
- La compétence « relation, communication, approche centrée patient » affirme l'importance de la construction d'une bonne relation avec le patient et centrée sur lui et de celle de la communication avec d'autres professionnels dans l'intérêt du patient.
- Enfin, la compétence « professionnalisme » souligne l'intérêt de la formation, de la collaboration interprofessionnelle, d'une gestion de temps équilibrée entre vie privée et professionnelle, et d'une maîtrise de son outil de travail.

La majorité de ces éléments correspondent à la vision qu'ont certains MG interrogés de leur métier. Nos résultats s'inscrivent majoritairement ainsi dans la continuité des compétences décrites comme indispensables pour le MG.

2.2. Travail avec d'autres intervenants de santé

Nous pouvons noter que le travail avec d'autres intervenants prend une part importante dans la description des compétences. Pour rappel, nos résultats mettent en évidence l'inconstance de la capacité et de la volonté à travailler conjointement, particulièrement avec les spécialistes. Le travail en coordination a fait l'objet d'études et désigne par ailleurs un concept en médecine générale (53,80). On retrouve 4 modes de travail en coordination :

- La collaboration consiste en un travail avec forte implication personnelle, une relation de confiance en la personne et en sa compétence avec une proximité et une rencontre réelle.
- La coopération correspond à un travail avec acceptation d'une certaine interdépendance entre acteurs, mais limitée à la compétence professionnelle en gardant un respect des pratiques de l'autre.
- L'instrumentalisation consiste à identifier le partenaire par son rôle professionnel, sans négociation.
- La négation correspond à un refus de travail conjoint avec absence de relation, pouvant correspondre à une non-reconnaissance de l'autre.

Dans nos résultats, l'inconstance dans les relations peut ainsi traduire que les MG se placent peu dans un mode de travail en collaboration. Concernant le travail coordonné entre MG et

spécialistes, une étude qualitative en groupe d'entretien collectif auprès de MG en Suisse a cherché les enjeux d'un travail entre MG et psychiatre, en partant du postulat que la « collaboration » n'était pas optimale, aux dépens du patient dépressif (62). L'étude trouvait que la motivation des MG à la « collaboration » était souvent liée à la volonté du patient et possiblement moins à une réelle considération de l'expertise du psychiatre. Les deux disciplines pouvant s'attribuer une fonction de « spécialiste du relationnel », la frontière entre la médecine générale et la psychiatrie peut sembler ténue. Par ailleurs, il semblerait que les MG les plus jeunes soient les plus enclins à collaborer avec le psychiatre. Nos résultats peuvent en partie trouver un écho à ceux de cette étude, dans le sens où cette rareté du travail en collaboration pourrait trouver son origine dans la porosité des frontières entre la médecine générale et les autres disciplines. En réalité, la pertinence et la satisfaction des relations interprofessionnelles dépendent surtout de la manière dont les protagonistes, notamment le MG, pratiquent leur médecine, à leur échelle, avec leur vision des compétences de chacun.

2.3. Complexité et fragilité de la personne âgée et approche globale

Notre étude observe que la totalité des MG était très sensibilisée à la prise en compte de la complexité des personnes âgées. Ceci n'est pas étonnant compte-tenu de la littérature récente. En effet, une recommandation de la HAS sur la polypathologie et la prise en charge des personnes âgées destinée aux MG a été réalisée en 2015 (43). Cette recommandation faisait déjà suite à d'autres travaux réalisés chez la personne âgée, notamment sur le dépistage de la fragilité en ambulatoire (38). La fragilité est un concept gériatrique suggérant un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle. Une définition simple serait l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social (87). L'enjeu du dépistage de la fragilité a été mentionné dès le début des années 2000, notamment par Fried qui a décrit des critères physiques définissant la fragilité (29). L'importance du dépistage de la fragilité en médecine générale est arrivé ensuite (38,72,78). Finalement, les notions de complexité et de fragilité de la personne âgée semblent être bien intégrées dans la pratique des MG.

Bien que les concepts soient intégrés, leur mise en application peut être plus difficile. Connaître le vécu des MG face à ces enjeux serait intéressant. Cependant, peu d'études ont été réalisées en ce sens. Une enquête auprès de MG belges cherchait à cibler les difficultés éprouvées par les MG dans la prise en charge de patients de plus de 75 ans. Les difficultés les plus importantes et les plus fréquentes concernaient le manque de compliance dans les traitements médicamenteux et la difficulté de réalisation d'examen complémentaires (23). Le parallèle

peut être établi avec notre étude montrant de la frustration lors des difficultés d'adhésion des personnes âgées aux propositions de soins du MG. Dans une autre étude, les difficultés de prise en charge des personnes âgées concernaient plutôt les démences et troubles du comportement (8). Les résultats de cette étude doivent cependant être interprétés avec précaution car cette étude était réalisée à partir d'un questionnaire à choix préétablis, biaisant nécessairement les réponses obtenues. Toutefois, la problématique du déclin cognitif chez la personne âgée n'est pas anecdotique. En effet, les troubles cognitifs touchent jusqu'à 8% de la population après 65 ans, et augmentent de manière exponentielle avec l'âge (45). Bien que la démence soit une source évidente de difficulté, seuls deux MG la mentionnaient dans notre étude. Il est possible que les MG de notre étude y aient été moins exposés ou sensibilisés, expliquant un moindre intérêt pour la question.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée par le MG, une étude qualitative a été réalisée en 2016 dans la région Languedoc-Roussillon. Elle rapportait des résultats très similaires aux nôtres (71). La douleur était considérée comme un phénomène complexe mais les MG semblaient les mieux placés pour la gérer du fait de leur approche globale. Le rôle assumé du MG était dans l'accompagnement. La thérapeutique privilégiait les méthodes non médicamenteuses pour réduire le risque iatrogène.

2.4. Thérapies non médicamenteuses et non conventionnelles

La HAS faisait état dans son rapport en 2011 d'un manque d'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses validées et elle incitait à y avoir davantage recours, en promouvant une approche différente du traitement, non basée exclusivement sur le médicament (39). Plus spécifiquement dans la douleur chronique, l'incitation à une meilleure utilisation des méthodes non médicamenteuses était un des axes du troisième plan douleur (2006-2010) (68). On voit qu'en 10 ans, les choses ont effectivement évolué car une grande partie des MG de notre étude s'y réfère, en proposant facilement des mesures hygiéno-diététiques, de l'accompagnement psychologique, etc., alors que peu de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses ont vu le jour.

Nos résultats ont montré que la prescription de thérapies non conventionnelles pouvait parfois refléter une difficulté face aux limites des traitements conventionnels ou parfois constituer un outil thérapeutique complémentaire lorsque la prescription était intégrée à un projet de soins défini. Ils vont donc dans le même sens qu'une étude qui suggère que ces thérapies sont utiles lorsqu'elles sont placées dans un cadre thérapeutique centré autour du patient, dans lequel ce dernier jouerait un rôle dans sa propre prise en charge. Ces thérapies seraient davantage liées au besoin des patients de se représenter un fonctionnement global ou une image corporelle qu'à

une perte de confiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle (19). Elle présentent l'avantage d'avoir peu d'effets indésirables, et de traiter les composantes émotionnelles, cognitives, comportementales de la douleur chronique, non soulagées par le médicament (15,19). Spécifiquement pour l'acupuncture, certaines études semblent même montrer une efficacité probablement supérieure à l'effet placebo (55,76,89). Cependant, il existe des risques de dérive concernant les thérapies non conventionnelles, liés entre autres à des pratiques hétérodoxes, pouvant être délétère pour le patient (85). Cela souligne l'importance d'une prise de conscience et d'une considération de ces thérapies par les MG afin qu'elles puissent être bénéfiques pour le patient.

2.5. Pratiques des MG dans la prise en charge des douleurs neuropathiques

Concernant les douleurs neuropathiques, conformément à nos résultats, des études montrent que les MG arrivent à bien reconnaître la douleur neuropathique, reflétant une bonne connaissance théorique, et que le retentissement des douleurs neuropathiques sur la qualité de vie est également pris en compte (6,64).

Une étude française réalisée en Lorraine en 2016 cherchait à évaluer l'évolution des pratiques des MG dans la prise en charge des douleurs neuropathiques par le biais d'entretiens collectifs semi-dirigés (75). Elle mettait en évidence certaines difficultés. Parmi celles-ci, nous avons également observées les problématiques d'ordre médico-psychologique, d'efficacité et de tolérance des traitements, et les difficultés de recours aux CETD. Cette étude qualitative concluait que les MG avaient une prescription des thérapies médicamenteuses « globalement en accord avec les recommandations ». Cependant, d'autres études quantitatives estimaient que ces prescriptions n'étaient pas suffisamment adaptées aux recommandations (16,64). Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait que l'étude menée en 2016 est qualitative et que les résultats « non chiffrés » sont interprétés de manière subjective. Nos résultats s'inscrivent plutôt dans la continuité de l'étude lorraine, avec la nuance que, dans notre étude, les prescriptions médicamenteuses étaient réalisées indépendamment de la volonté de suivre les recommandations.

Un tel résultat sur le rapport des MG aux recommandations n'était pas attendu. Cependant, il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau. Dès le début des années 1990, plusieurs études dans le monde faisaient état d'une discordance entre travail prescrit (les recommandations) et travail réel en médecine générale (12,88) mais également dans le cadre hospitalier (34,52,81). Les raisons pour lesquelles les MG ne suivaient pas les recommandations dans notre étude sont majoritairement les mêmes que celles citées dans d'autres études : elles ne reflètent pas la réalité

des patients polypathologiques ou sont élaborées par des experts éloignées de la pratique du terrain des MG (30,35,59,86). Il est, à ce propos, intéressant de noter que les auteurs des recommandations sur la douleur neuropathique sont uniquement des experts de la douleur ou des médecins spécialistes (63,69,73). Les recommandations restent cependant perçues d'une manière positive (34,52,70,86,88,90). Le probable manque de formation des MG proposé comme explication dans la plupart des études est sans nul doute le résultat d'une vision tronquée de la réalité car le manque de formation n'apparaît pas comme une source de difficulté prédominante pour les MG (71).

2.6. L'apport de la psychothérapie

Certains MG avaient recours à la psychothérapie dans leur stratégie de prise en charge de la douleur. En plus de la psychothérapie de soutien, la psychothérapie cognitivo-comportementale pourrait être une alternative encore plus efficace (83). L'un des objectifs est d'amener à une acceptation de la douleur chronique, afin de réduire la souffrance liée à la lutte constante contre la douleur. Parallèlement, cela pourrait également s'appliquer au MG, afin de l'amener à accepter la chronicité de la douleur chez son patient et à se focaliser sur d'autres objectifs que l'abolition de la douleur. En effet, chercher à lutter contre cette douleur pourrait s'avérer doublement risqué : épuiser le médecin à la recherche de thérapeutiques miracles et maintenir le patient dans une souffrance liée à sa lutte constante contre la douleur, en plus de maintenir une fausse espérance de guérison.

L'importance accordée par les MG de notre étude à la psychothérapie et au suivi semble en discordance avec ce qui recommandé dans les textes dans lesquels la psychothérapie n'est proposée qu'en 2^e intention au mieux (63,69,73). Les raisons de cette discordance sont probablement liées une fois de plus au fait que les recommandations ne tiennent probablement pas compte de la spécificité de la pratique de la médecine générale qui accorde un rôle important à la psychothérapie.

2.7. Mise en perspective du travail

Si l'on se fonde uniquement sur les données montrant une mauvaise application des recommandations par les MG, la question de recherche initiale (explorer les difficultés des MG face à la douleur neuropathique du sujet âgé) était pertinente. Ce n'est qu'après la confrontation avec la pratique des MG sur le terrain que nous nous sommes rendus compte que la question était réductrice. Elle n'était pas adaptée à l'enjeu beaucoup plus vaste perçu par les MG qui n'expriment d'ailleurs que peu de difficultés à ce sujet. Ma vision initiale était centrée sur la pathologie plus que sur le malade et son environnement. Changer la question de recherche de

cette étude pour s'intéresser à la façon dont les MG se confrontent à la douleur neuropathique de la personne âgée correspondait aussi à l'évolution de ma situation personnelle, passant d'interne en médecine générale en apprentissage à celui de futur MG acquérant progressivement la compétence d'une prise en charge globale.

3. Forces et limites de l'étude

3.1. Points forts

Bien que certaines études s'intéressent à des sujets proches du nôtre (douleur neuropathique ou douleur chronique en médecine générale, douleur neuropathique du sujet âgé), aucune ne s'est spécifiquement intéressée à la douleur neuropathique du sujet âgé en médecine générale et à la façon dont elle est appréhendée. De plus, bien que le sujet soit plutôt spécifique, un point fort de cette étude est qu'elle pourrait être étendue à la façon dont les MG appréhendent une pathologie potentiellement complexe dans une population potentiellement complexe.

L'abord méthodologique de l'étude a plusieurs intérêts. L'entretien individuel permettait une meilleure expression personnelle et la possibilité de recueillir les propos en les intégrant dans leur contexte et de les interpréter au travers des significations données par les MG. En plus de me permettre de me familiariser avec la conduite d'entretiens individuels semi-dirigés, la réalisation de quatre pré-entretiens incluant un patient, un MG, un neurologue et un gériatre m'a permis de mieux cerner certains enjeux et concepts. Ceux-ci ont ainsi pu être abordés dès le premier entretien.

Bien qu'il n'y ait pas de seuil de durée à partir de laquelle un entretien soit déclaré de qualité, le fait que la durée moyenne des entretiens dans cette étude était de plus d'une heure permet de présumer une dynamique d'entretien favorable à l'expression libre et complète du participant. La tenue d'un journal de bord permettait de garantir une qualité dans la problématisation et l'analyse. Elle témoigne de mon cheminement au cours de l'étude. Les modifications de la question de recherche initiale et du guide d'entretien à 3 reprises démontrent l'ouverture dont a bénéficié ce travail. Le recours à la triangulation pour l'ensemble des analyses, dont 6 en aveugle est un gage fort de scientificité et d'objectivité. L'étude a cherché à satisfaire à un maximum de critères de la grille COREQ, standard de qualité pour la recherche qualitative (31).

3.2. Limites

Une limite majeure de cette étude est qu'elle se fonde sur une méthodologie qualitative, elle-même fondée sur des entretiens semi-dirigés, domaine dans lequel mon directeur de thèse et moi-même sommes novices. Elle a cependant pu bénéficier de l'apport du co-directeur de thèse, MG et sociologue ayant une plus grande expérience concernant la méthodologie qualitative.

Une autre limite est que l'ensemble des données a été recueilli de manière déclarative. Il peut exister des différences entre ce qui est déclaré et perçu par les MG comme entre ce qui est perçu et effectivement réalisé par les MG.

Il existe aussi des biais liés au recrutement des participants. Les participants ayant répondu favorablement à la demande étaient plus ouverts à la recherche et/ou plus tournés vers une démarche d'amélioration. Ceci excluait une partie des MG ayant potentiellement d'autres pratiques. Recruter davantage de MG exerçant de façon isolée aurait permis d'explorer d'autres concepts, mais ce recrutement a été difficile, expliquant qu'il n'y ait qu'un seul MG exerçant en cabinet isolé parmi les participants. De plus, il s'agit de l'entretien le plus court. Un certain nombre des MG recrutés me connaissaient personnellement ce qui a pu entraîner des modifications inconscientes de propos tout en constituant une force pour mettre à l'aise et libérer la parole.

Enfin, la durée limitée accordée par l'institution pour la réalisation de ce travail a pu limiter la profondeur des analyses. Notre étude gagnerait en profondeur si elle avait pu davantage explorer le retentissement social de la douleur neuropathique vécu par la personne âgée.

4. Perspectives

Les thèmes de notre travail étant très vastes, de nombreuses perspectives peuvent en découler. Seules les plus pertinentes sont exposées ici.

La douleur neuropathique chez les personnes âgées est un exemple parmi d'autres de pathologie difficile à prendre en charge en médecine générale chez des patients complexes. Il peut être intéressant d'étudier la manière dont les MG se confrontent en général à **d'autres exemples de pathologies difficiles à prendre en charge chez d'autres patients complexes.**

La douleur neuropathique, ainsi que la douleur chronique qui l'inclut, reste une problématique à laquelle les MG sont souvent confrontés. Cependant, certains acceptent la chronicité de la douleur contrairement à d'autres. Cela soulève la question de la **vision qu'ont les MG de la douleur et de sa prise en charge, ainsi que le rapport qu'ils entretiennent avec la douleur.** Des études pourraient aboutir à une meilleure acceptation de la chronicité de la douleur du patient.

Parallèlement, devant des constats d'impuissance face aux douleurs chroniques et neuropathiques, des études pourraient s'intéresser à la façon dont les MG se **confrontent aux échecs** thérapeutiques.

Le travail avec d'autres intervenants dans l'intérêt du patient fait également partie des compétences du MG. Ici, l'intérêt de ce travail avec les autres intervenants chez la personne âgée souffrant de douleur neuropathique peut être vécu différemment en fonction des MG, certains préférant travailler sur un mode de négation ou instrumentalisation alors que d'autre en coopération ou collaboration. Il pourrait être intéressant de **déterminer la pertinence des différents modes de travail en fonction des acteurs pour l'intérêt du patient. Mieux connaître les rôles et compétences de chacun pourrait y contribuer.**

Les thérapies non conventionnelles ont été citées à plusieurs reprises par les MG. Si elles sont incluses dans un plan de soins prévu par le MG, elles peuvent être une solution pour intégrer la personne âgée souffrant de douleur neuropathique dans une prise en charge globale et centrée sur le patient. Il serait donc intéressant de réaliser des études afin de **mieux cerner les pratiques de soins non conventionnels** : définir la pertinence de chacune, les bénéfices attendus et les risques encourus ainsi que les contextes propices à leur prescription.

Proposer une prise en charge globale du patient fait partie d'une des compétences primordiales du MG, et cela s'avère d'autant plus important qu'un patient est complexe. Cependant, les MG soulignent le caractère souvent chronophage de ces consultations et le manque de reconnaissance du temps passé malgré les compensations financières déjà existantes. C'est pourquoi les MG cherchent à être valorisés dans cette compétence en parlant de création de « consultations complexes ». Une piste de recherche pourrait **s'intéresser à ce que pourrait être une « consultation complexe » en médecine générale.**

Ce travail a pris en compte le **point de vue d'un patient** âgé souffrant de douleur neuropathique en pré-entretien. Mais il pourrait être intéressant d'explorer davantage leur vécu ainsi que leur perception de la prise en charge de la douleur neuropathique par le MG, et notamment d'un point de vue social.

Enfin, l'inclusion d'un plus grand nombre de MG parmi les auteurs des recommandations de pratique clinique pourrait permettre la prise en compte de la complexité et des particularités de la médecine générale. Plus encore que **l'intégration de MG parmi les auteurs**, l'enjeu pourrait être que le MG en soit le promoteur, afin les textes puissent au mieux refléter les attentes des MG.

Conclusion

Cette étude qualitative a porté sur la façon dont les MG se confrontent à la douleur neuropathique de la personne âgée. Elle démontre qu'en plus d'un socle commun, chaque MG a sa façon d'y faire face, et qu'il y a autant de manières possibles qu'il y a de MG, chacun ayant une façon singulière de s'y confronter.

Certains facteurs permettent aux MG de s'y confronter avec plus d'aisance. Il s'agit d'avoir une conception de la personne âgée tenant compte d'une potentielle fragilité et complexité, d'une connaissance de la douleur neuropathique, de son impact global et des limites de son traitement. C'est pourquoi l'apport d'un suivi rapproché avec la proposition de thérapies non médicamenteuses, notamment des techniques de psychothérapie, est pertinente. L'acceptation de la chronicité de la douleur est également nécessaire pour le patient mais aussi pour le médecin. La prise en charge de la douleur neuropathique, comme de toute douleur chronique, doit comporter une prise en compte du patient dans sa globalité, au-delà du seul symptôme douloureux. Les thérapeutiques non conventionnelles pourraient y être bénéfiques si elles sont incluses dans un projet de soins. Enfin, le recours aux intervenants spécialisés se fait rarement sur un mode collaboratif lié au manque de reconnaissance de compétences.

Au final, face à la douleur neuropathique de la personne âgée, il existe une diversité de pratique médicale, elle-même liée à la diversité des visions du MG vis-à-vis de son rôle.

D'une manière plus large, cette étude peut faire questionner sur la façon dont les MG se confrontent à la multiplicité des complexités en consultation, ainsi que sur leur vision et conception de la douleur chronique. La pertinence des différents modes de travail en coordination pourrait être étudiée. Mieux cerner l'enjeu des thérapies non conventionnelles pourrait être utile dans le cadre des douleurs chroniques. Connaître le vécu du patient âgé permettrait d'explorer davantage d'autres aspects de la question, notamment sociaux. Les recommandations pourraient être plus adaptées à la pratique de la médecine générale si les MG en sont les rédacteurs.

Références bibliographiques

1. Aboyans V, Ricco J-B, Bartelink M-LEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur. Heart J.* 1 mars 2018;39(9):763-816.
2. Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain.* déc 2011;152(12):2836-43.
3. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet.* juill 2012;380(9836):37-43.
5. Berger A, Dukes EM, Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. *J. Pain.* 1 avr 2004;5(3):143-9.
6. Berger A, Sadosky A, Dukes E, Edelsberg J, Oster G. Clinical characteristics and patterns of healthcare utilization in patients with painful neuropathic disorders in UK general practice: a retrospective cohort study. *BMC Neurol.* déc 2012;12(1):8.
7. Bonica J. Introduction. In: Nashold BS, Ovelmen-Levitt J, éditeurs. *Deaf. Pain Syndr. Pathophysiol. Treat.* New York: Raven Press; 1991. p. 1-19.
8. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams. *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Viellissement.* mars 2016;14(1):23-30.
9. Bouchon J-P. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? *Rev. Prat.* 1984;34:888-92.
10. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* mars 2005;114(1):29-36.
11. Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN.* 15 juin 2008;136(3):380-7.
12. Branchereau E, Branger B, Launay E, Verstraete M, Vrignaud B, Levieux K, et al. État des lieux des pratiques médicales en médecine générale en matière de bronchiolite et déterminants de prises en charge thérapeutiques discordantes par rapport aux recommandations de l'HAS. *Arch. Pédiatrie.* déc 2013;20(12):1369-75.
13. Bruxelle J. O13 Épidémiologie des douleurs neuropathiques. Résultats de l'étude observationnelle de la SFETD. *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.* 1 oct 2007;8:37-8.

14. Centre d'analyse stratégique, Gimbert V, Godot C, France, Premier ministre. Vivre ensemble plus longtemps: enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: La Documentation française; 2010.
15. Chen L, Michalsen A. Management of chronic pain using complementary and integrative medicine. *BMJ*. 24 avr 2017;j1284.
16. Classine A. Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques. Réalisation d'un questionnaire d'audit auprès des médecins généralistes de Meuse [Thèse de doctorat en médecine]. [Nancy]: Faculté de médecine Henri Poincaré; 2011.
17. CNGE-IRMG-Association. Etude FOPAS [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://cnge-irmg-association.fr/fopas/>
18. CNGE-IRMG-Association. Etude Tapage [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://cnge-irmg-association.fr/tapage/>
19. Collin E. Place des médecines complémentaires pour le soulagement des patients douloureux chroniques. *Douleur Analgésie*. juin 2015;28(2):69-73.
20. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat. Rev. Dis. Primer*. 16 févr 2017;3:17002.
21. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
22. Conférence nationale de santé. Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur (2013-2017) [Internet]. 2013 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf
23. Dagneaux I, Verduyck B, Degryse J. Enquête : médecine générale et personne âgée. *Bull. Mém. L'Académie R. Médecine Belg*. 2008;163(5):240.
24. De Gaulle C. Mémoires de guerre : L'appel, 1940 - 1942. Paris: Plon; 1999.
25. DiBonaventura MD, Sadosky A, Concialdi K, Hopps M, Kudel I, Parsons B, et al. The prevalence of probable neuropathic pain in the US: results from a multimodal general-population health survey [Internet]. *J. Pain Res*. 2017 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.dovepress.com/the-prevalence-of-probable-neuropathic-pain-in-the-us-results-from-a-m-peer-reviewed-article-JPR>
26. Doth AH, Hansson PT, Jensen MP, Taylor RS. The burden of neuropathic pain: A systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain*. mai 2010;149(2):338-44.
27. Ferrat E, Bastuji-Garin S, Paillaud E, Caillet P, Clerc P, Moscova L, et al. Efficacy of nurse-led and general practitioner-led comprehensive geriatric assessment in primary care: protocol of a pragmatic three-arm cluster randomised controlled trial (CEpiA study). *BMJ Open*. avr 2018;8(4):e020597.

28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* févr 2015;14(2):162-73.
29. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 1 mars 2001;56(3):M146-57.
30. Garfield FB, Garfield JM. Clinical judgement and clinical practice guidelines. *Int. J. Technol. Assess. Health Care.* oct 2000;16(04):1050-60.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
32. Gilles H, Sam C, Alain C, Thomas K, Sarah M, Michel V. GPC Prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins. 2017;59.
33. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *The Lancet.* 10 oct 2009;374(9697):1252-61.
34. Grilli R, Lomas J. Evaluating the Message: The Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline. *Med. Care.* Lippincott Williams & Wilkins; 1994;32(3):202-13.
35. Gupta L, Ward JE, Hayward RSA. Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *Med. J. Aust.* janv 1997;166(2):69-72.
36. Gustorff B, Dorner T, Likar R, Grisold W, Lawrence K, Schwarz F, et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2008;52(1):132-6.
37. Guy-Coichard C, Rostaing-Rigattieri S, Doubrère J-F, Boureau F. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. *EMC - Anesth.-Réanimation.* févr 2005;2(1):1-22.
38. Haute Autorité de santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
39. Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Synthèse du rapport d'orientation [Internet]. 2011 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf
40. Haute Autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles. déc 2008 [cité 26 avr 2021]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
41. Haute Autorité de santé. Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. 2015 [cité

- 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/rapport_evaluation_art_70_perte_autonomie_2015-07-16_12-17-35_601.pdf
42. Haute Autorité de santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Note méthodologique et de synthèse documentaire [Internet]. 2015 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
 43. Haute Autorité de santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Points clés [Internet]. 2015 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/fiche_parours_polypathologie_du_sujet_age.pdf
 44. Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Argumentaire. déc 2008; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
 45. Helmer C. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. Bull. Épidémiologique Hebd. 2016;(28-29):467-73.
 46. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés, Paerpa: premiers résultats [Internet]. Paris: IRDES; 2018. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-paerpa.pdf>
 47. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. 2015;8.
 48. Institut national de la statistique et des études économique. France, portrait social: édition 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238781>
 49. Institut national de la statistique et des études économique. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
 50. Institut national de la statistique et des études économiques (France), Tavernier J-L. France, portrait social (édition 2020) [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4928952>
 51. Institut national d'études démographiques, Sieurin A, Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé. janv 2011 [cité 24 avr 2021]; Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19560/170.fr.pdf
 52. James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. J. Fam. Pract. oct 1997;45(4):341+.

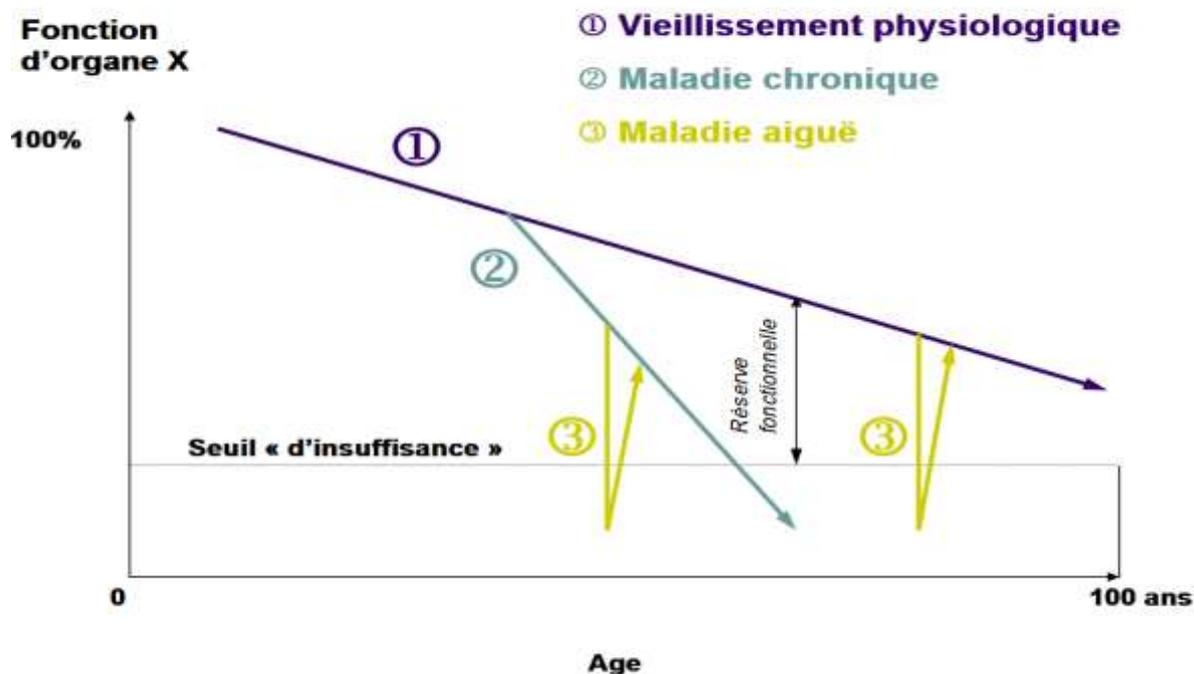
53. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud; [Issy-les-Moulineaux: Global Média Santé ; SFMG; 2015.
54. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2016.
55. Kelly RB, Willis J. Acupuncture for Pain. *Am. Fam. Physician*. 15 juill 2019;100(2):89-96.
56. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect. Vie Économique*. 2014;LIII(4):67.
57. Langley PC, Van Litsenburg C, Cappelleri JC, Carroll D. The burden associated with neuropathic pain in Western Europe. *J. Med. Econ*. févr 2013;16(1):85-95.
58. Lanoë M-R. L'état de santé en France en 2003. 2003;12.
59. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006;18(4):573.
60. Lebeau J-P, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global Média Santé; 2021.
61. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2e édition. De Boeck Supérieur; 2019.
62. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland J-N, Ambresin G. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres: Le cas de la dépression chronique en Suisse romande. *Santé Publique*. 2019;31(4):543.
63. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Société française d'étude et de traitement de la douleur. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.* févr 2010;11(1):3-21.
64. Martinez V, Attal N, Vanzo B, Vicaut E, Gautier JM, Bouhassira D, et al. Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: results of a cross-sectional, randomized, « e » case-vignette survey. *PloS One*. 2014;9(4):e93855.
65. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech. Qual.* 2013;(15):435-52.
66. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. *Classif. Chronic Pain* [Internet]. 2^e éd. Seattle: IASP Press; 1994 [cité 25 nov 2019]. p. 209-14. Disponible sur: [https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Neuropathic pain](https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Neuropathic_pain)
67. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, éditeurs. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

68. Ministère des Solidarités et de la Santé. Douleur : l'action des pouvoirs publics [Internet]. Ministère Solidar. Santé. 2016 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>
69. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev. Neurol. (Paris)*. mai 2020;176(5):325-52.
70. Morawski-Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci. Soc. Santé*. 2006;24(2):75-103.
71. Oude Engberink A, Lognos B, Badin M, Carbonnel F, Lalau M, Blain H, et al. Prise en charge de la douleur des personnes âgées en soins primaires : l'ouverture vers les interventions non médicamenteuses. Analyse qualitative de l'expérience des médecins généralistes. *Presse Médicale*. déc 2016;45(12):e377-87.
72. Oustric S, Renard V. Cibler et dépister la fragilité en médecine générale : c'est maintenant.... *Cah. Année Gériatologique*. sept 2012;4(3):266-7.
73. Pickering G, Marcoux M, Chapiro S, David L, Rat P, Michel M, et al. An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People. *Drugs Aging*. août 2016;33(8):575-83.
74. Pouchain D, Collège National des Généralistes Enseignants, éditeurs. *Médecine générale: concepts et pratiques ; à l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline*. Paris: Masson; 1996.
75. Poucher M, Cherrier C, Poucher A-C, Di Patrizio P. Évolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. *Santé Publique*. 2016;28(4):505.
76. Prescrire rédaction. Douleurs liées à un cancer et acupuncture. Probablement mieux qu'un placebo. *Rev Prescrire*. 2020;40(442):612-3.
77. Prescrire rédaction. Douleurs postzostériennes. Premiers Choix Prescrire, actualisation décembre 2017. *Rev Prescrire*. 2018;38(413):204.
78. Rougé Bugat M-E, Subra J, Oustric S, Nourhashémi F. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. *Cah. Année Gériatologique*. sept 2012;4(3):279-88.
79. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Med. Public Health*. avr 2015;1(2):283-8.
80. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Aix-Marseille III; 2004 p. 72.
81. Sauvaget L, Rolland L, Dabadie S, Desblaches J, Bernard N, Vandenhende M-A, et al. Rapport sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons : les recommandations françaises sont-elles respectées ? *Rev. Médecine Interne*. oct 2015;36(10):651-7.

82. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Plans douleur [Internet]. SFETD - Site Web Société Fr. Etude Trait. Douleur. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>
83. Souche A, Piguet V, Desmeules J, Cedraschi C. [Why propose cognitive-behavioural therapy for chronic pain patients ?]. *Rev. Med. Suisse*. 19 juin 2019;15(656):1272-5.
84. Stompór M, Grodzicki T, Stompór T, Wordliczek J, Dubiel M, Kurowska I. Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.* 12 avr 2019;25:2695-701.
85. Suissa V. Médecine non-conventionnelle et psycho-oncologie : évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer [Internet] [Thèse de doctorat en psychologie]. Paris 8; 2017. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2017PA080066/document>
86. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*. juill 2008;56(4):S221-9.
87. Trivalle C. Gériatrie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
88. Urfalino P, Bonetti E, Bourgeois I, Dalgalarondo S, Hauray B. Les recommandations à l'aune de la pratique. 2002;54.
89. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *J. Pain*. mai 2018;19(5):455-74.
90. Vinker S. Attitudes of Israeli Family Physicians Toward Clinical Guidelines. *Arch. Fam. Med.* 1 sept 2000;9(9):835-40.
91. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Rice AS, Tölle TR, Phillips T, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2019];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007938.pub4/full>
92. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
93. World Health Organization, éditeur. World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

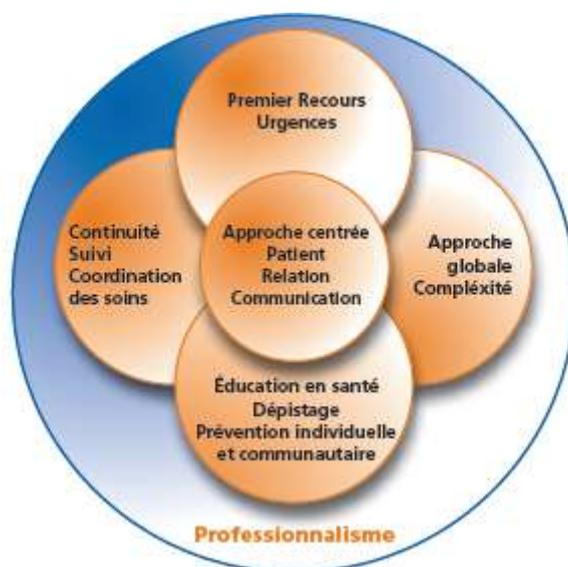
Annexes

Annexe n°1

1+2+3 de JP. Bouchon

J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888

Annexe n°2



La « marguerite » des compétences du médecin généraliste

D'après Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.

Annexe n°3

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

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

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : / 10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10

Si le Score du Patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif
(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%)

D'après Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schlupe H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ; 114 :29-36

Annexe n°4

Tableau 4 Synthèse des traitements médicamenteux de niveau de preuve A ou B commercialisés en France pour le traitement des douleurs neuropathiques et libellé des autorisations de mise sur le marché (AMM).

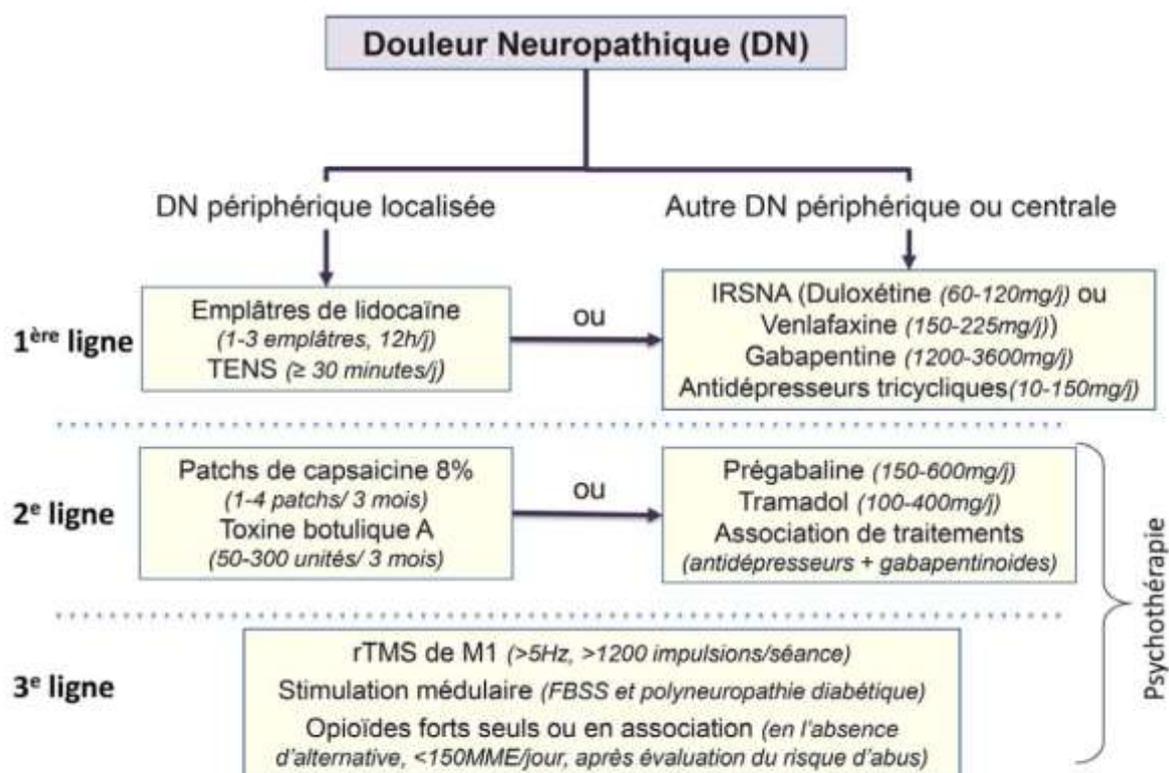
Traitements	Ndp	Grade de recommandation	AMM en analgésie chez l'adulte	Recommandation
Antidépresseurs tricycliques				
Amitriptyline	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies, études négatives dans la douleur neuropathique du VIH)	AMM douleur neuropathique périphérique de l'adulte	Recommandé en 1 ^{re} intention
Imipramine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	AMM douleur neuropathique	Recommandé en 1 ^{re} intention
Clomipramine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	AMM douleur neuropathique	Recommandé en 1 ^{re} intention
Maprotiline	2	B (présomption d'efficacité)	Pas d'AMM	Recommandé en 2 nd e intention
Antidépresseurs ISRNA				
Duloxetine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la polyneuropathie diabétique)	AMM douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte	Recommandé en 1 ^{re} intention (polyneuropathie douloureuse du diabète)
Venlafaxine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la polyneuropathie sensitive)	Pas d'AMM	Recommandé en 2 nd e intention
Antiépileptiques				
Gabapentine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies mais études négatives dans les neuropathies douloureuses du diabète)	AMM douleur neuropathique périphérique de l'adulte	Recommandé en 1 ^{re} intention
Prégabaline	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies mais études négatives dans la radiculopathie lombo-sacrée et la douleur après AVC)	AMM douleur neuropathique périphérique et centrale de l'adulte	Recommandé en 1 ^{re} intention
Opiacés				
Tramadol	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la polyneuropathie diabétique y compris pour l'association avec le paracétamol)	AMM douleur modérée à intense	Recommandé en 2 nd e intention ou en 1 ^{re} intention si crises douloureuses ou douleur inflammatoire associée
Sulfate de morphine	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	AMM douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en particulier douleur d'origine cancéreuse	Recommandé en cas d'échec des traitements précédents*
Oxycodone	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	AMM douleur chronique d'origine cancéreuse intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible	Recommandé en cas d'échec des traitements précédents*
Emplâtres de lidocaïne	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la douleur post-zostérienne mais une étude multicentrique négative)	AMM douleur neuropathique post-zostérienne	Recommandé en 1 ^{re} intention dans la DPZ chez le sujet âgé présentant une allodynie chez qui les traitements systémiques sont déconseillés ou contre-indiqués

Ndp : niveau de preuve.
* Les opiacés forts ne constituent pas un traitement de première intention de la douleur chronique non cancéreuse.

Synthèse des recommandations de traitement médicamenteux de la douleur neuropathique selon les recommandations de la SFETD

Selon Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Société française d'étude et de traitement de la douleur. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.

Annexe n°5



Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Algorithme thérapeutique proposé selon la synthèse des recommandations de 2020

Selon Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Revue Neurologique*. mai 2020;176(5):325-52.

Annexe n°6

Présentation	
Est-ce que vous pourriez parler un peu de vous ? et de votre parcours	<p>Depuis combien de temps exercez-vous ? Quel âge avez-vous ? Comment se sont passées vos études ? Qu'est-ce qui vous plaît dans la médecine générale ? Qu'est-ce que vous plaît moins bien ? Quel type de patients avez-vous ? Qu'est-ce que vous aimez avec vos patients ?</p> <p>Faites-vous des formations, lesquelles ? Vous êtes-vous un peu spécialisé dans un domaine ? Lequel ?</p> <p>Avez-vous des étudiants ?</p> <p>Combien de temps prenez-vous pour une consultation en temps normale ? Et avec une personne âgée ?</p> <p>Avez-vous un secrétariat ? Faites-vous des VAD ? Secteur d'activité ?</p>
Thème 1 : Douleur chronique de la personne âgée	
La personne âgée et le médecin généraliste : Est-ce que vous pouvez parler un peu de la PA ?	<p>Quelle définition de la personne âgée ? Vous avez beaucoup de personnes âgées ?</p> <p>Comment cela se passe avec les personnes âgées ?</p> <p>Sous thèmes :</p> <p>Selon vous, quelles sont les éléments que vous prenez en compte chez la personne âgée ? Des choses à dépister/prévenir ?</p> <p>Quelles sont leur problématiques ? Quels types de pathologie présentent-ils ? Sont-ils pour vous des patients différents ? Selon vous quels sont leurs attentes ? Leurs besoins ?</p> <p>Comment cela se passe niveau thérapeutique ? (médicaments ?)</p> <p>Comment voyez-vous la prise en charge ou l'accompagnement de la personne âgée ? Comment voyez-vous le rôle de la famille ?</p>
La douleur : (est-ce que vous pouvez parler un peu de la douleur ?)	<p>Quels sont les symptômes les plus fréquents que vous retrouvez chez la personne agréée ? La douleur revient souvent ?</p> <p>Quels sont les plus difficiles à prendre en charge ?</p> <p>Comment les patients vous parlent de la douleur ? De la douleur aiguë ou chronique ? Quelles questions vous posent-ils ? Qu'est-ce que vous faites ?</p>
Thème 2 : Douleur neuropathique du sujet âgé	
Evocation de la situation de douleur chronique : Si vous avez une situation en tête de sujet âgé avec une douleur chronique, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?	<p>Comment s'est passé le dialogue avec patient ? Quelle a été votre démarche ? Un diagnostic a-t-il été posé ? Lequel ? Quelle évaluation a été utilisée ?</p> <p>Quels ont été les retentissements chez le patient ?</p> <p>Qu'avez-vous fait et proposé ? Quelles ressources avez-vous mobilisées ?</p> <p>Sur quel point avez-vous dû réfléchir voire innover ?</p>

<p>Evocation de la situation de douleur chronique neuropathique</p> <p>Etes-vous confrontés à des patients qui ont des neuropathies chroniques ? Si oui pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé avec une situation en tête ?</p>	<p>Comment s'est passé le dialogue avec patient ? Quelle a été votre démarche ? Quel diagnostic a été posé ? Quelle évaluation a été utilisée ?</p> <p>Quels ont été les retentissements de la DN chez le patient ?</p> <p>Qu'avez-vous fait et proposé ? Quelles ressources avez-vous mobilisées ? (avis spé centre douleur, psycho, paramédical, méthodes alternatives)</p> <p>Sur quel point avez-vous dû réfléchir voire innover ?</p> <p>Si non pourquoi selon vous ? Qu'est-ce que vous pouvez me dire à propos de la neuropathie ?</p> <p>Que feriez-vous si vous étiez confrontés ?</p>
Thème 3 : Exploration de l'écart entre théorie et pratique	
<p>Votre analyse de la gestion de la douleur</p>	<p>Est-ce simple pour vous ce genre de situation ? Et par rapport au côté gériatrique ?</p> <p>Quelles sont les limites et difficultés que vous rencontrez ?</p> <p>Comment vous sentez-vous quand une thérapeutique ne marche pas ? Que faites-vous ?</p> <p>Etes-vous satisfait du résultat ?</p> <p>Que vous dit le patient ?</p> <p>Ce type de prise en charge, est ce que cela prend-il du temps ?</p> <p>Qu'est ce qui fait que cela marche ou marche pas ?</p> <p>Que pensez-vous des confrères qui ressentent des difficultés ?</p> <p>Selon vous, quelles sont les causes de DN ? Quelle est leur fréquence ? Comment faites-vous le diagnostic ? Comment traitez-vous la DN ? : traitements médic/non médic, posologie, AMM</p> <p>Y a-t-il des différences entre douleur chronique et douleur de neuropathie chronique ?</p> <p>Y a-t-il un parcours du patient douloureux chronique ?</p>
<p>Rôle du médecin généraliste</p>	<p>Que pensez-vous que le patient attend du médecin dans cette situation ?</p> <p>Selon vous, quel est votre rôle ?</p> <p>Quels sont les limites du médecin généraliste ?</p>
Pratiques du MG	
<p>Le travail avec les autres acteurs</p>	<p>Avec quels autres professionnels travaillez-vous pour prendre en charge ces douleurs ?</p> <p>Comment cela se passe ?</p> <p>Quels sont les difficultés ?</p> <p>Quelle est le rôle et la place des familles ?</p>
<p>Connaissance recommandations</p>	<p>Que savez-vous des recommandations concernant les douleurs neuropathiques ?</p> <p>De façon générale, comment vous sentez-vous dans le domaine de la neuropathie ? Est-ce que vous avez déjà souffert de neuropathie ?</p>

Abstract

Year : 2021
Author: BANH Leon
Thesis Directors : ABITBOL Gabriel, LUSTMAN Matthieu
<p>TITLE : Neuropathic pain in elderly : about general practitioner's (GP) very own practice</p> <p>INTRODUCTION : Neuropathic pain in the elderly represents a challenge in general practice. Neuropathic pain has an unclear definition and is difficult to manage. Besides, the elderly are complex and the population is ageing. The objective was to understand how the GP confront neuropathic pain in the elderly.</p> <p>METHODS : A qualitative study with eleven semi-structured individual interviews conducted with GPs. The inductive and thematic content analysis was inspired by the grounded theory method with purposive sampling.</p> <p>RESULTS : GPs usually cared about complexity and frailty of the elderly in a bio-psycho-social model. They had knowledge about neuropathic pain and preferred to adapt their practice to the reality of the field regardless of the clinical guidelines. The use of non-drug therapies was associated with a global management of neuropathic pain. All GPs had their way of working together with others healthcare providers but real collaboration was rare.</p> <p>CONCLUSION : GPs confront neuropathic pain in the elderly according to their practice. Global management in the elderly, and especially social consideration, is essential. Knowing the specific role of each healthcare providers would enhance coordination. Non-drug therapies should be promoted. Clinical guidelines should be made to fit in with the reality of general practice.</p>
<p>Key words :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aged - Neuralgia - General practice - Professional practice
University Adress. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX

Résumé

Année : 2021
Nom et Prénom de l'auteur : BANH Léon
Directeurs de thèse : ABITBOL Gabriel, LUSTMAN Matthieu
<p>TITRE DE LA THESE : La douleur neuropathique chez la personne âgée : Reflet de la singularité des pratiques des médecins généralistes (MG)</p> <p>INTRODUCTION : La douleur neuropathique de la personne âgée en médecine générale présente plusieurs enjeux. La définition de la douleur neuropathique est ambiguë et cette dernière est difficile à traiter. Par ailleurs la population est vieillissante et les personnes âgées présentent une grande complexité. Le MG se trouve au carrefour de ces enjeux. L'objectif de ce travail a été de comprendre la façon dont les MG s'interrogent et se confrontent à la douleur neuropathique de la personne âgée.</p> <p>MATERIEL ET METHODES : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de onze MG. Analyse thématique et inductive inspirée de la théorisation ancrée avec échantillonnage raisonné non représentatif.</p> <p>RESULTATS : Les MG prenaient en compte la complexité et la fragilité de la personne âgée en s'inscrivant dans une démarche bio-psycho-sociale. Ils montraient une réelle connaissance de la douleur neuropathique et adaptaient leur pratique selon leur réalité du terrain indépendamment des recommandations thérapeutiques. Le recours aux thérapies non médicamenteuses était favorisé par une prise en charge globale. Le travail coordonné était variable selon les MG et la collaboration réelle était rare.</p> <p>CONCLUSION : Les MG se confrontent à la douleur neuropathique de la personne âgée selon leur pratique médicale. La prise en charge globale et notamment sociale de la personne âgée est primordiale. Mieux connaître les rôles des différents intervenants pourrait améliorer la coordination. La place des thérapies non médicamenteuses serait à promouvoir. Adapter les recommandations à la réalité de la médecine générale améliorerait leur applicabilité.</p>
<p>Mots-clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sujet âgé -Névrалgie -Médecine générale -Pratique professionnelle
Adresse de L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX