

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Mélanie TERRAS

Le 10 Octobre 2017

**PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES DOULEURS
NEUROPATHIQUES : QUELLE EVOLUTION CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
REGION MIDI-PYRENEES, COMPARAISON AVEC UNE ENQUETE REALISEE EN 2007**

Directeur de thèse : Dr Philippe JULIEN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe JULIEN	Assesseur
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC	Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe NEKROUF	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Docteur Honoraire	M. ROUGE Denis	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Docteur Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Docteur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Docteur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Docteur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASGUE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RALHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POLRRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAYON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. OUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Javier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUCAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	
Professeur COSTAGUOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOLLE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie Thoracique et Cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LÔRSEAU Hervé	Hématologie, Transfusion	M. CALVAS Patrick	Généraliste
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addic
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fond.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET Françoise (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DJCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphaël	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. ZÔPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marie	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Anil	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVALD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAIGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLNIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NÔURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARENTE Jérôme	Neurologie		
M. PARRAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christan	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALÈS DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabella (C.E)	Biochimie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BLUAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandria	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biochimie
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROULLEAU RADOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVÂDE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Eliu (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Francis	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Pneumologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHALFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-SOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Audiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Mutiel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEQUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREELW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Marie-Eugénie	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Irwin	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Luc	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr STELLAMUNES André

Professeur Associé en G.R.L.
Dr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APCIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Verba	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUDOIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURSON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLIEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Veronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAQUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Amelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Sabouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Mayssa	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOQUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURD Y. Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancerologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Cécile	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Dorothee	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Margal	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jiri	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Omer	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRO Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIGUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOBI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme BOUZE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTESBOLL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr BR-DELAHAYE Maloko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Président du jury

Professeur des Universités

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Grâce à votre investissement quotidien au sein du DUMG, je suis fier d'avoir reçu l'une des meilleures formations de France en Médecine Générale. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le Professeur Marie-Eve Rougé-Bugat,

Professeur des Universités

Responsable du pôle : Douleurs et Soins Palliatifs du DUMG

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et de vous intéresser à ce travail de thèse, malgré le fait que nous n'ayons jamais eu l'occasion de travailler ensemble. Soyez assurée de tout mon respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Thierry Brillac,

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Responsable du pôle : Recherche en Soins Primaires du DUMG

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury, merci pour l'ensemble de vos enseignements au sein du DUMG. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de tout mon respect.

Monsieur le Docteur Philippe Nekrouf,

Maître de Stage Universitaire

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et de venir juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Philippe Julien,

Maître de Stage Universitaire

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous avez été mon maître de stage, merci pour tout ce que vous m'avez appris sur l'exercice de la Médecine Générale en milieu rural. Merci également d'avoir accepté

d'encadrer ce travail de longue haleine, pour votre patience et votre disponibilité. Soyez assuré de toute ma gratitude.

A tous ceux qui m'ont enseigné la Médecine Générale

Merci à toutes les équipes soignantes du CH de Saint Gaudens qui m'ont accueilli pendant ma première année d'internat.

Merci à l'équipe du pôle Gériatrie, à Philippe qui m'a appris à être indépendante dans mes décisions médicales, à Caroline, Bénédicte et Christine pour leurs enseignements en gériatrie, et à tous les soignants qui ont été si patients lors de ce premier semestre.

Merci à l'équipe du service des Urgences, à Eric et ses incessantes moqueries, à Christian pour son approche profondément humaine, à Isabelle pour sa gentillesse et sa patience, à Patrick et Nicolas pour leur disponibilité, et à tous les soignants pour leur gentillesse, leur patience et leur aide dans les moments difficiles, merci pour toutes les pauses café, bien nécessaires pour tenir le coup !

Merci à Stéphanie et Nathalie pour leurs enseignements sur la douleur, que je n'oublie pas.

Merci à Sylvie pour tous les cafés pris dans son bureau avec médecins et internes, et les leçons de vie que nous y avons reçu !

Merci à mes maîtres de stage de premier niveau pour leur accueil dans le Tarn, depuis je n'ai fait qu'y revenir.

Merci à Marie-Elisabeth Delga pour sa bonne humeur à toute épreuve, son amour de l'être humain et les visites commentées dans la campagne environnante.

Merci à Michel Marini pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Merci à l'équipe du service des Urgences Pédiatriques au CHU Purpan, à Ameline pour sa joie de vivre et sa gentillesse, à Isabelle pour son aide dans les moments difficiles, à Eric pour ses immenses connaissances en médecine, à Sophie et Manu pour leur grande

disponibilité, toujours prêts à nous apprendre quelque chose, et à toute l'équipe soignante pour leur dynamisme.

Merci à mes maîtres de stage de SASPAS dans le Gers.

Merci à Philippe pour son accueil chaleureux dans sa famille et son cabinet, pour m'avoir fait découvrir les coulisses de la vie du Médecin Généraliste de campagne.

Merci à Josiane pour ses enseignements en gérontologie, sa grande gentillesse et son humanité.

Merci à Serge pour m'avoir fait dédramatiser le fait d'exercer dans un lieu apparemment isolé, pour son humanité et sa patience.

Merci à mes maîtres de stage de SASPAS dans le Tarn.

Merci à Gilles pour son expérience et ses chaleureuses invitations à sa table.

Merci à Régine pour son approche humaniste et sa grande gentillesse.

Merci à Théo pour m'avoir fait découvrir Gaillac et ses environs, pour tous les débriefings au resto, pour sa confiance en mes capacités de médecin, et pour son immense patience !

Merci à tous les enseignants du DUMG, pour la richesse de leurs enseignements et la qualité de la formation dispensée.

A mes co-internes

Merci à Aurore, Sophie, Lorène, Thomas, Marie-Aline, Ronan et Albertine pour ce premier semestre, pour les repas réconfortants le soir en sortant du service, pour les soirées et les bons moments passés ensemble, je suis contente d'avoir vécu à vos côtés nos premiers pas en tant qu'internes.

Merci à Claire, Yohann, Elise, Diana, Oriane et Isabelle pour ce second semestre à Saint Gaudens, pour votre bonne humeur à tous et votre soutien.

Merci à Astrid, Sophie, Oriane, Jeanne-Marie, Camille, Léo, Mathieu, Mickaël, Guillaume, Thomas, Duc-Minh et Myriam, pour avoir rendu ces gardes aux urgences pédiatriques tellement plus drôles, plus faciles et passionnantes, heureusement qu'on s'est tenu les coudes pendant ces 6 mois !

A mes amis et ma famille

Merci à mes parents, pour votre présence et votre soutien indéfectible au cours de toutes ces années d'études, pour votre amour inconditionnel et votre confiance. Merci Papa pour ton aide précieuse et patiente concernant non seulement les statistiques de cette thèse, mais aussi la méthodologie et la rigueur scientifique de ce travail, c'était un plaisir de faire de nouveau des maths avec toi ! Merci petite Maman pour tous les petits colis qui ont enchanté mon quotidien, pour toutes tes petites attentions et ton immense bienveillance.

Merci à Bastien et Pauline, pour ce que vous êtes, pour votre soutien, et pour tous les excellents moments passés ensemble avec ou sans les parents, ce qui nous lie est unique.

Merci à mon grand-père et à toute ma famille, qui ont toujours suivi et soutenu avec bienveillance mon parcours dans le monde médical, nous fêterons cet heureux dénouement comme il se doit à Rias !

Merci à Alex, pour ton amour, ta présence toujours réconfortante et adorable, ta joie de vivre insatiable, ta patience toujours bienveillante dans les moments difficiles, et pour tous les projets à venir.

Merci à Lucie, pour ces longues années d'amitié, pour ton soutien et ton écoute, pour toutes ces discussions passionnantes, pour les invitations au Pyla toujours régénérantes, et pour tous les moments inoubliables passés ensemble ici ou là. Tu es mon urgentiste préférée.

Merci à Benoît, pour ton amitié, ton écoute à toute heure, ton humeur joyeuse et ton humour, tes conseils et tes pitreries, pour tout ce que tu as de saugrenu.

Merci à Aurore, pour ton soutien bienveillant dans les moments difficiles, pour ta gentillesse et ton grand cœur, reste à trouver le prochain DU à faire ensemble...

Merci à Catarina, pour ta présence maintenant indispensable au cabinet, pour ton efficacité, pour les restau entre midi et deux, et pour ton amitié qui m'est si précieuse.

Merci à Ben, pour ton amitié loyale depuis toutes ces années, pour ta présence en tous moments, et pour ta gentillesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
LA DOULEUR.....	2
LA DOULEUR NEUROPATHIQUE.....	2
CONSTAT ET OBJECTIF.....	3
MATERIEL ET METHODES.....	4
ENQUETE DE 2007.....	4
ENQUETE DE 2017.....	5
RESULTATS.....	6
CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDEURS.....	6
EPIDÉMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	7
DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	8
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SPÉCIFIQUES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	9
DISCUSSION.....	14
OBJECTIF.....	14
MATERIEL ET METHODES.....	14
CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDEURS.....	15
REPRESENTATIVITE DES MEDECINS REPONDEURS.....	16
EPIDÉMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	17
DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	17
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SPÉCIFIQUES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES.....	19
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXES.....	26

INTRODUCTION

LA DOULEUR

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (1).

Elle peut être aiguë, jouant alors un rôle de signal d'alerte, ou devenir chronique si elle dure plus de 3 mois.

On distingue habituellement 3 grands mécanismes à l'origine de la douleur, qui peut-être (2): nociceptive (douleur organique par excès de stimulation des récepteurs à la douleur, les « nocicepteurs »), neuropathique (douleur organique due à une lésion du système nerveux central ou périphérique) ou psychogène. Ces différents mécanismes peuvent se retrouver intriqués dans des douleurs dites « mixtes ».

LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Initialement dénommée « douleur de désafférentation », la douleur neuropathique (terme officiel depuis 1994) a été successivement définie comme « une douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux », puis « une douleur secondaire à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel » (définition officielle depuis 2011) (3).

Sa prévalence est de 7 à 8% parmi la population générale en Europe (4), soit un quart des patients douloureux chroniques (5).

Les douleurs neuropathiques peuvent être d'origine centrale ou périphérique et leurs étiologies sont nombreuses (5) (*ANNEXE 1*).

Les causes les plus étudiées de douleurs neuropathiques sont les douleurs neuropathiques du diabète, les douleurs post-zostériennes, les douleurs centrales post-AVC, les douleurs d'origine médullaire et les douleurs de la sclérose en plaques.

Mais les douleurs les plus rencontrées en population générale sont sans doute les radiculopathies chroniques (sciatalgies, névralgies cervicobrachiales) et les celles causées par un accident ou un acte chirurgical (4).

La douleur neuropathique est aujourd'hui considérée comme une entité nosographique à part entière, et son diagnostic se fait indépendamment de celui de sa cause.

Le diagnostic de douleur neuropathique est avant tout clinique, aucun examen complémentaire n'est recommandé (5). Il repose sur l'interrogatoire et un examen clinique neurologique, qui recherchent les caractéristiques bien particulières de la douleur neuropathique (*ANNEXE 2*).

Le questionnaire DN4 (*ANNEXE 3*) est un outil d'aide au diagnostic qui reprend les principaux éléments sémiologiques de la douleur neuropathique, et qui permet de la dépister avec une sensibilité et une spécificité excellentes pour un score supérieur ou égal à 4/10 (5).

Le traitement des douleurs neuropathiques repose sur l'utilisation d'antalgiques classiques, comme le tramadol et les morphiniques, et d'antalgiques spécifiques comme les antidépresseurs, les antiépileptiques ou les traitements locaux (*ANNEXE 4*).

Ces traitements ont dans l'ensemble une efficacité modérée et une tolérance parfois médiocre, qui nécessitent un suivi régulier et des règles de prescription particulières (*ANNEXE 5*).

CONSTAT ET OBJECTIF

Les douleurs neuropathiques ont longtemps été sous-estimées et seraient sous-traitées, du fait de leur caractère atypique et de leur traitement difficile. Il s'agit d'une pathologie souvent chronique qui est de prise en charge complexe, affectant le patient dans sa globalité de par ses retentissements multiples.

Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de soins primaires se retrouvent souvent en première ligne dans la prise en charge de ce type de douleur.

Des recommandations françaises ont été éditées en 2010 par la SFETD : « Les

douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur », s'inscrivant dans une dynamique plus globale d'amélioration de la prise en charge des douleurs chroniques, comme en témoignent les différents plans nationaux de lutte contre la douleur.

L'objectif de ce travail est d'observer la prise en charge des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées, et de la comparer à une précédente enquête de pratique réalisée en 2007, afin de pouvoir analyser l'évolution des pratiques.

MATERIEL ET METHODES

ENQUÊTE DE 2007

Il s'agit de la thèse de Médecine Générale du Dr Antoine LIARTE, soutenue le 15 Octobre 2010 à la Faculté de Médecine de Toulouse (texte complet disponible à la Bibliothèque Universitaire Santé de Rangueil) : « Prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques : enquête de pratique réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées ».

C'est une enquête de pratique menée d'octobre à décembre 2007, auprès de plus de 300 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, sélectionnés à partir de l'annuaire, en veillant à ce que tous les départements soient représentés.

Un questionnaire (*ANNEXE 6*) leur a été adressé par voie postale, il n'y a pas eu de relance.

Une première analyse descriptive a été réalisée pour chaque variable.

Des facteurs explicatifs concernant la qualité de la prescription ont été recherchés, et pour cela les médecins répondeurs ont été divisés en deux groupes « prescription conforme » et « prescription non conforme ». En l'absence de recommandations officielles au moment de l'étude, c'est l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) figurant sur le RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) qui a été désigné comme critère de qualité de la prescription, celle-ci étant reconnue « conforme » lorsque le médecin avait coché au moins un antidépresseur et un antiépileptique ayant l'AMM dans le traitement des douleurs neuropathiques centrales et/ou périphériques.

Des analyses multivariées ont ensuite cherché à identifier des facteurs associés à la conformité de la prescription, chaque variable ayant été comparée dans les deux groupes à l'aide des tests statistiques Chi-carré (variables qualitatives) et t-Student (variables quantitatives) au seuil de significativité (p) de 0,10. Seules les variables remplissant la condition $p < 0,10$ ont été retenues, et intégrées dans un modèle de régression logistique. Pour chacun des facteurs retenus, la linéarité ou loglinéarité a été testée.

ENQUÊTE DE 2017

Il s'agit d'une enquête de pratique, menée auprès de 2350 médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées, via l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Occitanie.

Un lien vers un questionnaire en ligne leur a été envoyé par mail le 11 mai 2017, avec une relance effectuée trois semaines plus tard ; et le recueil des données s'est terminé le 6 juin 2017.

Le questionnaire (*ANNEXE 7*), adapté de celui de 2007 (cf. Discussion), a été réalisé à l'aide du logiciel Google Forms, disponible sur la plateforme en ligne Google Drive.

Les données ont été traitées dans Google Sheets (tableur de Google Drive), pour une analyse descriptive de chaque variable.

Les résultats de l'enquête de 2007 et ceux de l'enquête de 2017 ont ensuite été comparés à l'aide du test statistique Chi-carré d'indépendance, au seuil de significativité de 0,05 (p). Le test permet de calculer la probabilité que la différence constatée entre deux échantillons ne soit pas due au hasard.

RESULTATS

CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDEURS

L'enquête de 2007 a permis d'inclure 108 (30% de réponses) médecins répondeurs ; celle de 2017 a permis d'en inclure 90 (3,8% de réponses).

Les médecins généralistes ayant répondu sont majoritairement des hommes (77,8% (n=84) en 2007 ; 62,2% (n=56) en 2017), avec une proportion significativement plus importante de femmes en 2017 ($p = 0,0252$).

La moyenne d'âge est respectivement de 50 ans en 2007 et 50,1 ans en 2017.

La Haute-Garonne est le département le plus répondeur de la région (TABLEAU 1), avec une sur représentativité significative en 2017 ($p < 0,05$).

TABLEAU 1

Répartition des médecins répondeurs selon leur département d'exercice dans la région Midi-Pyrénées en 2007 et 2017

Département d'exercice	2007		2017		p*
	n = 108	%	n = 90	%	
Ariège (9)	-	-	4	4,40%	
Aveyron (12)	12	11,10%	3	3,30%	
Gers (32)	-	-	8	8,90%	
Haute-Garonne (31)	39	36,10%	55	61,10%	0,0014
Hautes-Pyrénées (65)	-	-	3	3,30%	
Lot (46)	-	-	1	1,10%	
Tarn (81)	21	19,40%	7	7,80%	
Tarn-et-Garonne (82)	-	-	8	8,90%	

*(p) calculé selon 4 modalités : Aveyron / Haute-Garonne / Tarn / autres départements

Les médecins répondeurs exercent toujours principalement en milieu urbain (TABLEAU 2).

TABLEAU 2

Répartition des médecins répondants selon leur lieu d'exercice en 2007 et 2017

Lieu d'exercice	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
urbain	65	60,20%	45	50,00%	0,0833
semi-rural	22	20,40%	31	34,40%	
rural	21	19,40%	14	15,60%	

Alors qu'en 2007 les médecins répondants exerçaient principalement en cabinet seul, en 2017 le cadre d'exercice est majoritairement représenté par les cabinets de groupe, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$).

TABLEAU 3

Répartition des médecins répondants selon leur cadre d'exercice en 2007 et 2017

Cadre d'exercice	2007		2017		p**
	n = 108	%	n = 90	%	
cabinet seul	61	56,50%	23	25,60%	0,0001
cabinet de groupe	47	43,50%	61	67,80%	
autre*	-	-	14	15,60%	

*modalité de réponse ajoutée au questionnaire de 2017, pour le détail des réponses voir ANNEXE 8

**(p) calculé selon 2 modalités : cabinet seul / cabinet de groupe (modalité autre exclue)

La majorité des médecins répondants sont membres d'une Formation Médicale Continue (76,6% (n=82) en 2007 ; 64,4% (n=58) en 2017 ; $p = 0,1072$), et la proportion de médecins ayant suivi une formation spécifique sur la douleur a augmenté de manière significative (34% (n=36) en 2007; 50% (n=45) en 2017; $p = 0,0257$).

EPIDÉMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Pour 51,9% (n=56) des médecins répondants en 2007, les douleurs neuropathiques étaient un motif de consultation fréquent, contre 72,2% (n=65) en 2017 ($p = 0,0054$).

DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Les éléments sémiologiques les plus souvent cités par les médecins (plus de 50% des réponses) ont été mis en évidence dans le *TABLEAU 4*.

On observe une augmentation significative des taux de réponses pour les éléments “brûlures”, “décharges électriques”, “démangeaisons”, “sensation de froid douloureux”, “fourmillements/picotements” et “engourdissements”, alors qu’une baisse significative est observée pour les éléments “permanence de la douleur” et “forte intensité de la douleur”.

TABLEAU 4

Répartition des réponses à la question: “Quel(s) élément(s) vous font porter le diagnostic de douleur neuropathique?” en 2007 et 2017

Éléments sémiologiques	2007		2017		P
	n = 108	%	n = 90	%	
Brûlures	80	74,1%	83	92,2%	0,0016
Faiblesse musculaire	19	17,6%	10	11,1%	0,2790
Décharges électriques	87	80,6%	86	95,6%	0,0031
Démangeaisons	12	11,1%	29	32,2%	0,0005
Insensibilité aux antalgiques usuels	83	76,9%	62	68,9%	0,2717
Relation avec un effort physique	6	5,6%	2	2,2%	0,4101
Douleurs de fin de nuit/réveil	22	20,4%	17	18,9%	0,9349
Sensation de froid douloureux	27	25%	48	53,3%	7,9697 10 ⁻⁵
Fourmillements/picotements	78	72,2%	84	93,3%	0,0002
Engourdissements	36	33,3%	54	60%	0,0003
Permanence de la douleur	62	57,4%	26	28,9%	0,0001
Forte intensité de la douleur	47	43,5%	15	16,7%	9,5070 10 ⁻⁵
Déficit moteur	23	21,3%	21	23,3%	0,8911
Diminution de la sensibilité au tact	59	54,6%	46	51,1%	0,6735
Allodynie (hypersensibilité à un stimulus normalement indolore)	86	80,4%	68	75,6%	0,5206
Diminution de la sensibilité à la piqûre	42	38,9%	42	46,7%	0,3963
Aucun des éléments cités ci-dessus*	-	-	0	0,00%	-
Autre**	-	-	4	4,40%	-

*modalité de réponse ajoutée au questionnaire de 2017

**modalité de réponse ajoutée au questionnaire de 2017, pour le détail des réponses voir ANNEXE 8

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) est utilisée dans l'évaluation des douleurs neuropathiques par 43% (n=46) en 2007, et par 45,6% (n=41) des médecins répondants en 2017 ($p = 0,7837$).

28,7% (n=31) des médecins répondants en 2007 connaissent le questionnaire DN4, contre 53,3% (n=48) en 2017, avec une différence statistiquement significative ($p = 0,0007$).

Parmi ceux qui connaissent le questionnaire, ils sont 16,1% (n=5) en 2007 à l'utiliser fréquemment (37,5% (n=18) en 2017 ; $p = 0,0737$).

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SPÉCIFIQUES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Lors de la prescription d'un tel traitement, les médecins répondants l'introduisent majoritairement d'emblée dans certaines étiologies en 2007, alors qu'ils le font majoritairement après échec d'un autre traitement en 2017 (*TABLEAU 5*), et ceci de manière extrêmement significative ($p < 0,05$).

TABLEAU 5

Répartition des réponses à la question: "A quel moment initiez-vous un tel traitement (anti-dépresseur ou anti-épileptique)?" en 2007 et 2017

Initiation d'un traitement	2007		2017		<i>p</i>
	n = 108	%	n = 90	%	
D'emblée quelle que soit la cause	9	8,30%	11	12,20%	2,7308 10^{-9}
D'emblée dans certaines étiologies	74	68,50%	29	32,20%	
Dans les 3 premiers mois après échec d'un traitement initial autre (antalgiques, AINS...)	10	9,20%	42	46,70%	
Jamais avant 3 mois	15	13,90%	5	5,60%	
Je n'utilise pas ou quasiment pas ces traitements*	-	-	3	3,30%	

*modalité de réponse ajoutée au questionnaire de 2017

Concernant les spécialités (anti-dépresseurs et anti-épileptiques) les plus prescrites (plus de 25% des réponses), elles sont mises en évidence dans le *TABLEAU 6*.

On constate que les prescriptions de clomipramine et clonazépam ont diminué de manière significative depuis 2007, alors que les prescriptions de duloxétine et prégabaline ont elles significativement augmenté.

TABLEAU 6

Répartition des réponses à la question: « Parmi ces traitements, quelles sont les 2 spécialités de chaque classe que vous prescrivez le plus souvent face à des douleurs neuropathiques (anti-dépresseurs et anti-épileptiques)» en 2007 et 2017

Anti-dépresseurs	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
Amitriptyline LAROXYL°	89	82,4%	80	88,9%	0,2790
Imipramine TOFRANIL°	2	1,9%	0	0%	0,5592
Clomipramine ANAFRANIL°	38	35,2%	13	14,4%	0,0015
Duloxétine CYMBALTA°	0	0%	38	42,2%	2,2881 10 ⁻¹³
Venlafaxine EFFEXOR°	14	13%	12	13,3%	0,8930
Milnacipran IXEL°	5	4,6%	1	1,1%	0,3068
Paroxétine DEROXAT°	16	14,8%	8	8,9%	0,2921
Fluoxétine PROZAC°	5	4,6%	0	0%	0,1068
Autre*	-	-	0	0%	-
Anti-épileptiques	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
Gabapentine NEURONTIN°	73	68,2%	55	61,1%	0,4233
Prégabaline LYRICA°	37	34,3%	85	94,4%	1,5380 10 ⁻¹⁷
Carbamazépine TEGRETOL°	15	13,9%	11	12,2%	0,6747
Clonazépam RIVOTRIL°	76	70,4%	6	6,7%	4,8122 10 ⁻¹⁹
Autre*	-	-	0	0%	-

*modalité de réponse ajoutée au questionnaire de 2017, pour le détail des réponses voir ANNEXE 8

En 2007 comme en 2017, les médicaments qui semblent avoir la meilleure efficacité ont la préférence des médecins répondants lorsqu'il s'agit de choisir un traitement (TABLEAU 7), même si les médicaments qui semblent avoir fait l'objet d'un maximum d'études et ceux qui possèdent l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques connaissent une augmentation significative en 2017 ($p < 0,05$).

TABLEAU 7

Répartition des réponses “choix n°1” à la question: “Notez les raisons qui vous ont fait choisir en priorité ces médicaments (de la plus importante (1) à la moins importante (4))” en 2007 et 2017

Critères de choix d'un traitement	2007		2017		P
	n = 108	%	n = 90	%	
Ils semblent avoir fait l'objet d'un maximum d'études	10	9,30%	17	18,90%	0,0005
Ils semblent avoir la meilleure efficacité	63	58,30%	24	26,70%	
Ils semblent avoir une meilleure tolérance que les autres	19	17,60%	11	12,20%	
Respect des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)	10	9,30%	17	18,90%	

La majorité des médecins répondants revoient le patient de façon systématique, le plus souvent dans un délai de deux semaines à un mois (TABLEAU 8).

TABLEAU 8

Répartition des réponses à la question : “Dans quel délai revoyez-vous le patient suite à votre prescription initiale?” en 2007 et 2017

Délai de consultation	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
Une semaine	16	14,80%	17	18,90%	0.7407
Deux semaines à un mois	78	72,20%	62	68,90%	
Pas de consultation systématique (fonction de la demande du patient)	12	11,10%	11	12,20%	

Lors de l'augmentation des posologies, les médecins répondants respectent majoritairement un palier d'une semaine (TABLEAU 9), bien que cette proportion ait augmenté de manière significative ($p < 0,05$) en 2017.

TABLEAU 9

Répartition des réponses à la question: “Lors de l’augmentation des posologies, la durée des paliers que vous respectez est plutôt” en 2007 et 2017

Palier	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
1 semaine	51	47,20%	63	70,00%	0.0088
2 semaines	41	38%	24	26,70%	
1 mois	11	10,20%	3	3,30%	

En cas d’efficacité insuffisante du traitement, l’attitude des médecins est avant tout d’augmenter la monothérapie jusqu’à la dose maximale tolérée (TABLEAU 10), avec une augmentation significative ($p < 0,05$) observée en 2017.

TABLEAU 10

Répartition des réponses “choix n°1” à la question: “En cas d’efficacité insuffisante du traitement, votre attitude est plutôt (notez dans l’ordre de 1 à 3)” en 2007 et 2017

Attitude en cas d’efficacité insuffisante du traitement	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
Augmenter la monothérapie jusqu’à la dose maximale tolérée (choix n°1)	75	70,10%	71	78,90%	0.0429
Changer de classe thérapeutique (choix n°1)	15	14%	6	6,70%	
Passer à une bithérapie (choix n°1)	17	15,90%	6	6,70%	

Une fois la douleur maîtrisée, les médecins répondent laissent le traitement en place le plus souvent pour une durée de un à trois mois (TABLEAU 11), et on constate une baisse significative ($p < 0,05$) de la part de médecins le laissant en place plus de 6 mois dans l’échantillon de 2017.

TABLEAU 11

Répartition des réponses à la question: “Une fois la douleur maîtrisée de façon satisfaisante, combien de temps laissez-vous en place le traitement à la même dose avant de débiter le sevrage” en 2007 et 2017

Durée du traitement	2007		2017		p*
	n = 108	%	n = 90	%	
<1 mois	-	-	3	3,30%	0,0144
1-3 mois	43	40,60%	36	40,00%	
3-6 mois	-	-	35	38,90%	
>6 mois	37	34,90%	16	17,80%	

*(p) calculé selon 2 modalités : >6 mois / ≤6 mois

La majorité des médecins des deux échantillons estiment devoir modifier ou arrêter le traitement à cause d’une intolérance médicamenteuse dans 10 à 30% des cas (56,7% (n=59) en 2007, 52,2% (n=47) en 2017 ; $p = 0.8453$).

Les médecins répondants envisagent un avis spécialisé notamment en cas d’échec d’un traitement (mono ou bithérapie) à doses efficaces (TABLEAU 12).

TABLEAU 12

Répartition des réponses à la question: “Quand envisagez-vous un avis spécialisé dans le cadre de la gestion de la douleur” en 2007 et 2017

Avis spécialisé	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
En cas d’échec d’une monothérapie à doses efficaces	47	44,30%	44	48,90%	0,2393
En cas d’échec d’une bithérapie à doses efficaces	44	41,50%	40	44,40%	
De façon systématique	15	14,20%	6	6,70%	

Les médecins généralistes adressent plutôt leur patient à un neurologue en 2007, alors qu’il s’agit de l’algologue pour la majorité des médecins en 2017, avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$).

TABLEAU 13

Répartition des réponses à la question: "A quel spécialiste avez-vous le plus souvent recours?" en 2007 et 2017

Spécialiste	2007		2017		p
	n = 108	%	n = 90	%	
Neurologue	70	66%	28	31,10%	1,6066 ⁻⁶
Algologue (centre spécialisé dans la prise en charge de la douleur)	27	25,50%	55	61,10%	
Rhumatologue	9	8,50%	7	7,80%	

DISCUSSION

OBJECTIF

On observe une évolution favorable évidente des pratiques dans certains domaines de la gestion des douleurs neuropathiques, là où d'autres domaines connaissent une certaine stabilité, le tout suggérant cependant une meilleure reconnaissance de cette pathologie par les médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODES

Le mode de recrutement des médecins et de diffusion du questionnaire en 2007 nous a paru logistiquement assez lourd, alors que les moyens informatiques nous permettaient de réaliser l'enquête plus simplement.

En effet, la mailing-list de l'URPS nous a donné accès à plus de médecins, et le recueil des données en ligne a permis de traiter ensuite les données plus rapidement.

Mais du fait de ce choix, il existe un biais de sélection évident dans la constitution de l'échantillon de 2017.

Le questionnaire de 2007 a été pris comme modèle pour la rédaction de celui de 2017, et respecté le plus fidèlement possible ; cependant certaines adaptations nous ont paru nécessaires (6), afin d'actualiser le questionnaire, de l'alléger et de le raccourcir.

Certaines questions ont été supprimées pour plusieurs raisons : soit la question n'était pas exploitée dans la partie Résultats de la thèse, soit le résultat à la question n'était pas discriminant, soit la question était en dehors du sujet précis de l'enquête, soit la question n'était plus d'actualité en 2017.

D'autres questions ont été modifiées pour préciser un élément dans leur formulation (par exemple définir la notion de « fréquent »).

Pour quelques questions il a été ajouté la possibilité de répondre par exemple « autre » ou « je n'utilise pas... ».

Concernant les analyses statistiques, nous avons décidé de les simplifier et de ne pas reproduire l'identification de sous-groupes de médecins répondant au critère "prescription conforme" ou non.

En effet le travail de comparaison entre les deux enquêtes nous a semblé être déjà une question en soi, d'autre part la recherche de facteurs associés à la conformité de la prescription n'avait pas permis de construire de modèle explicatif satisfaisant, aucune différence statistiquement significative n'avait pu être mise en évidence entre les deux groupes.

Par ailleurs, nous avons décidé de fixer le seuil de significativité statistique à 5% ($p = 0,05$) comme cela se fait habituellement.

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REPONDEURS

On peut regretter le manque de puissance des deux études du aux relativement faibles effectifs, en 2007 à cause du nombre réduit de médecins contactés (même si le taux de réponse est satisfaisant), en 2017 à cause du moyen de diffusion du questionnaire. En

effet, le courrier électronique est sans doute vu comme plus impersonnel et implique donc moins la personne interrogée.

Les échantillons des deux enquêtes sont comparables de par leurs effectifs, la moyenne d'âge des médecins, leur lieu d'exercice (urbain majoritairement).

Mais on note également un certain nombre de différences. La féminisation significative de l'échantillon de 2017 révèle une tendance déjà connue dans la profession médicale, ainsi que l'augmentation significative de l'exercice de groupe en 2017. La répartition des départements entre les deux échantillons n'est pas aisée à comparer, du fait que nous n'avons pu trouver certaines données concernant l'échantillon de 2007, mais on observe certainement une sur représentation du département Haute-Garonne dans l'échantillon de 2017. Cette différence peut s'expliquer par un biais de représentativité au niveau de la mailing-list de l'URPS, ou bien par une part plus importante de médecins enclins à répondre aux questionnaires (maîtres de stage, enseignants...) en Haute-Garonne.

Concernant la formation, la proportion de médecins membre d'une FMC est stable dans le temps, alors qu'on constate que les médecins de 2017 sont mieux formés à la douleur, à moins qu'il ne s'agisse d'un biais lié à la sélection de l'échantillon de 2017.

RESPRESENTATIVITE DES MEDECINS REPONDEURS

Nous avons cherché à comparer les échantillons des deux études avec la population générale des médecins généralistes, à l'aide des Atlas de la Démographie médicale en France, pour les années 2008 (7) et 2016 (8).

Nous avons d'abord comparé les échantillons avec la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées de chaque époque, tout mode d'exercice confondu (*ANNEXES 9 et 10*). On voit alors (*ANNEXE 11*) que la répartition par département est sensiblement respecté dans l'échantillon de 2007 ($p > 0,05$) alors qu'elle est significativement différente dans l'échantillon de 2017 ($p < 0,05$) avec, comme nous l'avons déjà constaté, une sur représentation de la Haute-Garonne.

Nous avons ensuite comparé les échantillons avec la population des médecins généralistes exerçant en libéral au niveau national (*ANNEXES 12 et 13*). On constate alors (*ANNEXE 14*) que la répartition hommes/femmes est respectée dans les deux échantillons, avec une différence non significative, du au fait que les femmes exercent préférentiellement sur le mode salarié, expliquant la proportion importante d'hommes dans les enquêtes.

Les deux échantillons ne sont donc pas complètement représentatifs de la population des médecins généralistes de leur époque, notamment quant à la répartition des départements au sein de la région Midi-Pyrénées.

Par ailleurs, on observe au niveau national une féminisation extrêmement significative de la population des médecins généralistes (*ANNEXE 15*), ce qui confirme la tendance observée au niveau des échantillons des enquêtes.

EPIDEMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

De manière statistiquement significative, on observe un plus grand nombre de médecins en 2017 considérant le motif de consultation « douleur neuropathique » comme fréquent. Cette différence peut s'expliquer par une meilleure reconnaissance des douleurs neuropathiques, induisant une perception plus importante de la maladie. Mais il peut également s'agir d'un biais de sélection entre les deux populations, ou d'un biais de classement lié à la définition du terme « fréquent » dans le questionnaire de 2017.

DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Dans le questionnaire de 2017, nous avons choisi de regrouper tous les signes cliniques, d'interrogatoire ou d'examen, dans une même question pour plus de clarté, d'autant qu'il n'est pas fait mention de cette question dans la partie Discussion de la thèse de 2007.

La liste des éléments sémiologiques comporte quelques « erreurs », probablement volontairement introduites par l'auteur de l'étude de 2007 afin de diminuer le risque de désirabilité de la part des médecins.

Selon les recommandations, les éléments sémiologiques n'évoquant pas le diagnostic de douleur neuropathique sont: la faiblesse musculaire, la relation avec un effort physique, des douleurs de fin de nuit ou au réveil, la permanence de la douleur et la forte intensité de la douleur (*ANNEXE 2*).

On voit (*TABLEAU 4*) que les éléments sémiologiques les plus cités par les médecins (plus de 50% des réponses) que ce soit en 2007 ou 2017 sont les brûlures, les décharges électriques, l'insensibilité aux antalgiques usuels, les fourmillements/picotements, la diminution de la sensibilité au tact et l'allodynie, qui font partie des signes cliniques répertoriés dans les recommandations (*ANNEXE 2*).

Concernant les démangeaisons, la sensation de froid douloureux, et les engourdissements, on observe une augmentation significative du nombre de réponses en 2017.

En revanche, on observe une stabilité du nombre de réponses pour les éléments sémiologiques déficit moteur et diminution de la sensibilité à la pique, avec des taux de réponse inférieurs à 50% pour chacun d'entre eux.

On constate également que les « mauvaises réponses » soit restent stables avec de faibles pourcentages (faiblesse musculaire, relation avec un effort physique, douleurs de fin de nuit/réveil), soit diminuent de manière significative (permanence, forte intensité de la douleur).

L'utilisation de l'EVA reste stable, avec cependant moins de 50% des réponses, alors qu'il est recommandé d'utiliser une échelle validée pour l'évaluation des DN (5).

Le nombre de médecins connaissant le questionnaire DN4 est en augmentation de manière significative, ainsi que le nombre de médecins qui l'utilisent. Ces résultats peuvent révéler une meilleure reconnaissance des douleurs neuropathiques et de leurs outils.

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SPECIFIQUES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Nous avons décidé de reproduire le questionnaire de 2007 le plus fidèlement possible, n'y paraissent donc pas les traitements locaux spécifiques des douleurs neuropathiques, les patches de lidocaïne (VERSATIS^o) et de capsaïcine (QUTENZA^o), respectivement commercialisés en Février 2008 (9) et Juin 2011 (10).

Par ailleurs, les traitements non médicamenteux des douleurs neuropathiques n'ont été que très brièvement abordé dans la thèse de 2007, et pour plus de clarté nous avons décidé de ne pas inclure de question concernant ce domaine.

Au moment de prescrire un traitement spécifique des douleurs neuropathiques, peu de médecins vont l'introduire d'emblée quelque soit la cause (*TABLEAU 5*), alors que les recommandations précisent que ces traitements sont indiqués en première intention, indépendamment du traitement de la cause (5).

On voit également que dans l'échantillon de 2017, les médecins tardent plus dans l'ensemble à introduire un traitement spécifique des douleurs neuropathiques, préférant prescrire d'abord des traitements antalgiques classiques.

Concernant les anti-dépresseurs (*TABLEAU 6*), rappelons que seuls l'amitriptyline, l'imipramine, la clomipramine et la duloxétine ont l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques, et sont indiqués en première intention dans les recommandations (5).

La venlafaxine est recommandée en seconde intention mais n'a pas l'AMM pour les douleurs neuropathiques.

La paroxétine et la fluoxétine n'ont pas l'AMM pour les douleurs neuropathiques, et n'ont démontré qu'une efficacité modeste voir négative dans le traitement de ces douleurs.

On voit que l'amitriptyline reste l'anti-dépresseur le plus prescrit par les médecins généralistes.

L'augmentation significative de la prescription de duloxétine trouve son origine dans le fait que le CYMBALTA^o a été commercialisé en Novembre 2007 (11) en France, soit pendant le déroulement de l'enquête de pratique de 2007.

La baisse de la prescription de la clomipramine en 2017 s'explique peut-être par cette nouvelle répartition du profil de prescription des anti-dépresseurs au profit de nouvelles classe thérapeutiques.

Concernant les anti-épileptiques (*TABLEAU 6*), rappelons que la gabapentine et la prégabaline ont l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques, et sont recommandés en première intention.

La carbamazépine, bien qu'ayant l'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques et des névralgies faciales, n'est pas recommandé par la SFTEED dans les douleurs neuropathiques, du fait de sa faible efficacité et de sa fréquente intolérance (5).

Le clonazépam n'a ni l'AMM ni les recommandations de la SFETD pour le traitement des douleurs neuropathiques. Ce médicament a d'ailleurs fait l'objet d'une mise au point de la part de l'AFSSAPS en Novembre 2011 (12) concernant ses modalités de prescription:

- indiqué uniquement dans le traitement de l'épilepsie
- rapport bénéfice/risque non établi dans le traitement de la douleur
- prescription sécurisée limitée à 12 semaines pour la forme per os.

Ceci qui explique très probablement la chute observée concernant la prescription de clonazépam en 2017.

La prescription de gabapentine reste importante, bien qu'en 2017 elle soit largement dépassée par celle de prégabaline, du fait de sa commercialisation récente (Juin 2006 (13)) au moment de l'enquête de 2007.

La majorité des médecins généralistes, quelle que soit l'année, choisit en premier les traitements qui semblent avoir la meilleure efficacité, montrant bien que c'est avant tout le soulagement de leur patient qui leur importe. Mais on peut également noter une augmentation significative des choix « maximum d'études » et « respect des AMM », qui démontre peut-être une plus grande prise en compte de critères institutionnels en 2017 quand au choix d'un traitement.

Concernant cette question avec possibilité de classer les choix par importance (de 1 à 4), il est dommage que l'auteur de la thèse de 2007 n'ait analysé que les choix n°1 de chaque critère, et que le taux de réponse de 2017 souffre probablement d'une part

d'incompréhension. A posteriori, il aurait été plus simple de ne proposer aux médecins enquêtés de ne sélectionner qu'un seul critère préféré parmi les autres.

Suite à leur prescription initiale, la majorité des médecins revoit le patient au cours du premier mois, comme préconisé dans les recommandations (5), afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement.

Il est également recommandé d'augmenter progressivement les doses par paliers, selon l'efficacité et la tolérance, ce qui laisse la durée à la libre appréciation des praticiens. La partie du questionnaire concernant ce point précis ne permet pas de repérer si certains médecins prescrivent d'emblée le traitement aux doses maximales, l'intitulé même de la question induisant le comportement recommandé.

On constate néanmoins une augmentation significative de la part de médecins choisissant des paliers d'une semaine en 2017, ce qui dénote une progression plus rapide des posologies, et peut-être une moindre appréhension des effets indésirables.

En cas d'efficacité insuffisante du traitement, l'attitude de la majorité des médecins dans les deux échantillons est conforme aux recommandations (5), qui préconisent d'augmenter les doses jusqu'au maximum toléré, avant de passer à une association thérapeutique. On voit également que la proportion de médecins préférant cette attitude a significativement augmenté en 2017, traduisant peut-être un meilleur respect des recommandations, ou là encore une moindre appréhension des effets indésirables.

On peut regretter le choix méthodologique concernant cette question (classement des choix par importance), qui aurait pu elle aussi être simplifiée.

En revanche, concernant la durée totale du traitement avant sevrage, les médecins le laissant en place plus de 6 mois, comme c'est le cas dans les recommandations, ne sont toujours pas majoritaires, et sont même significativement moins nombreux en 2017. On peut voir là une appréhension persistante des médecins généralistes à prescrire pour une longue durée des traitements qui souffrent encore de leur image péjorative.

Un avis spécialisé est recommandé en cas d'échec de plusieurs classes thérapeutiques ou en cas d'échec d'une bithérapie à doses efficaces, alors que la plupart des médecins adressent leur patient au spécialiste en cas d'échec d'une monothérapie à

doses efficaces, démontrant là aussi une certaine difficulté des médecins généralistes face à la complexité de la prise en charge de ces douleurs, et probablement la recherche d'un appui diagnostique et thérapeutique auprès d'un deuxième avis spécialisé.

Concernant le spécialiste auquel les médecins adressent leur patient, on voit (*TABLEAU 13*) que l'algologue a gagné du terrain en 2017, ce qui est probablement dû à la meilleure diffusion des centres et consultations douleur.

CONCLUSION

On constate que les médecins généralistes se sont améliorés sur le plan diagnostique (reconnaissance des éléments sémiologiques, connaissance et utilisation du questionnaire DN4), même si des progrès restent à faire, notamment dans l'utilisation d'outils validés.

Sur le plan thérapeutique, les médecins se sont bien adaptés à l'émergence de nouvelles molécules et de nouvelles règles de prescription (clonazépam). Mais les traitements spécifiques restent trop tardivement prescrits, et pour des durées souvent trop brèves.

Il transparaît que les médecins sont attentifs à l'efficacité et à la tolérance de ces traitements spécifiques, dénotant bien les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un patient atteint de douleurs neuropathiques.

La prise en charge des comorbidités associées aux douleurs neuropathiques (anxiété, dépression, pathologie chronique...) n'est pas abordée dans ce travail, mais représente une partie des difficultés qui peuvent être rencontrées par le médecin généraliste, tout comme les retentissements socio-professionnels liés à toute douleur chronique.

Globalement, malgré une amélioration des pratiques sur certains points, les médecins généralistes restent en difficulté face à la prise en charge des douleurs neuropathiques, démontrant bien le constant besoin de formation et de diffusion des nouvelles connaissances sur la douleur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles. [Internet]. 2008 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient?xtmc=&xtcr=2
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. 1999 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire?xtmc=&xtcr=8
3. Bouhassira D. Définition et classification des douleurs neuropathiques. La Presse Médicale. févr 2008;37(2):311-4.
4. Attal N. Avancées dans le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. Revue Neurologique. déc 2011;167(12):930-7.
5. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.
6. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. e-respect. nov 2012;(2):15-21.
7. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, KAHN-BENSAUDE I. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2008. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2008.
8. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT J-F. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. VERSATIS 5 %, emplâtre médicamenteux. Fiche info. Base de données publique des médicaments. [Internet]. Base de données publiques des médicaments. 2007 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=65538840>
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. QUTENZA 179 mg, patch cutané. Fiche info. Base de données publique des médicaments. [Internet]. Base de données publiques des médicaments. 2009 [cité 17 août 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66525842>
11. ANSM. CYMBALTA [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. 2013 [cité 6 août 2017]. Disponible sur:

<http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/CYMBALTA>

12. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Clonazépam (RIVOTRIL®) per os utilisé hors AMM (notamment dans la douleur, les troubles anxieux et du sommeil). Mise au point. [Internet]. 2011 [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Rivotril-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Lettre-aux-professionnels-de-sante-Actualise-le-04-01-2012>
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. LYRICA 25 mg, gélule. Fiche info. Base de données publique des médicaments. [Internet]. Base de données publiques des médicaments. 2004 [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=67928173>

ANNEXES

ANNEXE 1

Principales étiologies des douleurs neuropathiques chez l'adulte en population générale.

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

<i>Causes fréquentes</i>	
Étiologies périphériques	<i>Radiculopathies</i> Radiculopathies (hernie discale, canal lombaire étroit, post-chirurgie du rachis...) <i>Mononeuropathies/plexopathies</i> Mononeuropathies post-chirurgicales ou post-traumatiques Syndromes canaux (canal carpien notamment) Douleurs post-zostériennes Douleurs neuropathiques associées au cancer (par compression ou envahissement nerveux) Plexopathies post-radiques <i>Polyneuropathies</i> Neuropathies du diabète Polyneuropathies idiopathique à petites fibres Neuropathies alcooliques Neuropathies toxiques et chimio-induites
Étiologies centrales	Accident vasculaire cérébral Lésions médullaires traumatiques Sclérose en plaques
<i>Causes plus rares</i>	
Étiologies périphériques	Neuropathies du VIH Neuropathies des maladies de système (lupus, PAN, Gougerot Sjögren, amylose) Neuropathies carencielles ou métaboliques (autre que l'alcool) Neuropathies médicamenteuses Neuropathies génétiques (maladie de Fabry...)
Étiologies centrales	Syringomyélie Autres lésions médullaires (tumeurs, lésions vasculaires...) Lésions cérébrales (autres que les AVC)

ANNEXE 2

Principaux éléments cliniques orientant vers le diagnostic d'une douleur neuropathique.

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

Tableau 1 Principaux éléments cliniques orientant vers le diagnostic d'une douleur neuropathique.	
Contexte de survenue	Lésion ou maladie connue ou suspectée du système nerveux Contexte particulier (postopératoire, traumatique) pouvant s'accompagner d'une lésion nerveuse Décours temporel plausible entre la lésion et l'apparition de la douleur. Il peut exister un intervalle libre de plusieurs semaines ou mois (généralement pas plus d'un an) entre la lésion et l'apparition des douleurs
Description des douleurs	Caractéristiques particulières des douleurs spontanées continues (brûlure, froid douloureux) ou paroxystiques (décharges électriques) Association à des douleurs provoquées (par le frottement, la pression, le froid ou le chaud) - l'allodynie au frottement et au froid étant plus caractéristiques de ces douleurs
Sensations positives non douloureuses associées	Engourdissement, fourmillements, picotements, démangeaisons
Signes neurologiques négatifs dans la zone douloureuse	Déficit thermo-algique (piqûre, chaud, froid) Autre déficit sensitif (tact, proprioception) Déficit moteur Autres (anomalies de réflexes...)
Signes neurologiques positifs	Allodynie au frottement, à la pression, au froid, au chaud
Aire douloureuse	La douleur siège dans un territoire déficitaire systématisé compatible avec une lésion neurologique périphérique ou centrale

ANNEXE 3

Questionnaire DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques.

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

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

Figure 1. Douleur neuropathique en quatre questions.

ANNEXE 4

Synthèse des traitements médicamenteux de preuve A ou B commercialisés en France pour le traitement des douleurs neuropathiques et libellé des autorisations de mise sur le marché (AMM).
Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21

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 ^{de} 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 ^{de} 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 lombosacrée et la douleur après AVC)	AMM douleur neuropathique périphérique et centrale de l'adulte	Recommandé en 1 ^{re} intention

Tableau 4 (Suite)

Traitements	Ndp	Grade de recommandation	AMM en analgésie chez l'adulte	Recommandation
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 ^{de} 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 ^a
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 ^a
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.
^a Les opiacés forts ne constituent pas un traitement de première intention de la douleur chronique non cancéreuse.

ANNEXE 5

Règles de prescription des médicaments dans la douleur neuropathique.

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

Tableau 7 Règles de prescription des médicaments dans la douleur neuropathique.

Mise en route du traitement

Initiation à doses faibles puis augmentation des posologies par paliers selon la tolérance et l'efficacité pour les traitements systémiques (titration)

Durée du traitement

Traitement pendant plusieurs mois (≥ 6 mois)
Réévaluation de la tolérance et de l'efficacité à la fin de la titration puis de façon régulière
Réduction progressive possible des posologies au bout de 6 à 8 mois de traitement efficace à doses stables

Prise en charge des troubles associés

Traitement spécifique de l'anxiété, de la dépression ou des troubles du sommeil si le traitement des douleurs est insuffisant ou si ces troubles associés sont jugés suffisamment intenses

Traitement des autres types de douleurs souvent associées aux douleurs neuropathiques selon l'étiologie

ANNEXE 6

Questionnaire adressé aux médecins généralistes lors de l'enquête de 2007.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques : enquête de pratique réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

A.LIARTE. 2010.

Annexe 7 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes sur lequel l'enquête est basée

**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE
DES DOULEURS NEUROPATHIQUES
EN MEDECINE GENERALE**

A – VOS CARACTERISTIQUES

- 1- Sexe : M F
2- Age (années) : ____
3- Année d'obtention de thèse : ____
4- Département d'exercice : _____
5- Lieu d'exercice : Urbain Semi-rural Rural
6- Type d'activité actuelle :
 Cabinet Médecine scolaire Services universitaires
 PMI Dispensaire Remplacement
 Hôpital Clinique Services d'urgence
7- Cadre d'exercice
 Seul Cabinet de groupe Dans un centre de santé
8- Etes-vous membre de FMC ou participez-vous à une formation régulière ?
 Oui Non
9- Outre votre formation initiale, avez-vous déjà participé à des formations spécifiques portant sur les douleurs neuropathiques (FMC ou autre)?
 Oui Non

B- EPIDEMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN)

- 1- Les DN sont-elles un motif fréquent de consultation dans votre exercice ?
 Oui Non
2- Numérotez les étiologies retrouvées de la plus fréquente (1) à la moins fréquente (8) ?
 Névralgies cervico-brachiales
 Algies post-zostériennes
 Radiculalgies (sciatiques, cruralgies ...)
 Neuropathie diabétique
 Accident vasculaire cérébral
 Lésions nerveuses traumatiques (médullaires ou périphériques) et/ou post-chirurgicales
 Névralgie du Trijumeau
 Sclérose en plaques
3- Quel pourcentage approximatif représentent les DN parmi les douleurs chroniques que vous rencontrez au quotidien ? _____ %
4- Les DN concernent-elles plutôt :
 Les femmes ? Les hommes ?
5- Les DN concernent-elles majoritairement une population de patients âgés de :
 25 à 45 ans ? 45 à 65 ans ? plus de 65 ans ?
6- Constatez-vous fréquemment l'existence d'une co-morbidité entre DN et troubles psychiatriques (dépression, anxiété...)?
 Oui Non

C- DIAGNOSTIC DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN)

- 1- Quels sont les principaux éléments sémiologiques qui vous évoquent une DN?
 Brûlures Démangeaisons
 Faiblesse musculaire Insensibilité aux antalgiques usuels
 Décharges électriques Relation avec un effort physique

- Douleurs de fin de nuit/réveil
 - Sensation de froid douloureux
 - Fourmillements / Picotements
 - Engourdissement
 - Permanence de la douleur
 - Forte intensité de la douleur
- 2- Quels signes d'examen vous évoquent une DN ?
- Déficit moteur
 - Baisse de la sensibilité au tact
 - Allodynie (hypersensibilité à un stimulus normalement indolore)
 - Baisse de la sensibilité à la piqure
- 3- Connaissez-vous l'existence d'un outil diagnostique appelé Questionnaire DN4 ?
- Oui
 - Non
- Si oui, en faites-vous fréquemment l'usage ?
- Oui
 - Non
- 4- Utilisez-vous l'échelle visuelle analogique (EVA) fréquemment dans l'évaluation des DN ?
- Oui
 - Non
- 5- Menez-vous un bilan étiologique complet avant de débiter le traitement des patients atteints de DN ?
- Oui
 - Non
- 6- Dans quelle(s) circonstance(s) êtes-vous amené(e) à pratiquer des examens complémentaires (IRM, Scanner, EMG, Potentiels évoqués somesthésiques...)?
- Pour confirmer le diagnostic de DN
 - Pour établir un diagnostic étiologique
 - Pour évaluer la sévérité de l'atteinte nerveuse
- 7- Vous arrive-t-il de mettre en route un traitement d'épreuve à visée diagnostique ?
- Oui
 - Non

D- TRAITEMENT MEDICAMENTEUX SPECIFIQUE DES DN (Antidépresseurs et Anti-épileptiques)

- 1- A quel(s) moment(s) initiez-vous un tel traitement ?
- D'emblée quelque soit la cause
 - D'emblée dans certaines étiologies
 - Dans les 3 premiers mois après échec d'un traitement initial autre (AINS , antalgiques...)
 - Jamais avant 3 mois
- 2- Parmi ces traitements, quelles sont les 2 spécialités de chaque classe que vous prescrivez le plus fréquemment face à des DN ?
- | | |
|--|---|
| <p><i>Antidépresseurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LAROXYL <input type="checkbox"/> ANAFRANIL <input type="checkbox"/> EFFEXOR <input type="checkbox"/> IXEL <input type="checkbox"/> TOFRANIL <input type="checkbox"/> CYMBALTA <input type="checkbox"/> DEROXAT <input type="checkbox"/> PROZAC | <p><i>Anti-épileptiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NEURONTIN <input type="checkbox"/> LYRICA <input type="checkbox"/> TEGRETOL <input type="checkbox"/> RIVOTRIL |
|--|---|
- 3- Notez les raisons qui vous font choisir en priorité ces médicaments de la première(1) à la dernière (4).
- Ils semblent avoir fait l'objet d'un maximum d'études
 - Ils semblent avoir la meilleure efficacité
 - Ils semblent avoir une meilleure tolérance que les autres
 - Respect des AMM
- 4- Avez-vous déjà utilisé les dernières thérapeutiques ayant une AMM dans les DN (Cymbalta, Lyrica) ?
- Oui
 - Non
- Si Oui, vous semblent-elles plus efficaces ? Oui Non
- Vous semblent-elles mieux tolérées ? Oui Non
- 5- Dans quel délai revoyez-vous les patients suite à votre prescription initiale ?

- 1 semaine
 - 15 jours à 1 mois
 - Pas de consultation systématique (fonction de la demande des patients)
- 6- Lors de l'augmentation des posologies, la durée des paliers que vous respectez est plutôt ?
- 1 semaine
 - 15 jours
 - 1 mois
- 7- Quels résultats thérapeutiques obtenez-vous en pratique (exprimés en pourcentage) ?
- Nette amélioration de la douleur (supérieure à 50 %) ----- %
 - Amélioration significative de la douleur (entre 30 et 50 %) ----- %
 - Faible amélioration de la douleur (moins de 30 %) ----- %
- 8- En cas d'efficacité insuffisante du traitement, votre attitude est plutôt dans l'ordre ?
- Augmenter la monothérapie jusqu'à la dose maximale tolérée
 - Changer de classe thérapeutique
 - Passer à une bithérapie
- 9- Une fois la douleur maîtrisée de façon satisfaisante, combien de temps laissez-vous en place ce traitement à la même dose avant de débiter le sevrage ?
- moins d'un mois
 - entre 1 et 3 mois
 - entre 3 et 6 mois
 - plus de 6 mois
- 10- Dans quelle proportion modifiez-vous ou arrêtez-vous le traitement pour intolérance médicamenteuse ?
- moins de 10%
 - 30 à 50%
 - 10 à 30%
 - plus de 50%
- 11- Dans votre pratique, de l'initiation du traitement à la fin du sevrage, quelle est la durée moyenne de ce traitement ?
- moins de 3 mois
 - entre 6 et 12 mois
 - entre 3 et 6 mois
 - plus d'un an
- 12- Quand envisagez-vous un avis spécialisé dans le cadre de la gestion de la douleur ?
- En cas d'échec d'une monothérapie à doses efficaces
 - En cas d'échec d'une bithérapie à doses efficaces
 - De façon systématique
- 12bis - A quel spécialiste avez-vous le plus souvent recours ?
- Neurologue
 - Algologue (centre spécialisé dans la prise en charge de la douleur)
 - Rhumatologue
- 13- Dans votre pratique, le traitement antidépresseur, dans ces indications douloureuses, est-il facilement accepté par vos patients ?
- Oui
 - Non
- 14- Les DN sont-elles fréquemment pourvoyeuses d'hospitalisations (supérieures à un jour) ?
- Oui
 - Non
- 15- Les DN ont-elles d'importantes répercussions socio- professionnelles (arrêt de travail, vie familiale...)
- Oui
 - Non
- 16- Avez-vous recours à des traitements complémentaires non médicamenteux ?

	Jamais	De temps en temps	Souvent
Rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation électrique transcutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 17- D'une façon générale, selon votre expérience, les DN :
- Persistent et se chronicisent souvent malgré un traitement adapté
 - Sont relativement bien maîtrisées par un traitement adapté
 - Ont été nettement améliorées avec les nouvelles thérapeutiques

Questionnaire adressé aux médecins généralistes lors de l'enquête de 2017.

Enquête sur la prise en charge des douleurs neuropathiques

Vous allez maintenant répondre au questionnaire qui comporte 20 questions réparties en 4 blocs.

La durée de remplissage est de 5 minutes environ.

**Obligatoire*

Vos caractéristiques

1) Sexe: *

Une seule réponse possible.

- Homme
- Femme

2) Age: *

3) Département d'exercice: *

4) Lieu d'exercice: *

Une seule réponse possible.

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

5) Cadre d'exercice: *

Une seule réponse possible.

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Autre :

6) Etes-vous membre d'une FMC (Formation Médicale Continue)? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

7) Outre votre formation initiale, avez-vous déjà participé à une formation spécifique sur la douleur? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Épidémiologie des douleurs neuropathiques

8) Les douleurs neuropathiques sont-elles un motif fréquent de consultation dans votre exercice? *

(au moins une consultation par semaine)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Diagnostic des douleurs neuropathiques

9) Quel(s) élément(s) vous font porter le diagnostic de douleur neuropathique? *

Plusieurs réponses possibles.

- Brûlures
- Faiblesse musculaire
- Décharges électriques
- Démangeaisons
- Insensibilité aux antalgiques usuels
- Relation avec un effort physique
- Douleurs de fin de nuit/réveil
- Sensation de froid douloureux
- Fourmillements/picotements
- Engourdissements
- Permanence de la douleur
- Forte intensité de la douleur
- Déficit moteur
- Diminution de la sensibilité au tact
- Allodynie (hypersensibilité à un stimulus normalement indolore)
- Diminution de la sensibilité à la piqûre
- Aucun des éléments cités ci-dessus
- Autre :

10) Utilisez-vous fréquemment l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) dans l'évaluation des douleurs neuropathiques? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11) Connaissez-vous le questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Si oui, l'utilisez-vous fréquemment?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Traitements médicamenteux spécifiques des douleurs neuropathiques (antidépresseurs, antiépileptiques)

12) A quel moment initiez-vous un tel traitement? *

(antidépresseur ou antiépileptique)

Une seule réponse possible.

- D'emblée quelle que soit la cause
- D'emblée dans certaines étiologies
- Dans les 3 premiers mois après échec d'un traitement initial autre (antalgiques, AINS...)
- Jamais avant 3 mois
- Je n'utilise pas ou quasiment pas ces traitements

13) Parmi ces traitements, quelles sont les 2 spécialités de chaque classe que vous prescrivez le plus souvent face à des douleurs neuropathiques: *

Antidépresseurs (sélectionnez 2 spécialités)

Plusieurs réponses possibles.

- Amitriptyline LAROXYL°
- Imipramine TOFRANIL°
- Clomipramine ANAFRANIL°
- Duloxétine CYMBALTA°
- Venlafaxine EFFEXOR°
- Milnacipran IXEL°
- Paroxétine DEROXAT°
- Fluoxétine PROZAC°
- Autre :

Antiépileptiques (sélectionnez 2 spécialités)

Plusieurs réponses possibles.

- Gabapentine NEURONTIN°
- Prégabaline LYRICA°
- Carbamazépine TEGRETOL°
- Clonazépam RIVOTRIL°
- Autre :

14) Notez les raisons qui vous ont fait choisir en priorité ces médicaments (de la plus importante (1) à la moins importante (4)):

- Ils semblent avoir fait l'objet d'un maximum d'études
- Ils semblent avoir la meilleure efficacité
- Ils semblent avoir une meilleure tolérance que les autres
- Respect des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)

15) Dans quel délai revoyez-vous le patient suite à votre prescription initiale?

Une seule réponse possible.

- Une semaine
- Deux semaines à un mois
- Pas de consultation systématique (fonction de la demande du patient)

16) Lors de l'augmentation des posologies, la durée des paliers que vous respectez est plutôt :

Une seule réponse possible.

- 1 semaine
- 2 semaines
- 1 mois

17) En cas d'efficacité insuffisante du traitement, votre attitude est plutôt (notez dans l'ordre de 1 à 3):

- Augmenter la monothérapie jusqu'à la dose maximale tolérée
- Changer de classe thérapeutique
- Passer à une bithérapie

18) Une fois la douleur maîtrisée de façon satisfaisante, combien de temps laissez-vous en place le traitement à la même dose avant de débiter le sevrage:

Une seule réponse possible.

- <1 mois
- 1-3 mois
- 3-6 mois
- >6 mois

19) Dans quelle proportion modifiez-vous ou arrêtez-vous le traitement pour intolérance médicamenteuse:

Une seule réponse possible.

- <10%
- 10-30%
- 30-50%
- >50%

20) Quand envisagez-vous un avis spécialisé dans le cadre de la gestion de la douleur?

Une seule réponse possible.

- En cas d'échec d'une monothérapie à doses efficaces
- En cas d'échec d'une bithérapie à doses efficaces
- De façon systématique

21) A quel spécialiste avez-vous le plus souvent recours?

Une seule réponse possible.

- Neurologue
- Algologue (centre spécialisé dans la prise en charge de la douleur)
- Rhumatologue

Résultats de l'enquête

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'enquête, merci de renseigner votre adresse mail ci-dessous:

Détails des réponses au choix "autre":

5) Cadre d'exercice

Remplacement, Maison de santé, Mixte cabinet groupe/hôpital, Maison de Santé, Centre de santé, MSP

9) Quel(s) élément(s) vous font porter le diagnostic de douleur neuropathique

Caractère "désagréable", Frottement, Localisation, Topographie

13) Parmi ces traitements, quelles sont les 2 spécialités de chaque classe que vous prescrivez le plus souvent face à des douleurs neuropathiques:

- Antidépresseurs (sélectionnez 2 spécialités)

UN SEUL CHOIX:

Amitriptyline LAROXYL°, NSP, Duloxétine CYMBALTA°, Clomipramine ANAFRANIL°

PLUS DE DEUX CHOIX:

Amitriptyline LAROXYL°/Clomipramine ANAFRANIL°/Duloxétine CYMBALTA°, Amitriptyline LAROXYL°, Duloxétine CYMBALTA°, Paroxétine DEROXAT°

- Antiépileptiques (sélectionnez 2 spécialités)

UN SEUL CHOIX:

Prégabaline LYRICA°, Clonazépam RIVOTRIL°, Gabapentine NEURONTIN°, Carbamazépine TEGRETOL°

PLUS DE DEUX CHOIX:

Gabapentine NEURONTIN°/Prégabaline LYRICA°/Carbamazépine TEGRETOL°, Gabapentine NEURONTIN°/Prégabaline LYRICA°/Clonazépam RIVOTRIL°

ANNEXE 9

Tableau des effectifs de médecine générale en région Midi-Pyrénées, extrait de l' « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2008 ».

26 - Médecine générale

Tableau n°60 : Effectifs ayant une activité régulière en médecine générale

Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes	Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes
Bas Rhin	904	583	1487	14%	39%	Meurthe et Moselle	689	459	1148	10%	40%
Haut Rhin	491	312	803	10%	39%	Meuse	125	57	182	4%	31%
ALSACE	1395	895	2290	12%	39%	Moselle	866	409	1275	6%	32%
Dordogne	336	164	500	7%	33%	Vosges	304	173	477	3%	36%
Gironde	1416	902	2318	11%	39%	LOUPELAINNE	1984	1068	3052	7%	36%
Landes	330	200	530	6%	38%	Ariège	133	76	209	8%	36%
Lot et Garonne	269	117	386	5%	30%	Aveyron	266	129	395	5%	33%
Pyrénées Atlantiques	680	344	1024	12%	34%	Haute Garonne	950	726	1676	9%	43%
AQUITAINE	3031	1727	4758	10%	36%	Gers	159	103	262	4%	39%
Allier	213	164	377	3%	44%	Lot	178	90	268	8%	34%
Cantal	114	62	176	7%	35%	Hautes Pyrénées	212	136	348	6%	39%
Haute Loire	150	72	222	6%	32%	Tarn	259	175	434	7%	40%
Puy de Dôme	524	424	948	7%	45%	Tarn et Garonne	163	95	258	7%	37%
AUVERGNE	1001	722	1723	6%	42%	MIDI PYRENEES	2320	1530	3850	7%	40%
Calvados	306	256	562	10%	46%	NOR	2221	1199	3420	9%	35%
Manche	153	138	291	9%	47%	Pas de Calais	1393	612	2005	3%	31%
Orne	159	96	255	4%	38%	NORD PAS DE CALAIS	3614	1811	5425	7%	33%
BASSE NORMANDIE	618	490	1108	8%	44%	Loire Atlantique	577	554	1131	18%	49%

ANNEXE 10

Tableau des effectifs de médecine générale en région Occitanie, extrait de l' « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016 ».

15 – Médecine générale

Tableau n°106 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Miste %	Sal. %	Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Miste %	Sal. %
Ardennes	233	115	348	120,4	-18,7%	69,5%	30,7%	Ariège	127	90	217	137	-13,2%	64,1%	35,9%
Aube	192	133	330	104,8	-8,3%	66,1%	33,9%	Aude	300	178	478	127,5	-12,3%	66,8%	33,3%
Bas Rhin	999	732	1631	144,5	-3,5%	68,6%	31,4%	Aveyron	197	152	349	120,7	-13,8%	62,5%	37,5%
Haut Rhin	541	408	949	122,5	-6,7%	66,7%	33,2%	Gard	548	429	977	130,3	-9,2%	68,8%	31,1%
Haute-Marne	132	89	221	117,5	-19,3%	63,8%	36,2%	Gers	130	114	244	125	-16,4%	72,6%	27,5%
Marne	420	361	781	133,8	-7,7%	64,4%	35,5%	Haute Garonne	940	1003	1943	146,6	-3,2%	68,4%	31,3%
Meurthe et Moselle	587	508	1095	146,9	-11,1%	63,4%	36,6%	Hautes Pyrénées	255	147	402	169,8	-15,5%	60,7%	39,3%
Meuse	147	84	231	116,5	-5,3%	60,2%	39,8%	Hauts Pyrénées	858	854	1712	154	-4,5%	70,4%	29,4%
Moselle	806	474	1280	119,8	-8,2%	68,4%	31,6%	Lot	136	101	237	131,3	-12,9%	67%	32,9%
Vosges	254	211	465	119,7	-10,7%	63,7%	36,3%	Lozère	54	38	92	114	-17,9%	60,9%	39,1%
Total	4211	3120	7331	129,1	-8,5%	66,3%	33,7%	MIDI PYRENEES	4421	3778	8199	140,7	-7%	68,5%	31,4%
Charente	255	176	431	117,6	-12,9%	64%	36%	Pyrénées Orientales	433	306	739	156,7	0,8%	73,8%	26,3%
Charente Maritime	549	391	940	144	4,2%	68,8%	30,9%	Tarn	272	233	505	128,2	-7%	68,3%	31,7%
Corrèze	194	136	330	132,3	-7,8%	67,5%	32,4%	Tarn et Garonne	171	133	304	118,3	-1,9%	66,8%	33,2%
Creuse	90	66	156	124,1	-18,3%	67,3%	32,7%	Total	365	182	547	86,5	-20,5%	68,8%	31,2%
Deux-Sèvres	256	217	473	125,5	-8,9%	37,5%	41,6%	Nord	2198	1483	3681	139,7	-8,9%	65,5%	34,4%

ANNEXE 11

Comparaison des échantillons des études (2007 et 2017) et des atlas de la démographie médicale (2008 et 2016) pour la région Midi-Pyrénées

	ATLAS 2008		ENQUETE 2007		(p*) 2008-2007
MIDI PYRENEES	3850		108		
homme	2320	60,26%	84	77,80%	0,0003
femme	1530	39,74%	24	22,20%	
Ariège	209	5,43%	-	-	
Aveyron	395	10,26%	12	11,10%	0,0553
Haute-Garonne	1676	43,53%	39	36,10%	
Gers	262	6,81%	-	-	
Lot	268	6,96%	-	-	
Hautes-Pyrénées	348	9,04%	-	-	
Tarn	434	11,27%	21	19,40%	
Tarn-et-Garonne	258	6,70%	-	-	
	ATLAS 2016		ENQUETE 2017		
MIDI PYRENEES	4201		90		
homme	2228	53,03%	56	62,20%	0,1048
femme	1973	46,97%	34	37,80%	
Ariège	217	5,17%	4	4,40%	
Aveyron	349	8,31%	3	3,30%	0,0169
Haute-Garonne	1943	46,25%	55	61,10%	
Gers	244	5,81%	8	8,90%	
Lot	237	5,64%	1	1,10%	
Hautes-Pyrénées	402	9,57%	3	3,30%	
Tarn	505	12,02%	7	7,80%	
Tarn-et-Garonne	304	7,24%	8	8,90%	

*(p) calculé à l'aide du test Chi-deux d'adéquation

ANNEXE 12

Tableau des effectifs de médecine générale selon le mode d'exercice dans la France entière, extrait de l' « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2008 ».

Tableau n°61 : Modes d'exercice en médecine générale (France entière)

	Libéral		Libéral-Salarié		Libéral-Hosp		Lib-Sal-Hosp		Salarié		Hospitalier		Salarié-Hosp		Divers		Sans		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Hommes	33188	66,3%	1724	3,4%	1695	3,4%	231	0,5%	4286	8,6%	7918	15,8%	438	0,9%	482	1,0%	90	0,2%	50052
Femmes	14053	41,8%	626	1,9%	669	2,0%	83	0,2%	9433	28,1%	7555	22,5%	501	1,5%	537	1,6%	160	0,5%	33617
Total	47241	56,5%	2350	2,8%	2364	2,8%	314	0,4%	13719	16,4%	15473	18,5%	939	1,1%	1019	1,2%	250	0,3%	83669

ANNEXE 13

Tableau des effectifs de médecine générale selon le mode d'exercice dans la France entière, extrait de l' « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} Janvier 2016 ».

Tableau n°107: Modes d'exercice par genre en médecine générale

	Libéral	Mixte	Salarié	Total
Hommes	31729	3598	12719	48046
Femmes	18879	2141	19735	40755
Total	50608	5739	32454	88801

* Divers : 83 - Sans : 2

ANNEXE 14

Comparaison des échantillons des études (2007 et 2017) et des atlas de la démographie médicale (2008 et 2016) pour le mode d'exercice libéral dans la France entière

	ATLAS 2008		ENQUETE 2007		<i>p</i>
Hommes	36838	70,48%	84	77,78%	0,1196
Femmes	15431	29,52%	24	22,22%	
TOTAL Exercice libéral*	52269		108		
TOTAL National	83669				

*Les effectifs pour le mode d'exercice libéral ont été obtenus en additionnant les catégories « libéral », « libéral-salarié », « libéral-hosp », « lib-sal-hosp » du tableau présenté en ANNEXE 12 ci-dessus.

	ATLAS 2016		ENQUETE 2017		<i>p</i>
Hommes	35327	62,70%	56	62,22%	0,9999
Femmes	21020	37,30%	34	37,78%	
TOTAL Exercice libéral*	56347		90		
TOTAL National	88801				

*Les effectifs pour le mode d'exercice libéral ont été obtenus en additionnant les catégories « libéral » et « mixte » du tableau présenté en ANNEXE 13 ci-dessus.

ANNEXE 15

Comparaison des proportions de femmes dans la population nationale des médecins généralistes, entre 2008 (7) et 2016 (8).

	ATLAS 2008	ATLAS 2016	(p)
Femmes	33617	40787	
TOTAL	83669	88886	$1,7950 \cdot 10^{-51}$
%	40,18%	45,89%	

**DIAGNOSING AND TREATING NEUROPATHIC PAIN: THE EVOLUTION OF PRACTICES
AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN THE MIDI-PYRENEES REGION, A COMPARISON
WITH A SURVEY MADE IN 2007**

ABSTRACT:

Neuropathic pain, due to an injury or a disease of the somatosensory system, is still sub-diagnosed and insufficiently treated, although it is quite common among general population (7 to 8% in Europe). General practitioners often stand in front line in the particularly complex task of dealing with neuropathic pain.

The survey's objective is to observe the diagnosis and the therapeutic treatment of neuropathic pain by general practitioners in the Midi-Pyrénées region in 2017, and to compare it to a previous survey made in 2007, in order to analyse evolution of medical practices in relation to recommendations edited in 2010 by the French Society for the study and treatment of pain.

108 general practitioners were included in the 2007 survey, and 90 in the 2017 survey. Those of the 2017 survey can better identify the semiological signs that allow the diagnosis of neuropathic pain, have a better knowledge of the DN4 questionnaire (neuropathic pain in four questions), and use it more. They are well adapted to new drugs (duloxetine, pregabalin) and new prescription rules (clonazepam). But these drugs are still prescribed too late and for too short a duration.

Although practices have somewhat improved, their evolution is slow and show the continued need for training and dissemination of knowledge about pain among general practitioners.

KEY WORDS: neuropathic pain, specific treatments, diagnosis, general practitioners, medical care

**PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES DOULEURS
NEUROPATHIQUES : QUELLE EVOLUTION CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
REGION MIDI-PYRENEES, COMPARAISON AVEC UNE ENQUETE REALISEE EN 2007**

RESUME :

Les douleurs neuropathiques, secondaires à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel, sont encore sous-diagnostiquées et sous-traitées, malgré une fréquence non négligeable dans la population générale (7 à 8% en Europe). Les médecins généralistes sont souvent en première ligne dans la prise en charge de ces douleurs, particulièrement complexe.

L'objectif de cette enquête de pratique est d'observer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées en 2017, et de la comparer à une précédente enquête de pratique réalisée en 2007, afin de pouvoir analyser l'évolution des pratiques par rapport aux recommandations éditées en 2010 par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.

Ont été inclus 108 médecins généralistes en 2007 et 90 en 2017. Les médecins de l'échantillon de 2017 identifient mieux les éléments sémiologiques permettant de faire le diagnostic de douleur neuropathique, connaissent davantage le questionnaire DN4, et l'utilisent plus. Ils se sont bien adaptés à l'émergence de nouvelles molécules (duloxétine, prégabaline) et de nouvelles règles de prescription (clonazépam). Mais ces traitements spécifiques restent trop tardivement prescrits, et pour des durées souvent trop brèves.

Malgré une amélioration des pratiques sur certains points, leur évolution est lente et montre bien le constant besoin de formation et de diffusion de nouvelles connaissances sur le thème de la douleur auprès des médecins généralistes.

TITRE EN ANGLAIS: Diagnosing and treating neuropathic pain: the evolution of practices among general practitioners in the Midi-Pyrénées region - a comparison with a survey made in 2007

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

MOTS CLES : douleur neuropathique, traitements spécifiques, diagnostic, médecins généralistes, prise en charge

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE cedex 04

Directeur de thèse : Docteur Philippe JULIEN