

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement  
Par

**Diane PREVOST et Justine LOUP**

Le 05 Octobre 2023

### **Freins et leviers à la prise en charge des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes dans le bassin Tarnais.**

Directeur de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

#### JURY :

**Madame le Professeur Marie Eve ROUGE- BUGAT**

**Président**

**Madame Docteur Nathalie BOUSSIER**

**Assesseur**

**Madame Docteur Laetitia GIMENEZ**

**Assesseur**

**Monsieur Docteur Marc LORRAIN**

**Assesseur**



UNIVERSITÉ  
TOULOUSE III  
PAUL SABATIER

## **REMERCIEMENTS**

*Aux membres du jury*

**Madame le Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT,**

Présidente du jury

Professeur des Universités

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

**Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER**

Assesseur du Jury

Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale

Membre du pôle : Les Soins à domicile

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Soyez assurée de toute notre gratitude.

**Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ**

Assesseur du Jury

Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale

Directrice Evaluation – Communication

Membre du pôle : Organisation territoriale des Soins Ambulatoires de premiers recours.

Praticien ambulatoire de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse. Merci également pour votre aide au début de ce travail dans la rédaction du guide d'entretien.

**Monsieur le Docteur Marc LORRAIN**

Assesseur du Jury

Praticien ambulatoire de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

*A tous ceux qui nous ont enseigné la Médecine Générale :*

Merci à toute l'équipe médicale et para médicale des Urgences de Carcassonne où nous avons réalisé notre premier stage.

Merci aux équipes soignantes des services de médecine interne / maladie infectieuse et de neurologie du centre hospitalier d'ALBI où nous avons réalisé notre stage hospitalier.

Par ailleurs nous souhaitons remercier chacune nos différents maîtres de stage ambulatoire.

➤ *De la part de Justine :*

Merci à Sandrine SUDRE et à Chantal MARC pour m'avoir appris les bases de la médecine générale lors de mon stage de praticien niveau 1.

Merci à Bruno ESCUDIE de m'avoir apporté une rigueur dans la prise en charge des patients notamment dans le suivi pédiatrique.

Merci à tous mes maîtres de stages de SASPAS situé dans le TARN.

Merci à Alain PAGES pour son expérience et sa bienveillance.

Merci à Myriam BEZIAT pour sa gentillesse, son humanité et sa disponibilité à tout moment.

Merci à Christophe PIETRAVALLE de m'avoir prouvé qu'on pouvait avoir une vie à côté de la médecine générale si on est organisé.

Merci à Carine PUECH pour sa gentillesse et de m'avoir fait dédramatiser le fait de vouloir m'installer dans un lieu isolé comme elle initialement.

Merci à Pauline ACQUIER pour son écoute et son aide pour mon installation prochaine.

Merci à Etienne CORNU de m'avoir permis de découvrir les visites à domicile dans un milieu rural. Merci pour son écoute et sa gentillesse.

Merci à Pauline, Carine et Etienne de m'inclure dans leur secteur de travail pour de longues années de collaboration je l'espère.

Merci à Xavier POYER, de m'avoir permis de réaliser un adjuvanat sur Roquecourbe mon futur lieu d'installation.

Merci à tous de m'avoir encouragé dans mon projet professionnel .

Merci aussi à tous les médecins qui m'ont accueilli en stage annexe : Dr Cantié , Dr Pouplard, Dr Muratet.

➤ *De la part de Diane :*

Merci à Laure FABRE et Annie CHINCHOLLE qui m'ont guidé et m'ont beaucoup appris lors de mon premier stage en ambulatoire. Leurs approches et leurs formations m'ont permis de me conforter dans mon choix de cette spécialité.

Merci à Caroline LANDON pour son accueil, sa gentillesse. Tu m'as permis de prendre confiance en moi dans la prise en charge pédiatriques et gynécologiques.

Merci à Cécile DURANDEAU de m'avoir appris la rigueur et l'approche à appréhender vis-à-vis des enfants et des parents dans la prise en charge pédiatrique.

Merci à l'équipe de gynécologie-obstétrique de la Clinique Rive-Gauche pour leur accueil, leur bienveillance et la confiance qu'ils m'ont apportée.

Merci à tous mes maitres de stage de dernière année en SASPAS.

Merci à Marc LORRAIN pour son accueil, son expérience. Tu m'as appris une posture à développer vis-à-vis des patients et m'as permis de prendre confiance en moi. Merci pour ton accueil, ton aide dans les traces écrites.

Merci à Émeline DUCOS DE LAHITTE pour son accompagnement, ses débriefings de qualité qui m'ont permis de rester critique dans mes prises en charge.

Merci à Sandra MAHAIE pour sa gentillesse, son écoute et ses conseils tout au long du semestre.

Merci à Anne GAYRAUD pour son accompagnement et sa disponibilité.

Je remercie aussi Doriane DURIEU qui n'a pas été ma maitre de stage mais qui a toujours été présente si j'avais des doutes ou des questions, particulièrement dans la prise en charge pédiatrique ou gynécologique.

Merci à Cécile BEX pour son accueil, son humanité, sa gentillesse et son expérience. Tu m'as permis de réaliser de la consultation gynécologique, cela m'a beaucoup apporté et j'espère pouvoir le poursuivre par la suite. J'espère que nous aurons l'occasion de retravailler ensemble par la suite.

Merci à Laetitia LEJEUNE pour sa gentillesse et sa bienveillance.

Merci à Jean-Philippe HOURCASTAGNOU pour son accueil, ses conseils et sa disponibilité.

Merci aussi à tous les médecins qui m'ont accueilli en stage annexe ; Agnès GADROY, Jean GRANEL, Grégory SUSMAN, Philippe RUMEAU.

*A tous nos Co-internes*

Merci à Clémentine, Clémence, Héloïse, Julie, Mélanie, Arselane, Bertrand et Philippe de l'équipe des Urgences de Carcassonne.

Merci à Juliette et Martin nos co-internes dans le service de neurologie du CH d'Albi.

Merci à Mathilde, Jérémy, Anaïs, Noémie et Nicolas nos co-internes dans le service de médecine du CH d'Albi.

➤ ***De la part de Justine :***

Je souhaite également remercier Anna pour son soutien lors du stage en gynécologie au CHIC de Castres.

Mais aussi Jessica, qui n'a jamais vraiment été ma co-interne mais avec qui nous avons établis des liens étroits lors de nos derniers stages dans le Tarn.

➤ ***De la part de Diane :***

Un merci particulier à Clémentine, Clémence, Héloïse, Laura et Marine pour tous ces apéros Toulousains, ces moments de rires et de détente.

Merci à Juliette, ma co-interne en neurologie à l'hôpital d'Albi, chez qui j'ai rencontré une véritable amie, partenaire de piscine et de Spritz.

A nos amies et à nos familles :

Merci à Louise et Anne claire, nos amies de la faculté de médecine.

➤ *De la part de Justine :*

Tout d'abord je souhaite remercier Diane, ma co-thésarde mais surtout ma meilleure amie. Depuis notre rencontre en 2<sup>ème</sup> année de médecine nous avons tout fait ensemble. Ce travail permet de bien finaliser ce parcours, nous l'avons commencé ensemble nous le terminons ensemble. Merci pour ton soutien infaillible lors de chaque épreuve.

Merci à mes parents, pour votre présence et votre soutien tout le long de ces études. Merci pour votre confiance. Sans vous, je ne serais surement pas arrivé jusqu'ici.

Merci à Thibaut, pour ton amour, ta présence et ta patience. Merci pour ta relecture de tous mes écrits durant l'internat. Merci pour ton soutien dans tous mes projets professionnels.

Merci à mon frère, pour son soutien lors de ma PACES puis lors de nos années de colocation même si elles ont été parfois compliquées mais tu as toujours été là pour moi et je t'en remercie profondément.

Merci à mes grands-parents et à toute ma famille, qui ont toujours suivi et soutenu avec bienveillance mon parcours. Une pensée particulière à mon grand-père Aimé qui aurait aimé assister à ma thèse mais qui est parti trop tôt.

Merci à mon oncle Christian d'avoir été le premier médecin interrogé pour la réalisation du premier entretien test et pour la lecture bienveillante de mon mémoire.

Merci à Manu, mon autre meilleure amie, qui me supporte maintenant depuis plus de 15 ans. Merci pour tout ce que tu m'as apporté. Tu as toujours été là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci à tous le Club des 10 pour votre soutien permanent.

➤ *De la part de Diane*

Je remercie Justine, ma meilleure amie depuis cette rencontre en deuxième année. Tu as été un soutien et une véritable partenaire pendant ces longues années de médecine, toujours présente et à l'écoute. Cette thèse à 2 était une évidence pour clore ces années d'étude.

Merci à mes parents. Vous êtes de vrais piliers dans chaque étape de ma vie et merci de m'avoir accompagné, encouragé, écouté, consolé. Vous avez eu confiance en moi et en mes capacités et m'avez toujours guidé.

Merci à ma sœur, Barbara, sans qui je n'aurai probablement jamais réussi. Véritable soutien lors de mes 2 premières années, notre colocation m'a permis de vivre cette étape dans une ambiance chaleureuse et agréable. Tu es toujours présente et tu es un véritable soutien. Merci aussi pour ton accueil ces 2 derniers étés où j'ai réalisé mes stages dans le Tarn, j'ai commencé mes études en colocation avec toi et je boucle la boucle en étant chez toi pour mon dernier semestre.

Merci à tonton Marc pour nos discussions animées, ton soutien et ta présence.

Encore un merci à Louise pour nos marchés du dimanche matin, nos soirées arrosées d'un bon vin. J'espère que notre projet de juin verra le jour et il me tarde d'y être.

Merci à Marie, tu as été un vrai soutien au cours de mes années d'internat avec ces petits repas quand on avait un coup de mou, ces weekends à la mer ou à l'océan.

Merci à tous mes amis de longues dates, amis du primaire du collège et du lycée. Vous m'avez soutenue, accompagnée, encouragée toutes ces années.

## Table des matières

INTRODUCTION .....	9
Définitions de la douleur .....	9
Épidémiologie.....	10
Traitements des douleurs chroniques : .....	11
Objectif de l'étude .....	13
MATERIEL ET METHODES .....	14
Type d'étude .....	14
Recherche bibliographique .....	14
Recueil de données .....	14
Population étudiée .....	15
Analyse des données.....	15
RESULTATS.....	17
Caractérisation de l'échantillon des médecins interrogés.....	17
Analyse des entretiens .....	17
DISCUSSION.....	30
Discuter les résultats .....	30
Forces et faiblesse de l'étude.....	35
Pistes d'améliorations.....	37
Perspectives .....	38
CONCLUSION .....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	40
ANNEXES.....	42
<b>Annexe 1</b> : Guide d'entretien .....	42
<b>Annexe 2</b> : Notice d'information.....	44
<b>Annexe 3</b> : Parcours HAS graduées en 3 niveaux pour la prise en charge des douleurs chroniques (26).....	47



# INTRODUCTION

## Définitions de la douleur

En France, plus d'un tiers des consultations de médecine générale repose sur le motif « douleur ».

Depuis plus de cinquante ans, la définition de la douleur ne cesse de se modifier à travers les progrès de notre compréhension de la douleur. La première définition acceptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986 fut établie par l'International Association for the Study of Pain (IASP), à savoir « *une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou simplement décrit en termes d'un tel dommage* » en 1979. (1)

Elle fut réévaluée en 2018 pour mettre en avant le ressenti du patient, à savoir « *Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* ». La douleur repose avant tout sur le ressenti du patient. Deux nouvelles notions font surface selon l'évolution de la douleur : (2)

- **La douleur aiguë** est liée à des stimulations intenses qui déclenchent immédiatement un mécanisme de transmission d'informations depuis les terminaisons nerveuses (les nocicepteurs) vers le cerveau.
- **La douleur chronique** est définie comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois, multifactorielle avec des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux contribuant au syndrome douloureux.

Une nouvelle classification émane de la notion de douleur chronique, établie en 2019 par l'IASP ;

- La douleur chronique primaire qui est une maladie en soi
- La douleur chronique secondaire qui est la « douleur symptôme » regroupant
  - o Douleur chronique cancéreuse
  - o Douleur chronique post chirurgicale ou post traumatique
  - o Douleur chronique neuropathique
  - o Céphalée secondaire ou douleur chronique oro-faciale
  - o Douleur chronique viscérale secondaire
  - o Douleur chronique musculo squelettique secondaire

Il est possible de classer la douleur selon son mécanisme ; (3)

- Douleur **nociceptive** : douleur liée à une activation des nocicepteurs.

- Douleur **neuropathique** : douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel
- Douleur **nociplastique** : douleur liée à une altération de la nociception malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire

On parle parfois de douleurs mixtes associant les deux composantes (nociceptive et neuropathique).

## Épidémiologie

Il existe peu d'informations concernant l'épidémiologie des douleurs chroniques et donc peu d'informations sur les douleurs neuropathiques. Plusieurs études se sont penchées sur la question avec des méthodes de recherches différentes. (4)

Les études épidémiologiques concernant les douleurs neuropathiques se sont principalement intéressées aux douleurs post zostérienne et à la polyneuropathie douloureuse diabétique car considérées comme les plus représentatives des douleurs neuropathiques. Il a été reporté une incidence de douleur post zostérienne après un zona aigu de 12% à 3 mois et de 2 à 8% à 1 an. Concernant le diabète, la poly neuropathie diabétique est retrouvée chez 16,2 % des diabétique de type I ou II et chez 26,4% des diabétique de type II.

Depuis une vingtaine d'années, de nouveaux outils de dépistage avec des questionnaires de symptômes ont permis d'améliorer nos connaissances ;

- STOPNEP Study Of The Prevalence of Neuropathic Pain (5) est la principale étude épidémiologie qui a été réalisé en France entre 2004 et 2005, dont le critère neuropathique est établi par le DN4, avec 2 objectifs principaux
  - o Estimer la prévalence des douleurs chroniques avec ou sans critères neuropathiques
  - o Comparer les profils cliniques et socio démographiques des 2 types de douleurs.

Une prévalence de 31,7% de douleurs chroniques a été reportée avec une prépondérance féminine, 35%, contre 28,2 % chez les hommes. Il a été remarqué une augmentation de la prévalence des douleurs chroniques avec l'âge et particulièrement chez les retraités (46,3%).

- En 2014, une revue systématique de la littérature (6) a été réalisée visant à étudier l'épidémiologie des douleurs neuropathiques dans la population générale de janvier 1966 à décembre 2012. 21 études ont été recensées et l'estimation de la prévalence

des douleurs avec des caractéristiques neuropathiques dans la population se situe entre 6,9 et 10%.

#### Traitements des douleurs chroniques :

Les recommandations de prise en charge des douleurs chroniques ont évolué sur les dernières années. En 2020, une synthèse des recommandations françaises pour la prise en charge des douleurs neuropathiques a été publiée à partir d'une revue systématique de plusieurs essais réalisés entre janvier 2018 et en août 2019 dans PubMed/MEDLINE et Embase. (7)

#### ❖ *En cas de douleurs neuropathiques périphériques focales :*

##### En première intention :

- **Emplâtres de lidocaïne**, dans le cadre des douleurs neuropathiques post-zostériennes chez l'adulte.
- **Stimulation électrique transcutanée (TENS)**

##### En seconde intention :

- **Capsaïcine** en patchs de haute concentration (8 %) sur des douleurs neuropathiques périphériques chez l'adulte.
- **Toxine botulique de type A** dans les dystonies cervicales, spasticités mais aucune AMM pour la douleur neuropathique.

#### ❖ *En cas de douleurs neuropathiques périphériques ou centrales, focales ou diffuses :*

##### En première intention :

- **Antidépresseurs IRSNA**
  - Duloxétine CYMBALTA
  - Venlafaxine EFFEXOR
- **Gabapentine orale NEURONTIN**
- **Antidépresseurs tricycliques** par voie orale (amitriptyline, clomipramine, imipramine), LAROXYL

##### En deuxième intention :

- **Prégabaline orale LYRICA**
- **Tramadol libération prolongée**

- **Association** d'antidépresseurs (tricycliques entre 25 et 75 mg/j ou duloxétine 60 mg/j) et de gabapentino des (prégabaline 150–300 mg/j ou gabapentine 1 200–1 800 mg/j)
- **Thérapie cognitivo-comportementale** et **thérapie pleine conscience**. Parmi les psychothérapies, ces techniques ont le meilleur niveau de preuve et sont recommandées en association avec d'autres traitements.

En troisième intention :

- **rTMS haute fréquence du cortex moteur** (80 % du seuil moteur, 10 Hz, 1 500 à 3 000 impulsions par séance). Peut être proposée pour une douleur localisée ou plus diffuse (par exemple lésion médullaire ou neuropathie diabétique).
- **La stimulation médullaire** a été montrée efficace dans les syndromes de douleur chronique après chirurgie du rachis et les douleurs neuropathiques liées au diabète.
- **Opiïdes forts** (morphine et oxycodone à libération prolongée). Les opiïdes forts ne doivent être proposés qu'en l'absence d'alternative.
- **Combinaison d'opiïdes avec des antidépresseurs ou des gabapentino des**, en l'absence d'alternative. Les doses d'opiïdes (dont le tramadol) doivent être réduites en cas d'association avec des gabapentino des en raison d'un sur-risque de décès avec une telle association.

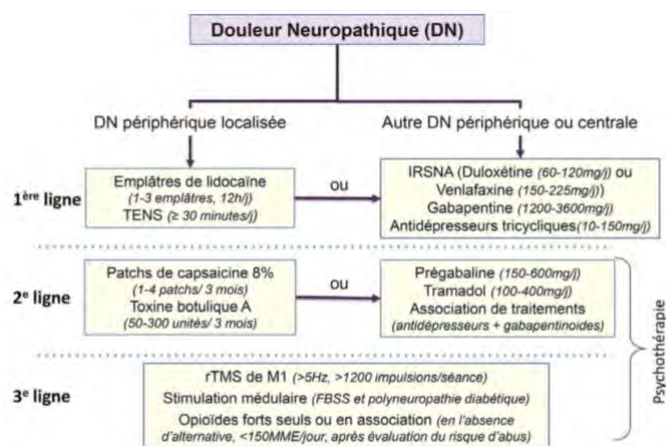


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : transcutaneous electrical nerve stimulation ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : repetitive transcranial magnetic stimulation

Aucune étude n'a défini les règles de passage à un traitement de deuxième ou de troisième intention. En l'absence de contre-indication, les traitements de première intention devraient être proposés en premier. En cas d'effets indésirables non tolérables ou de manque d'efficacité, définis comme une diminution de la douleur de moins de 30 % et/ou une amélioration fonctionnelle de moins de 30 % après un essai d'au moins 6 semaines à la dose maximale tolérée, un changement pour un traitement de deuxième intention peut être

proposé. La même règle peut s'appliquer pour passer de la deuxième à la troisième intention (consensus d'experts).

#### ❖ *Autres traitements non pharmacologiques*

Aucune conclusion n'est possible concernant l'utilisation de l'aromathérapie, de l'auriculothérapie et du laser à faible énergie, du fait de données émanant d'études uniques de qualité faible ou modérée. Il existe une recommandation faible contre l'utilisation de la vitamine E. Aucune étude satisfaisant à nos critères d'inclusion n'a concerné l'utilisation d'autres techniques complémentaires. Cela n'exclut pas l'efficacité potentielle de la thérapie miroir, de l'hypnose et de l'acupuncture, ces techniques ayant fait la preuve de leur efficacité à court terme (< 3 semaines) ou dans des essais ne ciblant pas la douleur neuropathique.

#### Objectif de l'étude

A travers nos différentes consultations en autonomie ou avec nos différents maîtres de stage, nous nous sommes rendues compte que la prise en charge des douleurs neuropathiques était particulièrement difficile ; aucune échelle thérapeutique n'est vraiment définie.

Nous avons également observé une errance thérapeutique des patients avec souvent un mécontentement du fait de la persistance de la douleur.

Notre objectif principal est d'évaluer les freins et les leviers dans le choix des thérapeutiques pour la prise en charge des douleurs neuropathiques chez les médecins généralistes.

# MATERIEL ET METHODES

## Type d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons opté pour une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Cette méthode nous a semblé la plus adaptée pour identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

À la différence de l'étude quantitative, l'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond. (8)

## Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisé sur Google Scholar, Pub Med et CisMef en utilisant les mots clés : douleurs neuropathiques, médecin généraliste, neuroleptique et prise en charge.

## Recueil de données

Les deux principales enquêtrices ont réalisé un premier guide d'entretien (*Annexe 1*) aidé de leur directrice de thèse et de l'atelier « thèse » proposé par le département universitaire de médecine générale de Toulouse.

Une première partie du guide d'entretien concerne le talon sociologique des futurs participants à l'étude. Ainsi nous avons analysé l'âge, le sexe, le nombre d'années d'installation, leur potentielle activité de maître de stage, leur lieu d'installation et leurs éventuelles formations supplémentaires pour avoir un panel exhaustif.

La seconde partie du guide comporte des questions ouvertes permettant aux médecins répondants une libre expression de leurs expériences et de leurs représentations sur la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Le consentement éclairé de chaque participant a été préalablement recueilli à l'aide d'un formulaire (*annexe 2*) leur expliquant le déroulement de l'entretien ainsi que l'enregistrement sonore de celui-ci. Ils ont également été informés de la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment.

Avant de débiter les entretiens, nous avons réalisé une demande auprès de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés). Nous réalisons une étude hors Loi JARDE MR004. Nos données ont été traitées grâce à un tableur Excel et archivées grâce à un disque dur externe cryptés et protégés par mot de passe.

Les données seront conservées durant 2 ans.

Le recueil des données s'est effectué d'avril 2022 à février 2023 jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont été réalisés dans les cabinets des médecins interrogés sauf l'entretien 8 qui a été réalisé en visioconférence ZOOM. Chaque entretien a été réalisé par l'interne ayant contacté le médecin puis retranscrit à la suite.

### Population étudiée

Pour réaliser cette étude, nous avons décidé de cibler les médecins généralistes thésés, ayant une activité de médecine générale ambulatoire sur le bassin Tarnais. Nous avons essayé d'avoir un panel exhaustif avec tous les profils d'âge, d'ancienneté, de mode d'exercices, de compétences et de lieux d'exercices.

N'ont pas été inclus dans l'étude les médecins thésés remplaçants non installés, les médecins thésés n'exerçant plus et les internes en médecine générale.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par demande téléphonique ou par mail dans les réseaux de nos maîtres de stage, de nos tuteurs et de nos connaissances personnelles. Lors du recrutement, les médecins ont été avertis du thème de l'étude, à savoir les douleurs neuropathiques, sans connaître précisément la question de recherche.

### Analyse des données

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit sur le logiciel Word® dans la semaine suivant l'entretien. Au cours des entretiens, le chercheur prenait des notes pour retenir les éléments de langage non verbal s'il y en avait et des notes pour rebondir dans l'entretien.

Dans un premier temps, le premier chercheur qui a réalisé l'entretien et la retranscription a codé l'entretien puis le second chercheur a réalisé son propre codage. Dans un second temps

une double lecture et une double analyse ont été réalisées pour chaque entretien afin d'extraire les verbatim intéressants pour l'étude. Chaque verbatim a été associé à un code rangé en catégorie et classé en thème sur un tableau Excel®.

7 entretiens ont été réalisés avant saturation des données puis un 8<sup>ème</sup> entretien a été réalisé pour confirmation cette saturation des données.



# RESULTATS

## Caractérisation de l'échantillon des médecins interrogés

Le tableau 1 présente les caractéristiques des médecins interrogés.

Tableau 1 : talon sociologique des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Durée d'installation	MSU	MSP	Formation supplémentaires	Durée d'entretien
MG 1	F	49 ans	Urbain	8 ans	OUI	OUI	DU gynécologie	13'21''
MG 2	H	65 ans	Urbain	22 ans	OUI	NON	DU ostéopathie	39'17''
MG 3	H	35 ans	Rural	6 ans	OUI	OUI	DU directeur de thèse	32'60''
MG 4	F	28 ans	Urbain	1an	NON	NON	DU médecine du sport	22'20''
MG 5	H	38 ans	Urbain	7 ans	OUI	OUI	DU maitre de stage	13'59''
MG 6	F	61 ans	Rural	30 ans	NON	NON	DU médecine catastrophe	17'21''
MG 7	F	65 ans	Rural	34 ans	OUI	NON	DU mésothérapie, ostéopathie et maitre de stage	12'48''
MG 8	H	45 ans	Semi rural	11 ans	OUI	NON	DU médecine du sport, DU médecine de plongée, DU maitre de stage	23'59''

## Analyse des entretiens

### A) Les leviers

#### a. Thérapies

##### i. Tous les médecins connaissent à peu près toutes les molécules

##### 1. Antalgique et anti inflammatoire

Certains praticiens utilisent en première ligne des antalgiques de palier 2 / 3 ou des anti-inflammatoires « première ligne thérapeutique... prise d'AINS ou de corticoïdes » E2  
« Le PARACETAMOL, qui ne marche pas bien. On passe facilement au palier 2 puis au palier 3 » E6

D'autres associent les antalgiques aux traitements spécifiques des douleurs neuropathiques :  
« Je continue quand même les antalgiques classiques et j'ai tendance à privilégier le TRAMADOL ; par son effet sur les douleurs neuropathiques et d'autres morphiniques si on en a besoin. » E8

Certains antalgiques seraient plus efficaces sur les douleurs à composantes neuropathiques :  
« Je donne un peu de morphine mais je préfère l'OXYCONTIN à l'OXYCODONE car permet d'avoir aussi une action sur les douleurs neuropathiques » E5, « l'OXYCODONE, dans les morphiniques on a aussi une part dans les douleurs neuropathiques. Des fois ça peut être une option plutôt que de prescrire du SKENAN » E3

## 2. Utilisation de 4 molécules principales spécifiques de la douleur neuropathique

Il est ressorti dans les entretiens, que chaque praticien avait ses habitudes et son propre panel thérapeutique, « J'ai ma petite valise médicamenteuse et je vais m'en tenir à ceux que je connais .... Le LAROXYL et le LYRICA c'est un petit peu les armes donc je dispose. » E1  
« En général soit anti épileptique du LYRICA, soit LAROXYL sur les antidépresseurs ou la DULOXETINE, en général c'est ce que je fais. E5 » « J'ai tendance à plutôt prescrire le NEURONTIN » E8.

Le choix de la molécule dépend également des autres symptômes que présentent le patient, par exemple pour un patient avec des douleurs insomniantes « LAROXYL j'en ai recours sur des douleurs insomniantes quand il y a une sédation voulue. » E8 ou des symptômes dépressifs « le CYMBALTA je peux l'essayer si un contexte anxiodépressif assez nette » E8

## 3. Escalade thérapeutique

En pratique, devant une douleur neuropathique, une première molécule est mise en place  
« Quand j'ai étiqueté la douleur neuropathique ... J'avoue que je saute un peu vite sur le LYRICA. » E4 « C'est plutôt LYRICA que NEURONTIN » E7

Puis en fonction de l'efficacité et de la tolérance ils associent des thérapies « J'ajoute un autre traitement ou je lui demande de renforcer avec du TRAMADOL ou de rajouter le LAROXYL. » E2 soit ils changent de molécules « Et si ça ne marche pas ? ... Je switche » E3

#### 4. Grande marge de manœuvre avec ses médicaments

*« On a quand même une grande marge d'augmentation pour ses médicaments. » E3*

Les médecins rapportent des habitudes avec augmentation des posologies variant selon les molécules : *« J'ai des prescriptions type de paliers avec la dose souhaitée en termes d'effets en leur signalant bien que s'il y a un problème de tolérance de revenir au palier antérieur » E8*

*« On démarre pour la GABAPENTINE à 100mg et on peut aller jusqu'à 300-400 mg. La PREGABALINE c'est pareil j'initie à 75 x 2 et après je monte » E3 « Parfois on initie avec du LAROXYL ... avec une dose minimale d'introduction à 4 gouttes le soir et d'augmenter d'une goutte tous les 3 jours jusqu'à 7-10 gouttes voir 12 gouttes jusqu'à efficacité thérapeutique » E2.*

#### 5. Aides à la prescription

Pour s'aider à la prescription les médecins utilisent le Vidal *« En général j'initie un peu doucement c'est d'ailleurs ce qu'ils mettent dans le Vidal » E3* ou s'inspire des prescriptions de spécialistes *« On recopie beaucoup ce que font les neurologues » E4*

##### ii. Utilisation de multiples thérapies non médicamenteuses

###### 1. TENS

L'utilisation du TENS est ressortie de nos entretiens ; *« Le TENS est intéressant » E7, « TENS, on a essayé et ça a super bien marché. Donc j'étais très contente, ça faisait longtemps qu'il galérait » E4*

###### 2. Kinésithérapie

Les médecins prescrivent de la kinésithérapie ; *« Je lui ai marqué des séances de kinésithérapie pour essayer d'améliorer l'équilibre, la marche et du renforcement musculaire » E6*

*« Dans ce contexte-là, il y a souvent une prise en charge kinésithérapeutique » E8*

Ils peuvent même associer la balnéothérapie à la kinésithérapie *« Je les oriente tous vers de la natation ou kinésithérapie avec balnéothérapie ou kinésithérapie tout court. » E4*

### 3. Psychothérapie

La prise en charge psychologique rentre dans le cadre de la prise en charge des douleurs neuropathiques. *« Alors je demande souvent à mes patients s'ils n'ont pas besoin d'une prise en charge psychologique. » E1*

*« Dans la prise en charge des chroniques je rajoute la prise en charge psychologique parce que souvent ils n'en peuvent plus. .... On rajoute cet aspect-là. » E4*

### 4. Hypnose / Sophrologie / Méditation / Musicothérapie

Des formes de médecines parallèles sont évoqués dans nos entretiens, comme l'hypnose, la sophrologie, la méditation ou la musicothérapie. *« Des personnes qui pratiquent l'hypnose, de la sophrologie, la méditation ... Ce sont des trucs un peu annexes, je peux donner des adresses... musicothérapie » E7*

*« L'hypnose peut marcher » E2,*

### 5. Chiropraxie / ostéopathie

Les médecins peuvent conseiller de consulter des thérapeutes pour des thérapies manuelles comme l'ostéopathie *« L'ostéopathie qui rentre dans le cadre de la prise en charge » E6* ou la chiropraxie *« L'ostéopathie aussi voire plus la vertébrothérapie ou la chiropraxie plus que l'ostéopathie. » E2*

### 6. Chirurgie

La prise en charge chirurgicale peut avoir sa place dans certaines formes de douleurs neuropathiques *« En dernier recours pour les neuropathies de compression il y a la neurochirurgie ». E6*

Certains patients préfèrent une prise en charge chirurgicale à une prise en charge médicamenteuse *« C'est parfois un refus du patient des molécules, c'est parfois, le fait que le traitement c'est bien mais eux veulent parfois une prise en charge chirurgicale notamment quand ce sont les sciatalgies » E1*

## 7. Hygiène de vie

Les mesures hygiéniques sont aussi très importantes dans ces prises en charge, notamment la marche « *Je lui ai demandé d'essayer de marcher un petit peu* » E1  
« *D'une hygiène de vie, de la marche* » E2

## 8. Social

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient, la prise en charge sociale ne doit pas être négligée ; il existe un important impact professionnel dans ces douleurs « *Comme toutes douleurs chroniques ils sont déprimés, ils ont dû limiter leurs activités professionnelles... On rajoute cet aspect-là. Et aussi la prise en charge sociale parce que le côté financier aussi est impacté. Donc la prise en charge psychosociale ... avec mise en place d'aides sociales ou une réorientation professionnelle* » E4  
« *Collaboration ... Médecine du travail, assistante sociale aussi, médecin de la sécurité sociale* » E4

Et les thérapies non médicamenteuses non prises en charge par la sécurité sociale peuvent avoir un coût financier important à ne pas négliger ; « *L'hypnose est accessible à tout le monde, l'ostéopathie dès lors que l'on a une mutuelle tu as le droit à 2 séances qui sont prises en charge donc tu n'as pas beaucoup de frein* » E2

### b. Travail en équipe

#### i. Avis auprès des confrères du cabinet

Le travail en équipe auprès des médecins du cabinet de groupe peut nous aider dans la prise en charge « *Après on a aussi, comme on est en maison de santé, si vraiment on est coincé on peut demander conseils aux autres* » E1

#### ii. Avis auprès des spécialistes

Le recours à des spécialistes est fréquent, surtout devant des douleurs qui persistent « *Les gros chroniques où on peut être en difficultés mais on se fait aider* » E3

*« Le médecin généraliste doit connaître ses limites, ne pas se ferrer sur un savoir qu'il n'a pas. Dès lors que la douleur ne cède pas, il faut savoir l'adresser sur des gens plus compétents que lui. » E2*

On demande notamment aux neurologues ou rhumatologues qui parfois réalisent un EMG et surtout aident dans la thérapeutique *« Il y a les neurologues s'il y a besoin de faire un EMG, les rhumatologues si on a un problème musculo squelettique avec un truc de compression » E5*

### iii. Avis auprès des centres anti douleurs

Le centre anti-douleur, particulièrement celui d'Albi, apporte une aide supplémentaire *« Quand je suis en difficulté j'ai le centre anti douleurs d'Albi où j'adresse assez souvent les gens quand je commence à être en difficulté au niveau de la prise en charge. C'est essentiellement avec eux que je travaille. » E3*

Le centre anti-douleur comprend une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en charge globale *« Dans ce cas-là il faut demander un avis à un centre de la douleur qui fera le tri ; algologue, le psychologue, l'infirmière de la douleur. » E2*

### iv. Accessibilité

Les spécialistes et le centre anti-douleurs semblent assez faciles d'accès *« Oui, un accès facile à l'algologue. À Albi, il y a une algologue qui marche très bien, c'est une algologue qui reçoit très facilement. » E2*

## c. Rôle du patient

### i. Compliance

*« Bon d'abord il faut que le patient soit compliant » E1*

Le patient doit être investi dans sa prise en charge *« Le patient doit s'arrêter dès lors qu'il ressent un effet thérapeutique bénéfique. » E2*

### ii. Observance nécessaire

L'implication du patient dans l'observance de la prise en charge est nécessaire *« Il y a en général une bonne acceptation, une bonne observance » E2*

### iii. Une bonne écoute du patient favorise la prise en charge

L'empathie, l'écoute et le suivi du patient sont des éléments importants ; particulièrement l'écoute du patient « *Globalement, quand les patients se sentent entendus. Pour moi il faut de l'écoute. C'est le premier médicament, comme dans toutes nos consultations. C'est le premier truc, surtout dans les douleurs neuropathiques vu que c'est du ressenti, comme toutes douleurs.* » E4

L'explication au patient est nécessaire pour permettre l'adhérence thérapeutique « *A partir du moment où les gens on leur explique un petit peu à quoi est dû la douleur, comment on peut agir sur ce type de douleur, ils réagissent bien.* » E8

« *Dès lors que l'on prend du temps, que l'on explique les mécanismes et que l'on dit comment ça va agir et quels sont les conséquences et effets indésirables attendus, il y a en général une bonne acceptation* » E4

### iv. Confiance – relation médecin patient

La relation entre le médecin généraliste et son patient établit une confiance et renforce l'écoute du patient « *Je vais quand même demander l'avis du médecin généraliste. Il y a ce côté pour être sûr. Souvent les patients font ça, ils vont chez le spécialiste puis ils viennent voir le généraliste pour avoir son avis... et ce côté « on est proche », ils ont besoin d'avoir confiance* » E4

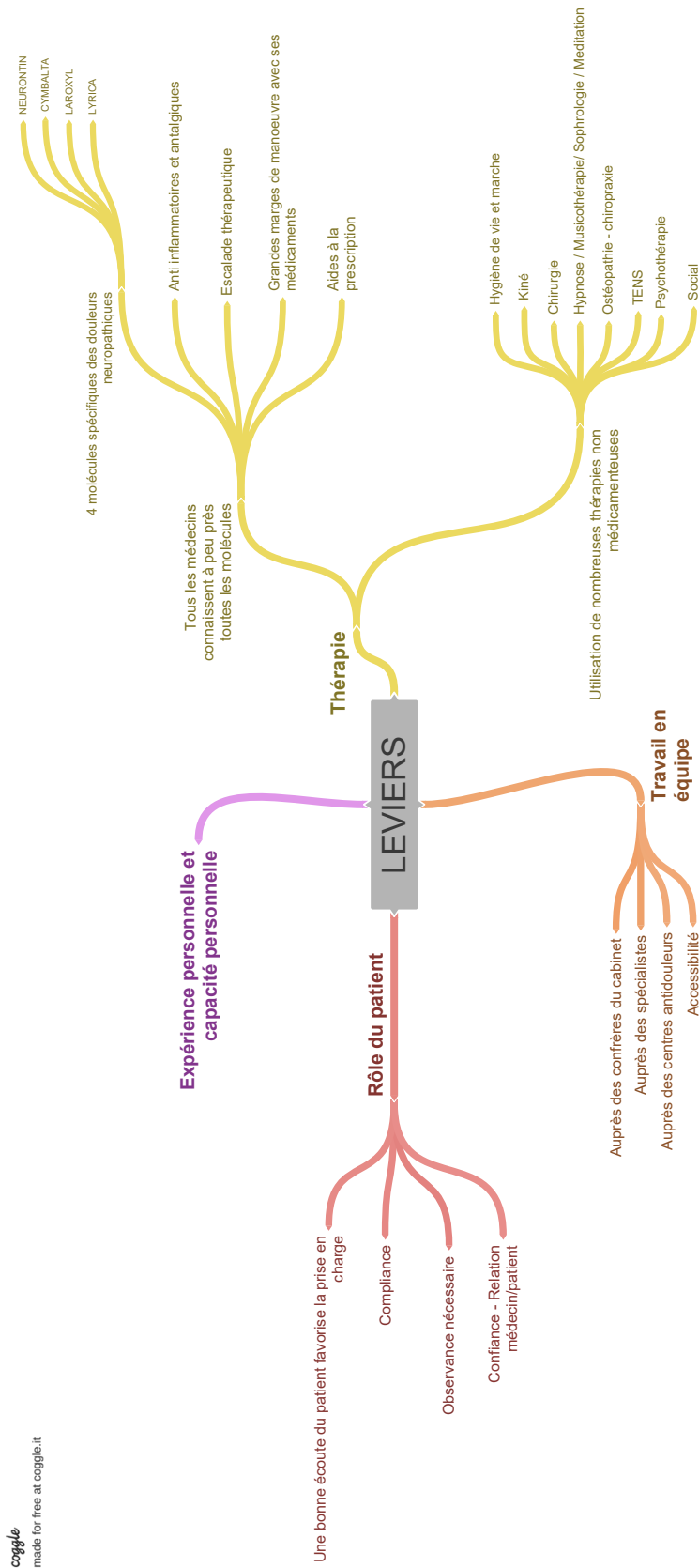
#### d. Expérience personnelle - Capacité personnelle

Certains sont plutôt à l'aise dans la prise en charge des douleurs neuropathiques, « *Pour prescrire ça oui je n'ai pas trop de problème* » E5

« *Je ne sais pas si je me sens à l'aise mais en tout cas je n'hésite pas.* » E8

La figure numéro 1 représente la carte mentale avec les leviers.

Figure 1 : carte mentale représentant les leviers



coggle  
made for free at coggle.it



## B) Les freins

### a. Traitements

#### i. Thérapie médicamenteuse

##### 1. Thérapeutiques limités

Le nombre de médicaments disponible dans cette indication reste limité « *Les thérapeutiques médicamenteuses sont bien même si elles sont un peu limitées au niveau de la variété des molécules* » E3

Aucune nouvelle molécule n'est apparue récemment « *On a quelques armes mais il n'y a pas eu de révolutions depuis longtemps.* » E7

##### 2. Effets indésirables freinant les patients

Les praticiens décrivent quelques effets indésirables principaux, particulièrement la somnolence, freinant la prise des médicaments par les patients. Certains se sentent freinés dans leurs actes de la vie quotidienne « *LAROXYL ... elle était complètement « vaseuse » et elle ne pouvait pas supporter, parce qu'elle a des petites filles qu'elle garde occasionnellement. Elle préférerait avoir mal plutôt que de ne pas être vigilante.* » E1

« *Il y a des preuves de somnolence qui sont rapportées par les gens,* » E3

« *Et le côté effets indésirables est un vrai frein mais pas pour moi dans ma prise en charge ; c'est le ressenti des patients.* » E4

La simple description des effets indésirables lors de la consultation ou à la lecture de la notice peut dissuader de prendre les médicaments caractéristiques des douleurs neuropathiques. « *J'explique les effets indésirables, et parfois, les effets indésirables attendus en tout cas et parfois, c'est « non je préfère ne pas prendre ce genre de traitement, on va en rester au paracétamol, la lamaline » ou je ne sais quoi. Plutôt que de passer au grade au-dessus pour soulager la douleur* » E1

« *Les patients qui lisent les notices. Quand on lit la notice on peut être effrayé, on ne leur donne pas assez confiance.* » E6

##### 3. Adaptation posologique insuffisante

Certains médecins décrivent une peur avec ses médicaments, avec des difficultés à majorer les doses à doses efficaces et les spécialistes trouvent les prescriptions insuffisantes « *en général le neurologue confirme ma prise en charge et me trouve souvent sous dosé.* » E2

Parfois malgré une posologie maximale, la douleur n'est pas soulagée « *Les soucis qui se posent c'est quand on a du mal un peu à soulager ces douleurs avec ces traitements là quand on arrive un peu à une posologie maximale et que l'on n'a pas de solution* » E3.

#### 4. Échelle thérapeutique

Certains médecins se plaignent d'une absence de protocole établie : « *Je n'ai pas vraiment de protocoles codifiés* » E1. « *Si on avait des petits résumés, des guidelines ça pourrait être bien utile* » E4

Parfois la décroissance thérapeutique est difficilement réalisable car non acceptée par le patient « *Peut-être sur la décroissance ça peut être parfois difficile. Je vois ça avec ce patient-là.* » E3

#### 5. Difficultés à la prescription du LYRICA

Un frein qui revient fréquemment à la prescription du LYRICA est la prescription sur ordonnance sécurisée depuis 2021. « *Après pour la PREGABALINE il y a aussi les ordonnances sécurisées* » E7

##### ii. Thérapies non médicamenteuses

##### 1. Manque de connaissance

Certains médecins n'avaient pas de réel arsenal non médicamenteux à proposer « *Est ce que vous êtes à l'aise avec la prise en charge non médicamenteuse ? Est-ce que vous leur proposez quelque chose ? ... Non pas systématiquement de ce côté-là. Qu'est-ce qu'on peut proposer ... euh ... (réflexion) je n'ai pas beaucoup d'idées.* » E3

##### 2. TENS manque de formation

La prescription et l'utilisation restent limitées par les médecins généralistes car il y a un manque de formation « *Enfin moi je ne prescris pas le TENS, je ne sais pas l'utiliser, je ne sais pas comment il faut mettre les électrodes.* » E1

« *Le TENS est intéressant mais je ne sais pas trop comment on le règle.* » E7

Un frein à l'utilisation du TENS reste la primo prescription par les spécialistes

- Neurologue : « *Les TENS ... le prescrit ? ... C'est plutôt le neurologue* » E2

- Centre algologie : *« le TENS je ne le prescris pas.... Médecin de la douleur... Ils voient les patients et ils le leur prescrivent » E4*

### 3. Kinésithérapie parfois refusée par le patient

Le patient refuse parfois une prise en charge prescrite comme la kinésithérapie *« de la kinésithérapie mais ce n'était pas un souhait de sa part » E1*

### 4. Difficulté d'accessibilité des thérapies non médicamenteuses

L'accessibilité aux thérapies non médicamenteuses est impactée par le côté financier, pouvant induire un manque d'accessibilité pour certaines populations :

*« On l'oriente en premier selon sa catégorie socio professionnelle, tout n'est pas pris en charge. L'hypnose est accessible à tout le monde, l'ostéopathie dès lors que l'on a une mutuelle tu as le droit à 2 séances qui sont prises en charge donc tu n'as pas beaucoup de freins. Et après, va expliquer à un malade que sa douleur est peut-être d'origine psychologique et qu'il faut qu'il aille voir le psychiatre, il y a du travail. » E2*

*« Et aussi la prise en charge sociale parce que le côté financier aussi est impacté » E4*

Le manque de réseau peut impacter l'adressage, *« C'est-à-dire je ne sais pas qui fait de la méditation ou de la sophrologie avec qui je pourrais rentrer en contact pour les conseiller à cette personne. C'est quand même un frein. Une idée que je lance mais qui n'est pas vraiment concrète. » E1*

#### b. Travail en équipe parfois difficile avec défaut d'accessibilité

##### i. Avis auprès des spécialistes `

Les délais de prise en charge par les spécialistes sont parfois longs *« il faut anticiper la consultation auprès d'un neurologue... Il faut demander de l'aide rapidement car on sait que les délais seront longs » E7*

##### ii. Avis auprès des centres anti-douleurs

Globalement, les médecins se plaignent du peu de centres anti-douleur dans la région *« Il y a Albi, il y en a un à Castres » E3*, du délai d'accessibilité *« les centres antidouleur car les*

délais de rendez-vous sont quand même très longs 3-4 mois, quand tu n'as pas de solutions c'est long pour les gens, ils ont mal ... On se retrouve un peu coincé » E3 et de la complexité des dossiers à remplir « Le dossier est assez imbuvable » E3.

Une piste d'amélioration serait d'avoir un accès direct à l'algologue « La possibilité de les joindre plus facilement ou par télé-expertise. On revient toujours aux mêmes choses, avec un numéro de téléphone dédié au médecin qu'il puisse avoir un avis. » E3

Certains parlent d'un manque d'efficacité du centre anti-douleurs avec peu de modifications thérapeutiques et une errance à la suite de la consultation. « Oui, enfin les centre anti douleurs c'est toujours pareil, si j'ai 6 mois pour avoir un rendez-vous et souvent quand ils reviennent du centre anti douleur c'est pas mieux qu'avant et ils ne t'aident pas à la prise en charge du patient. Ils ont fait un bilan ; « voilà, il a des douleurs », ok merci c'est pour ça que je l'avais adressé » E5

### c. Rôle du patient

#### i. Inobservance

La chronicité de la douleur est à l'origine d'une prise en charge longue pouvant favoriser l'inobservance : « Est-ce que les gens acceptent de prendre ça au long cours, est ce qu'au bout d'un moment ils n'arrêtent pas de façon un peu trop prématurée. » E3  
« Le frein c'est le patient qui ne prend pas le traitement. » E6

#### ii. Relation médecin patient parfois difficile

« Dans l'algologie l'écoute est primordiale, si tu n'adhères pas au discours de ton patient, tu perds 30% d'efficacité. L'explication rentre dans un effet placebo pour une bonne prise en charge. » E2

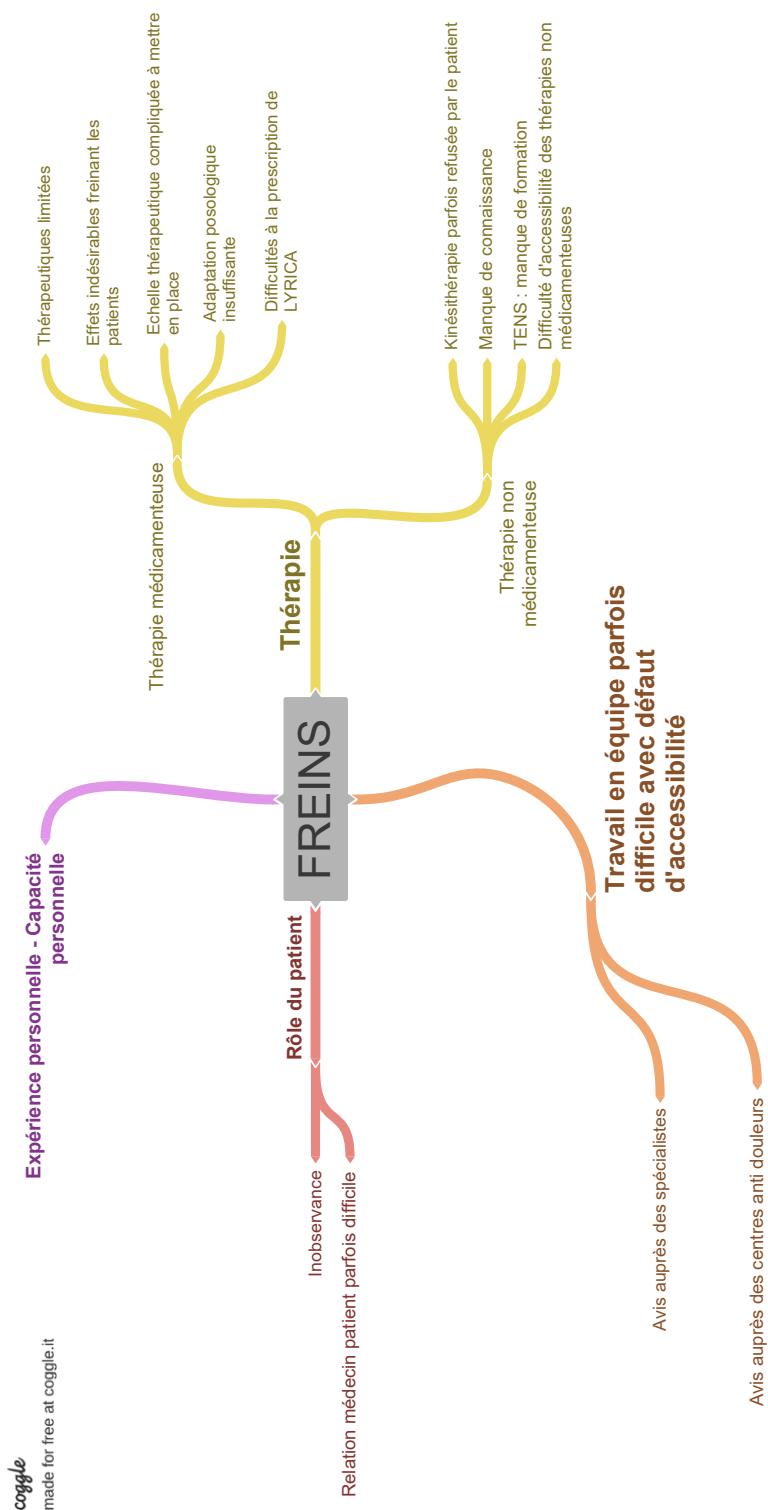
### d. Expérience personnelle - Capacité personnelle

Le manque de formation revient souvent comme un frein à la prise en charge des douleurs neuropathiques « Typiquement, l'algologie, on n'y connaît pas grand-chose. La décroissance des médicaments, l'adaptation des doses, les intolérances, je ne me sens pas bien formée. Sur plein de chose je me pose plein de questions. Si on avait des petits résumés, des guidelines ça pourrait être bien utile » E4

Le manque d'expérience ou de confiance en soi peut freiner ce type de prise en charge « *Ce n'est pas mon domaine de prédilection, mais la gestion de la douleur c'est à nous de la prendre en charge* » E7

La figure numéro 2 représente la carte mentale avec les freins.

**Figure 2 :** carte mentale représentant les freins



## DISCUSSION

### Discuter les résultats

#### A) Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons donné les caractéristiques épidémiologiques de notre échantillon à titre informatif. L'objectif de cette étude était d'obtenir un échantillon représentatif des médecins généralistes tarnais à travers les différents modes d'exercices, les formations réalisées dans leur pratique et leur ancienneté.

Dans notre échantillon, il y avait quatre femmes soit 50% ce qui est représentatif de la proportion de femmes médecins généralistes en France en 2018 (9). L'âge moyen de notre échantillon était de 48,2 ans, proche de la moyenne nationale en 2018 à 51 ans.

En termes de milieu d'exercice, nous avons le même rapport de médecins installés en milieux ruraux / urbains.

75% des médecins interrogés étaient maîtres de stages universitaires.

#### B) Les traitements médicamenteux

Après avoir fait le diagnostic de douleurs neuropathiques, plusieurs médecins prescrivaient en première intention des antalgiques classiques de palier 1 associés à des anti inflammatoires, comme primo traitement ou en association aux thérapies spécifiques. Ceci est contraire à ce qui est retrouvé dans les dernières recommandations de 2020 (7) où un traitement spécifiquement est directement recommandé.

En revanche, certains privilégiaient quand même le TRAMADOL, par son action sur les douleurs neuropathiques, ce qui est recommandé en seconde intention.

Nous avons remarqué une utilisation des antalgiques de paliers 3, avec préférentiellement de l'OXYCONTIN soit de l'OXYCODONE à libération prolongée comme indiqué dans les dernières recommandations.

Quatre molécules spécifiques des douleurs neuropathiques sont ressorties ; l'AMYTRIPTILINE, la PREGABALINE, la GABAPENTINE, la DULOXETINE. Les deux prescrits en premier, par le plus grand nombre de notre échantillon étaient

l'AMYTRIPTILINE et la PREGABALINE. Dans les recommandations de 2020, en première intention, il est recommandé l'AMYTRIPTILINE, la GABAPENTINE, la DULOXETINE et la VENLAFAXINE, dernière molécule non citée dans nos entretiens. La DULOXETINE, en revanche, n'étaient prescrites par nos médecins interrogés que si un contexte anxio-dépressif était diagnostiqué.

Néanmoins, les associations anti épileptiques / anti dépresseurs n'étaient pas réalisées en pratiques alors qu'elles sont fortement préconisées en cas d'inefficacité du traitement de première ligne.

Beaucoup de médecins trouvaient insuffisants le nombre de molécules mis à leur disposition, ils se retrouvaient démunis en cas d'intolérance, contrairement à d'autres.

D'une manière générale, les médecins de notre étude adoptaient tous la même stratégie thérapeutique avec une initiation à faible posologie et une augmentation progressive en adaptant selon l'efficacité et à la tolérance du patient. On notait également une escalade thérapeutique propre à chacun des médecins ce qui était aussi un frein pour certains car il n'y avait pas de réel protocole.

L'avantage retrouvé chez beaucoup de médecins est l'existence d'une grande marge de manœuvre avec ces médicaments.

Retenons tout de même que l'objectif de la prise en charge des douleurs neuropathiques n'est pas de supprimer la douleur mais de la rendre plus acceptable comme le notifiât Bouhassira. (10)

L'un des principaux freins du patient dans la prise en charge de ces douleurs restaient l'inobservance des patients. Les raisons retrouvées étaient principalement la mauvaise tolérance avec de nombreux effets indésirables. Pour faire face à cela, l'éducation thérapeutique restait le meilleur levier avec une relation médecin-patient de confiance avec un suivi régulier.

Les principaux freins du médecin demeuraient dans un premier temps dans la prescription sécurisée du LYRICA, médicament qu'ils avaient l'habitude d'utiliser et dans un second temps dans le ressenti d'échec chez des patients qui restaient douloureux. Dans un article de D. BOUCKENAERE sur la douleur chronique et la relation médecin-malade, les mêmes réactions face à l'échec étaient décrites. (11)

### C) Les traitements non médicamenteux

Le TENS était un élément de prise en charge très repris par les médecins, surtout en cas d'échec des traitements médicamenteux. Malheureusement les médecins généralistes de notre panel ne se trouvaient pas assez formés avec ce type de thérapie et étaient obligés de faire appel à des spécialistes (algologue, neurologue, rhumatologue) pour le prescrire, surtout que cette prescription est encadré. La HAS a établi en septembre 2019 (12) un cadre pour la mise en œuvre du TENS ; il est réservé aux médecins exerçant dans une structure de traitement de la douleur chronique ou aux médecins ayant validé un diplôme universitaire de prise en charge de la douleur. Les médecins interrogés retrouvaient une amélioration clinique et symptomatologique à la suite de l'utilisation du TENS.

Une méta-analyse a été publiée en septembre 2017 (13) étudiant l'amélioration de la douleur et de la qualité de vie des patients présentant une douleur neuropathique. Elle n'a pas conclu à d'amélioration significative, liée à une mauvaise qualité des données des différentes études répertoriées (15 études).

L'élément clé dans la prise en charge restait la prescription de kinésithérapie qui permettait une prise en charge globale de la douleur. Tous les médecins interrogés proposaient de la kinésithérapie à leurs patients pouvant être associés à de la balnéothérapie. Pourtant, peu d'études ont été réalisés sur le sujet ; aucunes ne traitent en objectif principal l'impact de la kinésithérapie dans l'évolution des douleurs neuropathiques. Une étude réalisée par des kinésithérapeutes (14) relate leurs différentes méthodes de prise en charge et évaluent l'impact de celles-ci ; par exemple, aucune étude n'a été retrouvée sur les effets du massage dans les douleurs neuropathiques, la mobilisation nerveuse semble avoir un impact d'après Tal Akabi contrairement à l'étude Scrimsha et col. Une méta-analyse de 2011 de White CM suggère que les exercices progressifs contre résistance pourraient améliorer la force des muscles affectés. (15)

Une prise en charge psycho-sociale semblait indispensable pour tous les praticiens. Une composante psychologique était souvent retrouvée, surtout après plusieurs années d'évolution des douleurs. Une étude publiée en 2014 suggère qu'un programme cognitivo comportemental multidisciplinaire pourrait avoir des améliorations durables sur l'intensité de la douleur, l'incapacité liée à la douleur, l'anxiété et la participation à des activités chez les personnes souffrant de douleur neuropathique chronique. (16)



D'autres thérapies non médicamenteuses semblaient émerger de certains entretiens comme l'hypnose, l'ostéopathie, la sophrologie et la méditation.

Dans une méta-analyse parut dans COCHRANE en 2017 (17) , il est conclu qu'en raison des données limitées disponibles il n'y a pas suffisamment de preuve pour affirmer ou réfuter l'efficacité de l'acupuncture dans les douleurs neuropathiques par rapport à l'acupuncture factive ; méta analyse sur 6 essais randomisés versus placebo.

Une étude de 2009 (18) étudiant la douleur dans un protocole de traitement avec opioïdes associés ou non à de l'hypnose retrouvée des avantages significatifs sur la prise en charge psychologique chez les patients traités conjointement avec de l'hypnose.

L'orientation des patients vers les thérapies non médicamenteuses reste assez limitée par manque de connaissance et manque de collaboration.

#### D) Travail pluridisciplinaire

La Haute Autorité de Santé, en partenariat avec le Collège de Médecine Générale (CMG) et la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), a publié un guide sur le parcours de santé pour apporter une réponse graduée et adaptée à chaque personne. L'objectif est de renforcer la prévention, d'améliorer les délais et de favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge (19) (annexe 3).

Tous les médecins interrogés ont évoqué leurs recours aux centres antidouleurs le plus proche de leur lieu d'exercice. Pour la plupart c'était en second recours, après échec de plusieurs lignes thérapeutiques voir en troisième recours après avoir demandé un avis auprès d'un spécialiste neurologue ou rhumatologue.

Devant les délais longs de rendez-vous évoqués par les médecins, certains décidaient de rapidement prévoir le rendez-vous, assez tôt dans la prise en charge pour ne pas être pris de court lors de l'échec thérapeutique après utilisation de tout leur arsenal thérapeutique. De plus, l'intérêt d'une ligne directe dédiée entre algologue-médecin généraliste a été plusieurs fois évoqués et aurait un impact positif pour éviter l'engorgement des consultations antidouleur.

Un des médecins évoquait quant à lui, une accessibilité facile aux centres anti-douleurs avec des délais raisonnables et une correspondance facile.

Tous les médecins rapportaient l'intérêt du travail en équipe avec d'autres médecins, généralistes ou spécialistes. L'un d'entre eux nous parlait de l'utilité de partager les expériences dans une maison de santé entre confrères lorsque l'on commence à se retrouver en échec thérapeutique. Tandis que d'autres s'aidaient des prescriptions types des spécialistes dont particulièrement des neurologues.

#### E) Rôle du patient

Comme dans toute prise en charge, l'observance thérapeutique reste un élément clé. Dans tous les entretiens réalisés, le rôle du patient dans la prise en charge de ses douleurs était indispensable.

Les effets indésirables restaient en premier plan. Beaucoup de patients arrêtaient leurs traitements lors de l'apparition d'effets indésirables ou après avoir lu la notice des médicaments sans en informer leur médecin. Contrairement à un médecin qui avait remarqué que ses patients préféraient l'appeler avant d'arrêter seul. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux relataient qu'une explication préalable des effets indésirables amenait à moins d'inobservance thérapeutique.

Les autres raisons évoquées d'inobservance relevaient du manque d'effet immédiat des thérapies mises en place.

L'empathie et l'écoute permettaient selon plusieurs médecins d'établir une relation de confiance médecin-patient, indispensable dans la prise en charge douloureuse.

La chronicité de la douleur était à l'origine d'une prise en charge longue favorisant l'inobservance. Selon une publication IMS Health, 60% des patients présentant une maladie chronique ne respectent pas correctement leurs traitements (20).

#### F) La formation

La grande majorité des médecins a regretté l'absence de formation spécifique sur la prise en charge des douleurs neuropathiques, dans leur formation initiale au cours de leur cursus.

Une étude de 2002, réalisée auprès de 200 médecins généralistes dans laquelle ils étaient 43%, avait trouvé leur formation sur « les douleurs en générale » insuffisante (21).

Un manque de compétence dans la prise de ses douleurs avait été évoqué par plusieurs médecins, surtout les plus jeunes de l'étude. En effet les médecins les plus âgés considéraient

que les douleurs neuropathiques ne leur posaient pas de problème du fait de leurs expériences.

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

Au cours de notre formation de DES de médecine générale nous avons pu bénéficier d'un cours sur les prises en charge des douleurs, particulièrement en soins palliatifs, tout en évoquant les différentes classes médicamenteuses notamment dans les douleurs neuropathiques ce qui nous sera probablement bénéfique dans notre carrière.

## Forces et faiblesse de l'étude

### A) Forces de l'étude

#### a. Sujet

Notre thèse concerne un sujet fréquemment rencontré en médecine générale. En effet en France, plus d'un tiers des consultations de médecine générale repose sur le motif « douleur ».

#### b. Type d'étude

Le choix d'une étude qualitative nous a semblé être le plus pertinent pour déterminer les freins et les leviers rencontrés par les médecins généralistes pour la prise en charge des douleurs neuropathiques. En effet, ce type d'étude est adapté à la médecine générale, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science » (22).

De plus, l'étude qualitative ne cherche pas à quantifier les choses, mais à recueillir des données verbales (sentiments, expériences, émotions), afin de générer des hypothèses, pour mieux comprendre les comportements.

### c. Échantillon

Dans notre étude, pour éviter au maximum un biais de sélection, nous avons constitué un échantillon diversifié avec un panel assez large ; selon le genre, l'âge, les modalités d'exercices, les formations réalisées.

### d. Le recueil des données

Le recueil des données s'est fait par des entretiens individuels semi-dirigés.

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

Les entretiens se sont déroulés jusqu'à saturation des données. Elle a été obtenue après l'entretien de sept médecins et confirmée par un entretien supplémentaire.

La saturation des données permet de confirmer la validité externe de l'étude.

### e. Analyse des données

Lors de la phase d'analyse, la triangulation des données a été obtenue par la retranscription individuelle des entretiens, le codage individuel puis la mise en commun des codages. Cette méthode d'analyse permet de renforcer la validité interne de l'étude.

## B) Faiblesses de l'études

### a. La taille de l'échantillon

Nous avons eu du mal à trouver des médecins voulant participer à notre étude. De nombreux médecins n'ont pas répondu lorsque nous les avons contactés pour participer à notre étude. Du fait de la saturation des données à 7 entretiens, nous avons décidé d'arrêter le recueil.

### b. Biais d'investigations

Il existe probablement un biais d'investigation étant donné que cette étude était notre premier travail de recherche.

Avant de la réaliser, nous avons suivi une formation dispensée par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, sur la méthodologie des études qualitatives, afin de limiter au maximum ce biais. La formation au fur et à mesure de l'avancée de l'étude via la participation à des ateliers apporte de la force à cette étude.

Durant les entretiens, nous nous sommes efforcées de rester le plus neutre possible, d'employer des questions ouvertes mais il est possible que par manque d'expérience, nous ayons influencé certaines réponses et employé des questions fermées.

#### c. La durée des entretiens

Les entretiens étaient plutôt courts (21 minutes en moyenne), il est possible que certaines idées n'aient pas été abordées et que, par manque d'expérience, nous n'ayons pas su suffisamment relancer les médecins.

#### d. La proximité avec certains médecins

Certains des médecins étaient des amis ou des anciens maîtres de stages ce qui a pu influencer leur réponse.

#### e. Biais d'interprétation

Par manque d'expérience toujours, il est possible qu'il y ait eu des oublis de codage. Afin de limiter ceux-ci, nous avons réalisé la triangulation des données avec une retranscription individuelle des entretiens, un codage individuel puis la mise en commun

### Pistes d'améliorations

La dernière partie de nos entretiens a permis d'ouvrir sur de diverses possibilités d'amélioration au vu des difficultés ou au contraire des leviers mis en évidence. Tout d'abord, la réalisation de protocole clair avec des algorithmes décisionnels relatant des escalades thérapeutiques, des posologies, traitant en particulier des douleurs neuropathiques semble être un point intéressant à développer.

Ensuite, une ligne directe téléphonique ou par boîte mail avec un médecin algologue permettrait un avis rapide, optimisé et moins d'errance thérapeutique quand on se sent démuni face à une situation. Ceci pourrait permettre une diminution des délais de consultation et parfois même de palier à ce type de consultation en ayant simplement un avis.

Enfin, ce qui est souvent ressorti à la fin de nos entretiens et l'intérêt d'organiser des réunions de formation médicales continues sur le sujet pour « initier » ou « approfondir » les connaissances.

Le levier principal dans la prise en charge des douleurs neuropathiques réside dans l'écoute du patient et du renfort du lien médecin-patient.

## Perspectives

Au cours de nos consultations en tant que SASPAS, plusieurs patients nous ont demandé notre avis sur la prise de cannabinoïdes dans le cadre de douleurs neuropathiques. Aucun des médecins interrogés ne l'ont mentionné au cours de nos entretiens.

Une étude canadienne de novembre 2019 (23) étudie le choix des cannabinoïdes pour les douleurs neuropathiques chroniques chez les adultes plus âgés à travers plusieurs études randomisées contrôlées. Une méta analyse de 2018 par COCHRANE (24) qui regroupe 10 études randomisées contrôlées portant sur plus de 1500 patients souffrant de douleurs neuropathiques chroniques a révélé que les cannabinoïdes comparés au placebo augmentaient le nombre de patients constatant une réduction de 30% et plus de leur douleur. Mais la majorité des études randomisées contrôlées comportent de nombreux biais ; peu de participants, des sujets de 25-60 ans, des études sur quelques semaines sans données à long terme et l'utilisation d'un cannabinoïde sur ordonnance (le nabiximol). Aucune étude n'est réalisée avec de l'huile de cannabis qui reste le plus largement utilisé.

La dernière étude en date remonte à avril 2023 (25). C'est une étude randomisée en double aveugle étudiant l'efficacité dans les douleurs neuropathiques du CBD, du THC, de la combinaison CBD-THC versus placebo. Aucun des traitements n'a réduit la douleur par rapport au placebo chez des patients ayant échoué à au moins un traitement antérieur pour la douleur neuropathique.

Les données actuelles ne semblent pas en faveur de l'utilisation de cannabis dans les douleurs neuropathiques mais d'autres molécules vont peut-être émerger dans les prochaines années.

Ce travail nous a permis de prendre conscience de l'importance de la remise en question dans notre travail, du suivi et de l'écoute du patient qui restent des piliers dans notre futur pratique. Nous apprenons les armes qui existent mais de les mettre en pratique reste un travail de tous les jours avec de nouvelles compétences que nous allons acquérir tout au long de notre carrière.

## CONCLUSION

Les douleurs neuropathiques sont fréquentes et posent des problèmes de prise en charge aux médecins généralistes. Ils sont en première ligne et chaque patient étant unique, la prise en charge l'est aussi. Cette étude a permis d'étudier les points positifs et les points négatifs que les médecins ressentent dans la prise en charge de ces douleurs.

Même s'ils se disaient en manque de formation, dans l'ensemble les médecins interrogés semblaient utiliser les mêmes molécules en termes de thérapies médicamenteuses (celles retrouvées dans les recommandations) avec pour chacun, une escalade thérapeutique qui lui était propre. Le manque d'un protocole établi revenait assez souvent dans les difficultés pour la prise en charge. Les principales sources d'inobservance thérapeutique résidaient dans les effets indésirables, lus par le patient ou ressentis lors des premières prises, et l'efficacité modérée.

Les thérapies non médicamenteuses semblaient moins connues et les médecins moins à l'aise pour les utiliser, mis à part la kinésithérapie qui ressortait dans chaque entretien réalisé.

La collaboration des médecins entre eux était un des principaux leviers dans la prise en charge ; collaboration entre confrère de même cabinet, avec des spécialistes surtout neurologue ou rhumatologue et avec les centres anti-douleurs malgré les délais de prises en charge longs.

Ces douleurs chroniques ont un impact psychologique important qu'il ne faut pas banaliser et oublier. La prise en charge globale, psycho sociale, restait de rigueur avec une importance sur l'écoute du patient et de la relation médecin-patient. Une étude qualitative sur le ressenti des patients dans la prise en charge des douleurs neuropathiques pourrait permettre une approche plus globale. Ainsi , en relation avec cette étude, nous aurions le point de vue des médecins et des patients ce qui pourrait donner des pistes d'améliorations pour la prise en charge des médecins.

Lu et Approuvé  
Toulouse le 07/09/2023  
Professeure Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 11/09/2023  
Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Médioclinique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'IASP propose une nouvelle définition de la douleur [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.interclud-occitanie.fr/actualites-et-reglementation/actualites-douleur/eid/2414/liasp-propose-une-nouvelle-definition-de-la-douleur>
2. DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2019/06/DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf>
3. Classification-IASP.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-lcd.org/wp-content/uploads/2019/09/Classification-IASP.pdf>
4. Bouhassira D, Attal N. Douleurs neuropathiques. Arnette; 2012. 156 p.
5. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. juin 2008;136(3):380-7.
6. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. *PAIN*. avr 2014;155(4):654-62.
7. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur analg*. juin 2020;33(2):101-12.
8. Scribbr [Internet]. 2019 [cité 13 avr 2022]. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
9. dossier\_presse\_demographie.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf)
10. Bouhassira D. Définition et classification des douleurs neuropathiques. *La Presse Médicale*. 1 févr 2008;37(2, Part 2):311-4.
11. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007;28(1):167-83.
12. TENS en pratique [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/tens-en-pratique/>
13. La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) contre les douleurs neuropathiques [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/fr/CD011976/SYMPT\\_la-stimulation-nerveuse-electrique-transcutanee-tens-contre-les-douleurs-neuropathiques](https://www.cochrane.org/fr/CD011976/SYMPT_la-stimulation-nerveuse-electrique-transcutanee-tens-contre-les-douleurs-neuropathiques)
14. 248746583.pdf [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur:



<http://dd85.blogs.apf.asso.fr/media/00/00/248746583.pdf>

15. Exercice pour le traitement des patients atteints de maladies affectant les nerfs périphériques (neuropathie périphérique) [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/fr/CD003904/NEUROMUSC\\_exercice-pour-le-traitement-des-patients-atteints-de-maladies-affectant-les-nerfs-peripheriques](https://www.cochrane.org/fr/CD003904/NEUROMUSC_exercice-pour-le-traitement-des-patients-atteints-de-maladies-affectant-les-nerfs-peripheriques)
16. Quesnot A, Ribinik P, Barrois B. Prise en charge kinésithérapique au sein d'un service de MPR des patients présentant des douleurs neuropathiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 déc 2012;13(6):276-85.
17. Ju ZY, Wang K, Cui HS, Yao Y, Liu SM, Zhou J, et al. Acupuncture for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 déc 2017;12(12):CD012057.
18. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen JB, Pinget C, Maravic P, et al. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*. août 2010;36(5):639-46.
19. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Un nouveau parcours de santé pour la personne présentant une douleur chronique. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3412606/fr/un-nouveau-parcours-de-sante-pour-la-personne-presentant-une-douleur-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3412606/fr/un-nouveau-parcours-de-sante-pour-la-personne-presentant-une-douleur-chronique)
20. Seuls 40% des Français suivent correctement leur traitement [Internet]. *Sante-pratique-paris*. 2015 [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/prevention-dossier-dossier/seuls-40-des-francais-suivent-correctement-leur-traitement/>
21. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale: Point de vue du médecin de la douleur. *Doul et Analg*. mars 2002;15(1):71-9.
22. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
23. Kamrul R, Bunka D, Crawley A, Schuster B, LeBras M. Explorer les choix de cannabinoïdes pour la douleur neuropathique chronique chez les adultes plus âgés. *Can Fam Physician*. nov 2019;65(11):e469-74.
24. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [cité 18 juill 2023];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012182.pub2/full/fr>
25. Zubcevic K, Petersen M, Bach FW, Heinesen A, Enggaard TP, Almdal TP, et al. Oral capsules of tetra-hydro-cannabinol (THC), cannabidiol (CBD) and their combination in peripheral neuropathic pain treatment. *Eur J Pain*. avr 2023;27(4):492-506.
26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

Pour commencer, j'aurai quelque question sur votre parcours professionnel à vous poser ;

- Sexe ? Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien d'année êtes-vous installé ?
- Etes-vous maitre de stage ?
- Avez-vous toujours été installé ici ou avez-vous pratiqué dans une autre ville ou même en structure (clinique ou hôpital) ? Milieu d'installation (rural/semi rural/urbain), installation en maison de santé ou seul... ?
- Lors de votre parcours universitaire, avez-vous réalisé des diplômes universitaires ou des capacités ?

Revenons un peu plus dans le vif du sujet.

- 1) Racontez-moi votre dernière prise en charge d'un patient consultant pour une douleur neuropathique confirmée ou suspectée ou d'un patient vous ayant marqué ?

#### *Si problème pour répondre à la question*

Reprenons tout d'abord la définition de la douleur neuropathique en quelques mots ; elle est la conséquence d'une lésion ou d'une maladie du système nerveux somato-sensoriel. Le patient décrit souvent une douleur continue à type de brûlures, avec systématisation à un territoire.

On retrouve fréquemment associé des troubles de la sensibilité et des troubles de la perception douloureuse.

#### *Relance*

- Quel traitement avez-vous préconisé ? médicamenteux ou non médicamenteux
- Quels conseils avez-vous donné à votre patient ?
- Rebondir sur une des idées (frein/levier ...)

- 2) *Quelle est votre stratégie dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ?*

- 3) Vous sentez-vous à l'aise avec ce type de prise en charge ? Pourquoi ?
  - a. Êtes-vous à l'aise avec ce type de thérapeutique / comment les utilisez-vous ?

- b. Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge non médicamenteuse ?
  - c. Comment se fait le choix de la thérapeutique ?
  - d. Avec qui collaborez vous ?
- 4) Quelle différence de prise en charge percevez-vous entre les douleurs neuropathiques aiguës ou chroniques (pour rappel : on définit une douleur chronique par la persistance de la douleur plus de 3 mois et/ou la présence d'épisodes douloureux récurrents sur une période de plus de 3 mois) ?
- 5) Quels freins identifiez-vous dans ce type de prise en charge ?



## **Notice d'Information**

Intitulé de la structure : Université Toulouse III - Paul Sabatier (UPS) représentée par son Président M. Jean-Marc Broto

Vous êtes invité.e à participer à une étude menée par LOUP Justine et PREVOST Diane dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Toulouse III – Paul Sabatier.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique). Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

### Procédure de l'étude

Vous serez interrogé.e.s au cours d'un entretien individuel en face-à-face afin de réaliser notre travail de recherche visant à mieux comprendre la prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale.

Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université.

### Destinataires des données collectées

Coordinateur de la recherche : Dr BOUSSIER Nathalie

Investigateurs et responsables du traitement des données : LOUP Justine et PREVOST Diane

### Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

### Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra d'explorer les leviers et les freins rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Elle n'est en aucun cas un moyen de juger de ces pratiques ni d'étudier leur efficacité.

### Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

### Droits des participants

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

### Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées jusqu'à 2 ans à compter de la date de la soutenance de la thèse concernée par ses et seront définitivement supprimées par la suite.

### Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle LOUP Justine et PREVOST Diane vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre genre, âge, votre nombre d'années d'installation, votre lieu d'installation (urbain/rural/semi rural) et votre parcours universitaire. Ces données seront pseudo anonymisées et leur identification codée.

### Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel auprès du Dr BOUSSIER Nathalie (nathalie.boussier@dumg-toulouse.fr) ou du Pr Pierre Boyer, Délégué à la protection des données, Département

Universitaire de Médecine Générale – 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex ou  
par mail [dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

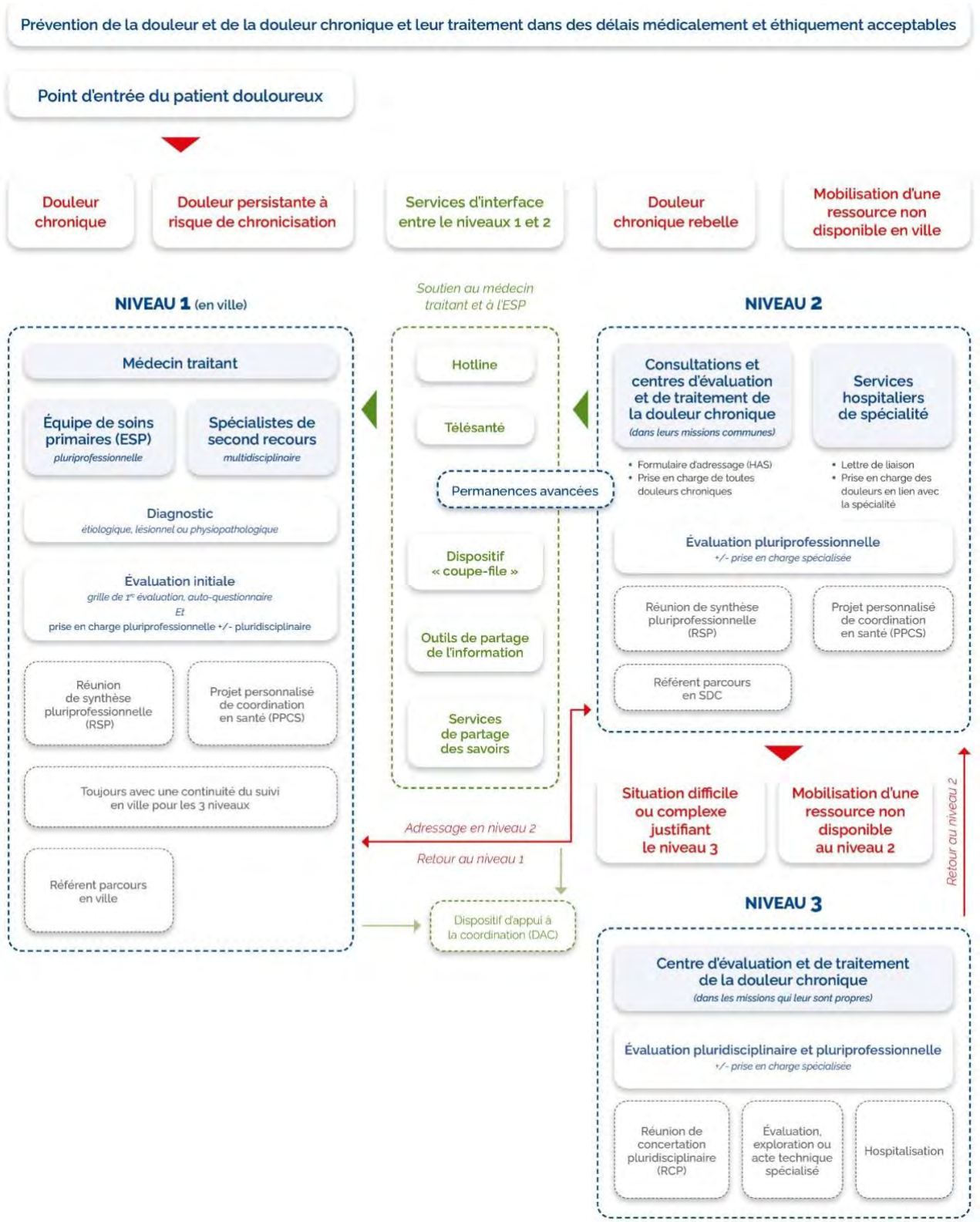
**Référence :** Astruc A et al. Les données à caractère personnel : quelles formalités  
réglementaires pour les travaux de recherche en médecine générale ? Exercer 2021 ;  
172:178-84

Date :

Signature du participant :

Signature de l'interne en charge de l'entretien :

**Annexe 3** : Parcours HAS graduées en 3 niveaux pour la prise en charge des douleurs chroniques (26)



AUTEUR : Diane PREVOST et Justine LOUP

TITRE : Freins et leviers à la prise en charge des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes dans le bassin Tarnais

DIRECTEUR DE THÈSE : Nathalie BOUSSIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 5 octobre 2023 à la faculté de Médecine Toulouse Rangueil

**Introduction :** En France, plus d'un tiers des consultations de médecine générale repose sur le motif « douleur » et la prévalence des douleurs avec des caractéristiques neuropathiques dans la population se situe entre 6,9 et 10%. L'objectif de cette étude est d'analyser quels sont les freins et les leviers à la prise en charge des douleurs neuropathiques par les médecins généralistes dans le bassin tarnais.

**Matériel et méthode :** Une étude qualitative a été réalisée, par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes Tarnais jusqu'à saturation des données.

**Résultats :** 8 médecins ont été interrogés. Tous les médecins utilisaient quatre molécules pour le traitement des douleurs neuropathiques avec des protocoles propres à chacun. Un des principaux freins à la prise en charge est la présence d'effets indésirables mais ceux-ci pouvaient être pallié par une bonne explication préalable. Ils regrettaient le manque de protocole établis pour l'escalade thérapeutique. L'accès aux thérapies non médicamenteuses étaient globalement peu connu hormis la kinésithérapie. L'accès au centre anti-douleurs est revenu lors de chaque entretien mais un délai souvent trop long pouvait freiner la prise en charge.

**Conclusion :** Le traitement de la douleur neuropathique peut poser des difficultés à la prise en charge des douleurs neuropathiques. Des solutions comme un numéro unique pour accéder à un médecin algologue rapidement ou la réalisation de protocole pour les thérapies spécifiques pourraient les aider dans leur pratique.

Obstacles and levers to the management of neuropathic pain by general practitioners in the Tarnais basin

**Introduction:** In France, more than a third of general medicine consultations are based on the reason "pain" and the prevalence of pain with neuropathic characteristics in the population is between 6.9 and 10%. The objective of this study is to analyze what are the obstacles and levers to the management of neuropathic pain by general practitioners in the Tarn.

**Material and method:** A qualitative study was performed, by semi-directed interviews with general practitioners from Tarn until data saturation.

**Results:** 8 doctors were interviewed. All the doctors used four molecules for the treatment of neuropathic pain with protocols specific to each. One of the main obstacles to treatment is the presence of undesirable effects of these drugs, but these could be overcome by a good explanation. They regretted the lack of established protocol for therapeutic escalation. Access to non-drug therapies was generally unknown excepted from physiotherapy. Access to the pain center was highlighted during each interview, but a too long a delay could avoid treatment.

**Conclusion:** The treatment of neuropathic pain can highlight challenges to the management of neuropathic pain. Solutions such as a single number to quickly access an algologist doctor or the production of protocols for specific therapies could help them in their practice.

**Mots-Clés :** Douleurs neuropathiques, médecine générales, freins , leviers

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France