



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mathieu POUCHER

Le 14 mars 2016

Evolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en Lorraine

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Luc TAILLANDIER	}	Président
M. le Professeur François PAILLE		Juges
M. le Professeur Roland JAUSSAUD	}	
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO		

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mathieu POUCHER

Le 14 mars 2016

Evolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en Lorraine

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Luc TAILLANDIER	}	Président
M. le Professeur François PAILLE		Juges
M. le Professeur Roland JAUSSAUD		
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO		

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND

Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude

HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre

MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN

Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT

Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-
BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT -Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL -Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON- Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN - Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY- Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À Monsieur le Professeur Luc Taillandier,

Qui nous a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Je vous remercie de votre soutien et de votre aide tout au long de cette expérience.

À Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir aidé tout au long de ce travail, notamment en m'apportant la rigueur scientifique nécessaire à ce genre d'étude.

Merci de m'avoir fait découvrir et aimer le métier de médecin généraliste, à une période où j'étais convaincu de prendre une autre voie.

À Monsieur le Professeur François Paille,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Roland Jausaud,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

I) Introduction	17
II) Matériel et méthodes	18
A) Analyse quantitative : données de la CRAM	18
B) Analyse qualitative : focus groups	18
1) Constitution des focus groups	18
2) Rôles	19
3) Analyse	19
C) Critères de jugement	19
III) Résultats	20
A) Analyse quantitative : les données de la CRAM.....	20
B) Analyse qualitative : les focus groups	22
1) Caractéristiques de l'échantillon	22
2) Résultats	22
a) Expérience personnelle.....	22
b) Les molécules utilisées.....	23
c) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge.	26
IV) Discussion	30
A) Comparaison de l'échantillon à la population générale	30
B) Principaux résultats.....	30
1) Expérience personnelle	30
2) Molécules prescrites.....	31
3) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge.....	34
C) Biais.....	36
D) Ouvertures	37
V) Conclusion	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
ANNEXES	42
ANNEXE 1 : TABLEAU DES MOLECULES FOURNI A LA CRAM POUR INTERROGATION DE LA BASE DE DONNEES ...	42
ANNEXE 2 : COURRIER D'INVITATION AUX FOCUS GROUPS	45
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS.....	46
ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION DES GROUPES D'ENTRETIEN(CD-ROM)	47

Abréviations

DN : douleur neuropathique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CIP : Code Identification de Présentation

CAD : centre anti-douleur

DPZ : douleur post-zostérienne

TENS : Trans-cutaneous Electric Nerve Stimulation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : médecin(s) généraliste(s)

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

HAS : Haute Autorité de Santé

GABA : Gamma-Amino-Butyric Acid

IRSNa : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

EFNS : European Federation of Neurological Societies

IASP : International Association for the Study of Pain

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

DPC : développement professionnel continu

**Évolution des pratiques en Médecine Générale
dans la prise en charge des douleurs
neuropathiques en Lorraine.**

I) Introduction

Les douleurs neuropathiques (DN) sont définies comme des douleurs associées à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel (1). De causes diverses, on estime leur prévalence à environ 25% de l'ensemble des douleurs chroniques (2).

Malgré l'existence de plusieurs recommandations, françaises et internationales, différentes études montrent que les médicaments spécifiques des DN ne sont pas toujours utilisés au mieux, voire pas utilisés du tout (3)(4)(5).

En quelques années, l'offre en molécules s'est étoffée avec l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de médicaments aux preuves scientifiques d'efficacité bien établies, tandis que d'autres sont en cours de développement. Inversement, des médicaments sont retirés du marché ou font l'objet de restriction d'AMM pour mésusage ou effets indésirables graves (6)(7)(8)(9).

Le médecin généraliste (MG) se trouve confronté à la nécessaire adaptation de la prise en charge de ses patients atteints de DN. Aussi, devant ce constat, l'objectif de notre travail était de déterminer les pratiques actuelles en médecine générale dans la région Lorraine, et d'évaluer les difficultés rencontrées par les MG.

II) Matériel et méthodes

Nous avons pour cela effectué une double approche. Tout d'abord, une analyse quantitative transversale descriptive, basée sur les données de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), de 2012 à 2014. Puis, nous avons effectué une étude qualitative par la technique des focus groups, cette méthode ayant pour but de recueillir le vécu, le ressenti et la perception des participants sur le sujet, tout en s'intéressant à leurs émotions, sentiments et attitudes individuelles, au sein d'un groupe (10).

A) Analyse quantitative : données de la CRAM

Nous avons fait appel au Service Médical de la Région Nord-est de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) afin de récolter des données chiffrées sur l'évolution de la consommation de molécules utilisées dans le traitement des DN dans l'ensemble de la région Lorraine. Avec l'autorisation du Directeur Régional, et par l'intermédiaire du département d'analyse, l'interrogation de la base de données a porté sur huit molécules d'utilisation supposée courante dans ce domaine (Amytriptiline, Duloxétine, Venlafaxine, Paroxétine, Carbamazépine, Clonazépam, Prégabaline, Gabapentine) (11)(3), et pour la période du 01/01/2012 au 31/12/2014. Le Code Identifiant de Présentation (CIP) des différents conditionnements de chacune de ces molécules a été fourni au service statistique (ANNEXE 1). Celui-ci nous a fourni des tableaux et graphiques sous forme de tableur Excel regroupant les données.

B) Analyse qualitative : focus groups

1) Constitution des focus groups

Nous avons constitué un panel raisonné de médecins, afin de répondre à des critères de diversification dans le but de faire émerger le maximum de points de vue. La taille de chaque groupe a été définie afin de favoriser l'expression individuelle et de faciliter l'animation de l'entretien. Nous avons essayé de recruter initialement plus de participants que le nombre souhaité, prévoyant d'éventuels désistements. D'autre part, en raison d'emplois du temps chargés de nombre de médecins contactés, nous avons dû faire appel à des personnes de notre connaissance directe ou indirecte, afin de constituer des groupes suffisamment grands pour permettre une analyse cohérente.

Le nombre de focus groups a été fixé afin d'obtenir une saturation des données, les informations fournies par les derniers entretiens n'apportant plus d'élément nouveau.

Une invitation a été envoyée à des MG exerçant en libéral, à Nancy et son agglomération, ainsi que dans la commune du Thillot (département des Vosges) et ses alentours (ANNEXE 2). Ces deux lieux ont été choisis par commodité d'accès et d'organisation.

2) Rôles

L'auteur principal de cette étude avait le rôle d'observateur, afin de noter les grandes idées émergentes lors des discussions, ainsi que les éléments du langage non verbal. Il s'occupait également de l'enregistrement audio et vidéo.

Un animateur s'est chargé de modérer le débat, afin que les participants puissent s'exprimer librement, sans déborder du cadre de l'étude et en ayant chacun un temps de parole suffisant pour exprimer ses idées. Il avait en sa possession un guide d'entretien résumant les points importants à aborder. (ANNEXE 3)

3) Analyse

Pour respecter l'anonymat des participants, chacun d'entre eux a été doté d'un code formé d'un chiffre et d'une lettre. Le chiffre correspond au numéro du focus group (1 pour Nancy, 2 pour Le Thillot), et la lettre à chaque participant à l'intérieur du groupe (de A à E pour Nancy, de A à H pour Le Thillot).

L'analyse des verbatims s'est faite selon deux méthodes. D'une part, plusieurs lectures des retranscriptions ont été faites afin de ressortir les grandes idées émergentes de ces discussions par triangulation des données, entre le thésard et le directeur de thèse. D'autre part, les verbatims ont été intégrés dans le logiciel informatique NVivo, afin de disposer d'une analyse mécanique en complément.

C) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la récolte de l'ensemble des molécules utilisées dans le traitement des DN, aujourd'hui et il y a dix ans.

Les critères de jugement secondaires étaient les causes des changements de pratiques, les difficultés rencontrées dans la prise en charge, la qualité de la formation, les liens avec les spécialistes prenant en charge ces douleurs, la connaissance des recommandations sur le sujet.

III) Résultats

A) Analyse quantitative : les données de la CRAM

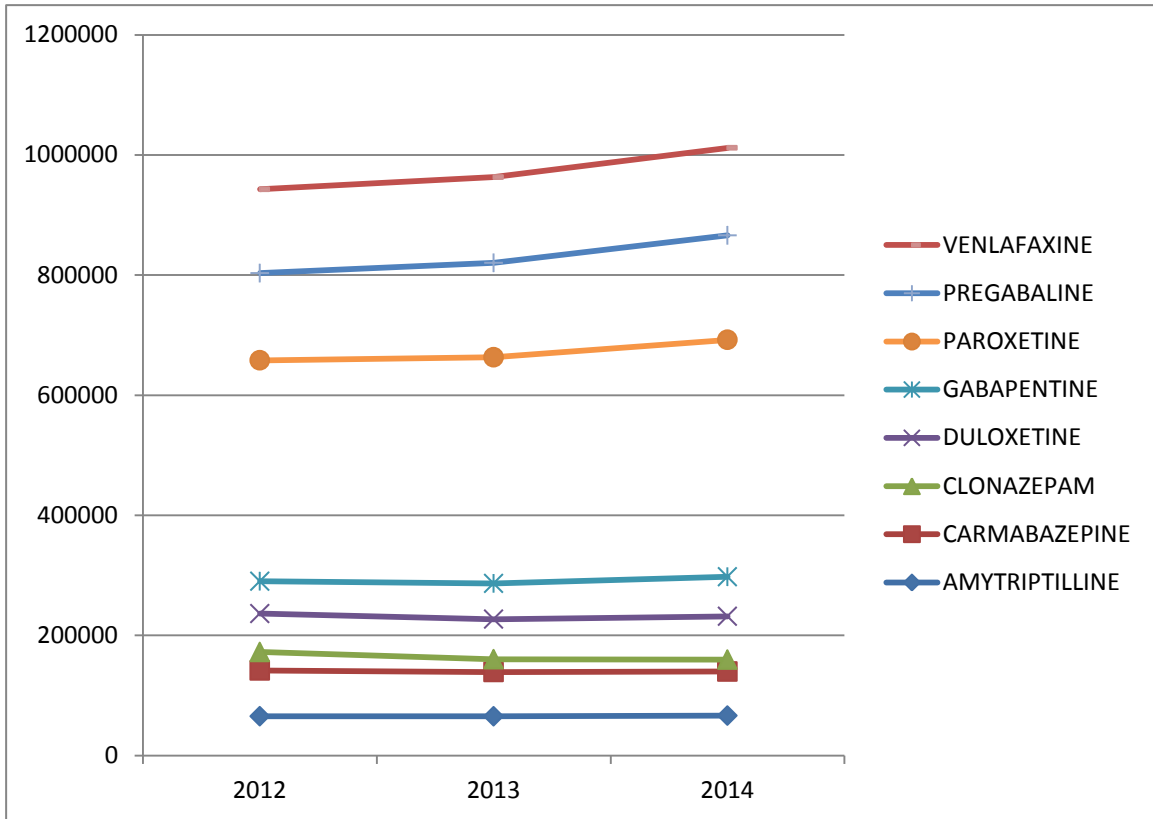
Pour chacune des huit molécules concernées, et pour chaque année de 2012 à 2014, le service statistique de la CRAM a fourni différentes données, résumées dans le Tableau I.

Tableau I : Données de la CRAM pour les années 2012 à 2014.

		Nombre de boîtes	Nombre de patients	Nb boîtes par patient	Nombre de prescriptions	Nb de presc. par patient
2012	AMYTRIPYILINE	65 272	11 689	5,6	37 123	3,2
	CARBAMAZEPINE	76 282	4 787	15,9	23 062	4,8
	CLONAZEPAM	30 719	6 703	4,6	19 148	2,9
	DULOXETINE	63 946	10 326	6,2	43 661	4,2
	GABAPENTINE	53 845	9 722	5,5	36 729	3,8
	PAROXETINE	367 986	31 891	11,5	138 783	4,4
	PREGABALINE	145 078	29 723	4,9	102 594	3,5
	VENLAFAXINE	139 608	17 488	8,0	80 321	4,6
Total		942 736	106 967	8,8	453 855	4,2
2013	AMYTRIPYILINE	65 187	11 638	5,6	37 251	3,2
	CARBAMAZEPINE	73 790	4 638	15,9	22 014	4,7
	CLONAZEPAM	21 323	2 989	7,1	12 320	4,1
	DULOXETINE	66 726	9 926	6,7	44 291	4,5
	GABAPENTINE	59 465	10 397	5,7	40 008	3,8
	PAROXETINE	376 572	32 460	11,6	140 923	4,3
	PREGABALINE	157 191	31 112	5,1	109 821	3,5
	VENLAFAXINE	142 723	17 791	8,0	81 628	4,6
Total		962 977	107 258	9,0	460 382	4,3
2014	AMYTRIPYILINE	66 336	11 675	5,7	37 477	3,2
	CARBAMAZEPINE	73 418	4 625	15,9	22 082	4,8
	CLONAZEPAM	19 855	2 706	7,3	11 514	4,3
	DULOXETINE	72 115	10 495	6,9	46 445	4,4
	GABAPENTINE	65 866	11 864	5,6	43 563	3,7
	PAROXETINE	394 602	34 203	11,5	145 848	4,3
	PREGABALINE	173 794	33 725	5,2	119 074	3,5
	VENLAFAXINE	145 851	17 868	8,2	82 514	4,6
Total		1 011 837	112 303	9,0	478 484	4,3

Il faut noter que le total « Nombre de patients » et « Nombre de prescriptions » n'est pas égal à la somme des molécules, puisqu'un même patient peut avoir bénéficié de molécules différentes, et que plusieurs molécules peuvent figurer sur une même prescription.

Le graphique 1 illustre, pour chaque molécule, l'évolution du nombre de boîtes prescrites entre 2012 et 2014.



Graphique 1 : Evolution du nombre de boîtes prescrites entre 2012 et 2014.

Le Tableau II décrit en termes de pourcentage l'évolution des prescriptions de ces mêmes molécules entre 2012 et 2014.

Tableau II : Pourcentages d'évolution.

MOLECULE	POURCENTAGE D'EVOLUTION
Amytriptiline	+1,6%
Carbamazépine	-3,9%
Duloxétine	+11,3%
Clonazépam	-54,7%
Gabapentine	+18,3%
Paroxétine	+6,7%
Prégabaline	+16,5%
Venlafaxine	+4,3%

B) Analyse qualitative : les focus groups

1) Caractéristiques de l'échantillon

Le sex ratio (Hommes/Femmes) était de 3/2 à Nancy et 5/3 au Thillot. Les médecins exerçaient dans différents milieux : rural, semi-rural et urbain. Ils étaient installés en moyenne depuis 1995, avec des valeurs extrêmes d'installation de 1977 et 2008.

2) Résultats

a) Expérience personnelle

- L'étiologie des DN rencontrées par les médecins étaient, par ordre de fréquence de citation : les douleurs post-zostériennes, les sciatalgies, les neuropathies des membres inférieurs d'origine diabétique, les névralgies faciales et la migraine. Ils citaient, de manière moins fréquente : les névralgies cervico-brachiales, les douleurs associées aux cancers, les douleurs de la maladie de Lyme, les neuropathies de réanimation, les arrachements du plexus brachial, les douleurs associées à la sclérose en plaques et les douleurs du membre fantôme.

- La prévalence et l'incidence de la DN étaient considérées comme relativement peu fréquente :
1B : « Enfin, je trouve que c'est pas hyper fréquent quand même »

- Concernant le problème du traitement et/ou du diagnostic, les médecins interrogés étaient partagés.

Certains ne ressentaient aucune difficulté :

2D : « Ben, moi, je me sens compétent »

2H : « Les molécules on les connaît, on sait les manier »

D'autres se sentaient moins à l'aise dans l'un et/ou l'autre de ces domaines :

1A : « C'est parfois au niveau du diagnostic que ça peut poser des difficultés »

2C : « Je suis un petit peu moins à l'aise que vous »

- Dans le domaine de la formation professionnelle, les différents participants s'accordaient à dire que c'était surtout dans la pratique quotidienne, sur le terrain, qu'ils avaient appris à traiter une DN, beaucoup plus que lors de leur formation initiale :

2F : « La formation initiale, elle est réduite, quand même. Je crois que j'ai pas eu de cours à la fac »

2B : « C'est surtout de la formation de terrain »

Les MG disaient avoir peu recours aux recommandations officielles, par manque de temps, par difficulté à les trouver, ou par méconnaissance de leur existence :

1C : « Certainement [qu'il existe des recommandations], mais on ne les a pas apprises »

- La majorité déclarait faire appel à un avis spécialisé régulièrement. Le recours se faisait surtout auprès des centres « anti-douleur » (CAD) et du neurologue, et très rarement vers le psychiatre ou le rhumatologue.

1D : « On s'appuie quand même sur les spécialistes, parce que souvent, on est coincé au bout d'un moment »

1A : « Si j'ai des difficultés, j'envoie plus chez le neurologue »

2C : « J'adresse volontiers dans les centres anti-douleur »

Concernant les CAD, les médecins s'accordaient sur l'intérêt d'une prise en charge médico-psycho-sociale:

1C : « Et il y a une prise en charge, effectivement, par un psychologue »

Mais ils regrettaient le manque d'accessibilité en raison de longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, et parfois l'absence d'une approche pluri-professionnelle attendue :

2D : « Moi je trouve les centres anti-douleur inutiles, notamment dans les Vosges, inaccessibles à Nancy, donc je suis très embêté pour passer la main »

Le CAD était souvent utilisé en dernier recours :

2D : « Mais globalement, c'est quand on n'a pas d'autre choix. C'est en dernier recours, quoi »

b) Les molécules utilisées

- La plupart des participants considérait ne pas avoir changé leurs modalités de prescriptions médicamenteuses, sauf quant à la fréquence de prescription de ces molécules :

2D : « Ma pratique n'a pas évolué ces dix dernières années »

2E : « On s'en servait peut-être moins facilement, à part peut-être le Neurontin® dans les douleurs post-zostériennes. C'était un peu plus limité, j'ai l'impression. »

- Lors de nos entretiens, nous avons fait préciser les molécules utilisées il y a dix ans, et celles utilisées actuellement (Tableau III).

Tableau III : Evolution perçue des prescriptions médicamenteuses sur dix ans

Molécule	Utilisée il y a 10 ans	Utilisée actuellement	Tendance d'évolution perçue
Gabapentine (Neurontin®)	X	X	↑
Prégabaline (Lyrica®)	X	X	↑
Clonazépam (Rivotril®)	X	0	↓
Carbamazépine (Tégréto®)	X	X	↓
Amytriptiline (Laroxyl®)	X	X	↓
Chlorpromazine (Largactil®)	X	0	↓
Venlafaxine (Effexor®)	0	X	↑
Duloxétine (Cymbalta®)	0	X	↑
Paracétamol	X	X	↑
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	X	X	↑
Corticoïdes	0	X	↑
Codéine	0	X	↑
Dextropropoxyphène (Propofan®, Diantalvic®)	X	0	↓
Morphiniques	X	0	↓
Patchs de Lidocaïne (Versatis®)	0	X	↑

Pour le traitement actuel de la DN d'origine diabétique, les médecins ont cité la Prégabaline (Lyrica®), la Duloxétine (Cymbalta®), et l'association de ces deux molécules.

Pour le traitement des douleurs post-zostériennes (DPZ), les participants ont cité les patchs de Lidocaïne (Versatis®).

- Des MG réservaient la prescription de certaines molécules aux neurologues ou aux CAD, dont le Topiramate (Epitomax®), le Clonazépam (Rivotril®), la Rispéridone (Risperdal®), les patchs de Capsaïcine (Qutenza®), la Buprénorphine (Méthadone®), la Cyamémazine (Tercian®).

2E : « C'est comme dans le traitement de la migraine, où on voit apparaître l'Epitomax®, qui n'existait pas il y a quelques années »

1D : « Tégrétol®, ça a encore l'indication névralgie faciale. Ils font ça en Neuro, au niveau du CHU »

2D : « [Le Cymbalta®] est prescrit par les neurologues un peu dans tous les sens. Par les psy aussi »

- Bien que ne faisant pas partie de la question de recherche de ce travail, les médecins ont cité des approches non médicamenteuses, et tout particulièrement les TENS, l'ostéopathie, les infiltrations scanno-guidées, la neurolyse, et les médecines alternatives, dont l'acupuncture, la médecine chinoise et les guérisseurs.

- Tous les participants au groupe d'entretien de Nancy déclaraient ne jamais débiter un traitement spécifique de DN d'emblée, même s'ils étaient certains du diagnostic, et toujours commencer par les traitements des douleurs nociceptives (les trois paliers de l'OMS) :

1A : « Toujours traitement classique : anti-inflammatoires, anti-douleur, euh... Quand on n'a pas d'efficacité, on change pour les médicaments des douleurs neuropathiques. On passe au Lyrica®, au Neurontin® »

Concernant les posologies des produits, et notamment l'augmentation des doses, les médecins étaient partagés. Certains considéraient la nécessité d'atteindre la posologie maximale par paliers progressifs :

1A : « Il faut quand même taper fort pour avoir un résultat au niveau de l'efficacité, tant qu'il n'y a pas d'effets secondaires »

2F : « Moi je trouve que la Gabapentine est relativement bien tolérée quand on va progressivement.»

D'autres tentaient de limiter au maximum l'augmentation, et de rester à la plus faible dose possible :

1E : « Moi j'essaie de ne pas augmenter »

- Quelques médecins disaient utiliser des associations de molécules :

1E : « Ça m'arrive de mettre du Cymbalta® avec du Lyrica® »

2C : « Et puis [le Cymbalta®] en association »

- Les participants estimaient majoritairement que les différentes molécules disponibles avaient une efficacité équivalente entre elles :

2H : « Y a pas une molécule, de toute façon, qui se détache en terme d'efficacité et de tolérance »

- Un médecin estimait que l'impact de la molécule était fonction du contexte propre au patient :

2H : « En fonction du patient, en fonction du tableau, la réponse va forcément être différente entre telle ou telle molécule »

c) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge

Les différents participants de ces groupes de discussion ont déclaré rencontrer de nombreuses difficultés dans la prise en charge des DN au quotidien.

- La part psychologique, voire psychiatrique, est fondamentale dans la prise en charge :

1D : « (...) avec une composante psy très compliquée à gérer »

- Quant au choix des molécules, il était difficile de distinguer l'efficacité et d'évaluer le coût. La quantité de molécules disponibles leur semblait insuffisante :

1C : « On ne sait plus qui fait quoi ! »

2E : « Des molécules, on en a pas cinquante à notre disposition, quand même, dans les douleurs neuropathiques »

2A : « On te met tellement la pression que tu culpabilises de prescrire quelque chose de cher »

- La poly-médication, ainsi que le risque d'escalade thérapeutique, était prise en compte. Certains tentaient de l'éviter :

1A : « Le problème des fois, justement, des vieux diabétiques, c'est qu'ils cumulent les pathologies (...), alors ils ont des ordonnances à dix ou douze médicaments. (...) C'est vrai que c'est toujours un souci de rajouter des trucs »

1D : « C'est une espèce d'escalade »

D'autre part, l'échappement thérapeutique était abordé :

1C : « Quand on lui propose un nouveau médicament, ça va aller mieux un certain temps, et puis après il va échapper »

- L'importance de la réévaluation régulière du diagnostic et du traitement des DN était soulignée par certains médecins, même s'ils trouvaient cela difficile, notamment chez les personnes dépressives :

1A : « Le problème, c'est l'évaluation de la douleur : je trouve que des fois on a du mal à... C'est vrai que ce n'est pas simple »

1B : « Surtout chez les dépressifs »

- Le problème de l'acceptation des traitements par les patients était soulevé par certains participants :

1C : « Si on leur met d'emblée une molécule avec une notice de 25 pages, je pense qu'au niveau observance ça va mal se passer »

- Certaines molécules étaient jugées inefficaces ou ne répondant pas à l'efficacité attendue :

2C : « J'ai pas l'impression d'être toujours très très efficace »

1B : « Même quand on prend Lyrica® ou Neurontin®, même à forte dose, c'est quand même pas hyper efficace »

2F : « J'ai un patient qui l'a fait trois ou quatre fois [le Qutenza®], mais c'est pas très efficace »

1E : « Ça faisait trois ans qu'il était sous morphiniques par le (...) centre anti-douleur du CAV (...) Récemment (...) ils l'ont sevré comme ça de la morphine, il ne se plaint plus d'avoir des douleurs de ce côté »

Ils reconsidéraient leurs prescriptions pour chacun des patients. Certaines molécules utiles chez certains ne l'étaient pas forcément chez d'autres :

2H : « Moi, je suis très Gabapentine. Enfin, ça marche pas tout le temps, bien sûr »

2D : « Ça m'arrive quand même d'en prescrire [du Tégrétol®]. Souvent, en fait. Ça marche pas forcément super »

- Des participants se sentaient restreints dans leurs modalités de prescription, à cause d'AMM trop restrictives ou du contrôle des Caisses d'Assurance Maladie, notamment concernant les morphiniques, les patchs de Lidocaïne (Versatis®) et le Clonazépam (Rivotril®) :

2A : « Par contre, j'ai l'impression que maintenant, c'est beaucoup plus encadré, qu'on est vachement plus embêté pour faire des prescriptions correctes. Y a des tas d'indications qu'on n'a pas. Il y a des tas de molécules qu'on peut utiliser chez certains, qu'on ne peut pas utiliser chez d'autres »

1C : « Alors ça marche bien sur le reste [le Versatis®] : je l'ai prescrit hors AMM (...) Avant de passer à la morphine j'ai essayé ça, et ça a très très bien marché »

2F : « Moi, c'est pour le Versatis® que j'ai eu des soucis avec la MSA. Pourtant, je l'avais prescrit en deuxième intention, après traitement par Gabapentine, et je me suis fait allumer par la caisse, la MSA, une ou deux fois »

2F : « Non non, je suis hors AMM, parce qu'il est sous Durogésic®, mais il est pas du tout, mais... Actiq® non plus, j'ai pas le droit. (...) Après, je sais que je suis hors AMM, mais tant pis, je prends le risque pour le soulager, quoi »

1E : « On a reçu une belle lettre de l'HAS ou de l'ARS en disant que maintenant on avait interdiction de le prescrire [le Rivotril®], que ce serait le pédiatre et le neurologue, et que pour les indications d'épilepsie »

-Les médecins ressentait des difficultés dans la prise en charge quotidienne des patients en raison des effets secondaires de ces médicaments à modes d'action complexes, avec des tolérances très variables. Ils citaient tout particulièrement la Prégabaline (Lyrica®), la Carbamazépine (Tégrétol®), le Topiramate (Epiotomax®), l'Amytriptiline (Laroxyl®), les patchs de Lidocaïne (Versatis®) :

1D : « Après, il y a la tolérance des patients, et ça c'est vraiment très variable. Il y en a qui ne supportent pas le Lyrica® 25, et d'autres qui ont des doses de cheval et pas de problème »

2A : « Je pense que le Neurontin® marche bien, avec peu d'effets secondaires, alors que le Lyrica®, c'est la cata. C'est complètement l'inverse »

1D : « Il est obligé de prendre des médicaments style Tégrétol®. Ça le ralentit, c'est difficile à vivre pour l'entourage, pour le travail. C'est compliqué »

2F : « Et ils sont assommés [avec l'Epiotomax®]! Ils sont quand même un peu secoués avec ça, hein ! »

1D : « Le Laroxyl® c'est compliqué à gérer chez les gens actifs »

- Les pathologies associées à la DN, qu'elles soient une cause ou une conséquence de celle-ci, donnaient également des difficultés aux médecins. Ils citaient ainsi le diabète et la dépression.

1A : « Le problème des (...) diabétiques, c'est qu'ils cumulent les pathologies : ils ont souvent de l'artérite, ils ont souvent des problèmes cardiaques, alors ils ont des ordonnances à dix ou douze médicaments qu'on essaie de réduire, et s'il faut en rajouter... »

1C : « Quand on a une composante effectivement dépressive, qui vient entretenir les choses... »

- Concernant le retrait de certaines molécules, les avis des différents participants étaient partagés. C'est sur le Clonazéпам (Rivotril®) que les discussions se sont cristallisées. Certains ne se sentaient pas gênés par ce phénomène ; d'autres ont réussi, tant bien que mal, à sevrer leurs patients ; enfin, certains déclaraient avoir des difficultés pour traiter leurs patients correctement :

2B : « C'est un peu comme lors du retrait du Dextropropoxyphène, c'est là qu'on se rend compte qu'il n'y a rien d'indispensable »

1B : « J'en ai vu pas mal qui ont arrêté, qui n'ont pas plus de douleur neuropathique après, hein ! »

2D : « Moi j'en ai eu une [patiente] chez qui j'avais du mal à sevrer. Je l'ai adressé au neurologue, et le neurologue, qui avait la grande parole du spécialiste, a réussi à lui enlever »

2A : « Moi, je le regrette quand même, le Rivotril®, parce que j'avais quelques patients qui étaient sous ça, et depuis qu'il n'existe plus pour eux, et ben j'ai beaucoup de mal à les équilibrer. (...) Ça m'a été supprimé, et moi je trouve ça complètement débile »

Les médecins se sont bien approprié les nouvelles règles de prescription du Clonazépam (Rivotril®), dont les grands principes leur étaient connus, ainsi que la cause de ces modifications :

1C : « On fait des renouvellements, mais on est obligé d'avoir une première ordonnance faite par un service de neurologie. Et après, on peut renouveler les ordonnances pendant un an. Mais il faut qu'ils revoient tous les ans le spécialiste, autrement on n'a pas le droit! »

1C : « Oui, sur ordonnance sécurisée »

2A : « C'était le mésusage, surtout, qui posait problème »

- Dernière difficulté soulevée, celle du nomadisme médical des patients atteints de DN :

1D : « [Le centre anti-douleur] c'est avant que le patient ne change de médecin »

1E : « Oui, ils font le tour des médecins, mais ils reviennent toujours »

IV) Discussion

Notre étude a associé une approche quantitative et qualitative.

A) Comparaison de l'échantillon à la population générale

L'échantillon ayant participé aux focus groups était constitué de treize médecins généralistes (MG). Cinq exerçaient dans l'agglomération de Nancy, huit dans la commune du Thillot et ses alentours.

Les femmes représentaient 38,5% de ce panel, et les hommes 61,5%. Parmi l'ensemble des médecins généralistes lorrains, en 2013, il y avait 29% de femmes et 71% d'hommes (12). Dans le département de Meurthe-et-Moselle, les femmes représentent 42% des MG, contre 40% dans notre échantillon. Dans les Vosges, les femmes MG sont 40%, contre 37,5% dans notre panel.

En ce qui concerne la structure d'âge de notre échantillon, les moins de 40 ans représentaient 23,1% de l'effectif, contre 10% dans l'ensemble de la région Lorraine. A l'échelle départementale, il y avait, en 2013, 15% de MG de moins de 40 ans en Meurthe-et-Moselle, versus 0 dans notre panel, et 4% dans les Vosges, versus 37,5% dans notre échantillon.

A l'autre bout de la pyramide des âges, les médecins âgés de 60 ans et plus représentaient dans notre échantillon 23,1% de l'effectif total, contre 25% à l'échelle régionale. En Meurthe-et-Moselle, les plus de 60 ans sont 19% versus 40% dans notre échantillon, et dans les Vosges ils sont 23%, contre 12,5% dans notre panel.

B) Principaux résultats

1) Expérience personnelle

Concernant les causes de DN rencontrées en pratique quotidienne, il est intéressant de noter que certaines ne font pas partie de la liste d'étiologie recensée par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (13), notamment la migraine et la maladie de Lyme. En effet, ces deux entités sont discutées, et le débat est toujours ouvert sur leur classement en DN ou non.

Les médecins interrogés considèrent que la DN est une pathologie globalement peu fréquente, à l'exception notable des sciatalgies. Pourtant, des études épidémiologiques françaises ont montré que ces douleurs n'étaient pas rares, puisque des douleurs chroniques avec caractéristiques neuropathiques affectent 7% de la population générale française, dont 5% sont des douleurs d'intensité modérée à sévère (2)(14). Ceci représente un quart des patients

douloureux chroniques. On estime ainsi qu'un MG suit six à sept patients par mois avec des douleurs de ce type.

Concernant la compétence des médecins interrogés, les réponses sont variées. Certains se sentent très compétents dans ce domaine, que ce soit au niveau du diagnostic ou du traitement, tandis que d'autres se sentent moins à l'aise. Lorsqu'on regarde dans le détail, on se rend compte que les médecins se sentant parfaitement compétents sont plus jeunes que ceux ressentant des difficultés : moyenne de l'année d'installation 2004 et 1989 respectivement. Comme l'ont bien dit certains, l'isolement des DN par rapport aux douleurs nociceptives n'est pas très ancien, ce qui explique peut-être cette différence : les médecins qui ont du « prendre le train en route » ont plus de difficultés que ceux ayant été formés dès leurs études à la prise en charge de ce type de douleurs.

Malgré une formation initiale en Faculté de Médecine, notamment à Nancy où des cours sur la douleur ont lieu lors des premier et deuxième cycles, ainsi qu'un séminaire d'une journée organisé par le Département de Médecine Générale pour les internes de la spécialité (15), les MG interrogés ne se sentent pas assez formés dans ce domaine.

Leur formation continue est également insuffisante selon eux, par manque d'intérêt ou par difficulté à trouver des ressources documentaires adéquates. Pourtant, des groupes de pairs sont organisés partout en Lorraine, des ressources Internet existent, des publications internationales sortent régulièrement dans ce domaine.

Nombreux sont les participants à déclarer faire appel à un spécialiste pour les aider dans la prise en charge des patients atteints de DN. Il est d'ailleurs recommandé, que ce soit par la SFETD (13) ou la Haute Autorité de Santé (HAS) (16), de confier le patient assez rapidement à un spécialiste en cas de doute diagnostique, de difficulté de prise en charge thérapeutique, ou d'arrivée au-delà de la deuxième ou troisième ligne de traitement.

2) Molécules prescrites

A l'heure actuelle, les molécules spécifiques des DN qui ressortent le plus fréquemment dans les prescriptions des MG interrogés sont les antiépileptiques GABAergiques : Gabapentine et Prégabaline. Les antidépresseurs arrivent en deuxième position, que ce soit les tricycliques (Amytriptiline) ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) (Duloxétine et Venlafaxine). Ceci est globalement conforme aux recommandations françaises, puisque la SFETD (13) comme la HAS (16) recommandent l'utilisation en première ligne des antiépileptiques et des antidépresseurs. Au niveau international, les recommandations de l'European Federation of Neurological Societies (EFNS) (17)(18) et de l'International Association for the Study of Pain (IASP) (19) vont dans le même sens. En revanche, la Duloxétine est recommandée uniquement dans la prise en charge de la neuropathie d'origine diabétique.

En ce qui concerne, justement, le cas particulier du traitement de la DN d'origine diabétique, les médecins en ayant parlé ont cité la Prégabaline (Lyrica®), la Duloxétine (Cymbalta®), ainsi que l'association de ces deux molécules. La SFETD recommande en effet la Duloxétine en première ligne dans cette indication, mais ne dit rien concernant la Prégabaline, ce qui laisse à penser qu'il n'est pas interdit de l'utiliser, mais en deuxième ligne. Aucun mot non plus concernant les associations de molécules, ce qui renvoie aux recommandations sur le traitement de la DN en général.

En revanche, concernant le traitement des DPZ, les médecins n'ont cité que les patchs de Lidocaïne (Versatis®). Hors, la SFETD ne recommande cette molécule uniquement dans la DPZ du sujet âgé souffrant d'allodynie au frottement et chez qui les traitements systémiques sont déconseillés ou contre-indiqués.

Concernant les pratiques d'il y a une dizaine d'années, les participants estiment que peu de choses ont changé pendant cette période. Néanmoins, ils citent certaines molécules dont ils n'ont plus parlé dans leurs pratiques actuelles, notamment le Clonazépam. Ceci est probablement lié aux modifications des règles de prescriptions de cette molécule, datant de 2011 (7)(8)(9), qui ont marqué les habitudes, et qui ont eu pour intérêt de rappeler que cette substance n'a jamais été indiquée dans le traitement des DN. D'ailleurs, si l'on observe les chiffres donnés par la CRAM, on se rend compte que sur la période 2012-2014, le nombre de prescriptions de Clonazépam s'est effondré de 54,7%. On peut y voir l'effet de ces nouvelles règles, devenues plus contraignantes pour le prescripteur MG, et qui ont peut-être incité certains à remplacer ou à sevrer le Clonazépam, même si deux praticiens seulement ont ouvertement parlé du sevrage de leurs patients.

De la même manière, la Carbamazépine a été beaucoup moins citée dans les traitements actuels. Ce fait se retrouve dans les données de la CRAM, puisque cette molécule est la seule de celles étudiées, en dehors du Clonazépam, à avoir vu son nombre de prescriptions baisser entre 2012 et 2014 (-3,9%).

Inversement, certaines molécules sont plus prescrites actuellement qu'il y a dix ans. C'est le cas, en particulier, de la Gabapentine et de la Prégabaline. Ces déclarations se retrouvent dans les chiffres de la CRAM, puisqu'entre 2012 et 2014, les prescriptions de ces molécules ont augmenté de respectivement 18,3% et 16,5%.

Les prescriptions des spécialistes énoncées par les MG peuvent être classées en deux catégories.

Premièrement, il peut s'agir de molécules à prescription initiale réservée au spécialiste, comme le Clonazépam (20)(21), ou non disponible en ville, comme les patchs de Capsaïcine (22). On comprend alors d'emblée pourquoi ces molécules ne sont pas prescrites directement par le MG.

Deuxièmement, il peut s'agir de molécules disponibles en ville, sur prescription de n'importe quel médecin, et ayant l'AMM dans les DN, comme la Gabapentine (23) ou la Prégabaline (24) par exemple. On peut alors se demander pourquoi ces molécules sont prescrites par un spécialiste, puisqu'elles peuvent être de prescription aisée et courante en pratique. Est-ce parce que le médecin adressant le patient ne les a pas utilisées ? Ou parce que le spécialiste n'a pas d'autre arme face à cette douleur ?

Concernant les techniques non pharmacologiques pouvant être utilisées dans le traitement des DN, les participants ont cité la Neurostimulation Electrique Transcutanée (en anglais Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS), la neurostimulation cérébrale, les infiltrations scanno-guidées et l'acupuncture. Ces techniques figurent dans les recommandations de la SFETD (13), mais avec des grades de recommandation faibles (B ou C). En revanche, les autres techniques citées (médecines alternatives) ne sont pas mentionnées dans les recommandations, du fait de l'absence totale de preuve scientifique de leur efficacité.

Le schéma de mise en place thérapeutique est lui aussi sujet à discussion.

Dans notre étude, nombreux sont les médecins à déclarer utiliser en premier lieu les antalgiques des paliers de l'OMS contre les douleurs nociceptives, et notamment le palier 1 (Paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)) et le palier 2 (Codéine). Or, ces molécules ne sont recommandées par aucune instance dans le traitement des DN.

Plusieurs études ont d'ailleurs démontré qu'il existait une surconsommation des antalgiques des douleurs nociceptives chez des patients atteints de DN. L'étude française PLOSONe (3) a montré que moins d'un patient sur deux bénéficiait d'un traitement spécifique, et qu'il existait une surconsommation d'AINS, de Codéine et de Clonazépam. Une thèse de médecine générale faite à Nancy en 2011 (11) montre que seuls 5 à 7% des patients ont une prescription d'antidépresseur tricyclique, et 30 à 40% d'antiépileptique. Dans le cas particulier du patient diabétique, une thèse de médecine générale faite à Lille en 2012 (25) montre que 40% des MG interrogés ne prescrivent jamais de Duloxétine, alors qu'il s'agit de la molécule de première intention dans cette indication.

Même constat au niveau international. Une Régie de l'Assurance Maladie du Québec en 2007 (4) a mis en évidence une utilisation totalement inappropriée de certaines molécules dans 34% des cas, avec notamment une surconsommation d'AINS au long cours (7%), de myorelaxants (7%) et de benzodiazépines (6,6%), ainsi qu'un mésusage de l'Amytriptiline dans 11% des cas (non respect des contre-indications ou des interactions médicamenteuses). De même, une étude belge de 2007 (5) montre que le Paracétamol est la première molécule utilisée en fréquence dans les DN, suivie des AINS. Et que la bithérapie la plus prescrite est l'association Paracétamol + AINS.

En revanche, lorsqu'ils utilisent des molécules spécifiques aux DN, tous s'accordent sur la nécessité d'une progression mesurée dans l'augmentation des doses, ce qui est conforme aux recommandations.

Peu nombreux sont les participants à déclarer utiliser des associations de molécules, alors que cette option est fortement recommandée, notamment par la SFETD.

Enfin, la majorité des participants estime que l'efficacité de ces traitements est globalement similaire, et qu'il n'y a pas de molécule en particulier qui serait toujours efficace dans ces douleurs. Ce point de vue est effectivement soutenu par la SFETD lorsqu'elle dit dans ses recommandations que « L'efficacité de ces traitements est modérée dans l'ensemble » et qu'il existe une « difficulté à établir des prédicteurs de la réponse au traitement ».

3) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge

Nombreux sont les participants à citer les composantes psychologiques et psychiatriques comme une difficulté à une bonne prise en charge des DN. En effet, comme l'a démontré une étude britannique sur le sujet (26), ces douleurs s'accompagnent fréquemment d'une composante anxieuse et/ou dépressive, dans la mesure où ce sont des douleurs chroniques, impactant la qualité de vie, et difficiles à soulager. La SFETD recommande d'ailleurs d'utiliser une échelle (type Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) par exemple) pour quantifier cette composante, et la prendre en charge de manière optimale (13). L'efficacité des antidépresseurs peut d'ailleurs s'expliquer, en plus de leur action pharmacologique pure, par cette caractéristique.

Le choix des molécules à utiliser pose également problème aux MG interrogés. Ceux-ci mettent en avant le nombre limité de molécules à disposition, la difficulté à évaluer leur efficacité, ainsi que celle du coût financier.

Ainsi, dans les recommandations de la SFETD, seules douze molécules sont citées comme pouvant être utilisées avec des grades de recommandation A ou B, dont deux n'ont pas d'AMM dans cette indication. Ceci explique peut-être pourquoi cet organisme recommande assez rapidement d'adresser le patient à un spécialiste.

En ce qui concerne le coût des traitements, celui-ci est très variable, allant de 0,12 € par jour pour l'Imipramine (Tofranil®) à 2,73€ journaliers pour le princeps de la Gabapentine (Neurontin®) (13), soit un facteur multiplicateur de 22,75.

Aux Etats-Unis, on estime les coûts médicaux directs pour un patient atteint de DN à 17.355 dollars par an, soit trois fois plus environ que les coûts médicaux directs d'un patient atteint de douleur chronique sans composante neuropathique (27). On retrouve à peu près les mêmes proportions dans une Régie de l'Assurance Maladie du Québec (4) avec des sommes remboursées de 4.163 dollars par patient atteint de DN et par an, contre 1.846 dollars par an pour un patient atteint de douleurs chroniques sans composante neuropathique (ratio 2,3).

Autre difficulté rencontrée, celle de la poly-médication, et les notions d'escalade et d'échappement thérapeutique. En effet, les DN surviennent très souvent dans un cadre de poly-pathologie et de co-morbidité marquées (diabète, dépression, anxiété, handicap lié à un accident vasculaire cérébral ou une sclérose en plaques...), ce qui induit des traitements lourds et nombreux, en plus de ceux destinés à traiter les douleurs. L'escalade thérapeutique est souvent nécessaire, car les molécules utilisées individuellement sont moins efficaces qu'utilisées en association, ce qui ne fait que renforcer la poly-médication. Nous l'avons déjà dit, la SFETD recommande les associations de molécules, dans le but de soulager le patient. Il est important de noter, et un participant l'a bien exprimé, que l'objectif du traitement n'est pas de supprimer totalement la douleur, mais de l'atténuer : diminution de 50% de l'intensité douloureuse selon Bouhassira et al. (28) ; traitement considéré comme inefficace si moins de 30% de gain sur une échelle d'évaluation de la douleur selon la SFETD (13). Ceci entraîne une nécessaire et régulière réévaluation de la douleur et de ses traitements, comme l'ont dit plusieurs participants.

Une conséquence de cette poly-médication est la iatrogénie associée à ces molécules aux modes d'action pharmacologique complexes. L'apparition d'effets indésirables est ainsi un frein à une bonne observance, et donc à une bonne efficacité de ces médicaments.

La SFETD recommande ainsi de revoir le patient régulièrement (notamment au cours du premier mois) pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement.

Faire accepter ces molécules aux patients, dans la mesure où la plupart d'entre elles sont étiquetées antidépresseurs ou antiépileptiques, et du fait d'une longue liste d'effets indésirables potentiels, n'est pas simple pour la plupart des participants. D'ailleurs, la SFETD met l'accent sur la nécessité d'une information claire et complète du patient, concernant à la fois sa pathologie, les traitements et leurs effets indésirables, ainsi que l'efficacité attendue.

Les MG ont également souligné le problème de la limitation de leurs prescriptions, que ce soit pour des problèmes d'AMM, de désaccords des Caisses d'Assurance Maladie, ou encore de modifications drastiques des règles de prescription de certaines molécules.

Dans ce dernier cadre, c'est bien sûr le Clonazépam (Rivotril®) qui a fait parler de lui. En octobre 2010, la durée maximale de prescription a été limitée à douze semaines (29). En septembre 2011, une partie de la réglementation des stupéfiants s'y applique : la prescription sur ordonnance sécurisée (30). Enfin, en octobre 2011, la prescription initiale est restreinte aux seuls spécialistes en neurologie et pédiatrie, avec obligation d'un renouvellement annuel (31). Même si la plupart de nos participants connaissent très bien ces nouvelles règles, certains font un raccourci en affirmant que le MG « n'a plus le droit » de prescrire du Clonazépam. Est-ce une façon de dénoncer ces règles ? En effet, certains médecins semblent gênés par ce nouveau mode de fonctionnement, et dénoncent les longs délais d'attente avant d'avoir accès à un spécialiste

C) Biais

Premier biais pour la partie qualitative de notre étude est celui de la taille de notre échantillon. En effet, seuls treize médecins en tout ont pu participer aux groupes d'entretien. Que ce soit par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet, ou encore par la faiblesse du nombre de patients atteints de DN qu'ils suivent, de nombreux médecins ont refusé de participer à cette étude. Du fait de ces difficultés d'organisation, et de la saturation des données obtenue avec les deux groupes, nous avons décidé de ne pas organiser d'autres focus groups. Mais il aurait bien sûr été intéressant de recueillir les avis et pratiques d'un plus grand nombre de médecins.

En exploitant les données, nous avons réalisé que certains aspects auraient pu être approfondis en relançant le débat, notamment en ce qui concerne l'impact du contexte propre au patient sur l'efficacité des différentes molécules.

Autre biais, inhérent à la technique du groupe d'entretien : celui de la préservation de face, qui consiste, pour une personne, à ne pas dévoiler une idée qu'elle pense juste dans le but de ne pas avoir « l'air ridicule », ou parce que cette idée entre en contradiction avec ce que le reste du groupe a déclaré jusque-là.

Les biais externes, dus à l'environnement de l'étude, ont pu être limités grâce aux deux lieux choisis pour le déroulement de ces groupes d'entretien. En effet, il s'agissait d'endroits calmes, agréables, confortables, sans possibilité de dérangement des participants (téléphones éteints notamment), faciles d'accès. De même, le silence respecté par l'observateur, et la limitation des interventions de l'animateur ont permis de laisser se dérouler les entretiens sans entrave.

Le biais d'investigation, là encore grâce à la limitation des interventions de l'animateur, a pu être contrôlé.

Enfin, le biais d'interprétation a été limité par la double analyse des données, par deux chercheurs utilisant chacun une analyse manuelle et informatique des données relevées.

D) Ouvertures

Nous l'avons vu, les MG interrogés se plaignent de ne pas être assez formés dans le traitement des DN. Nous proposons donc de mettre à disposition un résumé des recommandations françaises sous la forme d'une figure simple et rapide à utiliser, par exemple intégré à un outil informatique sur Internet tel le site d'Oncolor.

Nous proposons également d'établir une communication lors de la Semaine Médicale de Lorraine, sous forme orale ou de poster, résumant les données de cette étude ainsi que les principales recommandations.

Enfin, cet article a été soumis pour publication le 09 février 2016 à la revue Santé Publique.

V) Conclusion

Les DN, relativement fréquentes, même si elles ne sont pas perçues comme telles, posent de nombreuses difficultés aux médecins les prenant en charge, et notamment le MG, qui est sollicité en premier recours, comme dans de nombreuses autres pathologies.

Mauvaise qualité de leur formation, difficultés d'accès aux recommandations, faiblesse d'efficacité ou manque de choix dans les molécules disponibles font partie des difficultés éprouvées par les médecins que nous avons interrogés et qui, selon eux, les empêchent de soulager au mieux leurs patients.

La DN est de découverte relativement récente. Gageons que les progrès à venir dans ce domaine, que ce soit en termes de diagnostic ou de traitement, permettront dans le futur de mieux prendre en charge ces patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18003941>
2. Bruxelles J. O13 Épidémiologie des douleurs neuropathiques. Résultats de l'étude observationnelle de la SFETD - EM|consulte [Internet]. [cité 16 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/140038/article/o13-epidemiologie-des-douleurs-neuropathiques-resu>
3. Martinez V, Attal N, Vanzo B, Vicaut E, Gautier JM, Bouhassira D, et al. Adherence of French GPs to Chronic Neuropathic Pain Clinical Guidelines: Results of a Cross-Sectional, Randomized, « e » Case-Vignette Survey. PLoS ONE [Internet]. 18 avr 2014 [cité 5 juin 2014];9(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991574/>
4. Lachaine J, Gordon A, Choiniere M, Collet J, Dion D, Tarride J-E. Painful neuropathic disorders: An analysis of the Régie de l'Assurance Maladie du Québec database. Pain Res Manag J Can Pain Soc. 2007;12(1):31-7.
5. Hans G, Masquelier E, De Cock P. The diagnosis and management of neuropathic pain in daily practice in Belgium: an observational study. BMC Public Health. 24 juill 2007;7:170.
6. Spécialités à base de dextropropoxyphène - Retrait de produits - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 déc 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Retraits-de-lots-et-de-produits/Specialites-a-base-de-dextropropoxyphene-Retrait-de-produits>
7. commission-stup-compte-rendu+-170211.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/content/download/33886/443938/version/5/file/commission-stup-compte-rendu+-170211.pdf>
8. Fac-similé JO du 19/10/2010, texte 28 | Legifrance [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20101019&numTexte=28&pageDebut=18679&pageFin=18680
9. Rivotril® (clonazépam) : Modification des conditions de prescription et de délivrance - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rivotril-R-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Point-d-information>

10. mg_645_moreau - 2-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/2-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf
11. Classine A. Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques. Réalisation d'un questionnaire d'audit auprès des médecins généralistes de Meuse. [Internet]. Université Henri Poincaré Nancy I; 2011 [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_CLASSINE_AUDE.pdf
12. lorraine_2013.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf
13. 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 Eval - Diagn - Trait. févr 2010;11(1):3-21.
14. 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.
15. fascicule 15-16 - organisation-enseignement-15-16.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.medecine.univ-lorraine.fr/enseignement/3e_cycle/pdf/organisation-enseignement-15-16.pdf
16. HAS. Quelle place pour la prégabaline dans les douleurs neuropathiques? [Internet]. 2007 [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: http://douleurchronique.fr/wa_files/TTTLyrica.pdf
17. Attal N, Cruccu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc. nov 2006;13(11):1153-69.
18. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc. sept 2010;17(9):1113-e88.
19. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. Pain. 5 déc 2005;118(3):289-305.
20. Rivotril cpr 2 mg [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=68429141>
21. Rivotril sol buvable [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=61496251>
22. Qutenza [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=66525842>

23. Gabapentine gél 400 mg [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=67192942>
24. Prégabaline gél 100 mg [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=62852526>
25. Ladon O. Etude de la prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine générale. Exemple de la douleur neuropathique diabétique de type 2. [Internet]. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2012 [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Ecriture%20th%C3%A8se%2015%20final%20OTAL.pdf>
26. Berger A, Sadosky A, Dukes E, Edelsberg J, Oster G. Clinical characteristics and patterns of healthcare utilization in patients with painful neuropathic disorders in UK general practice: a retrospective cohort study. *BMC Neurol.* 6 mars 2012;12:8.
27. MacCarberg B. Consequences of Neuropathic Pain: Quality-of-life Issues and Associated Costs | Page [Internet]. *ajmc.* [cité 16 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.ajmc.com/publications/supplement/2006/2006-06-vol12-n9Suppl/Jun06-2327pS263-S268/>
28. Bouhassira D, Attal N. Douleurs neuropathiques. 2ème édition. Arnette; 2012.
29. Fac-similé JO du 19/10/2010, texte 28 | Legifrance [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20101019&numTexte=28&pageDebut=18679&pageFin=18680
30. lp-111018-Rivotril.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/content/download/36443/477119/version/1/file/lp-111018-Rivotril.pdf>
31. Rivotril® (clonazépam) : Modification des conditions de prescription et de délivrance - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rivotril-R-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Point-d-information>

ANNEXE 1 :
TABLEAU DES MOLECULES FOURNI A LA CRAM POUR INTERROGATION DE LA
BASE DE DONNEES

MOLECULE	DOSAGE	CONDITIONNEMENT	CODE CIP
AMYTRIPYILINE	Comprimés à 25 mg	Boîte de 60 cpr	305 730-2
		Boîte de 100 cpr	555 310-0
	Comprimés à 50 mg	Boîte de 20 cpr	305 731-9
		Boîte de 250 cpr	553 339-1
	Forme buvable en gouttes à 40 mg/mL	Flacon de 20 mL	305 732-5
DULOXETINE	Gélules à 30 mg	Boîte de 7 gél.	370 237-5
		Boîte de 28 gél.	365 864-5
	Gélules à 60 mg	Boîte de 28 gél.	365 865-1
		Boîte de 100 gél.	570 777-3
VENLAFAXINE	Gélules à libération prolongée à 37,5 mg	Boîte de 30 gél.	346 563-3
			387 576-2
			388 119-4
			388 234-8
			387 218-9
			346 927-5
			374 293-7
			388 124-8
			391 317-8
			416 854-1
			390 811-9
			496 109-6
			388 415-2
			346 618-2
	224 811-2		
387 278-1			
388 130-8			
390 816-0			
381 990-1			
387 834-1			
	Boîte de 50 gél.	388 235-4	
VENLAFAXINE	Gélules à libération prolongée à 75 mg	Boîte de 30 gél.	346 556-7
			387 623-0
			387 618-7
			387 224-9
			387 285-8
			346 933-5
			374 299-5
			387 564-4
			391 325-0
			416 874-2
	224 802-3		
496 153-5			
346 567-9			
388 425-8			
387 258-0			
387 571-0			
390 822-0			
381 995-3			
387 751-9			
	Boîte de 50 gél.	387 225-5	
VENLAFAXINE	Comprimés à libération prolongée à 37,5 mg	Boîte de 30 cpr	384 446-0
	Comprimés à libération prolongée à 75 mg	Boîte de 30 cpr	384 467-8

	Comprimés à libération prolongée à 150 mg	Boîte de 50 cpr	384 487-9
	Comprimés à libération prolongée à 225 mg	Boîte de 30 cpr	384 506-3
	Comprimés à 50 mg	Boîte de 30 cpr	385 353-6
PAROXETINE	Comprimés à 20 mg	Boîte de 14 cpr	335 253-8
			374 264-7
			374 267-6
			374 274-2
			368 547-0
			367 724-6
			393 404-5
			369 744-4
			374 269-9
		363 921-1	
359 987-1			
374 173-1			
498 154-9			
363 923-4			
369 538-5			
386 704-7			
366 875-0			
379 742-4			
		Boîte de 50 cpr	560 818-9
CARBAMAZEPINE	Suspension buvable à 20 mg/ml	Flacon de 150 mL	329 563-9
	Comprimés à 200 mg	Boîte de 50 cpr	310 354-5
	Comprimés à libération prolongée LP 200 mg	Boîte de 30 cpr	331 487-4
			353 063-2
	Comprimés à libération prolongée LP 400 mg	Boîte de 30 cpr	344 363-7
	Boîte de 50 cpr	353 051-4	
		Boîte de 50 cpr	344 368-9
CLONAZEPAM	Solution buvable en gouttes à 2,5 mg/ml	Flacon de 20 mL	317 052-4
	Comprimés à 2 mg	Boîte de 28 cpr	381 649-8
PREGABALINE	Gélules à 25 mg	Boîte de 56 gél.	365 127-0
		Boîte de 84 gél.	365 135-3
		Boîte de 100 gél.	565 814-1
	Gélules à 50 mg	Boîte de 84 gél.	365 128-7
		Boîte de 100 gél.	565 815-8
	Gélules à 75 mg	Boîte de 56 gél.	365 129-3
		Boîte de 100 gél.	565 816-4
	Gélules à 100 mg	Boîte de 84 gél.	365 130-1
		Boîte de 100 gél.	565 817-0
	Gélules à 150 mg	Boîte de 56 gél.	365 131-8
		Boîte de 100 gél.	565 818-7
	Gélules à 200 mg	Boîte de 84 gél.	365 132-4
		Boîte de 100 gél.	565 819-3
	Gélules à 300 mg	Boîte de 56 gél.	365 133-0
		Boîte de 100 gél.	565 820-1
Solution buvable à 20 mg/mL	Flacon de 473 mL	417 014-7	
GABAPENTINE	Gélules à 100 mg	Boîte de 30 gél.	337 896-3
		Boîte de 90 gél.	337 898-6
			375 216-6

			374 430-4 380 021-5 374 466-9 377 898-7 274 819-7 374 114-5 366 778-5 374 437-9
		Boîte de 30 gél.	337 900-0
	Gélules à 300 mg	Boîte de 90 gél.	337 901-7 375 231-5 374 424-4 380 068-1 366 785-1 374 419-0 377 911-3 274 820-5 366 786-8 374 113-9 374 444-5
		Boîte de 30 gél.	337 904-6
	Gélules à 400 mg	Boîte de 90 gél.	338 014-4 366 790-5 366 804-6 374 449-7 368 894-2 366 812-9 274 821-1 382 649-1 376 664-2 366 787-4 369 421-0 368 630-5
		Boîte de 100 gél.	566 519-3
		Boîte de 45 gél.	347 340-8
	Comprimés à 600 mg	Boîte de 90 gél.	347 591-0 379 707-4 377 882-3 392 037-9 377 340-6 274 823-4 398 491-3 377 924-8 220 321-0 366 135-7
	Comprimés à 800 mg	Boîte de 90 gél.	359 004-8 379 705-1 377 889-8 392 047-4 377 295-0 274 825-7 386 622-0 220 323-3 376 747-5 377 932-0

ANNEXE 2 :
COURRIER D'INVITATION AUX FOCUS GROUPS

POUCHER Mathieu
Médecin généraliste remplaçant

Objet: Invitation à participer à un focus group sur les douleurs neuropathiques dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement médecin généraliste remplaçant, je travaille sur ma thèse d'exercice qui concerne le traitement des douleurs neuropathiques.
Mon directeur de thèse est le Pr Paolo Di Patrizio.

Le but de mon travail est de **décrire l'évolution des pratiques dans le traitement médicamenteux de ces douleurs chez les médecins généralistes lorrains au cours des dernières années.**

Pour cela, je souhaite réaliser une étude qualitative par entretiens collectifs (focus group). Ces focus group regrouperont de 6 à 8 médecins généralistes, avec un animateur et un observateur. L'anonymat des discussions est bien sûr garanti.

Si vous êtes intéressé(e) par ce travail, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me signaler vos disponibilités à l'aide du lien suivant avant le :

.....

Il vous suffit d'entrer votre nom et de cocher les dates où vous êtes disponible. Merci d'offrir un large panel de dates afin que nous puissions en trouver une qui convienne au plus grand nombre.

En parallèle, je vous ferai parvenir un mail rappelant ce courrier et y joignant le synopsis de ce travail.

Je me permettrai de vous recontacter par téléphone ultérieurement.

Avec tous mes remerciements, et dans l'espoir de vous voir bientôt.

ANNEXE 3 :

GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS

Évolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques
en Lorraine

1) Recommandations officielles

- Lesquelles ? nationales ? SFETD, HAS
internationales ? IASP, EFNS
- Si non, pourquoi ?
- Recommandations françaises : pertinentes ? simples d'utilisation ? complètes ? cohérentes ?

2) Expérience personnelle

- Problème ?
- Formation ? formation initiale, DPC...

- Traitement d'une douleur neuropathique il y a 10 ans ?
- Molécules utilisées aujourd'hui ?
- Pourquoi avoir changé de pratique ?

- Avis spécialisé (neurologue, centre anti-douleur) ?
Quand ?
Facile à obtenir ?

3) Clonazépam (Rivotril)

- Changement de pratique ?

- Prescription : autant ou moins ?

- Si autant qu'avant : nouvelles règles contraignantes ?
pourquoi rester fidèle ?
- Si moins : substitution par quoi ?

- Ressenti des patients : réactions ?
demande de modification du traitement ?
conservation malgré les contraintes ?

ANNEXE 4 :
RETRANSCRIPTION DES GROUPES D'ENTRETIEN
(CD-ROM)

VU

NANCY, le **4 février 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **15 février 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Luc TAILLANDIER

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9075

NANCY, le **16 février 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé :

Objectif : L'objectif était de déterminer les pratiques actuelles en région Lorraine dans le traitement des douleurs neuropathiques (DN) et d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

Méthode : Nous avons réalisé une double approche avec, premièrement, une étude quantitative transversale descriptive par interrogation de la base de données de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avec récolte du nombre de boîtes prescrites de 2012 à 2014 pour huit molécules d'utilisation courante dans les DN, et, deuxièmement, une étude qualitative par constitution de groupes d'entretien, auxquels ont participé au total treize médecins généralistes.

Résultats : L'évolution des prescriptions de 2012 à 2014 montre une baisse importante de la prescription de Clonazépan (Rivotril®) (-54,7%) et, dans une moindre mesure, de la Carbamazépine (Tégréto®) (-3,9%). Les médecins interrogés ont déclaré moins prescrire de Clonazépan (Rivotril®), Carbamazépine (Tégréto®) et Amytriptiline (Laroxyl®) qu'il y a dix ans, et plus de Gabapentine (Neurontin®), Prégabaline (Lyrica®), Venlafaxine (Effexor®) et Duloxétine (Cymbalta®). Ils ont déclaré rencontrer de nombreuses difficultés au quotidien dans la prise en charge de ces patients, notamment concernant la part psychologique ou psychiatrique associée à ces douleurs, les co-morbidités, l'iatrogénie, l'inefficacité des molécules disponibles, les difficultés d'accès à un spécialiste (notamment centre anti-douleur), l'acceptation du traitement par les patients, la limitation des prescriptions.

Conclusion : Le traitement des DN pose de nombreuses difficultés au médecin généraliste, mais l'évolution des prescriptions montre une adaptation constante des pratiques.

Change in general medical practices in the management of neuropathic pains in Lorraine

Mots clés : douleur neuropathique ; médecine générale ; pratiques professionnelles ; focus group.

Thèse : Médecine Générale – Année 2016

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex