

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête sur l'évolution des pratiques dans la prise en charge des  
douleurs neuropathiques en médecine omnipraticienne**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Janvier 2022 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Julie CABARRUS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Arnaud DELVAL**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Monsieur le Docteur Jean-Michel BLONDEL**

**Monsieur le Docteur Christian LUCAS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Christian LUCAS**

---

## **Avertissement**

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

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

**FMC** : Formation Médicale Continue

**MG** : Médecins Généralistes

**DN** : Douleurs Neuropathiques

**IRS** : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

**IRSNA** : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**CEIP-A** : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmaco-dépendance-  
Addictovigilance

# Table des matières

<b>RESUME .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>5</b>
I. RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES .....	5
II. OUTILS CHOISIS .....	5
III. ADAPTATION DE LA METHODOLOGIE AU CONTEXTE SANITAIRE .....	6
IV. FORMATION PRESENTIELLE .....	7
<b>RESULTATS .....</b>	<b>8</b>
I. EPIDEMIOLOGIE .....	9
II. DIAGNOSTIC ET SEMEIOLOGIE .....	9
III. PRISE EN CHARGE ET NOUVELLES RECOMMANDATIONS .....	10
IV. RESULTATS SECONDAIRES .....	11
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>20</b>

# Résumé

**Contexte :** Les douleurs neuropathiques sont une pathologie fréquente qui affecte 7% de la population française adulte. Elles peuvent mettre en difficulté les médecins généralistes, souvent en première ligne dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces douleurs. L'une des difficultés soulevées est l'accès aux recommandations, réactualisées en février 2019 par la SFETD. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'évolution des pratiques des médecins généralistes selon la diffusion des nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique et d'en améliorer l'accès.

**Matériel et méthodes :** Les MG recrutés sur la base du volontariat, au nombre de quinze, travaillaient dans le secteur de Béthune, en cabinet. Une enquête des pratiques en médecine générale avec un pré-test et un questionnaire d'audit devaient être mis en ligne en amont d'une soirée de formation, suivi d'une remise en ligne des mêmes tests un mois après la formation. En raison du contexte sanitaire, la méthodologie a dû être adaptée au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, il n'a finalement pas été retenu de post-tests.

**Résultats :** Ces nouvelles recommandations dans l'ensemble ont bien été reçues par les médecins généralistes recrutés, et certaines étaient déjà intégrées dans leur pratique quotidienne. Les traitements de première ligne tel que la gabapentine et la duloxétine faisaient partie des traitements qu'ils proposaient en première intention. D'autres changements dans les recommandations par rapport à celle de 2010, notamment le passage de la prégabaline en traitement de deuxième ligne était connu par 26.67% des MG recrutés.

**Conclusion :** Dans l'ensemble, les pratiques des MG étaient plutôt cohérentes avec les nouvelles recommandations. La soirée de formation a permis de mettre en avant des freins potentiels à l'application de certaines d'entre elles. Des soirées dans le cadre de la FMC pourraient être un outil permettant d'améliorer l'accès à ces nouvelles recommandations.

# Introduction

Les douleurs neuropathiques sont définies comme « étant des douleurs secondaires à une lésion du système nerveux périphérique ou central, ou secondaire d'une maladie affectant le système somato-sensoriel ». Cette définition proposée depuis 2008 fait suite à celle de 1994 de l'association internationale pour l'étude de la douleur (« IASP ») qui définissait ce type de douleur comme « une douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux ». La nouvelle définition plus large permet donc d'inclure des causes plus diverses comme potentielle source de DN tel que le diabète, avec des examens paracliniques pouvant s'avérer normaux. Elle a d'ailleurs été reprise par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en février 2010 (1), qui avait émis des recommandations pour la pratique clinique concernant les DN chroniques, en médecine ambulatoire.

Il faut savoir que ces douleurs ne sont pas rares en terme de prévalence, elles représentent environ un quart des patients douloureux chroniques en population générale (2). Selon une étude épidémiologique de 2008 en population générale, les douleurs chroniques à caractéristiques neuropathiques affectaient 7% de la population française adulte (5% pour les douleurs modérées à sévères y compris dans des études plus récentes) (1).

Les médecins généralistes sont souvent en première ligne dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces douleurs. Hors, elles peuvent mettre en difficulté les praticiens(3) en médecine ambulatoire comme le souligne une étude qualitative effectuée en région Lorraine en 2016(4) auprès de médecins généralistes, et ceux malgré l'accès aux recommandations de la SFETD via internet. Parmi les difficultés soulevées par cette



étude qualitative, on retrouve la difficulté du diagnostic, une faiblesse d'efficacité des molécules disponibles mais aussi des difficultés d'accès aux recommandations.

Ceci est d'autant plus intéressant à souligner mais également problématique puisque ces recommandations dans ce domaine ont été réactualisées par la SFETD en février 2019 (5), et ont été publiées en juin 2020 (6,7) .

Devant ce constat, il nous a paru nécessaire d'améliorer l'accès à ces nouvelles recommandations pour les MG, pour qu'ils puissent adapter au mieux leur pratique au quotidien dans la prise en charge des DN, et ainsi améliorer leur niveau de connaissance dans ce domaine.

L'objectif de mon travail de thèse était donc d'évaluer l'évolution des pratiques des MG sur le secteur de Béthune dans la prise en charge de ces douleurs par des cas cliniques pré-tests suivi d'une soirée de restitution comprenant la diffusion des nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique.

# Matériels et Méthodes

## I. Recrutement des médecins généralistes

Les MG étaient recrutés sur la base du volontariat, et avaient pour point commun de travailler en cabinet, dans le secteur de Béthune.

En raison d'une très forte implication des médecins de la région de Béthune dans les actions de FMC, le Dr C. Lucas, neurologue au CHU de Lille, m'a mise en contact avec le Dr JM. Blondel, médecin généraliste à Cambrin et le Dr Julien Menez coordinateur de la FMC de Béthune, afin qu'ils s'associent et participent à ce projet de thèse. Cette collaboration a permis de recruter quinze MG.

## II. Outils choisis

Initialement, une enquête des pratiques en médecine générale sur la prise en charge des DN avec un pré-test (annexe 1) et un questionnaire d'audit sur 5 à 7 patients vus en consultation (annexe 2), à remplir de manière prospective, avec mise en ligne sur le site de la faculté dans l'onglet FMC était prévu. Dans les deux cas, il s'agissait de questions fermées à choix binaire, VRAI ou FAUX pour le pré-test, et Oui ou NON pour le questionnaire d'audit.

Environ un mois après la mise en ligne de ces tests, une soirée de restitution avec présentation par moi-même des résultats de l'enquête, suivie par une présentation du Dr C. Lucas portant sur les nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique sur les DN devait avoir lieu.

Dans le mois qui suivait cette formation, les mêmes tests devaient être remis en ligne pour évaluer l'évolution des pratiques.

### **III. Adaptation de la méthodologie au contexte sanitaire**

En raison de la forte mobilisation des MG dans les différents centres de vaccination durant la pandémie de Covid 19, il a été décidé de remplacer les questionnaires d'audits par des cas cliniques pré-tests. Par ailleurs, en raison de l'augmentation de la charge administrative liée à la vaccination par vaccin ASTRAZENECA en cabinet, il a volontairement été décidé de diminuer à trois, voire quatre cas cliniques au lieu des sept initiaux demandés.

Cette pandémie nous a également amené à revoir la remise en ligne des tests à un mois de la formation, en raison de l'incertitude de l'évolution de la pandémie, à court et moyen terme.

Face à la recrudescence des cas durant la période automnale et hivernale de l'année 2020-2021, et les différents confinements depuis l'année 2020, la soirée de formation a dû être repoussée à plusieurs reprises. Elle a pu être fixée grâce à l'implication du Dr J. Menez, responsable de la FMC de Béthune, à la date du 30 septembre 2021.

La collaboration avec le Dr JM. Blondel a permis d'adapter la méthodologie, au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, lui et ses confrères de Béthune étant très sollicités par les centres de vaccination. C'est pourquoi, il a finalement été retenu de ne pas remettre en ligne les tests à un mois de la formation, mais de proposer plutôt des pré-tests (annexe 3) à compléter par les MG, avant la présentation des nouvelles recommandations.

Deux semaines avant la soirée, ces pré-tests ont été diffusés avec l'aide du Dr Julien Menez.

#### **IV. Formation présentielle**

Une présentation générale sur les DN a d'abord eu lieu, puis les nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique, concernant les DN chroniques ont été présentées par le Dr C. Lucas.

Une restitution globale des résultats aux pré-tests par moi-même, au fur et à mesure de la soirée, a complété la présentation du Dr C. Lucas.

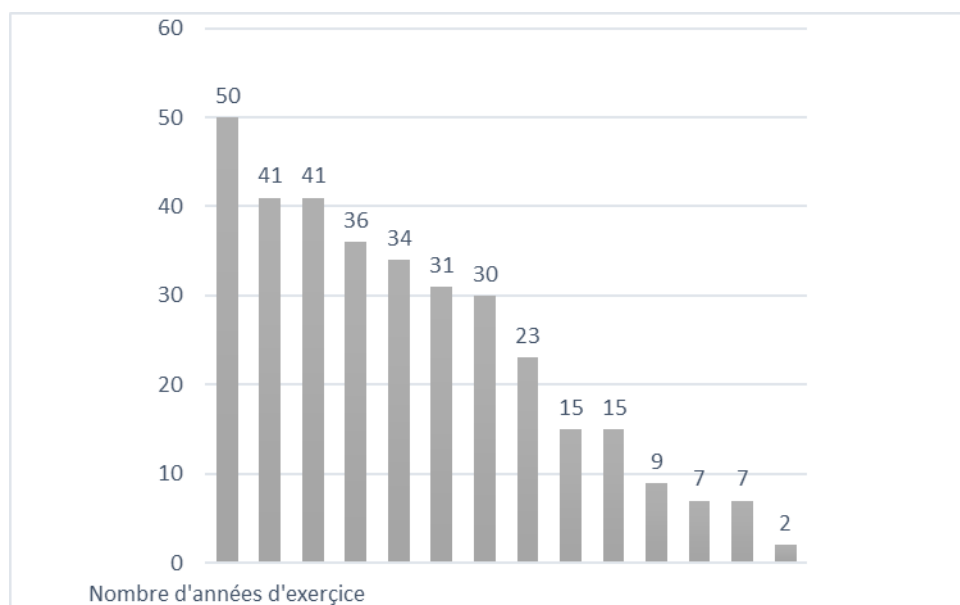
A la fin de la présentation, les réponses aux pré-tests ont été exposées à l'assemblée (annexe 4).

Plusieurs temps d'échange, au cours et en clôture de soirée, ont permis de répondre aux questions des participants.

## Résultats

Parmi les 15 médecins généralistes recrutés, composé de 9 hommes et 6 femmes, 14 MG ont participé à la soirée.

Le nombre moyen d'années d'exercice en médecine générale était de 24.36 années.



**Figure 1** : Histogramme du nombre d'années d'exercice en médecine générale

L'ensemble des MG avaient retourné leurs pré-tests en amont de la soirée. Sur les quinze pré-tests recueillis, trois étaient incomplets. Pour un des médecins, il s'agissait des 6 premières questions, et du nombre d'années d'exercice en médecine générale. Le 2<sup>ème</sup> questionnaire incomplet concernait la question 15 sur la stimulation médullaire, enfin le 3<sup>ème</sup> questionnaire incomplet portait sur la dernière question du pré-test cas-clinique.

## **I. Epidémiologie**

La plupart des caractéristiques épidémiologiques des DN étaient maîtrisées par les MG participants (14 médecins sur 15 soit 93.33 % de bonnes réponses à la question portant sur la localisation la plus fréquente des DN chroniques, sur l'ensemble des pré-tests).

Une très grande majorité (n=13/15 soit 86.67 %) avaient conscience qu'il s'agissait d'une pathologie fréquente, mais environ la moitié se trompait sur le sex-ratio (6/15 soit 40 %) et pensaient que celle-ci touchait plus les hommes que les femmes.

Concernant la comorbidité anxiodépressive, une petite majorité (n=9/15 soit 60 %) avaient conscience de son association fréquente aux DN chroniques.

## **II. Diagnostic et séméiologie**

Douze des 15 MG soit 80% connaissaient la définition des DN et leurs caractéristiques étaient parfaitement maîtrisées (100% de bonnes réponses à la question portant sur les sensations de brûlures, d'engourdissement et de décharges électriques).

Quatorze des 15 MG soit 93.33% avaient la notion d'un possible intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition des DN.

La différence entre allodynie et hyperalgésie n'était pas bien connue des MG. En effet, 14/15 des MG soit 93.33% connaissaient la définition de l'allodynie, à savoir, une perception douloureuse pour des stimuli non douloureux mais 7 (46,67%) d'entre eux attribuaient cette même définition à l'hyperalgésie. Les deux termes séméiologiques étaient repris dans la présentation.

L'outil d'évaluation de la DN, à savoir le questionnaire DN4, outil de dépistage, était considéré comme outil validé diagnostique par 12/15 MG (80%).

### III. Prise en charge et nouvelles recommandations

Dans les traitements de 1<sup>ère</sup> ligne possibles, 14/15 MG (93,33%) avaient conscience qu'on y retrouvait la gabapentine, les tricycliques et certains IRS. Ce résultat était confirmé pour la gabapentine dans le pré-test cas clinique, où 14/15 MG l'ont sélectionné dans les traitements de 1<sup>ère</sup> intention ; mais aussi pour la duloxétine coché pour 10/15 MG (66,67%).

De façon paradoxale par rapport au déclaratif les tricycliques ont été choisis par 6/15 MG (40%) dans les traitements de 1<sup>ère</sup> ligne possibles dans le pré-test cas clinique.

Les nouvelles recommandations de la SFETD précisent que la venlafaxine (antidépresseur de la classe des IRSNA) reste recommandée en 1<sup>ère</sup> intention. Dans le pré-test cas clinique, 4/15 MG (26,67%) l'ont coché comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne, et 3/15 MG (20%) en traitement de 2<sup>ème</sup> ligne.

L'association de traitements en seconde intention était maîtrisée par 13/15 MG (86.67%). Le tramadol, également en 2<sup>ème</sup> ligne, était retenu par 6/15 MG (40%).

En France, la prégabaline est désormais recommandée en seconde intention. Ce changement était connu par uniquement 4/15 MG (26.67%).

La stimulation médullaire comme traitement possible de 3<sup>ème</sup> ligne des DN était connue par 12/15 MG (80%). Cependant, 9/15 (60%) la considérait comme un traitement à ne faire qu'en dernière extrémité.

Les patchs de capsaïcine à 8% parmi les traitements à proposer devant des DN périphériques focales étaient sélectionnés par 14/15 MG (93,33%).

Ils font partis des traitements de 2<sup>ème</sup> ligne des nouvelles recommandations pour ce type de DN, au même titre que la toxine botulique. Dans le pré-test cas clinique, cette proposition thérapeutique avait été retenue par 2/15 MG (13,33%).

Pour finir, 11/15 MG (73.33%) connaissaient l'intérêt des emplâtres de lidocaïne pour les DN, mais seuls 5/15 MG (33,33%) l'avaient retenu dans le pré-test cas clinique.

#### **IV. Résultats secondaires**

Lors de la diffusion des pré-tests, 3 chirurgiens, un anesthésiste et une pharmacienne biologiste ont été recrutés et ont participé à la soirée de présentation. Sur les 5 questionnaires, un pré-test cas clinique n'avait pas été rempli.

Sur cet échantillon, les réponses étaient similaires à celles des MG, concernant l'épidémiologie, le diagnostic et la sémiologie. Il est à noter que l'un des chirurgiens et la pharmacienne ne se sont pas prononcés sur la définition de l'allodynie. La localisation la plus fréquente des DN chroniques était moins connue par rapport aux MG (2/5 considéraient les membres supérieurs comme la localisation la plus fréquente).

Sur le plan thérapeutique, la stimulation médullaire était aussi considérée comme un traitement de dernière extrémité pour trois d'entre eux.

Par rapport aux nouvelles recommandations, un seul avait retenu la venlafaxine parmi les traitements médicamenteux possibles de 1<sup>ère</sup> ligne. Il en était de même pour les emplâtres de lidocaïne.

Par contre, les résultats différaient concernant les patches de capsaïcine par rapport aux MG puisqu'aucun des cinq n'avaient sélectionné ces derniers dans le pré-test cas clinique.



# Discussion

Le but de notre étude était d'évaluer l'évolution des pratiques des MG dans la prise en charge des DN selon la diffusion des nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique.

En raison du contexte sanitaire, une adaptation de la méthodologie a été nécessaire. La diffusion des nouvelles recommandations au cours d'une soirée de formation a permis de rendre ce travail original, avec un taux de participation proche de 100%. Seul un MG convié n'a pu venir à cette soirée.

Les différents participants ont apprécié la convivialité de cette soirée en présentielle. Ce format a favorisé un certain nombre de questions des médecins autour de ces récentes recommandations pour leur pratique quotidienne. Les MG, grâce à l'ensemble des questionnaires retournés, nous ont permis de mettre en exergue leurs points forts et leurs points faibles concernant la prise en charge des DN. Ainsi, la présentation a pu être adaptée en amont de la soirée.

Par ailleurs, le recrutement annexe de spécialités autres que la médecine générale a été l'occasion d'un échange interdisciplinaire dans ce domaine. Leur participation à cette soirée de formation peut s'expliquer par l'intérêt croissant des chirurgiens pour la stimulation médullaire, celle-ci ayant été intégrée dans les nouvelles recommandations ; mais aussi de l'intérêt croissant des anesthésistes à la technique des cathéters péri-nerveux, puisqu'ils font aussi partie de l'arsenal thérapeutique des DN.

Notre étude présente cependant des limites.

Les MG recrutés étaient des médecins très impliqués dans la FMC, qui pour la majorité d'entre eux, avaient participé quelques mois plus tôt à un DPC portant sur les DN. Ainsi, leur niveau d'expertise dans ce domaine est sans doute plus élevé que des MG n'ayant pas participé à ce type de DPC. De plus, l'échantillonnage de notre étude reste faible, avec un objectif de 30 médecins à recruter qui n'a pu être atteint.

Du fait de cet autre biais de sélection, il est difficile d'élargir nos résultats à l'ensemble des MG du secteur béthunois. Ceux-ci sont déjà au nombre de 27 en intra-muros.

Certains MG ont également rencontré des difficultés au moment de scanner l'intégralité des pré-tests, ce qui a induit un biais de classement dans le recueil des données, avec pour rappel, 3 questionnaires incomplets.

Lors de la diffusion des pré-tests, 50% des médecins ont reçu la version non corrigée du pré-test cas clinique, portant sur la question 3, ce qui a pu induire un autre biais de classement. En effet, 33.33% des MG avaient sélectionné le cathéter péri-nerveux, et aucun des médecins de spécialité différente ne l'avaient retenu. Or, dans la version initiale, cette question était formulée ainsi « *quels sont les traitements médicamenteux possibles de 3<sup>ème</sup> ligne..... ?* », les médecins ont pu considérer le cathéter péri-nerveux comme un traitement invasif, et de ce fait non médicamenteux.

Ces nouvelles recommandations dans l'ensemble ont bien été reçues par les MG, certaines déjà appliquées. Cependant, la réalité du terrain a rapidement été évoquée.

En effet, les emplâtres de lidocaïne ont encore à ce jour une AMM limitée en France aux DN post zostériennes. Cela peut donc expliquer le résultat du pré-test cas clinique de 33.33%. Cette AMM était d'ailleurs décrite par les MG comme un potentiel frein à l'application des nouvelles recommandations dans leur pratique quotidienne.

Au niveau international, en 2017, après un examen de la littérature de 2010 à décembre 2016, un groupe d'experts multidisciplinaires (cinq spécialistes de la douleur) considéraient que les emplâtres de lidocaïne à 5% et les patches de capsaïcines à 8% pouvaient être un traitement de première intention pour les DN focales (8).

Au Québec, un algorithme de prise en charge des DN a placé la lidocaïne sous forme topique dans les traitements de 1<sup>er</sup> niveau (9). Un essai ouvert de 2004, publié, constitué d'un échantillon de 56 volontaires recrutés sur 3 sites participants (un dans l'Etat de New-York, un en Alabama et un en Floride) a montré une nette amélioration de la douleur et de la qualité de vie, avec une bonne tolérance du traitement dans la polyneuropathie diabétique douloureuse (10). Cet essai a aussi montré une réduction possible et progressive du traitement analgésique concomitant.

En parcourant la littérature, il s'avère qu'il existe peu d'essais randomisés contrôlés pour ce traitement topique (8). Ceci pourrait expliquer l'AMM française actuelle « restrictive » sur la lidocaïne. Cependant, en regard des différentes publications positives dans les DN focales, dont une étude croisée prospective, randomisée, contrôlée par placebo et bidirectionnelles de 2003 (11) avec un NNT à 4.4, une extension de l'AMM française aux autres étiologies des DN périphériques focales pourrait s'envisager à moyen, voir à court terme.

En 2015, en France, une première étude rétrospective a évalué le rapport bénéfice/coût de ce traitement dans la prise en charge de la DN focale (12), ce dernier était favorable. Une efficacité avait aussi été démontrée dans la prise en charge de ce type de douleur, d'intensité sévère pour un faible surcoût. Une étude de 2013 à l'échelle européenne a retrouvé des résultats similaires, mais elle se différenciait de l'étude française par le fait qu'elle concernait uniquement la DN post herpétique (13).

Pour rappel, 26.67% des MG étaient au fait de la nouvelle recommandation concernant la prégabaline, l'une des raisons de ce changement, à savoir le risque accru d'abus et de mésusage semblaient connues. Certains médecins la prescrivait déjà sur une ordonnance sécurisée. En effet, depuis le 24 mai 2021, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 12 février 2021(14), la prescription et la délivrance des spécialités à base de prégabaline sont soumises en partie à la réglementation des stupéfiants. Cet arrêté précise également que la durée de prescription est limitée à 6 mois de traitement, sa poursuite nécessitant une nouvelle prescription.

Une étude récente de 2020 a identifié 118 cas d'abus ou de dépendance à la prégabaline, dont 21 cas isolés(15). Cette étude suggérait le sexe masculin, les antécédents psychiatriques, et d'addiction (notamment de toxicomanie aux opiacés), comme des facteurs de risque possibles d'abus ou de dépendance à la prégabaline. Cependant, ce risque accru est décrit pour tous les gabapentinoïdes, mais plus particulièrement pour la prégabaline, avec un mésusage supérieur en comparaison à celui lié à la gabapentine (16). Par ailleurs, des publications récentes montrent que le mésusage de gabapentinoïdes associés à des opioïdes forts, même à dose non toxique peut entraîner un risque de surmortalité(16).

Ces données récentes nous incitent à rester vigilant sur ce risque accru d'abus et de mésusage vis-à-vis des gabapentinoïdes, à l'initiation et au cours du suivi, y compris pour la gabapentine. D'ailleurs, l'ANSM recommande dans son communiqué du 24 février 2021, en raison des restrictions applicables à la prégabaline, de surveiller un report vers la gabapentine chez tous patient à risque de mésusage et de signaler ces situations, le cas échéant au CEIP-A de référence (17).

Une remise en ligne des pré-tests à distance de la pandémie, courant printemps par exemple, dans le cadre de la FMC, avec l'accord du Dr MENEZ, permettrait d'évaluer l'évolution des pratiques des MG recrutés et ainsi de juger de l'impact de ce type de soirée de formation sur le moyen à long terme.

D'autre part, les nouvelles recommandations de la SFETD et les modalités de prescription pourraient encore être amenées à évoluer d'ici quelques années en fonction de l'évolution des données de la littérature.

# Conclusion

Notre étude a permis de montrer que les pratiques des MG dans la prise en charge des DN, à la lumière des nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique, étaient plutôt cohérentes avec celles-ci.

Des traitements de 1<sup>ère</sup> ligne tels que la gabapentine ou la duloxétine font partie des traitements qu'ils proposent en 1<sup>ère</sup> intention. Notre soirée de formation a permis de mettre en avant des freins potentiels à l'application de certaines de ces recommandations, et toutes ne sont pas encore intégrées au quotidien notamment la rétrogradation de la prégabaline dans l'algorithme thérapeutique.

Des soirées dans le cadre de la FMC pourraient être un outil permettant d'améliorer l'accès à ces nouvelles recommandations, elles seraient aussi l'occasion de sensibiliser les médecins au risque accru d'abus et de mésusage lié aux gabapentinoïdes.

## Bibliographie

1. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, douleur pour la S française d'étude et traitement de la. 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. /data/revues/16245687/v11i1/S1624568709003503/ [Internet]. 4 mars 2010 [cité 23 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/245051>
2. Douleur [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
3. Van Belleghem V, Bouhassira D. Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques sévères : résultats de l'« Enquête patients, soins et intervenants de la douleur neuropathique » (Epsidone). Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 1 déc 2009;10(6):283-91.
4. Poucher M, Cherrier C, Poucher A-C, Patrizio PD. Évolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Sante Publique. 27 oct 2016;Vol. 28(4):505-16.
5. 201909-les-douleurs-neuropathiques.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/19310/201909-les-douleurs-neuropathiques.pdf>
6. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur analg. 1 juin 2020;33(2):101-12.
7. Masson E. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1359173/pharmacological-and-non-pharmacological-treatments>
8. Pickering G, Martin E, Tiberghien F, Delorme C, Mick G. Localized neuropathic pain: an expert consensus on local treatments. Drug Des Devel Ther. 2017;11:2709-18.
9. Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001058/#:~:text=Le%20pr%C3%A9sent%20algorithme%20de%20prise,sant%C3%A9%20et%20des%20services%20sociaux.>
10. Barbano RL, Herrmann DN, Hart-Gouveau S, Pennella-Vaughan J, Lodewick PA, Dworkin RH. Effectiveness, Tolerability, and Impact on Quality of Life of the 5% Lidocaine Patch in Diabetic Polyneuropathy. Archives of Neurology. 1 juin 2004;61(6):914-8.
11. Meier T, Wasner G, Faust M, Kuntzer T, Ochsner F, Hueppe M, et al. Efficacy of lidocaine patch 5% in the treatment of focal peripheral neuropathic pain syndromes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Pain. 1 nov 2003;106(1):151-8.

12. Labreze L, Lortal B. Première évaluation en France du rapport efficacité–coût de la compresse de lidocaïne 5 % dans le traitement de la douleur neuropathique localisée. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 oct 2015;16(5):246-52.
13. Liedgens H, Obradovic M, Nuijten M. Health economic evidence of 5% lidocaine medicated plaster in post-herpetic neuralgia. *Clinicoecon Outcomes Res*. 25 nov 2013;5:597-609.
14. Arrêté du 12 février 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de prégabaline et fixant leur durée de prescription.
15. Roche S, Blaise M. Prégabaline et risque d'addiction : une nouvelle demande de soin ? *L'Encéphale*. 1 oct 2020;46(5):372-81.
16. Lapeyre-Mestre M, Ponte C, Addictovigilance RF. Données récentes d'addictovigilance sur la prégabaline en France. *Toxicologie Analytique et Clinique*. 1 déc 2020;32(4, Supplement):S33.
17. Actualité - Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage - ANSM [Internet]. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/pegabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>



# Annexes

## Annexe 1 : Pré test douleurs neuropathique en médecine omnipraticienne

### A. Vous êtes ?

Homme

Femme

### B. Depuis combien d'années exercez-vous en médecine générale ?

..... ans

## Questionnaire

### 1. Les douleurs neuropathiques sont une pathologie rare

1. Vrai

2. Faux

### 2. Les douleurs neuropathiques sont souvent associées à un syndrome anxieux ou anxio-dépressif

1. Vrai

2. Faux

### 3. Les douleurs neuropathiques sont toujours bien identifiées en médecine omnipraticienne

1. Vrai

2. Faux

### 4. Les douleurs neuropathiques touchent plus les femmes que les hommes

1. Vrai

2. Faux

**5. La localisation la plus fréquente des douleurs neuropathiques concerne les membres supérieurs**

1. Vrai
2. Faux

**6. La cause des douleurs neuropathiques (DN) est une lésion du système nerveux central ou périphérique**

1. Vrai
2. Faux

**7. Les DN sont décrites comme des sensations de brûlures, d'engourdissement, de décharges électriques...**

1. Vrai
2. Faux

**8. Les DN apparaissent immédiatement après la lésion du système nerveux**

1. Vrai
2. Faux

**9. L'allodynie est définie par la perception douloureuse pour des stimuli non douloureux**

1. Vrai
2. Faux

**10. L'hyperalgésie est définie par la perception douloureuse pour des stimuli non douloureux**

1. Vrai
2. Faux

**11. Les DN peuvent s'accompagner de douleurs spontanées et provoquées**

1. Vrai
2. Faux

**12. Le questionnaire DN4 est un outil validé d'aide au diagnostic des DN**

1. Vrai
2. Faux

**13. Les traitements de 1<sup>ère</sup> ligne des DN peuvent être les gabapentinoïdes, les tricycliques ou certains IRS**

1. Vrai
2. Faux

**14. Les patchs de lidocaïne ont un intérêt pour les douleurs nociceptives mais pas pour les DN**

1. Vrai
2. Faux

**15. La neurostimulation médullaire ne se fait qu'en dernière extrémité en cas de DN de type radiculalgies chroniques**

1. Vrai
2. Faux

## **Annexe 2 : Questionnaire d'audit**

### **Ce questionnaire concerne des cas des patients qui consultent pour des douleurs neuropathiques**

#### **Pré-requis**

1. Connaissez-vous l'histoire médicale de ce patient et tout particulièrement la prise en charge de ses douleurs neuropathiques ?  
Oui  
Non
2. Avez-vous pu faire préciser si les douleurs neuropathiques survenaient dans le cadre d'une maladie classique ou dans le cadre d'un accident de travail, voire d'une maladie professionnelle ?  
Oui  
Non

#### **Interrogatoire concernant la douleur :**

3. A l'interrogatoire, avez-vous obtenu une liste précise des traitements antalgiques utilisés et leur efficacité ?  
Oui  
Non
4. A l'interrogatoire, avez-vous obtenu une sémiologie précise des manifestations douloureuses ?  
Oui  
Non

5. A l'interrogatoire, avez-vous obtenu une évaluation précise de la douleur de fond ?  
Oui  
Non
6. A l'interrogatoire, avez-vous pu confirmer ou infirmer l'existence de fluctuations de l'intensité de la douleur de fond ?  
Oui  
Non
7. A l'interrogatoire, avez-vous pu confirmer ou infirmer l'existence de paroxysmes douloureux de type névralgique (décharges électriques) ?  
Oui  
Non
8. A l'interrogatoire, avez-vous pu évaluer les caractéristiques physiopathologiques des douleurs (neuropathiques pures, mixtes) ?  
Oui  
Non

### **Examen clinique**

9. L'examen clinique vous a-t-il permis de noter une hypoesthésie ou une anesthésie dans le dermatome douloureux ?  
Oui  
Non
10. L'examen clinique vous a-t-il permis d'évaluer l'intensité des différents types de douleurs décrits par le patient ?  
Oui  
Non

11. L'examen clinique vous a-t-il permis d'évaluer la présence de caractéristiques neuropathiques ?

Oui

Non

### **Traitements :**

12. Avez-vous adapté le traitement de la douleur nociceptive si elle est associée aux douleurs neuropathiques ?

Oui

Non

13. Avez-vous adapté le traitement pour prendre en charge les caractéristiques neuropathiques de la douleur ?

Oui

Non

14. Avez-vous pensé à anticiper les effets indésirables de traitement antalgiques ?

Oui

Non

### **Suivi et avis spécialisé :**

15. Avez-vous pensé à demander un avis spécialisé en centre d'évaluation et de Traitement de la Douleur ?

Oui

Non

### **Education Thérapeutique :**

16. Avez-vous demandé au patient quelles sont ces attentes en matière de prise en charge de sa douleur ?

Oui

Non

### **Retentissement de la douleur :**

17. Avez-vous réussi à faire préciser l'impact de la douleur sur l'activité professionnelle (absentéisme, arrêt de travail.....) ?

Oui

Non

18. Avez-vous pensé à explorer l'impact de la douleur sur la dynamique du couple ?

Oui

Non

19. Au total, votre interrogatoire vous a-t-il permis d'évaluer l'impact des douleurs neuropathiques sur la qualité de vie du patient ?

Oui

Non

### **Tenue du dossier patient :**

20. Tous les éléments cliniques et complémentaires sont-ils consignés dans le dossier patient ?

Oui

Non

## **Annexe 3 : Les Douleurs Neuropathiques Pré-test**

# **LES DOULEURS NEUROPATHIQUES**

**Dr Lucas Christian  
Clinique Neurologique  
CHU de Lille**

### **Objectifs pédagogiques**

- Connaître les principales données épidémiologiques des douleurs neuropathiques
- Connaître la physiopathologie des douleurs neuropathiques
- Poser le diagnostic de douleurs neuropathiques
- Connaître les principales causes de douleurs neuropathiques
- Connaître la stratégie du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques selon les nouvelles recommandations de la SFETD
- Connaître les traitements non médicamenteux des douleurs neuropathiques
- Connaître les traitements uniquement administrables en centres d'évaluation et de traitement de la douleur
- Connaître les spécificités psychiques des douleurs neuropathiques

**Merci d'envoyer votre questionnaire complété en scannant les 3 pages suivantes du document au Dr Lucas :**

**[christian.lucas@chru-lille.fr](mailto:christian.lucas@chru-lille.fr)**



## **Pré-tests douleurs neuropathiques en médecine omnipraticienne**

**A.** Vous êtes ?

Homme

Femme

**B.** Depuis combien d'années exercez-vous en MG ? .... ans

### **Questionnaire**

**1. Les douleurs neuropathiques sont une pathologie rare**

3. Vrai

4. Faux

**2. Les douleurs neuropathiques sont souvent associées à un syndrome anxieux ou anxio-dépressif**

3. Vrai

4. Faux

**3. Les douleurs neuropathiques sont toujours bien identifiées en médecine omnipraticienne**

3. Vrai

4. Faux

**4. Les douleurs neuropathiques touchent plus les femmes que les hommes**

3. Vrai

4. Faux

**5. La localisation la plus fréquente des douleurs neuropathiques concerne les membres supérieurs**

3. Vrai

4. Faux

**6. La cause des douleurs neuropathiques (DN) est une lésion du système nerveux central ou périphérique**

3. Vrai

4. Faux

**7. Les DN sont décrites comme des sensations de brûlures, d'engourdissement, de décharges électriques...**

3. Vrai

4. Faux

**8. Les DN apparaissent immédiatement après la lésion du système nerveux**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**9. L'allodynie est définie par la perception douloureuse pour des stimuli non douloureux**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**10. L'hyperalgésie est définie par la perception douloureuse pour des stimuli non douloureux**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**11. Les DN peuvent s'accompagner de douleurs spontanées et provoquées**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**12. Le questionnaire DN4 est un outil validé diagnostique des DN**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**13. Les traitements de 1<sup>ère</sup> ligne des DN peuvent être la gabapentine, les tricycliques ou certains IRS**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**14. Les patches de lidocaïne ont un intérêt pour les douleurs nociceptives mais pas pour les DN**

- 3. Vrai
- 4. Faux

**15. La neurostimulation médullaire ne se fait qu'en dernière extrémité en cas de DN de type radiculalgies chroniques**

- 3. Vrai
- 4. Faux

## PRE-TEST Cas-Clinique

Mr JB, 55 ans, diabétique de type 2 depuis 7 ans, présente depuis quelques mois des douleurs neuropathiques typiques de neuropathie diabétique à type de paresthésies douloureuses des pieds et des mollets (« en chaussette ») qui sont invalidantes et qui peuvent être insomniantes.

1. Quels sont les traitements médicamenteux possibles de **1<sup>ère</sup> ligne** de ces douleurs neuropathiques ? Cochez les différentes possibilités exactes
  - A. Duloxétine
  - B. Venlafaxine
  - C. Gabapentine
  - D. Prégabaline
  - E. Tricycliques
  
2. Quels sont les traitements médicamenteux possibles de **2<sup>ème</sup> ligne** de ces douleurs neuropathiques ? Cochez les différentes possibilités exactes
  - A. Tramadol
  - B. Venlafaxine
  - C. Gabapentine
  - D. Prégabaline
  - E. Association de traitements (antidépresseurs + gabapentinoïdes)
  
3. Quels sont les traitements possibles de **3<sup>ème</sup> ligne** de ces douleurs neuropathiques ? Cochez les différentes possibilités exactes
  - A. Perfusions en milieu spécialisé de tricyclique
  - B. Perfusions en milieu spécialisé de lidocaïne
  - C. Perfusions en milieu spécialisé de kétamine
  - D. Stimulation médullaire implantable
  - E. Cathéter péri-nerveux

Finalement le patient est bien soulagé pour les douleurs neuropathiques des mollets par votre traitement per os mais garde de très importantes douleurs de la plante des pieds et des orteils. Que peut-on lui proposer ? Cochez les différentes possibilités exactes.

- A. Emplâtre de lidocaïne sur les pieds 12h/j
- B. Patches de capsaïcine à 8% en milieu spécialisé tous les 3 à 4 mois
- C. Toxine botulique de type B en injection SC localement
- D. Stimulation magnétique du cortex moteur à titre antalgique

## Annexe 4 : Réponses aux pré-tests

- 1. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES SONT UNE PATHOLOGIE RARE FAUX
  - 2. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES SONT SOUVENT ASSOCIÉES À UN SYNDROME ANXIEUX OU ANXIO-DÉPRESSIF VRAI
  - 3. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES SONT TOUJOURS BIEN IDENTIFIÉES EN MÉDECINE OMNIPRATICIENNE FAUX
  - 4. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES TOUCHENT PLUS LES FEMMES QUE LES HOMMES VRAI
  - 5. LA LOCALISATION LA PLUS FRÉQUENTE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES CONCERNE LES MEMBRES SUPÉRIEURS FAUX
  - 6. LA CAUSE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) EST UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL OU PÉRIPHÉRIQUE VRAI
  - 7. LES DN SONT DÉCRITES COMME DES SENSATIONS DE BRÛLURES, D'ENGOURDISSEMENT, DE DÉCHARGES ÉLECTRIQUES... VRAI
  - 8. LES DN APPARAISSENT IMMÉDIATEMENT APRÈS LA LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX FAUX
  - 9. L'ALLODYNIE EST DÉFINIE PAR LA PERCEPTION DOULOUREUSE POUR DES STIMULI NON DOULOUREUX VRAI
  - 10. L'HYPERALGÉSIE EST DÉFINIE PAR LA PERCEPTION DOULOUREUSE POUR DES STIMULI NON DOULOUREUX FAUX
  - 11. LES DN PEUVENT S'ACCOMPAGNER DE DOULEURS SPONTANÉES ET PROVOQUÉES VRAI
  - 12. LE QUESTIONNAIRE DN4 EST UN OUTIL VALIDÉ DIAGNOSTIQUE DES DN FAUX
  - 13. LES TRAITEMENTS DE 1<sup>ÈRE</sup> LIGNE DES DN PEUVENT ÊTRE LA GABAPENTINE, LES TRICYCLIQUES OU CERTAINS IRS VRAI
  - 14. LES PATCHS DE LIDOCAÏNE ONT UN INTÉRÊT POUR LES DOULEURS NOCICEPTIVES MAIS PAS POUR LES DN FAUX
  - 15. LA STIMULATION MÉDULLAIRE NE SE FAIT QU'EN DERNIÈRE EXTRÉMITÉ EN CAS DE DN DE TYPE RADICULALGIES CHRONIQUES FAUX
-

**MR JB, 55 ANS, DIABÉTIQUE DE TYPE 2 DEPUIS 7 ANS, PRÉSENTE DEPUIS QUELQUES MOIS DES DOULEURS NEUROPATHIQUES TYPIQUES DE NEUROPATHIE DIABÉTIQUE À TYPE DE PARESTHÉSIES DOULOUREUSES DES PIEDS ET DES MOLLETS (« EN CHAUSSETTE ») QUI SONT INVALIDANTES ET QUI PEUVENT ÊTRE INSOMNIANTES.**

QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX POSSIBLES DE 1<sup>ÈRE</sup> LIGNE DE CES DOULEURS NEUROPATHIQUES ? COCHEZ LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS EXACTES

- A. DULOXÉTINE
- B. VENLAFAXINE
- C. GABAPENTINE
- D. PRÉGABALINE
- E. TRICYCLIQUES

RÉPONSES : ABCE

**QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX POSSIBLES DE 2<sup>ÈME</sup> LIGNE DE CES DOULEURS NEUROPATHIQUES ? COCHEZ LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS EXACTES**

- A. TRAMADOL
- B. VENLAFAXINE
- C. GABAPENTINE
- D. PRÉGABALINE
- E. ASSOCIATION DE TRAITEMENTS (ANTIDÉPRESSEURS + GABAPENTINOÏDES)

RÉPONSES : ADE

**QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES DE 3<sup>ÈME</sup> LIGNE DE CES DOULEURS NEUROPATHIQUES ? COCHEZ LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS EXACTES**

- A. PERFUSIONS EN MILIEU SPÉCIALISÉ DE TRICYCLIQUE
- B. PERFUSIONS EN MILIEU SPÉCIALISÉ DE LIDOCAÏNE
- C. PERFUSIONS EN MILIEU SPÉCIALISÉ DE KÉTAMINE
- D. STIMULATION MÉDULLAIRE IMPLANTABLE
- E. CATHETHER PÉRI-NERVEUX

RÉPONSES : ABCDE

FINALEMENT LE PATIENT EST BIEN SOULAGÉ POUR LES DOULEURS NEUROPATHIQUES DES MOLLETS PAR VOTRE TRAITEMENT PER OS MAIS GARDE DE TRÈS IMPORTANTES DOULEURS DE LA PLANTE DES PIEDS ET DES ORTEILS. QUE PEUT-ON LUI PROPOSER ? COCHEZ LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS EXACTES.

- A. EMLÂTRE DE LIDOCAÏNE SUR LES PIEDS 12H/J
- B. PATCHS DE CAPSAÏCINE À 8% EN MILIEU SPÉCIALISÉ TOUS LES 3 À 4 MOIS
- C. TOXINE BOTULIQUE DE TYPE B EN INJECTION SC LOCALEMENT
- D. STIMULATION MAGNÉTIQUE DU CORTEX MOTEUR À TITRE ANTALGIQUE

RÉPONSES : ABC

**AUTEUR : Nom : CABARRUS**

**Prénom : Julie**

**Date de soutenance : 12 Janvier 2022**

**Titre de la thèse : Enquête sur l'évolution des pratiques dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en médecine omnipraticienne.**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : enquête, douleurs neuropathiques, pré-tests, omnipraticienne, soirée de formation**

**Résumé :**

**Contexte :** Les douleurs neuropathiques sont une pathologie fréquente qui affecte 7% de la population française adulte. Elles peuvent mettre en difficulté les médecins généralistes, souvent en première ligne dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces douleurs. L'une des difficultés soulevées est l'accès aux recommandations, réactualisées en février 2019 par la SFETD. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'évolution des pratiques des médecins généralistes selon la diffusion des nouvelles recommandations de la SFETD pour la pratique clinique et d'en améliorer l'accès.

**Matériel et méthodes :** Les MG recrutés sur la base du volontariat, au nombre de quinze, travaillaient dans le secteur de Béthune, en cabinet. Une enquête des pratiques en médecine générale avec un pré-test et un questionnaire d'audit devaient être mis en ligne en amont d'une soirée de formation, suivi d'une remise en ligne des mêmes tests un mois après la formation. En raison du contexte sanitaire, la méthodologie a dû être adaptée au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, il n'a finalement pas été retenu de post-tests

**Résultats :** Ces nouvelles recommandations dans l'ensemble ont bien été reçues par les médecins généralistes recrutés, et certaines étaient déjà intégrées dans leur pratique quotidienne. Les traitements de première ligne tel que la gabapentine et la duloxétine faisaient partie des traitements qu'ils proposaient en première intention. D'autres changements dans les recommandations par rapport à celle de 2010, notamment le passage de la prégabaline en traitement de deuxième ligne était connu par 26.67% des MG recrutés.

**Conclusion :** Dans l'ensemble, les pratiques des MG étaient plutôt cohérentes avec les nouvelles recommandations. La soirée de formation a permis de mettre en avant des freins potentiels à l'application de certaines d'entre elles. Des soirées dans le cadre de la FMC pourraient être un outil permettant d'améliorer l'accès à ces nouvelles recommandations.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Gilles LEBUFFE**

**Assesseurs : Pr A. DELVAL, Dr J. BARAN, Dr J.M BLONDEL et Dr C. LUCAS**

**Directeur de thèse : Dr C. LUCAS**

