

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Guide d'aide à la prescription d'un traitement de fond des douleurs neuropathiques

**Optimisation pour la pratique en Médecine
Générale par une approche qualitative**

AUQUIER Léa

Né le 04 Août 1994 à Cambrai (59)

Sous la direction de M. DELORME Thierry
Sous la codirection de M. PEUROIS Matthieu

Membres du jury

Monsieur le Professeur VERNY Christophe	Président
Monsieur le Docteur DELORME Thierry	Directeur
Monsieur le Docteur PEUROIS Matthieu	Codirecteur
Monsieur le Professeur CAILLEZ Éric	Membre
Monsieur le Docteur CASSEREAU Julien	Membre

Soutenue publiquement le :
07 octobre 2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Léa AUQUIER déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **04/08/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine

PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur VERNY Christophe,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.

A Monsieur le Docteur DELORME Thierry,
Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci de m'avoir fait confiance et permis de poursuivre ce projet commencé ensemble pour le DU Douleur. Tu m'as confortée dans l'intérêt que je porte à la prise en charge de la Douleur. Il m'a fallu de la persévérance pour ouvrir mon poste d'interne au CETD, mais cela valait tellement le coup ! Merci pour ta bonne humeur et ta bienveillance.

A Monsieur le Docteur PEUROIS Matthieu,
Merci d'avoir accepté de codiriger ma thèse, m'éclairant sur la méthodologie qualitative.

A Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur CASSEREAU Julien,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Aux médecins généralistes ayant participé à ce travail de thèse, merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour l'intérêt que vous portez à mon projet. Sans vous, ce travail n'aurait pas vu le jour.

A Sandrine, Aline et Julie, merci de m'avoir formée et valorisée en stage Prat. Votre plaisir à exercer était communicatif, vous m'avez donné envie d'exercer la Médecine Générale.

A Charles, Véronique et Isabelle, qui me valorisent et m'autonomisent chaque jour passer en stage SASPAS avec eux. Merci pour la confiance que vous m'accordez, et pour tout ce que vous m'apprenez.

A l'équipe du CETD, pour votre accueil chaleureux et pour m'avoir convaincue du plaisir de travailler en équipe. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble derrière la vitre de rTMS. Prenez soin de Georgina !

Au Docteur WATTIER Jean-Michel, algologue au CHU de Lille, qui ne le sait probablement pas, mais qui a révélé à une jeune externe en 3^{ème} année de médecine le plaisir de la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

A tous les médecins qui m'ont formé et qui continueront de le faire, merci.

A l'ensemble des infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, qui m'ont appris à communiquer avec les patients et les accompagner avec bienveillance. A votre soutien lors des moments de doutes ou d'inquiétudes.

Aux patients, les premières personnes pour lesquelles j'ai choisi les études de Médecine et qui me le rendent si bien !

REMERCIEMENTS

A Achille, avec qui je partage ma vie depuis dix ans. Merci pour ces étapes passées ensemble, en particulier ces neuf années de Médecine. Aucun concours, aucun partiel ne nous aura séparé. Nous avons appris à devenir médecins ensemble, avec notre propre identité. Nous avons la chance d'être épanouis dans nos spécialités respectives. Mais surtout, merci pour ton amour sincère et ton soutien indéfectible. Tu es mon complice d'aventures, toujours prêt à découvrir de nouveaux horizons et de nouvelles saveurs !

A Maman, qui m'a appris à profiter de tous les plaisirs de la vie, à oser et ne rien lâcher ! Qui a grandement inspiré et guidé la femme que je suis devenue. Merci pour ton soutien dans les épreuves de ces études. Et merci pour ta spontanéité qui m'a décroché tellement d'éclats de rire.

A Bruno, qui a toujours fait preuve de patience et de disponibilité quand j'en avais besoin durant mes études.

A Papa, ce modèle inspirant de savoir, humble et altruiste. Merci pour toutes tes attentions, et ta démesure à la hauteur de ton amour. Merci pour m'avoir accompagnée à chaque étape de ma vie et de mon cursus. Promis Papa, je vais essayer d'arrêter de dire « ça me stresse ».

A Delphine, qui m'a préparé du Mojito à la seringue. Merci pour ton aide dans les révisions. Courage tu remplies pour 8 ans d'accompagnement d'une carabine.

A mes grands-parents, qui ont tous à leur manière veillé sur moi.

Merci Mémé, pour toutes les révisions cocoon que j'ai passé chez toi. Merci pour tous les « petits paniers » que tu m'apportais. Tu as fait appel à tes talents de « sorcière » pour m'aider à passer la P1. Merci d'avoir guetté les lapins du jardin en bon présage pour les examens. Mais aussi, quand j'étais petite, merci d'avoir compté les dodos avec moi.

A Pépé, que j'ai à peine connu mais qui m'a aimée malgré mon prénom.

A Manou, dont je me souviendrai toujours de son sourire bienveillant en allant chercher un arlequin dans sa réserve de bonbons. Tu ne le sais pas mais j'ai réussi à loper ton flan en mettant 900 grammes de farine au lieu de « 9 cuillères ».

A Bon Papa, qui était le Médecin de famille d'un autre temps. J'aurais aimé partager avec toi mes débuts dans la Médecine Générale et te présenter cette thèse.

A mes trois grands frères, qui m'ont apporté un subtil mélange de chamailleries, de bagarres, d'amour et de complicité. Merci de m'avoir appris à ne pas me laisser faire !

A Samuel, ce cœur tendre sous une épaisse carapace, avec qui je peux passer de longues heures à jouer aux jeux de sociétés (mais à la fin, c'est lui qui doit gagner). Mon inspiration photographique, qui m'a fait découvrir cette passion. Merci pour ta disponibilité et des attentions.

A Nathan, qui a inspiré mon rapport à la vie, aux personnes et au travail. Merci pour ta sagesse et ta bienveillance. Au moment le plus difficile de mes études tu as douté... Je suis fière de te montrer aujourd'hui que je fini ma formation de Médecin Généraliste.

A Simon, avec qui j'ai partagé toute mon enfance, et même échangé d'identité le temps d'une soirée avec un manteau et un béret. Comme « chien et chat » nous avons partagé tellement de fous rires et de complicité avec toujours une dispute ensuite. Merci de m'avoir appris à lâcher prise, et faire quelques conneries...

A Caroline, Nolwenn et Marthje, mes belles sœurs, merci de faire le bonheur de mes frères, je suis heureuse de ce que vous apportez à notre famille.

A Camille et Gaël, mes neveux adorés, qui me rappellent ce qui compte vraiment dans la vie quand je croise leurs regards curieux et leurs sourires malicieux.

A Anne et Philippe, Paul, Julie et Louise, qui m'ont accueillie à bras ouverts dans leur famille. Je me suis toujours sentie bien chez vous. Merci pour vos bons petits plats mitonnés, pour les vacances passées ensemble et pour les fous rires en chantant une paillarde !

A Delphine et Jeff, qui sont toujours prêts à m'accueillir autour d'un poulet au Maroilles pour me cocooner pendant les révisions. Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur permanente.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, à tous les bons moments partagés ensemble.

REMERCIEMENTS

A ma Marraine, Aliette et Serge, qui malgré la distance ont toujours gardé une place importante dans ma vie et veillé sur moi. **Aliette,** j'aurais aimé avoir la chance de soutenir cette thèse devant toi. Tu es et resteras une inspiration en tant que Femme, Mère et Médecin. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et appris ! Merci **Serge** pour ta patience et ta tendresse réservée. Merci pour ces beaux séjours en Bretagne.

A mon Parrain, Bernard et Emmanuelle, qui ont bercé mon enfance de merveilleux souvenirs de vacances, de goûters, de jeux dans le grand jardin avec les poules. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble.

A Ronan, qui est toujours resté auprès de ma famille, qui avec son sourire communicatif et sa bonne humeur t'embarque dans des croisières incroyables. Merci pour ta gentillesse, tu es un ami précieux pour mes parents.

Brigitte et William, qui m'ont éduquée et pris soin de moi pendant plus de dix ans. Merci d'être venus me chercher à l'école en chaussons et de m'avoir préparé de délicieux repas le midi plutôt que d'aller à la cantine. Vous avez toujours été disponible pour moi, merci pour votre générosité.

A Madame FALCHERO, qui avec sagesse et douceur m'a appris la sophrologie, sans quoi je pense que le chemin pour arriver jusqu'ici aurait été plus tumultueux.

A Madame PETITJEAN, qui m'a apporté un repère dans mes études et dans ma vie. Merci pour toute cette bienveillance.

A mes Amis du Nord,

A Victoire, Lucie et Sally, mes soleils, ces amies au cœur tendre avec qui j'allais boire un bon cocktail pour oublier les partiels (et rattrapages) de l'externat. Toujours prêtes pour sortir, se retrouver entre filles dans un bon petit resto. Merci pour tout ce que vous m'apportez et pour tous les bons moments à venir malgré la distance ! Merci **Vicou** pour ton sourire réconfortant, tu m'apprends tellement par ta gentillesse et ta joie de vivre. Merci **Lulu** pour ton énergie, toujours motrice pour organiser une virée entre filles ! Merci **Sally** pour ta spontanéité solaire et nos moments de confiance passés ensemble.

A Quentin, mon Parrain d'intégration de cœur, avec qui un appel téléphonique dure toujours au moins 1h. Toujours partant pour sortir, bouger, visiter. Et qui va bien finir par venir à Angers ! Merci pour ta bonne humeur et nos délires sans fins...

A Margie, Margeouille, mon ami de toujours avec qui j'ai eu de belles frayeurs durant nos soirées films d'horreurs (Shanghai y est pour beaucoup !). Merci pour cette belle amitié sur laquelle le temps n'a pas de prise.

A Florette et Simon, mes partenaires de scène avec qui nous avons pâtissé au théâtre de Cambrai. Avec vous, le jeu d'acteur est en fait un JEUX tout court. Encore désolée **Simon** pour toutes les (fausses) baffes que tu t'es prises dans nos répétitions. Merci **Florette** pour toutes les pépites que tu m'as faites découvrir. J'ai hâte de refaire des sushis avec toi.

A Justine, Victor et Arnaud, avec qui nous avons parcouru la Chine aux sons des « Meyo ». Les dumplings à la cacahuète auront eu raison de nous. Merci pour tous les fous rires que l'on a eus. Et promis, un jour je finirai le tri des photos...

A Arnaud, Jean et Victor, avec qui j'ai passé tellement de soirées au Goulag, puis à Lille et maintenant à Brem. Merci de m'avoir laissé une place dans la vie de votre Brutus.

A Pauline et Antoine, avec qui on passe des heures à faire des jeux de sociétés, même confinés ! Merci pour votre bonne humeur et votre naturel.

REMERCIEMENTS

A mes Amis Angevins,

A Marie, ce coup de cœur amical rencontré le premier jour de la répartition des stages du DES de Médecine Générale. Nous avons tellement en commun, personne d'autre ne me comprends aussi bien que toi. Merci pour tous ces moments incroyables que nous avons partagés (j'y inclus les parties de ZOMBICIDE pendant la trilocation), merci pour ton écoute et tes conseils avisés. Merci pour toute la gourmandise que l'on a pu partager !

A Martin et Camille, les ch'tis Angevins que l'on a (re)trouvé en arrivant à Angers, et qui nous rappelle la « bonne franquette » du Nord. Merci **Camille** pour ton sourire, ta bonne humeur et ton écoute bienveillante. Je ne me lasserai jamais de tes bourdes pompettes après le premier verre (les épluchures de carottes s'en souviennent ^^), j'ai hâte de repartir avec vous ! Merci **Martin** pour ta gentillesse et ta sérénité inspirante. Notre « Papa » un peu fufou toujours prêt à organiser une virée, sur terre ou sur l'eau avec Pichou évidemment !

A Tristan, rencontré ce même jour que Marie, qui incarne le mélange subtil d'humour et de cynisme, au moyen de GIF soigneusement choisis. Merci pour tous les bons délires ensemble.

A Geraud et Justine, cette belle rencontre Angevine, avec qui nous partons aux quatre coins de la France pour vivre de super aventures et chanter avec les Patates ! Merci pour vos plus belles poses devant mon objectif, « Oh Juliennnnn !!! ».

A mes Amis du Mans Bertille, Alice et Romain, une belle amitié Angevine, qui ne fait que commencer. **Bertille**, pétillante, qui a toujours le petit mot pour rire et le dernier potin à raconter devant le dernier épisode de Koh Lanta. **Romain**, sur qui on peut compter pour apporter une (bonne ?) bière en soirée, et pour rêver trek et survie avec Achille. Merci **Alice** pour ta bonne humeur permanente et ta douceur. Ne t'inquiète pas, je vais t'initier au bivouac entre filles.

A Anna, Christophe, Marie-Lys, Marion et Jonathan, une belle brochette de copains avec qui rêver de voyages et de bonne cuisine. Merci **Anna et Christophe** d'avoir tenté de charmer Maïko.

A tous mes amis, qui m'apportent tant au quotidien. A toutes les belles aventures que nous avons vécues et à celles à venir

Liste des abréviations

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
SEP	Sclérose En Plaque
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Acquise
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
SFETD	Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
SFN	Société Française de Neurologie
SCD	Structure Douleur Chronique
NeuPSIG	Neuropathic Pain Special Interest Group (de l'IASP)
IASP	International Association for the Study of Pain
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
FST	Formation Spécifique Transversale
DU	Diplôme Universitaire
TCC	Technique Cognitivo Comportementale
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
CETD	Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur (SDC de type centre)
MG	Médecine Générale
PDF	Portable Document Format
CR	Compte Rendu
AINS	Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
NICE	National Institute for Health and Care Excellence

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Élaboration du guide d'aide à la prescription**
- 2. Objectif de l'étude.**
- 3. Type d'étude**
- 4. Population**
- 5. Recueil de données**
- 6. Analyse des données**
- 7. Modification du « guide d'aide à la prescription »**

RÉSULTATS

- 8. Analyse des résultats**
 - 8.1. Caractéristiques des participants
 - 8.2. Analyse de l'opinion sur le guide de prescription
 - 8.3. Analyse des propositions d'améliorations sur le contenu
 - 8.3.1. Comment améliorer le contenu des parties textuelles ?
 - 8.3.2. Comment améliorer le contenu du logigramme ?
 - 8.3.3. Comment améliorer le contenu du tableau ?
 - 8.3.4. Comment améliorer le contenu des annexes ?
 - 8.3.5. Quelles améliorations proposer concernant l'information sur les traitements de seconde intention ?
 - 8.4. Analyse des propositions d'améliorations sur la présentation
 - 8.4.1. Comment améliorer la présentation du logigramme ?
 - 8.4.2. Comment améliorer la présentation du tableau ?
 - 8.4.3. Comment améliorer la présentation des parties textuelles ?
 - 8.4.4. Comment améliorer la présentation en vue d'une impression ?
 - 8.4.5. Quel équilibre proposer entre un outil synthétique et exhaustif ?
 - 8.5. Analyse des propositions d'améliorations sur le support
- 9. Proposition d'une nouvelle version du guide de prescription**
 - 9.1. Modifications du contenu
 - 9.2. Modifications de la présentation
 - 9.3. Modifications du support

DISCUSSION

- 10. Principaux résultats**
- 11. Comparaison avec la littérature**
 - 1. Forces et limites**
 - 2. Perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

INTRODUCTION

La douleur, aiguë ou chronique, est une problématique parfois complexe, sur le plan du diagnostic, de l'évaluation et de la prise en charge. Au niveau international, le comité de taxonomie de l'IASP a révisé la définition de la douleur en 2020 proposant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle »(1). Dans le cadre des révisions de la classification des maladies de l'OMS (ICD-11), La douleur (permanente ou épisodique) est chronique lorsqu'elle persiste au moins 3 mois (2). Les douleurs s'inscrivent dans une problématique globale biologique, psychologique, sociale et sociétale (3). Biologique, avec l'enjeu de recherche étiologique des douleurs afin de ne pas méconnaître un diagnostic différentiel. Psychologique, avec une composante anxieuse et ou dépressive intriquée, associée à un risque plus élevé de suicide (4,5). Sociale, les limitations fonctionnelles causées par la douleur peuvent modifier le rapport du patient à son rôle dans la famille, le travail. Sociétale, les patients douloureux chroniques sont plus à risque de licenciement pour inaptitude avec d'importantes difficultés pour retrouver du travail (6).

Il faut distinguer parmi les douleurs chroniques, celles qui sont « complexes », « rebelles », qui « échappent à une prise en charge adaptée ». Elles s'inscrivent dans la définition du syndrome douloureux chronique proposée par l'HAS en 2008 (7), dans une recommandation pour l'orientation des patients vers les structures de douleur chronique (SDC). Il est retenu la notion de « syndrome multidimensionnel qui, lorsque la douleur exprimée persiste ou réapparaît au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient ».

La douleur chronique est un problème de santé publique. Sa prévalence, en France peut être estimée à 30% de la population générale. Le chiffre semble stable dans le temps, 31,7% en 2007 (8) et 27,2 % à 32,7% sur la période 2013-2015 (9). Depuis 20 ans le soulagement de la douleur est devenu un droit, selon l'article. L. 1110-5. du code de la santé 4 mars 2002 « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». (10) L'acteur de première ligne dans la prise en charge est le Médecin Généraliste. Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés permettant le développement de structures de lutte contre la douleur. Leur nombre a fortement progressé, actuellement 245 SDC sont labellisées par les Agences Régionales de Santé. Elles n'ont pas pour vocation d'assurer la prise en charge de l'ensemble des patients douloureux chroniques mais plutôt des cas les plus complexes. Moins de 3 % des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge adaptée dans une des structures spécialisées du territoire national (11).

Les douleurs neuropathiques chroniques sont un type particulier de douleurs chroniques secondaires, selon la classification ICD-11 (2) du fait du mécanisme physiopathologique sous-jacent. Elles possèdent des caractéristiques diagnostiques particulières, et des stratégies de prise en charge spécifiques, en particulier médicamenteuse et sont donc associées à un risque de perte de chance de soulagement. La douleur neuropathique est liée à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel (2,12). Les étiologies sont variées, d'origine centrale (AVC, SEP, traumatisme médullaire...) ou périphérique (radiculopathie d'origine discarthrosique, séquelles de syndromes canaux, zona, SIDA, lésions nerveuses tronculaires, thoracotomie, neuropathie diabétique, neuropathies iatrogènes...). Le diagnostic n'est pas toujours simple. Il repose sur la notion d'une topographie douloureuse et de troubles des sensations douloureuses et non douloureuses dans un territoire compatible avec la lésion ou la maladie neurologique (13) ou s'appuie sur des outils d'aide au diagnostic validés, comme

le DN4 par exemple (14–16). Ces douleurs ne sont pas rares. En France, 5 à 7 % des Français présentent une douleur neuropathique chronique (8,9) ce qui représente 6 à 7 patients consultants en médecine générale pour ce motif par mois. En comparaison, en France la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 4,4% (17) et celle de l'insuffisance cardiaque à 2,3% (18). La prise en charge des douleurs neuropathiques n'est donc pas une affaire d'expert, elle concerne les médecins généralistes, en première ligne.

Bien que la douleur neuropathique nécessite une approche biopsychosociale globale, la première étape de prise en charge, après l'évaluation et le diagnostic, est d'initier un traitement de fond. S'il existe des recommandations en langue française, produites par les institutions telles que l'ANAES puis l'HAS sur la douleur chronique, elles sont anciennes (7,19) et ne concernent pas spécifiquement la douleur neuropathique. Les recommandations portant sur les douleurs neuropathiques, publiées en français et en anglais, sous forme d'articles, ont été réalisées par des Sociétés Savantes, SFETD et SFN (15,20). Compte tenu des multiples sujets d'actualisation des connaissances que doivent suivre les médecins généralistes, ce type de publication est une limite à leur diffusion. A titre d'exemple les dernières recommandations ne sont pas toutes dans la base de EBM France (au 09/09/2021) (21) et seules les recommandations HAS sont présentes dans la base de données de Société Française de Médecine Générale : la Diffusion des Recommandations Francophones En Consultation de Médecine Générale (DReFC) (22). Plusieurs études ont été réalisées en France (23–26) en particulier depuis la publication des recommandations SFETD de 2010 (15). Les médecins généralistes sont le premier recours pour ces patients, ils sont amenés à prescrire des traitements de fond des douleurs neuropathiques régulièrement. Ils savent dans l'ensemble faire le diagnostic et connaissent globalement les molécules les plus utilisées pour le traitement de fond des douleurs neuropathiques, mais ils peuvent éprouver des difficultés pour choisir les molécules et adapter les posologies. Dans l'étude « Adherence of French GPs to Chronic

Neuropathic Pain Clinical Guidelines: Results of a Cross-Sectional, Randomized, "e" Case-Vignette Survey » de 2014 (23) sur 319 médecins généralistes participants à l'étude (parmi 443 médecins contactés), 53% parvenaient à citer au moins une des molécules recommandées en première intention ; 4,7% d'entre eux ont su citer les trois molécules recommandées en première intention par la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en 2010 (15,24,26,27). Ne pas connaître l'ensemble des options médicamenteuse de première intention, rend la probabilité de succès d'une monothérapie bien conduite peu élevée. Dans les recommandations internationales pour la prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique, du groupe NeuPSIG de l'IASP (13), les auteurs s'étaient appuyés sur une méta analyse, avec un critère d'efficacité à 50% de diminution de l'intensité douloureuse, pour comparer l'efficacité des molécules et celle du placebo. Les molécules proposées en première ligne dans cette recommandation, ne sont réellement efficaces que pour 35 à 45% des patients traités, et il n'y a pas eu de nouveauté thérapeutique depuis pour la première ligne de traitement. Ne connaître qu'une molécule recommandée en première intention peut ainsi très vite mettre en échec la prise en charge des douleurs neuropathiques en soins primaires et adresser de manière non optimale les patients vers) les SDC qui n'ont pas nécessairement les capacités d'accueil en première ligne.

Dans un travail précédent, un guide d'aide à la prescription a été élaboré pour aider les médecins de soins primaires à prescrire un traitement de fond de première intention des douleurs neuropathiques chroniques. Il a été conçu à partir d'une synthèse des recommandations NeuPSiG 2015 (13) et SFETD et SFN 2020 (20), en le limitant à la première ligne de traitement. L'objectif du travail de cette thèse est d'améliorer la première version de ce guide pour favoriser son utilisation en pratique courante de médecine générale, par une étude qualitative à partir de l'expérience d'un échantillon de médecins généralistes. Cette étape est indispensable avant d'envisager, une diffusion de l'outil.

MÉTHODES

1. Élaboration du guide d'aide à la prescription

Un guide d'aide prescription de première ligne des douleurs neuropathiques, a été élaboré dans un travail antérieur à ce travail de thèse, à l'occasion du mémoire de validation du Diplôme Universitaire Douleurs et Soins Palliatifs du CHU d'Angers en 2019-2020 (Annexe 1). Le contenu de ce guide est issu des dernières recommandations françaises et internationales sur la prise en charge des douleurs neuropathiques (13,15,20) après avoir mené une recherche bibliographique systématisée sur le sujet.

2. Objectif de l'étude.

L'objectif de ce travail est de réaliser une seconde version du « Guide d'aide à la prescription » adaptée à la pratique quotidienne de la Médecine Générale en tenant compte des remarques de Médecins Généralistes. Avant d'envisager une diffusion en Médecine Générale, cette étape est indispensable.

Le parallèle peut être fait avec les recommandations de l'HAS (28) (concernant la « méthode pour l'élaboration des fiches mémos et des fiches de pertinence ». Après une première version basée sur l'analyse de la littérature, l'ensemble est soumis à la critique d'évaluateurs n'ayant pas participé à l'écriture.

3. Type d'étude

Pour répondre à l'objectif, une étude qualitative par analyse inductive générale a été choisie afin de répertorier les thèmes issus de la pratique des Médecins Généralistes. La méthodologie de l'étude (et la publication des résultats) a été élaborée selon les lignes directrices COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) afin d'obtenir une analyse des données la plus caractéristique possible. Ceci est détaillé point par point en Annexe

2. Elle s'est inspirée tout au long de l'étude du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé »(29).

4. Population

La sélection de participants a été réalisée parmi des médecins généralistes volontaires du 49, 72 et 53 par « effet boule de neige », jusqu'à saturation des données. Ils ont été contactés par e-mail ou SMS, s'ils étaient d'accord pour participer à l'étude une fiche d'information et de consentement de participation à l'étude (Annexe 3) leur été envoyée afin de la signer et la retourner à l'investigatrice avant l'entretien. Les premiers étaient connus de l'investigatrice, ils lui ont permis le recrutement d'autre médecins généralistes. Afin d'obtenir un échantillon raisonné en variation maximale, les principales variables explorées étaient l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le type d'activité (médecine générale exclusive ou mixte) et une formation en lien avec la Douleur Chronique (DESC, CAPACITE, FST ou DU de Douleur chronique, Soins Palliatifs ou Gériatrie).

5. Recueil de données

La grille d'entretien a été élaborée à partir du guide « Initiation à la recherche qualitative en santé »(29), des ateliers Thèse de la faculté de médecine d'Angers et après discussion avec des médecins généralistes et algologues (Annexe 4). Deux entretiens tests avec des médecins généralistes volontaires ont permis d'affiner la grille d'entretien. Ces entretiens test n'ont pas été analysés pour les résultats. La phase d'entretiens s'est déroulée du 2 avril 2021 au 15 juin 2021. La saturation des données a été obtenue dès le 7 entretien, 2 entretiens supplémentaires ont été menés pour le confirmer. Il n'a pas été nécessaire de poursuivre le recrutement ou les entretiens au-delà. Les entretiens ont été menés en individuel pour interroger le médecin sur son point de vue et sa propre compréhension du guide de prescription, afin de se rapprocher des conditions du quotidien du médecin généraliste qui découvre seul l'outil dans son cabinet.

Les entretiens ont été menés en semi directif, de la manière la plus neutre possible afin de ne pas influencer les réponses des interviewés. Après une rapide explication (formalisée) du contexte de l'étude et de son objectif, le guide était mis à disposition du participant en début d'entretien, afin que les idées d'améliorations proposées dans la suite de l'entretien répondent au mieux aux attentes des médecins généralistes lors d'une première lecture de l'outil. Après un temps de lecture du guide par le participant, des questions ouvertes lui étaient posées afin de l'encourager à proposer des améliorations du guide de prescription. Les entretiens ont duré en moyenne 49 minutes, le plus court a duré 31 minutes et le plus long 72 minutes.

Le recueil des données s'est principalement déroulé en visioconférence en raison de la problématique sanitaire, 2 entretiens se sont passés en présentiel, dans un lieu sans distraction. Après consentement écrit du participant (Annexe 3), un enregistrement vocal a été réalisé à l'aide d'une application dictaphone sur smartphone.

6. Analyse des données

Après retranscription complète du verbatim au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, les données ont été codées avec le logiciel N VIVO® pour identifier des unités de sens, puis les thèmes, selon une analyse inductive générale. L'analyse était réalisée au fur et à mesure des entretiens afin de permettre un enrichissement de la grille d'entretien, et observer si l'effet de saturation des résultats était obtenu.

La retranscription et l'analyse du résultat de l'entretien ont été envoyés au participant concerné afin de vérifier si le sens de ses propos avait bien été compris, s'il y avait besoin d'une correction ou d'un commentaire. Le codage a été réalisé par un investigateur. Une triangulation de l'analyse des résultats a été menée avec les directeurs de thèse.

7. **Modification du « guide d'aide à la prescription »**

La version finale du guide a été réalisée à partir des thèmes issus de l'analyse. Les choix des modifications ont été discutés avec les directeurs de thèses. Certaines propositions ne pouvaient pas être intégrées (faisabilité, avis divergents). Cette deuxième version du guide tient également compte des données issues des recommandations à l'origine de celui-ci, jugées à priori non modifiables dans leur contenu mais dont la présence pouvait être discutée (liste limitative des traitements de première intention ; posologies usuelles et maximales ; douleur neuropathique chronique comme champ d'application). Le résultat obtenu est la version modifiée (annexe 6).

RÉSULTATS

8. Analyse des résultats

8.1. Caractéristiques des participants

Douze médecins généralistes du 49, 72 et 53 ont été sélectionnés par « effet boule de neige ». Neuf ont donné leur accord et participé à ce travail, 3 n'ont pas répondu à l'e-mail de recrutement. Certaines caractéristiques des participants sont représentées en Tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des participants

Participant	Genre		Age					Activité		Lieu d'exercice			Formation complémentaire en lien en lien avec la Douleur Chronique				
	Femme	Homme	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65	Médecine générale exclusive	Mixte	Urbain	Rural	Semi rural	DESC Douleur et Soins Palliatifs	DU Soins Palliatifs	Capacité Gériatrie	DU Gériatrie	Aucune
P1																	
P2																	
P3																	
P4																	
P5																	
P6																	
P7																	
P8																	
P9																	

8.2. Analyse de l'opinion sur le guide de prescription

La première question de la grille d'entretien interroge sur l'opinion globale du médecin généraliste concernant le guide de prescription. Cela permet d'amener le participant sur la réflexion d'améliorations à proposer pour conserver les points positifs et modifier les points à améliorer du guide de prescription. Bien que ce ne soit pas l'objectif de cette étude, il est intéressant d'observer que l'ensemble des participants expriment un avis globalement positif concernant le guide de prescription. En réalisant une requête « Nuage de mot » sur N VIVO® sur la base des verbatim codés dans le thème « Opinion sur l'outil » il est possible de voir le lexique employé à ce sujet. La requête est limitée aux mots de plus de 5 lettres pour éviter les mots de liaison ou pronom qui n'aurait pas de sens dans la requête. Une correction manuelle a été effectuée pour filtrer les mots de plus de 5 lettres ne répondant pas à la requête (pronoms, mot sans rapport avec l'opinion). Plus le mot affiché est grand, plus il a été cité.

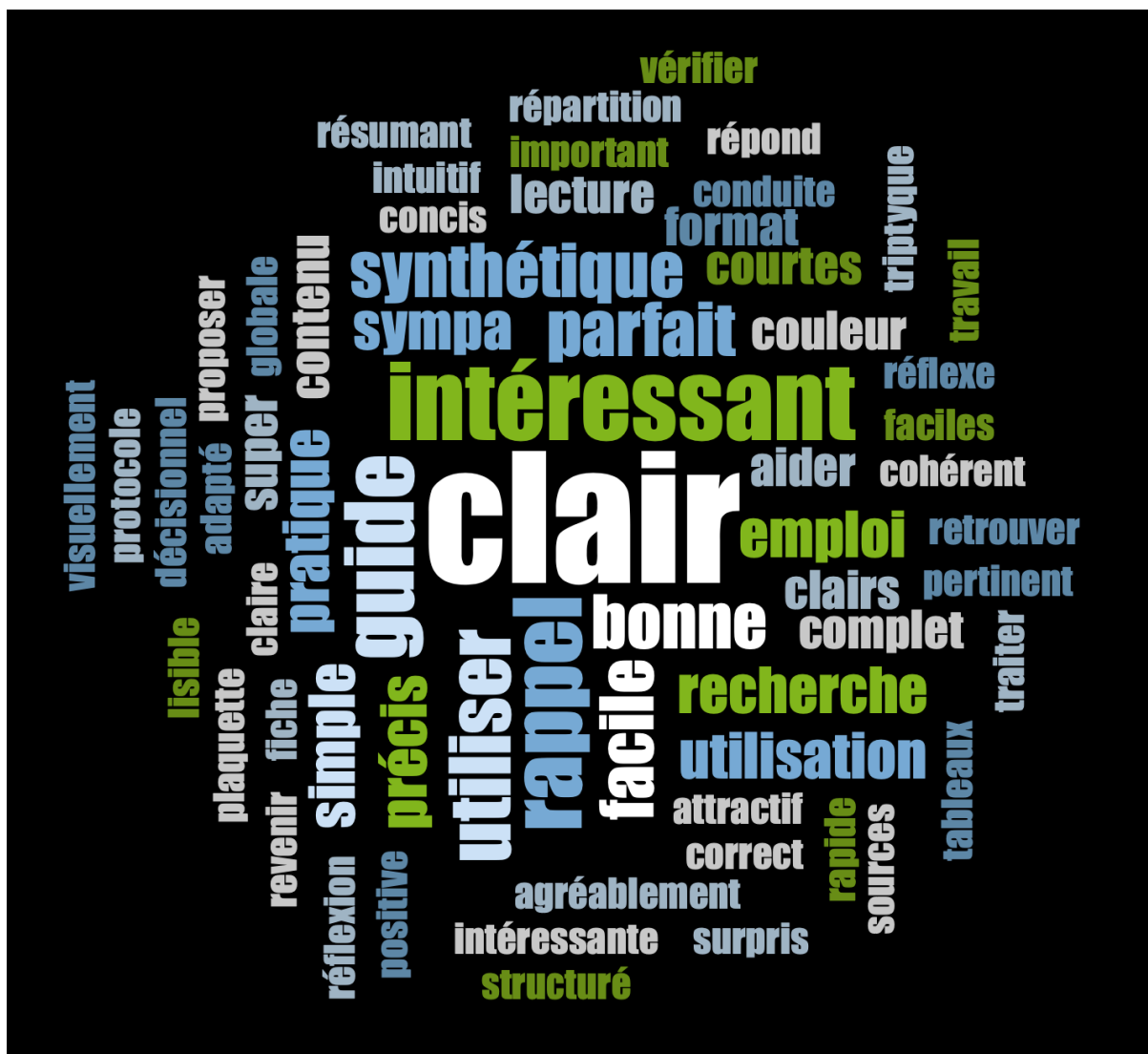


Figure 1 : Nuage de mot « Opinion sur le guide de prescription »

8.3. Analyse des propositions d'améliorations sur le contenu

Les propositions d'amélioration ont été nombreuses pour toutes les composantes de la première version du guide d'aide à la prescription des traitements de fond des douleurs neuropathiques. Pour plus de clarté elles sont présentées par thèmes.

8.3.1. Comment améliorer le contenu des parties textuelles ?



Figure 2 : Carte mentale des propositions d'amélioration des parties textuelles

La place de l'introduction ne fait pas consensus, certains participants proposent de la conserver car elle justifie l'outil.

« Ça permet de savoir pourquoi tu l'as fait, c'est bien. Ça peut à mon avis permettre à certaines personnes de faire un peu le tri. » Participant 5

D'autres recommandent de la retirer complètement de l'outil, n'apportant pas de bénéfice en pratique courante.

« je vois deux modes d'utilisation, soit l'utilisation en pratique pendant la consultation soit une utilisation à tête un peu plus reposée. Mais si on est en pratique dans la consultation, oui je pense qu'il y a moyen de raccourcir l'introduction. » Participant 9

Le rappel des règles de prescriptions peut être allégé, sur la densité du texte. Des médecins généralistes recommandent de mettre en évidence l'importance de la durée du

traitement, de notifier la réévaluation de la tolérance pendant la titration et de mettre en place le traitement dès le diagnostic posé. Concernant l'information à donner au patient, il est suggéré de préciser l'efficacité partielle des traitements, de définir les molécules sous entendues par « antalgiques usuels ».

« J'insisterais sur l'efficacité partielle, dans notre jargon le Number Needed to Treat. Dire au patient qu'il y a, par exemple pour une molécule 30% d'efficacité. Que dans les études on n'a jamais en tout cas 100% d'efficacité mais néanmoins ça peut améliorer une partie des douleurs. » Participant 4

8.3.2. Comment améliorer le contenu du logigramme ?

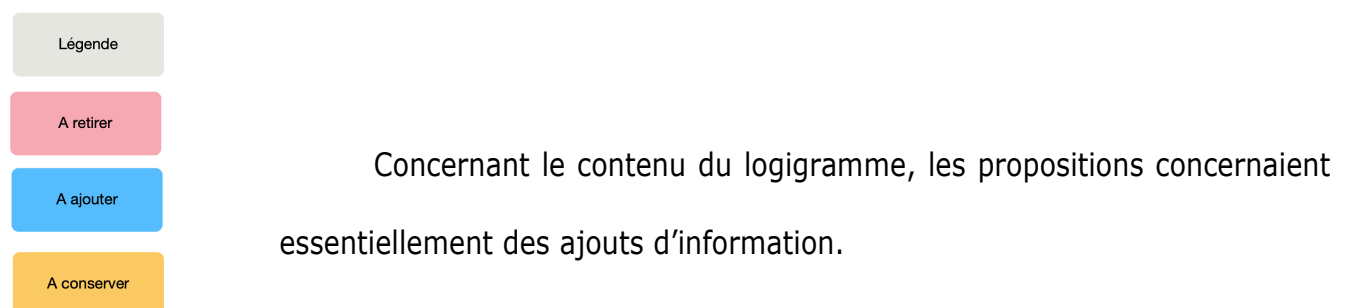


Figure 3 : Propositions d'amélioration du logigramme

Concernant l'aide diagnostique la plupart des participants proposent d'afficher le questionnaire DN4 complet dans l'outil ou en cas de limitation de place, mettre un lien en annexe vers le questionnaire complet.

« Tu peux peut-être mettre un lien en bas de la colonne, vers le questionnaire DN4. Tu vois tu mets « accès au questionnaire » après « questionnaire DN4 positif » et comme ça les gens ils y vont et c'est encore mieux. Ça ce serait plus clair. » Participant 2

Le délai de « 3 mois » définissant la douleur neuropathique chronique interroge les participants, ils recommandent de l'interpréter avec recul pour ne pas retarder la prise en charge d'une douleur neuropathique aiguë.

« Oui mais ton zona, tu n'attends pas 3 mois pour le prendre en charge. Oh moi j'enlèverais ça, tu as une douleur neuropathique, tu traites ta douleur neuropathique. Tu ne peux pas être exhaustif de toutes les façons. » Participant 7

Certains participants suggèrent de mettre en évidence le recours aux thérapies complémentaires, qu'elles aient un niveau de preuve scientifique ou non.

« Oui, je mettrais « ou tout autre moyen ». Mais il faut faire attention aux techniques sectaires... Mais je pense qu'une prise en charge comportementaliste tout autre qui apporte du bien, de manière encadrée, la sophrologie, la salle de sport, la natation, l'équin thérapie... Tout ce qui peut apporter au cerveau une sécrétion d'endorphine. » Participant 7

8.3.3. Comment améliorer le contenu du tableau ?

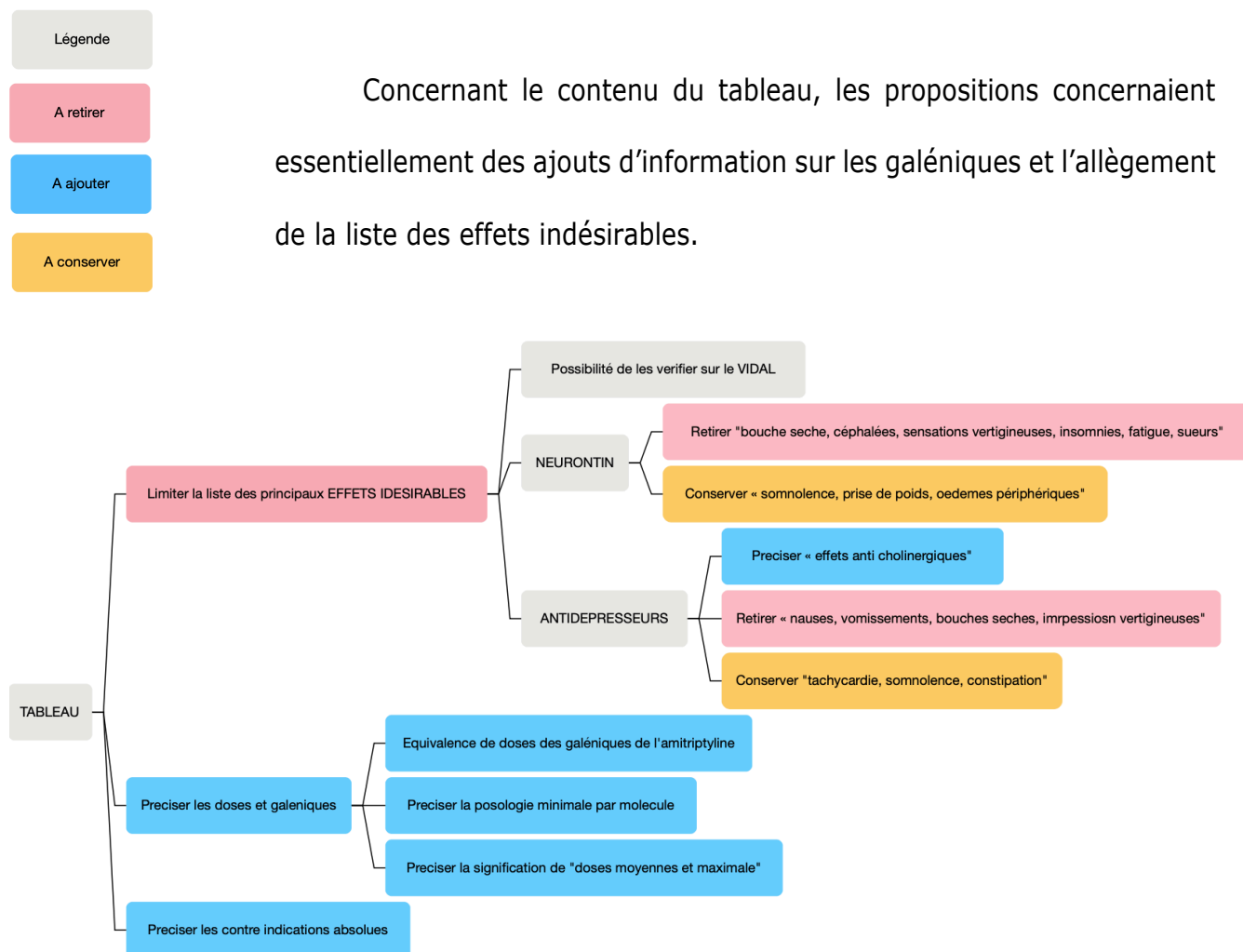


Figure 4 : Carte mentale des propositions d'amélioration du tableau

Les médecins généralistes souhaitent plus de précisions sur les doses et les équivalences de doses entre les galéniques des médicaments. Ils demandent de signaler les contre-indications absolues aux médicaments.

« Je reviens sur le côté « format goutte » je rajouterai « l'équivalence goutte », car je sais qu'on utilise beaucoup les formes gouttes pour le LAROXYL®. »

Participant 3

Et suggèrent de limiter la liste des effets indésirables aux effets les plus graves ou invalidants.

« En pratique, quand un patient vient et se plaint d'un médicament, je vais moi-même sur le Vidal. Moi dans mon utilisation, j'introduis le traitement et le patient revient me voir en me disant j'ai tel symptôme, là j'irai.... Je pense que le document est plutôt intéressant pour l'introduction du médicament. Et donc moi j'irais peut-être plus vite sur les principaux effets indésirables. Et mettre ceux qui sont vraiment gênants, pour essayer d'en enlever. »

Participant 9

Un médecin généraliste au contraire rappelle de préciser le risque d'effets anticholinergiques des antidépresseurs.

« Il faudrait bien préciser « effets anti cholinergique », chez les personnes âgées ça peut même donner des troubles cognitifs, des hallucinations et pas seulement la bouche sèche ou la rétention d'urine. » Participant 5

8.3.4. Comment améliorer le contenu des annexes ?

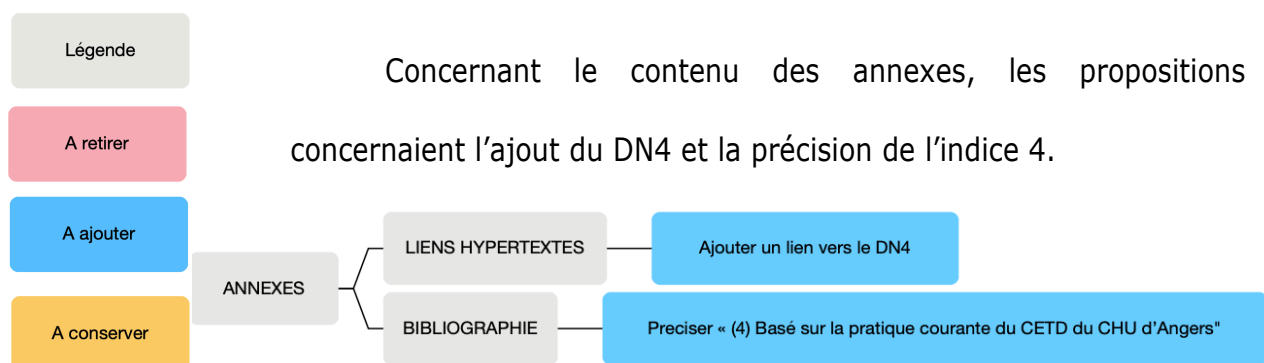


Figure 5 : Carte mentale des propositions d'amélioration des annexes

Les participants proposent d'ajouter un lien vers le questionnaire DN4 dans la partie ANNEXES. Il est suggéré de préciser l'index 4 « basé sur la pratique courante du CETD du CHU d'Angers ».

« (4) c'est quoi ? Et du coup tu ne le précises pas que c'est basé sur le CETD d'Angers ? Car on pourrait imaginer que c'est une pratique que tu as vu chez des médecins généralistes, il faudrait préciser « basé sur la pratique courante au CETD du CHU d'Angers » » Participant 8

8.3.5. Quelles améliorations proposer concernant l'information sur les traitements de seconde intention ?

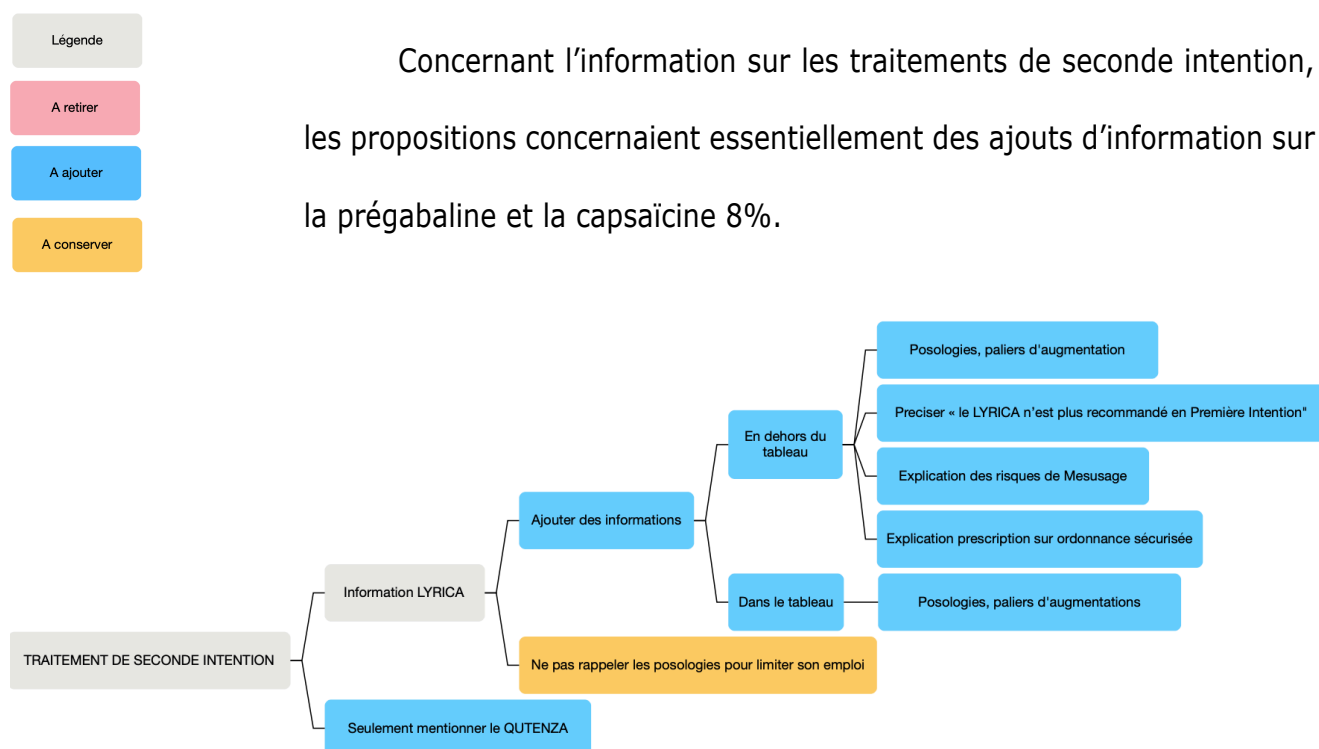


Figure 6 : Carte mentale des propositions d'amélioration concernant les traitements de seconde intention

Les participants souhaitent avoir la mention de la capsaïcine 8%. Concernant la prégabaline, les avis divergent, la plupart des médecins généralistes proposent d'ajouter des informations sur la molécule, dans le tableau. Certains proposent de préciser pourquoi la prégabaline est recommandée en seconde intention et les posologies.

« Et puis mettre le LYRICA® dans le tableau : mettre les doses, les paliers, les EI car ça reste une molécule qu'on peut utiliser en médecine générale. »

Participant 5

D'autres suggérèrent de limiter l'information à la notion de risque de mésusage de la prégabaline et la prescription sur ordonnances sécurisées pour ne pas encourager sa prescription, en dehors du tableau.

« Il va y avoir une tentative de réduction d'utilisation, il ne faut pas mettre le LYRICA® dans le tableau du coup. Juste dire qu'il est passé en deuxième

intention et avec ordonnance sécurisée, ça me paraît pas mal d'expliquer le risque de mésusage car on le met aussi pour la gabapentine. » Participant 8

8.4. Analyse des propositions d'améliorations sur la présentation

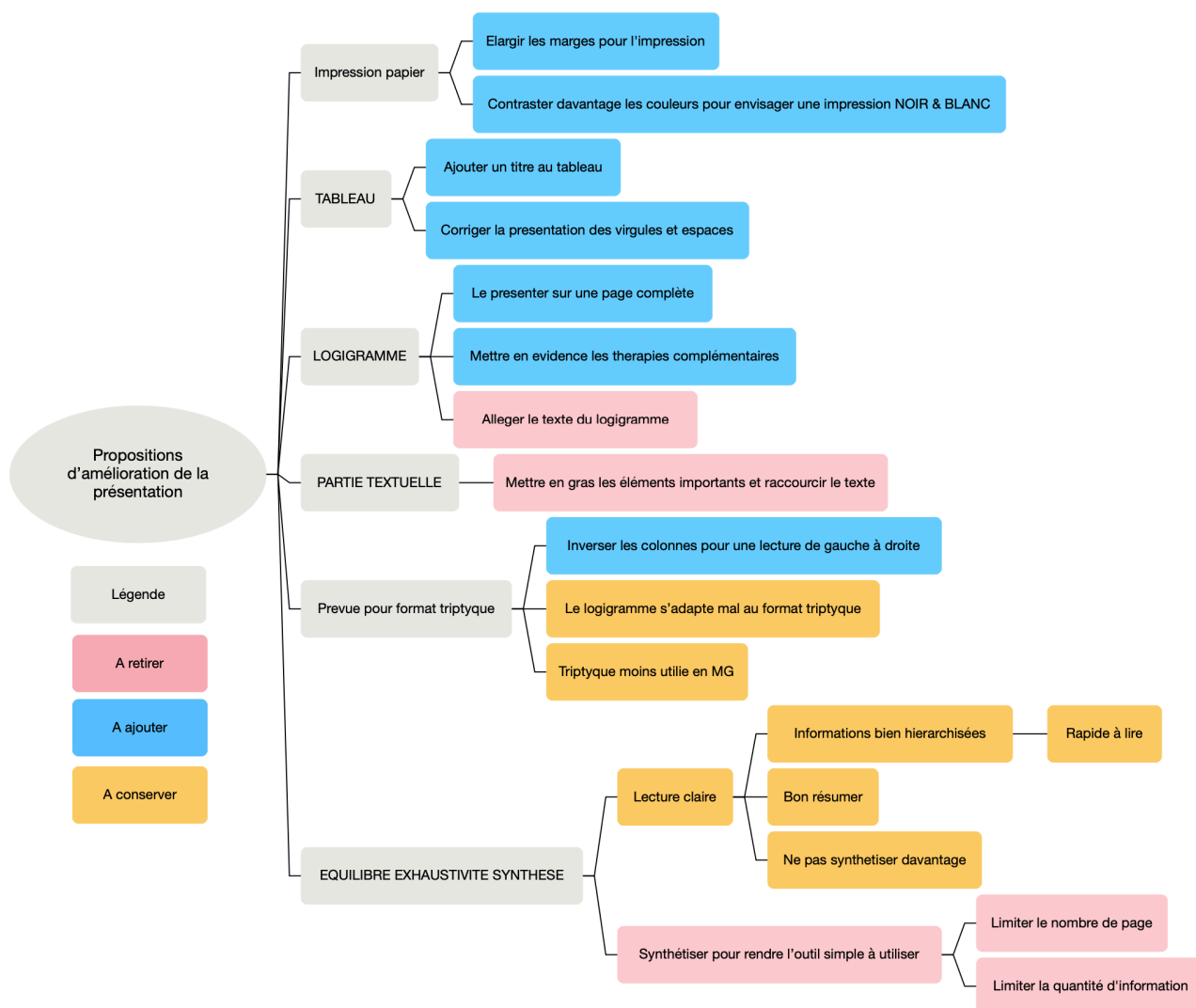


Figure 7 : Carte mentale des propositions d'améliorations de la présentation

8.4.1. Comment améliorer la présentation du logigramme ?

La plupart des participants suggèrent d'alléger les zones de texte du logigramme et de mettre en évidence visuellement l'encadré sur les thérapies complémentaires.

« Il faudrait plus le mettre en évidence. Avec l'expérience, c'est un truc qui est systématiquement évoqué et qui est presque aussi important que le chimique. » Participant 7

Un participant propose de présenter le logigramme seul sur une page.

8.4.2. Comment améliorer la présentation du tableau ?

La présentation du tableau seul sur une page convient aux participants, il y a des espacements et virgules à rectifier.

8.4.3. Comment améliorer la présentation des parties textuelles ?

Les participants souhaitent alléger les zones de texte et mettre en évidence les éléments importants en « gras ».

« Tout est très bien mais je me demande si on ne pourrait pas raccourcir les phrases ou peut être mettre en gras les éléments importants comme tu as fait dans le rappel des règles de prescription. » Participant 1

La présentation en colonne pour un pliage en triptyque a posé des difficultés pour comprendre l'ordre de lecture, d'autant plus que l'outil était présenté sous format PDF. Et le logigramme s'adapte mal à ce format, les participants proposent de remettre les colonnes dans l'ordre de lecture de gauche à droite.

« Je trouve ça clair avec une utilisation intuitive, en mettant la première colonne dans l'ordre. » Participant 8

8.4.4. Comment améliorer la présentation en vue d'une impression ?

La gamme de couleur convient aux participants, toutefois un contraste plus important est nécessaire en cas d'impression de l'outil en « noir et blanc ». De plus il faut élargir les marges pour éviter une coupe à l'impression.

8.4.5. Quel équilibre proposer entre un outil synthétique et exhaustif ?

Dans l'ensemble les participants pensent que l'outil est clair, rapide à lire, synthétique. Certains suggèrent de ne pas synthétiser davantage, d'autres proposent de limiter la quantité d'information et de limiter le nombre de page.

« Dans l'idéal il faut que ce soit synthétique pour que ça s'adresse à un maximum de médecins généralistes et après le côté exhaustif, il doit venir de l'intérêt du médecin généraliste à aller plus loin. » Participant 4

8.5. Analyse des propositions d'améliorations sur le support

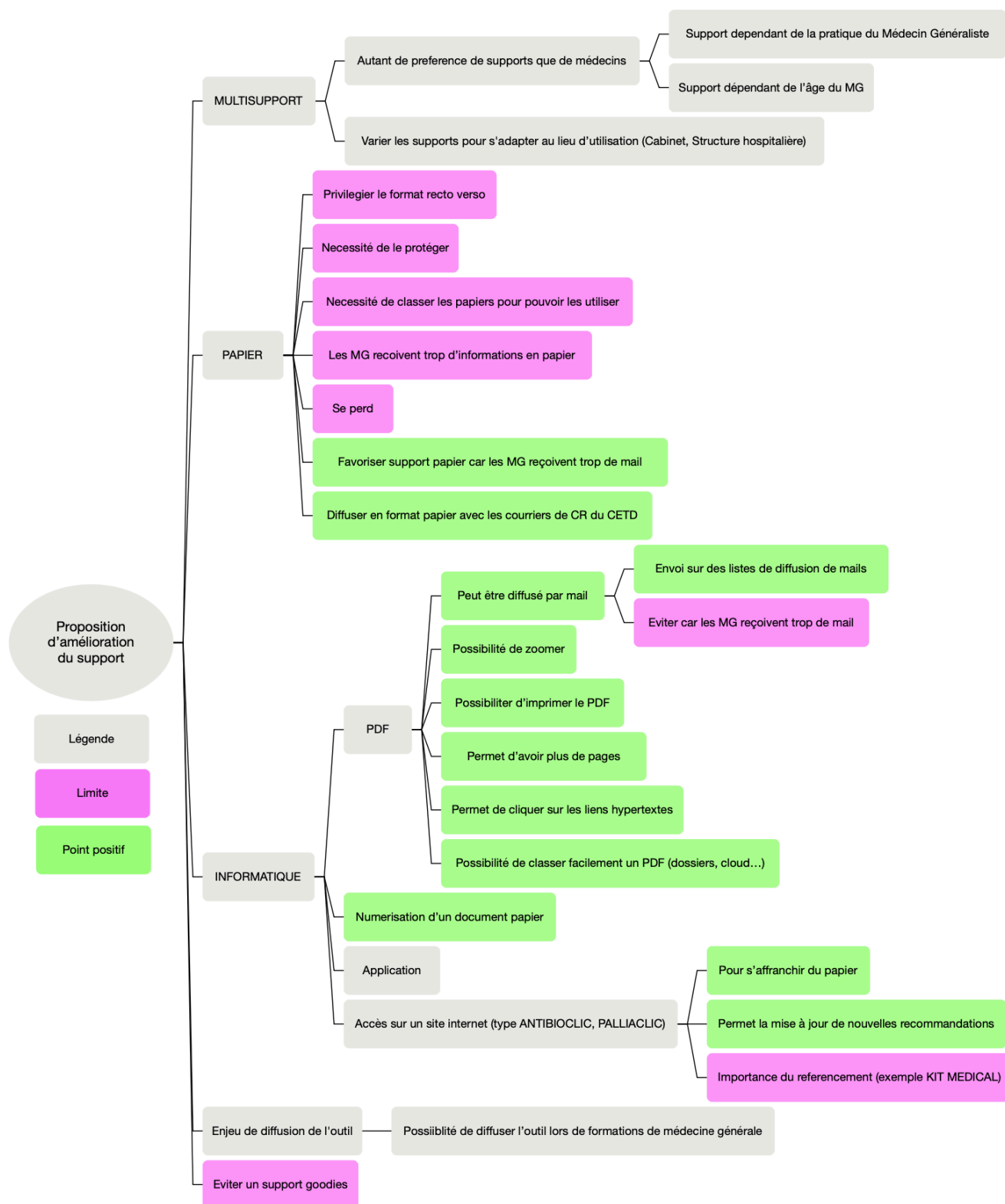


Figure 8 : Carte mentale des propositions d'amélioration du support

Il n'y a pas de consensus entre un support papier et informatique (PDF, site internet), chaque médecin a une préférence propre, dépendant de l'âge, de son aisance avec

l'informatique et de son organisation. Avant l'étude nous supposons que les médecins plus âgés préfèrent le papier et les plus jeunes les supports informatiques. Les participants de l'étude avaient des préférences plutôt liées à la manière de retrouver l'outil et de l'utiliser, quel que soit l'âge.

« Moi qui ne suis pas très à l'aise en informatique, en format PDF je devrai me forcer à l'enregistrer quelque part à un endroit où je pourrai le retrouver.

Je pense que je me ferai une photocopie pour l'avoir en format papier. »

Participant 3

Le support sous-tend l'enjeu de diffusion de l'outil, le papier peut être envoyé par courrier ou remis lors de formations. Toutefois les papiers se perdent, il faut les classer voire les protéger.

« Moi j'essaie de coller les PDF sur mon ordi, parce que les bouts de papier tu ne sais plus ce que tu en as fait, tu les perds. » Participant 7

Le PDF peut être diffusé par tout type de messagerie ou téléchargé sur un site internet. Il est nécessaire de classer le PDF le retrouver facilement mais peut être accessible sur un cloud.

« Toutes mes aides à la consultation elles sont sur l'ordinateur soit sous forme Word ou PDF, dès qu'en consultation je m'interroge sur un truc j'ouvre une page sur mon ordi. Ça me va beaucoup plus qu'aller chercher dans un classeur un papier. » Participant 9

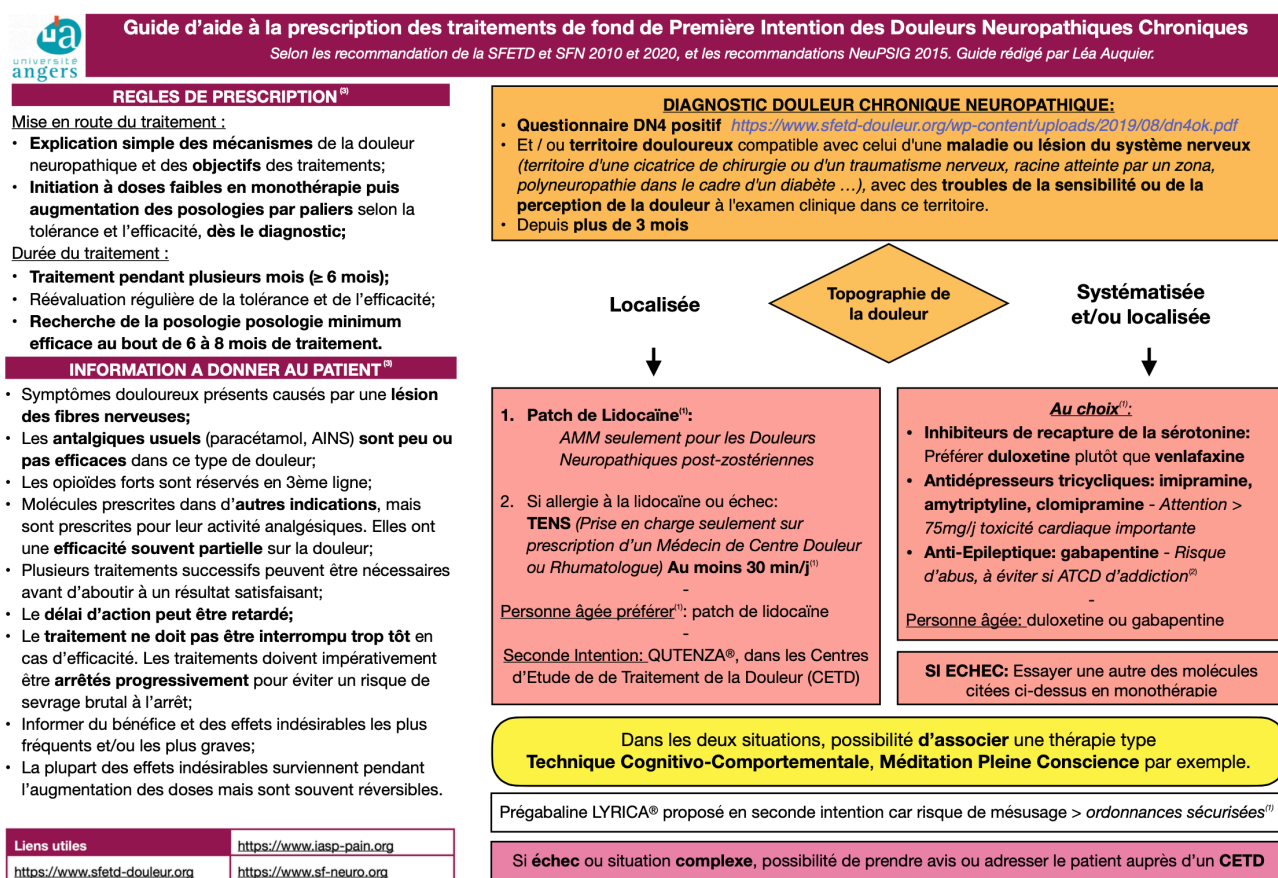
Il permet de cliquer sur des liens hypertextes et de zoomer. Les participants évoquaient également un site internet sur le modèle des site ANTIBIOCLIC® ou PALLIACLIC® qui pourrait être référencé sur KITMEDICAL®, permettant de mettre à jour l'outil selon les dernières recommandations.

« Ça permet quand il y a des mises à jour on peut y avoir accès alors qu'en PDF on a le document, il est figé. S'il y a de nouvelles recommandations ce sera à moi de faire la démarche d'aller les chercher alors que si c'est sur un site internet, (...) je vais forcément au moment de la prescription m'interroger s'il a un site internet comme ANTIBIOCLIC® par exemple. Je vais aller dessus pour m'aider à la prescription et s'il y a une mise à jour je vais tout de suite tomber dessus. » Participant 9

Un support type application a également été mentionné. Un participant suggère d'éviter les objets (type règle, sac) pour support.

9. Proposition d'une nouvelle version du guide de prescription

A l'issue des résultats, il est proposé une nouvelle version du guide de prescription.



Posologies, contre-indications, effets indésirables et précautions d'emploi des thérapeutiques médicamenteuses de fond de 1ère intention des douleurs neuropathiques								
Classe	Molécule	Dose initiale ⁽³⁾	Paliers d'augmentation ⁽³⁾	Intervalle entre les paliers ⁽⁴⁾	Doses moyennes et maximales ⁽¹⁾	Principaux Effets indésirables	Principales précautions d'emploi et Contre-Indications	Action conjointe
Anti-Epileptiques	Gabapentine NEURONTIN®	300 mg le soir (100 mg pour la personne âgée)	300 mg (100 mg personne âgée)	5 jours	1200—3600 mg, En 3 prises/j	Somnolence, Oedèmes périphériques, Prise de poids, Sensation vertigineuse	Adapter selon la clairance de la créatinine Réduire les doses chez la personne âgée Contres Indications: Insuffisance rénale sévère Grossesse	Amélioration des troubles du sommeil
Antidépresseurs ISRNA	Duloxétine CYMBALTA®	30-60 mg	30-60 mg	15 à 30 jours	60-120 mg/j, En 1-2 prises/j	Tachycardie si > 150mg/j, Constipation, Anorexie, Somnolence	HTA non contrôlée Interactions: AVK, tramadol, flecainide, metoprolol, tamoxifène Contres Indications: Association à fluvoxamine Grossesse et Allaitement Insuffisance hépatique	Amélioration de la dépression et de l' anxiété généralisée
	Venlafaxine EFFEXOR®	35,7 mg	75 mg	30j	150-225 mg/j Attention aux EI > 150 mg/j			
Antidépresseurs Tricycliques	Amitriptyline LAROXYL® ELAVIL® (En gouttes ou cp)	10-25 mg le soir	25 mg (5 mg personne âgée)	7 jours	Dose habituelle: 10-75 mg/j Attention toxicité cardiaque > 75 mg/j Dose maximale 150mg/j En 1-2 prises/j Max : 300 mg/j (imipramine)	Effets anti-cholinergiques: Dysurie, Hypotension orthostatique, Constipation, Prise de poids, Somnolence, Troubles cognitifs, Troubles du rythme et de la conduction	Abaissement du seuil épileptogène Interactions: Beta bloquants, antidépresseurs Contres Indications: Glaucome à angle fermé Obstacle urétrorprostatique Infarctus du myocarde récent Cardiopathie décompensée	Effet antidépresseur pour doses >75 mg/j
	Imipramine TOFRANIL®							
	Clomipramine ANAFRANIL®							
Anesthésique Local	Emplâtres de lidocaïne VERSATIS®	1 à 3 patches/j selon l'étendue	-	-	1-3 patches/j, 12 h/j	Effets locaux : Prurit, Irritation, Allergie	À appliquer sur peau saine	Excellente tolérance/ Traitements par voie systémique

1. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique. mai 2020;176(5):325-52.
2. Nahar LK, Murphy KG, Paterson S. Misuse and Mortality Related to Gabapentin and Pregabalin are Being Under-Estimated: A Two-Year Post-Mortem Population Study. J Anal Toxicol. 23 août 2019;43(7):564-70.
3. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.
4. Proposition Indicative basée sur la pratique courante du CETD du CHU d'Angers

Figure 9 : Nouvelle version du guide de prescription (Plein Format en Annexe 6)

Les nombreuses propositions ont permis de d'apporter de la clarté et d'ajouter des informations jugées utiles par les médecins généralistes interrogés.

9.1. Modifications du contenu

Dans l'encadré sur les règles de prescription il est précisé l'initiation du traitement « dès le diagnostic » et la « réévaluation régulière de la tolérance et de l'efficacité ». La durée du traitement est mise en valeur « en gras ».

Concernant l'information à donner aux patients, les listes à puces sur les principaux effets indésirables sont rassemblées pour une lecture logique selon le contenu. Il est précisé que les molécules utilisées ont souvent une « efficacité partielle » sur les douleurs. La notion « antalgiques usuels » est précisée avec « (paracétamol, AINS) sont peu ou pas efficaces dans ce type de douleurs » et « les opioïdes forts sont réservés en 3^{ème} ligne ».

Le rappel diagnostique du logigramme est complété d'un lien d'accès au questionnaire DN4 de la SFETD (*présenté en annexe*) car il n'y a pas assez de place pour afficher le questionnaire complet, il semble important de donner plus d'information sur ce questionnaire aux médecins généralistes. L'information sur la TENS est réduite car elle n'est prise en charge par la sécurité sociale sur prescription d'un médecin généraliste (30). Concernant les thérapies complémentaires, les techniques cognitivo-comportementales (TCC) et la méditation de pleine conscience sont recommandées en seconde intention(20). Les médecins généralistes semblent apporter de l'importance à ces techniques en complément d'un traitement médicamenteux. Pour suggérer ces techniques il est ajouté « possibilité d'associer une thérapie type... ». De plus l'abréviation « TCC » est détaillée pour plus de clarté. Le mention « par exemple » suggère à l'utilisateur de proposer d'autres thérapies complémentaires bien que celles la TCC et la méditation de pleine conscience aient fait leur preuve. Une information sur la prégabaline est ajoutée en dessous du logigramme, bien que recommandée en seconde intention elle demeure une molécule très prescrite et cela permet d'informer sur le risque de mésusage et la prescription sur ordonnances sécurisées. Un encadré est ajouté à la fin du logigramme pour rappeler la possibilité d'adresser à un CETD.

Concernant le contenu du tableau, la liste des effets indésirables est limitée aux effets les plus graves et les plus fréquents pour alléger l'information. Il est impossible vu le format de l'outil d'être exhaustif, et ceci apparait clairement sur le document. Il est précisé « effets anticholinergiques » pour les antidépresseurs, afin de sensibiliser le médecin à ce risque notamment chez la personne âgée. L'amitriptyline étant commercialisée sous forme de comprimés et gouttes, les deux galéniques sont précisées. Les « doses moyennes » et « maximales » sont mieux précisées pour plus de clarté. Les contre-indications sont complétées et mises en valeur.

9.2. Modifications de la présentation

Une présentation sur 2 pages en format paysage est conservée afin de permettre une impression sur une page recto verso. Les bordures sont élargies pour une impression papier. L'introduction est supprimée du contenu du guide pour l'alléger, elle semble moins utile que le reste en pratique courante. Elle peut être utilisée comme texte accompagnant la diffusion du guide pour informer et justifier le guide. Les zones de textes sont allégées de groupes de mots autant que possible. Les informations importantes du rappel de l'information à donner au patient sont mises « en gras ». Les colonnes de texte sont positionnées dans l'ordre de lecture de gauche à droite afin de faciliter le sens de lecture. Le cadre sur les thérapies complémentaires est mis en valeur avec une position centrale dans le logigramme, une surface et une police plus grandes. Bien qu'il s'agisse d'une recommandation de grade B, cette approche thérapeutique semble importante pour les participants. Les virgules et espacements dans les cases du tableau sont corrigées pour faciliter la lecture.

9.3. Modifications du support

Le support PDF est préféré en raison de sa polyvalence, il est facilement diffusable par les moyens numériques et imprimable pour les médecins qui préfèrent un guide sur papier. Il permet de cliquer sur les liens renvoyant vers les sites des sociétés savantes à l'origine de recommandations et vers le questionnaire DN4.

DISCUSSION

10. Principaux résultats

La nouvelle version du guide de prescription conserve son format paysage sur deux pages, avec ses coloris. Une des hypothèses initiales de ce travail était que les médecins généralistes souhaiteraient un support informatisé. Les technologies sont maintenant omniprésentes dans la pratique médicale. Pourtant les avis demeurent partagés, le papier conserve un aspect pratique pour certains et quel que soit l'âge des participants. C'est pourquoi la nouvelle version est destinée à une diffusion en PDF compatible avec une impression papier ou une utilisation informatisée. La disposition des parties est modifiée pour suivre un ordre de lecture de gauche à droite et pour faciliter le sens de lecture. Le choix dans la première version de ne pas se limiter à une liste de molécule et de posologie a été conforté lors des entretiens. De nombreuses propositions ont permis de faire évoluer le contenu lié aux règles de prescriptions, aux informations à destination des patients et à des éléments d'aide au diagnostic. Afin d'alléger le guide, l'introduction est retirée ainsi que certains groupes de mots dans l'ensemble des parties textuelles. Ceci a permis d'apporter les contenus complémentaires souhaités par les médecins généralistes interrogés. Il est intéressant d'observer la disparité des propositions d'un tel échantillon, chaque participant apportant une suggestion d'amélioration différente sur un détail de l'outil. Ce qui est une force de la méthodologie qualitative sélectionnée pour ce travail. Il n'y pas eu de commentaires sur la validité des recommandations choisies qui soutiennent l'outil. Dans l'ensemble, les attentes des médecins généralistes convergeaient vers la même idée : un guide synthétique et précis, lisible rapidement pour trouver l'information souhaitée. La nouvelle version obtenue nous semble répondre aux attentes des médecins généralistes interrogés.

11. Comparaison avec la littérature

Ce travail de thèse est la deuxième étape de l'élaboration du guide d'aide à la prescription. Il ne prétend pas avoir la légitimité pour élaborer des recommandations et celles sur lesquelles ce guide s'appuie sont celles de sociétés savantes qui ne nous ont pas mandaté pour son adaptation et sa diffusion vers les médecins généralistes. Malgré tout nous avons vu que le sujet du traitement médicamenteux de la douleur neuropathique est important en médecine générale et qu'un outil simple s'appuyant sur des recommandations existantes a suscité l'intérêt des médecins généralistes qui ont participé à l'étude. Il est difficile de trouver des publications correspondant à notre démarche très pragmatique. Malgré tout elle s'apparente aux réflexions assez anciennes (31) sur les moyens d'appliquer à la pratique une recommandation. La diffusion simple des recommandations dans une revue médicale n'étant pas une méthode très efficace. Notre outil, modifié dans sa première version par un panel d'utilisateur de la population cible, et pouvant être assimilé à un « reminder » version papier, semble posséder des qualités favorisant sa diffusion. En effet, dans les processus actuels recommandés par l'HAS pour une « Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence »(28) il est nécessaire de confronter la première version d'un guide à l'avis d'évaluateurs extérieurs, qui nous a inspiré dans la méthodologie. La méthode qualitative et la population sélectionnée pour corriger l'outil et élaborer sa deuxième version, a été guidée par le choix de l'adaptation à la pratique quotidienne du médecin généraliste. En effet les modalités de prise en compte de la population cible est un facteur susceptible d'influencer la mise en œuvre d'une recommandation médicale selon le rapport sur « Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation »(32). Il insiste sur le lien entre la réponse à un besoin (existence de variations de pratique supposées ou réelles, demande des professionnels ou du public ...) et la participation au processus d'élaboration des praticiens qui vont avoir à mettre en œuvre ces

recommandations. Ce va et vient de la recommandation médicale à la population cible est le cœur même de ce travail de thèse. Ce document ainsi que le rapport de l'ANSM « Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales » (31) suggèrent également que le format de la recommandation influence sa mise en application, il recommande autant que possible un format court (une page recto verso) et un contenu simple mais robuste. Il encourage la diffusion par les moyens informatisés. Ces facteurs sont également rapportés par une étude suisse « Utilisation des recommandations pour la pratique clinique en médecine interne générale : quoi de neuf ? » (33) qui insiste sur le manque de temps (pour lire et évaluer la qualité des recommandations) comme facteur limitant leur application. Les médecins seraient donc probablement plus enclins à suivre les recommandations si celles-ci étaient dans un format court et simple, avec un feuillet d'informations destiné aux patients. C'est justement une amélioration demandée par certains participants de l'étude, et pourrait être un projet complémentaire à celle-ci. Cette étude suggère également d'indiquer la méthodologie de développement de la recommandation et les niveaux d'évidence. Cela n'a volontairement pas été réalisé dans le guide d'aide à la prescription de cette thèse par souci de place et pour limiter l'information à l'essentiel concernant la pratique.

Ce guide est conçu sur un format 2 pages pour une fonction « résumée », imprimable sur 1 feuille recto verso. Il s'agit du nombre de page minimal proposé par le guide de l'HAS « Élaborer une fiche de bon usage du médicament » (34), expliquant les étapes de conception d'une fiche synthétique sur la prescription d'un médicament à destination des médecins, en particuliers les généralistes. L'articulation des parties entre elles permet de proposer un ordre de lecture de gauche à droite et au sein de chaque partie, de haut en bas. Les couleurs ont pour objectif de structurer et hiérarchiser la lecture comme le recommande le guide « Communiquer pour tous » réalisé par Santé publique France et l'Université du Québec (35). De la même manière, les sous parties sont annoncées par un titre permettant de visualiser

rapidement le plan de lecture et l'information recherchée. Comme le propose l'article « Des conseils pour mieux échanger avec les patients »(36), transposable à un outil de communication entre médecin. Le guide de prescription est rédigé en police 10 contre 12 recommandée au minimum (37,38). Le texte est toutefois constitué de phrases courtes et simples, articulées en liste à puce comme le recommande le guide « Communiquer pour tous ». Les nombres sont écrits en chiffre. Les notions importantes, selon les investigateurs et identifiées lors des entretiens (la durée du traitement, les règles de prescription, l'efficacité partielle des molécules...) sont mises en gras afin de hiérarchiser l'information. De plus le format PDF imprimable tient compte du rôle croissant de l'informatique dans le développement et l'implémentation des recommandations à l'avenir. Il a été démontré que l'utilisation de systèmes informatiques d'aide à la décision clinique augmente l'adhésion aux recommandations dans la revue de la littérature « Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care » (39).

La deuxième version du guide d'aide à la prescription des traitements de fond des douleurs neuropathiques chroniques est le résultat de ce travail. Bien qu'il possède des qualités certaines, il n'est pas nécessairement une version finalisée. Sa diffusion à grande échelle, en l'état, aux médecins généralistes sans envisager d'autres étapes (panel complémentaire, études quantitatives sur l'acceptabilité et l'utilisation par la population cible, feed back, évaluation auprès d'experts par exemple) n'est pas envisagée.

12. Forces et limites

La démarche inductive générale est particulièrement appropriée pour l'analyse d'études pour lesquelles il existe peu de modèles ou théories. Elle permet de faire apparaître des dimensions inexplorées sur une problématique précise. Toutefois elle expose au risque de « technicisation » exposé par Paillé et Mucchielli (40) qui réduit l'acte d'analyser à des

questions de méthodes ou à une opération essentiellement logico-pratique. Afin de limiter cet effet, les investigateurs ont fait émerger une mise en ordre compréhensive des données analysées, articulées autour des choix de l'adaptation de la deuxième version du guide d'aide de prescription. Cette étude s'expose à d'autres limites. Les participants sont des médecins généralistes du Maine et Loire et de la Sarthe, c'est à l'origine d'un biais sélection, ils ne représentent pas la population nationale de médecins généralistes. En raison du contexte sanitaire, la majorité des entretiens ont été réalisés en visioconférence, au risque de perdre en qualité d'interaction et d'attention. Le codage a été effectué par un seul investigateur, occasionnant un biais d'interprétation. Un biais de désirabilité sociale est systématique lors des entretiens, ainsi la répétition des entretiens avec des participants différents tend à en diminuer l'effet. Un biais de préservation de face inévitable est lors de la réalisation des entretiens. Il a été limité en créant un climat de confiance, serein et en garantissant la confidentialité et l'anonymisation des propos du participant. De plus, les recommandations disponibles à ce jour concernent les douleurs neuropathiques chroniques, évoluant depuis plus de 3 mois, ainsi ce guide n'aide pas les médecins généralistes à transposer les recommandations pour des douleurs neuropathiques aiguës.

La première version de ce guide de prescription est issue des dernières recommandations des sociétés savantes sur la douleur chronique, la deuxième version prend en compte les besoins des médecins généralistes pour utiliser ce guide dans la pratique courante. Les caractéristiques d'âge, de sexe, de type d'activité, des lieux d'activités et de formation concernant la douleur chronique sont bien réparties. L'analyse de cette étude a été menée après avoir suivi la formation sur les thèses qualitatives de la faculté d'Angers. La méthodologie s'est inspirée du livre « initiation à la recherche qualitative en santé »(29).La triangulation de l'analyse avec les directeurs de thèse a permis d'enrichir l'analyse. Bien que ce ne soit pas l'objet de cette étude, il apparaît à l'issue des entretiens un intérêt de la part

des médecins généralistes pour le guide de prescription, motivant d'autant plus la précision des entretiens. Ces derniers ont duré en moyenne 49 minutes, laissant supposer que la durée des entretiens a permis de balayer autant que possible le champ de réflexion sur le sujet. L'analyse a permis d'identifier différents thèmes pour améliorer l'outil concernant le contenu, la présentation et le support du guide de prescription. Cette étude est originale car elle s'articule autour d'un guide de prescription à la frontière entre la pratique médicale, la communication inter-spécialités et la formation médicale continue. La deuxième version du guide apporte une aide simple mais la plus complète possible à la prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques, ce qui ne semble pas avoir été réalisé jusqu'à présent sous réserve du biais de diffusion important dans les études qualitatives. Les documents résumant les dernières recommandations sont plutôt sur un format textuel de plusieurs pages risquant d'être plus long à lire et donc moins appliqué (41).

13. Perspectives

Les perspectives n'ont pas été envisagées d'emblée lors de l'initiation de la première version du guide du travail de DU. Même si l'objectif ambitieux à terme est de proposer un outil, au moins dans un premier temps à un échelon local, qui soit utilisé par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

En effet le travail de cette thèse est nécessaire mais pas suffisant pour la mise en pratique du guide, il s'agit d'un résultat intermédiaire dans un objectif qui va au-delà. Différentes étapes qui ont montré leur intérêt dans le cadre de diffusion de recommandation pourraient être envisagées. Notamment une évaluation de consensus par un comité d'expert, une évaluation selon une méthode de Delphi auprès d'experts ou panel plus large de médecin généralistes. Il serait possible d'évaluer l'opinion sur l'applicabilité ou l'utilisation réelle avec feed back des médecins généralistes sur le guide de prescription en pratique courante par une

étude quantitative. En l'état une publication semble peut envisageable en raison du caractère « intermédiaire » de ce travail, en effet la proportion de non-diffusion dans la recherche qualitative est importante du fait de critères sélectifs (42).

Grâce au format du guide, et si de telles dynamiques sont envisagées, il sera possible de faire des mises à jour futures, que ce soit pour des « modules complémentaires » sur le diagnostic, des documents à destination des patients, ou si les recommandations évoluent. Pour mémoire, selon l'agence de recommandations anglaise National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 86% des recommandations s'avèrent encore valides après un cycle de 3 ans, et la durée de vie moyenne des recommandations s'établit à 60 mois (43). La première version du guide d'aide à la prescription des traitements de fond des douleurs neuropathiques a été finalisée en 2019, la deuxième version en 2021. Les recommandations sur lesquelles s'appuient ces deux versions n'ont pas évoluées entre temps.

Toutes ces étapes nécessitent des moyens de communication avec les médecins généralistes du territoire, ce qui n'a pas été fait en amont car nous n'avions pas de version d'outil à proposer. Nous pouvons être relativement optimistes pour ces projets devant l'intérêt des médecins généralistes participant à l'étude pour ce type d'outil, déjà perçu comme potentiellement utile en l'état, pour une problématique qui concerne 1/3 des patients souffrant de douleurs chroniques.

CONCLUSION

Une première version du guide de prescription des traitements de fond des douleurs neuropathiques chroniques a été adaptée selon le point de vue des médecins généralistes. Il est issu des dernières recommandations de la SFETD, SFN et NeuPSIG. Il peut être amélioré par des méthodes de consensus ou d'évaluations quantitatives auprès de médecins généralistes. Ce guide peut être diffusé à plus grande échelle grâce aux formats numériques.

Comme toute recommandation de bonne pratique, il nécessite d'être pris en compte en fonction des données actuelles sur les douleurs neuropathiques chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. janv 2019;160(1):53-9.
2. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*. janv 2019;160(1):19-27.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
4. Miller RM, Kaiser RS. Psychological Characteristics of Chronic Pain: a Review of Current Evidence and Assessment Tools to Enhance Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 14 mars 2018;22(3):22.
5. Radat F, Margot-Duclot A, Attal N. Psychiatric co-morbidities in patients with chronic peripheral neuropathic pain: a multicentre cohort study. *Eur J Pain Lond Engl*. nov 2013;17(10):1547-57.
6. Rollman GB, Abdel-Shaheed J, Gillespie JM, Jones KS. Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. *Eur J Pain Lond Engl*. oct 2004;8(5):427-33.
7. Haute Autorité de Santé - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
8. 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.
9. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture–recapture method: a population-based study. *PAIN*. nov 2018;159(11):2394-402.
10. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-11) - Légifrance [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006685748/2012-12-08/>
11. Société française d'étude et de traitement de la douleur, Aubrun F. Structures douleur chronique, SDC: guide des bonnes pratiques. Paris: Éditions Med-line; 2019.
12. Terminology | International Association for the Study of Pain [Internet]. International Association for the Study

of Pain (IASP). [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

13. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* févr 2015;14(2):162-73.
14. Bennett MI, Attal N, Backonja MM, Baron R, Bouhassira D, Freynhagen R, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain.* févr 2007;127(3):199-203.
15. 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.
16. Bouhassira D, Attal N. Diagnosis and assessment of neuropathic pain: the saga of clinical tools. *Pain.* mars 2011;152(3 Suppl):S74-83.
17. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. 1. Le diabète : définition. :12.
18. National trends in rate of patients hospitalized for heart failure and heart failure mortality in France, 2000-2012 - PubMed [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/buadistant.univ-angers.fr/25950872/>
19. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
20. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris).* mai 2020;176(5):325-52.
21. Disponible sur: <https://www.ebmfrance.net/fr/Pages/ebm/ebm00931.aspx>
22. Disponible sur: <http://drefc.sfm.org/>
23. Martinez V, Attal N, Vanzo B, Vicaut E, Gautier JM, Bouhassira D, et al. Adherence of French GPs to chronic neuropathic pain clinical guidelines: results of a cross-sectional, randomized, « e » case-vignette survey. *PloS One.* 2014;9(4):e93855.
24. Mélanie T. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES: QUELLE EVOLUTION CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION MIDI-

PYRENEES, COMPARAISON AVEC UNE ENQUETE REALISEE EN 2007. :57.

25. Serre A. Etude de pratiques quant à la prise en charge des douleurs post-zostériennes par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2618/>
26. Evolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en Lorraine. 2016.
27. Etude sur la perception de la prise en charge de la douleur neuropathique par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Internet]. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/41d881ba-8c93-4b45-807e-32635c613d3d>
28. Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764530/fr/methode-d-elaboration-des-fiches-memo-et-des-fiches-pertinence
29. Lebeau J-P, Aubin-Augier I, Cadwallader J-S, Londe JG de la, Lustman M, médecine).) AM (directeur de thèse de, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global media santé; 2021. 192 p.
30. TENS-en-pratique-modif-29122020-1.pdf [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/02/TENS-en-pratique-modif-29122020-1.pdf>
31. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764545/fr/efficacite-des-methodes-de-mise-en-oeuvre-des-recommandations-medicales
32. Caniard (e), CANIARD (E.). Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2002 Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=249168>
33. Utilisation des recommandations pour la pratique clinique en médecine interne générale : quoi de neuf? [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-584/utilisation-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique-en-medecine-interne-generale-quoi-de-neuf>

34. Élaborer une fiche Bon Usage du Médicament [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190497/fr/elaborer-une-fiche-bon-usage-du-medicament
35. SPF. Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>
36. Mieux se faire comprendre par les patients [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/60913/0/2021/ArchiveNewsDetails.aspx?page=1>
37. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2010;11(4):255-72.
38. Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. :34.
39. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 16 mai 2006;144(10):742-52.
40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
41. Mai 2021 [Internet]. APIMED Pays de la Loire. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/themes/mai-2021/>
42. Toews I, Glenton C, Lewin S, Berg RC, Noyes J, Booth A, et al. Extent, Awareness and Perception of Dissemination Bias in Qualitative Research: An Explorative Survey. *PloS One*. 2016;11(8):e0159290.
43. Alderson LJH, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol*. janv 2014;67(1):52-5.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nuage de mot « Opinion sur le guide de prescription »	10
Figure 2 : Carte mentale des propositions d'amélioration des parties textuelles	11
Figure 3 : Carte mentale des propositions d'amélioration du logigramme.....	12
Figure 4 : Carte mentale des propositions d'amélioration du tableau	14
Figure 5 : Carte mentale des propositions d'amélioration des annexes.....	15
Figure 6 : Carte mentale des propositions d'amélioration concernant les traitements de seconde intention	16
Figure 7 : Carte mentale des propositions d'améliorations de la présentation	17
Figure 8 : Carte mentale des propositions d'améliorations du support	19
Figure 9 : Nouvelle version du guide de prescription	20, 22

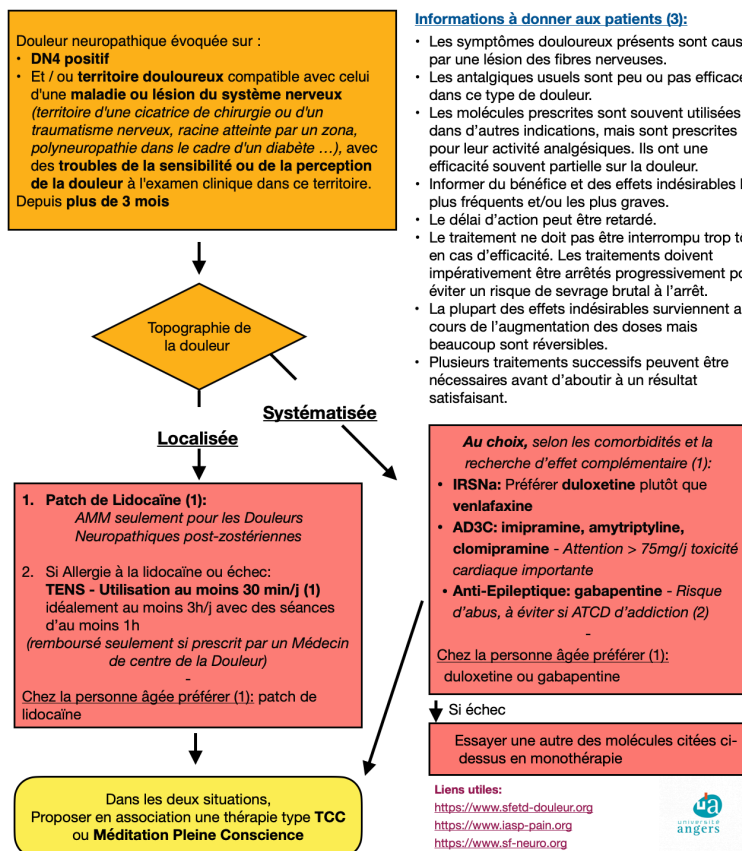
LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des participants	8
---	---

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	5
1. Élaboration du guide d'aide à la prescription	5
2. Objectif de l'étude.	5
3. Type d'étude	5
4. Population	6
5. Recueil de données	6
6. Analyse des données	7
7. Modification du « guide d'aide à la prescription »	8
RÉSULTATS.....	9
8. Analyse des résultats.....	9
8.1. Caractéristiques des participants	9
8.2. Analyse de l'opinion sur le guide de prescription	9
8.3. Analyse des propositions d'améliorations sur le contenu	10
8.3.1. Comment améliorer le contenu des parties textuelles ?	11
8.3.2. Comment améliorer le contenu du logigramme ?	12
8.3.3. Comment améliorer le contenu du tableau ?	14
8.3.4. Comment améliorer le contenu des annexes ?.....	15
8.3.5. Quelles améliorations proposer concernant l'information sur les traitements de seconde intention ?	16
8.4. Analyse des propositions d'améliorations sur la présentation	17
8.4.1. Comment améliorer la présentation du logigramme ?.....	17
8.4.2. Comment améliorer la présentation du tableau ?	18
8.4.3. Comment améliorer la présentation des parties textuelles ?	18
8.4.4. Comment améliorer la présentation en vue d'une impression ?.....	18
8.4.5. Quel équilibre proposer entre un outil synthétique et exhaustif ?	18
8.5. Analyse des propositions d'améliorations sur le support.....	19
9. Proposition d'une nouvelle version du guide de prescription	21
9.1. Modifications du contenu	22
9.2. Modifications de la présentation	24
9.3. Modifications du support	24
DISCUSSION	25
10. Principaux résultats.....	25
11. Comparaison avec la littérature	26
12. Forces et limites	28
13. Perspectives	30
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES.....	37
LISTE DES TABLEAUX	37
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Première version du guide de prescription



Guide de prescription des traitements de fond de Première Intention des Douleurs Neuropathiques

Selon les recommandations de la SFETD et SFN 2010 et 2020, et les recommandations NeuPSIG 2015. Guide rédigé par Léa Auquier.

Protocole destiné aux Médecins de Soins Primaires

Les douleurs Neuropathiques concernent près de 5 à 7 % de la population Française. Le diagnostic peut être facilement posé à l'aide du Questionnaire DN4. Toutefois les traitements de fonds ne sont pas toujours introduits en soins primaires. Les délais d'accès aux consultations de Douleurs Chroniques étant parfois longs, nous vous proposons ici un résumé des recommandations de la SFETD et de la SFN pour choisir la molécule la plus adaptée à l'étiologie des douleurs neuropathiques rencontrées, et un guide de prescription des molécules recommandées en première intention.

Règles de prescription (3):

Mise en route du traitement :

- Les **mécanismes** de la douleur neuropathique et les **objectifs** des traitements doivent être **expliqués de façon simple et claire**.
- Initiation à doses faibles en monothérapie puis augmentation des posologies par paliers** selon la tolérance et l'efficacité.

Durée du traitement :

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

Posologies, contre-indications, effets indésirables et précautions d'emploi des thérapeutiques médicamenteuses de fond de 1ère intention des douleurs neuropathiques								
Classe	Molécule	Dose initiale (3)	Paliers d'augmentation (3)	Intervalle entre les paliers (4)	Doses moyennes et maximales (1)	Principaux Effets indésirables	Précautions d'emploi	Action conjointe
Anti-Epileptiques	Gabapentine NEURONTIN®	300 mg le soir (100 mg pour la personne âgée)	300 mg (100 mg personne âgée)	5 jours	1200—3600 mg, 3 fois/j	Somnolence, asthénie, Impression vertigineuse Nausées, anorexie, Sécheresse de la bouche Céphalées, Oedèmes périphériques Prise de poids (EI proportionnels à la dose)	Adapté selon la clairance de la créatinine. Réduire les doses chez la personne âgée	Amélioration des troubles du sommeil
	Duloxétine CYMBALTA®	30-60 mg	30-60 mg	15 à 30 jours	60-120 mg/j, 1-2 fois/j	Tachycardie si > 150mg/jj, Nausées/vomissements, constipation, anorexie Bouche sèche, impression vertigineuse Somnolence, insomnie, sueurs, fatigue	Insuffisance hépatique HTA non contrôlée	Amélioration de la dépression et de l' anxiété généralisée
Antidépresseurs Tricycliques	Amitriptyline LAROXYL® ELAVIL®	10-25 mg le soir	25 mg (5 mg personne âgée)	7 jours	10-150 mg/j, 1-2 fois/j	Dysurie, bouche sèche Hypotension orthostatique, céphalées, Troubles de l'accommodation Constipation, sueurs, prise de poids Somnolence, vertiges, troubles cognitifs Troubles cardiovasculaires (rythme, conduction)	Glaucome à angle fermé Obstacle urétrorprostatique Infarctus du myocarde récent, Abaissement du seuil épileptogène	Effet antidépresseur pour doses > 75 mg/j
	Imipramine TOFRANIL®				max. : 300 mg/j (imipramine)			
	Clomipramine ANAFRANIL®				Attention toxicité cardiaque > 75 mg/j			
Anesthésique Local	Emplâtres de lidocaïne VERSATIS®	1 à 3 patches/j selon l'étendue de l'aire douloureuse	-	-	1-3 patches/j, 12 h/j	Effets locaux : prurit, irritation, allergie	À appliquer sur peau saine	Excellente tolérance/ Traitements par voie systémique

1. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique. mai 2020;176(5):325-52.
2. Nahar LK, Murphy KG, Paterson S. Misuse and Mortality Related to Gabapentin and Pregabalin are Being Under-Estimated: A Two-Year Post-Mortem Population Study. J Anal Toxicol. 23 août 2019;43(7):564-70.
3. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.
4. Proposition Indicative basée sur la pratique courante

Annexe 2 : Grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion	
Caractéristiques personnelles	
1 : Enquêteur/ animateur	Léa Auquier
2 : Titre académique	Interne de Médecine Générale
3 : Activité	CETD / SASPAS
4 : Genre	Féminin
5 : Expérience et formation	Formée par des ateliers de thèse qualitative de ma faculté, auto-formation sur bibliographie
Relation avec les participants	
6 : Relation antérieure	MSU stage ambulatoire de niveau I (2)et II (2), autres participants inconnus
7 : Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Statut d'interne en médecine générale, ayant effectué un semestre au CETD du CHU d'Angers
8 : Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour la prise en charge des douleurs chroniques en médecine générale
Domaine 2 : Conception de l'étude	
Cadre théorique	
9 : Orientation méthodologique et théorie	Analyse Inductive Générale
Sélection des participants	
10 : Échantillonnage	Par connaissance puis recrutement par effet boule de neige
11 : Prise de contact	Face-à-face, téléphone, courriel
12 : Taille de l'échantillon	Jusqu'à saturation des données : 9
13 : Non-participation	3 Personnes (3 non-répondants au mail)
Contexte	
14 : Cadre de la collecte de données	La plupart ont été recueillies en visioconférence, 2 entretiens se sont déroulés en présentiel au domicile du participant
15 : Présence de non participants	Non
16 : Description de l'échantillon	Médecins généralistes exerçant en Maine et Loire, et en Sarthe. Âgés de 29 à 67 ans. Exerçant une activité mixte ou de la médecine générale exclusivement. Ils ont une activité urbaine, semi rurale ou rurale. Ils ont des degrés de formation différents sur la Douleur Chronique.
Recueil des données	
17 : Guide d'entretien	Le sujet était brièvement introduit pour ne pas orienter les réponses des participants. Le guide d'entretien a été testé lors de 2 entretiens test et mis à jour
18 : Entretiens répétés	Non
19 : Enregistrement audio-visuel	Enregistrement audio au moyen d'un dictaphone
20 : Cahier de terrain	Un carnet de bord a été tenu et mis à jour au fur et à mesure des réflexions sur le sujet, des réunions avec les directeurs de thèse et des entretiens.
21 : Durée des entretiens	Moyenne de 49 minutes

22 : Seuil de saturation	9
23 : Retour des retranscriptions	Réalisé
Domaine 3 : Analyse et résultats	
Analyse des données	
24 : Nombre de personnes codant les données	1 (les thèmes issus du codage ont été relus par les directeurs de thèse)
25 : Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage a été conçu à partir du texte et articulés en sous-thèmes concernant les pistes d'améliorations selon les parties du guide et en thème selon s'il s'agit d'améliorer la présentation, le contenu ou le support du guide de prescription
26 : Détermination des thèmes	Pistes d'améliorations de la présentation, du contenu et du support du guide de prescription.
27 : Logiciel utilisé	N VIVO pour MAC
28 : Vérification par les participants	Effectuée
Rédaction	
29 : Citations présentées	Des citations de participants ont été utilisées pour illustrer les résultats. Chaque citation était identifiée au numéro du participant.
30 : Cohérence des données et des résultats	Oui
31 : Clarté des thèmes principaux	Oui
32 : Clarté des thèmes secondaires	Oui

LETTRE D'INFORMATION

Thèse d'Exercice en Médecine Générale

Nous vous proposons de participer à une étude visant à améliorer un guide de prescription des traitements de fond de première intention des douleurs neuropathiques.

L'investigateur (Léa AUQUIER) pourra compléter ces informations. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous souhaitez. Vos questions peuvent être adressées par oral, écrit, par mail ou posées par téléphone (Numéros disponibles en fin de document).

Cette étude est menée par Léa AUQUIER, interne de Médecine Générale à la Faculté de Médecine d'Angers (49000), avec comme directeur de thèse le Docteur Thierry DELORME et co-directeur de thèse le Docteur Matthieu PEUROIS.

Voici le déroulement de l'étude à laquelle nous vous proposons de participer :

Il vous sera demandé de participer à un entretien semi-dirigé d'une vingtaine de minutes avec l'investigateur en visio-conférence via l'application ZOOM ou WHATSAPP selon votre convenance. En début d'entretien, il vous sera remis le guide de prescription, après un temps de lecture des questions ouvertes vous seront posées. Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement afin de pouvoir retranscrire les données.

L'analyse des données issues de l'entretien visera à élaborer des thèmes pour améliorer le guide de prescription, cette analyse vous sera remise pour validation.

A la fin de l'étude, une version améliorée du guide sera réalisée et vous sera remise.

Toutes les informations recueillies au cours de l'étude seront répertoriées et analysées par un système informatique. Vous pourrez exercer votre droit de rectification des données recueillies qui resteront par ailleurs strictement confidentielles.

Cette recherche a pour but la réalisation d'une thèse d'exercice de Médecine dont la soutenance est prévue en septembre-octobre 2021.

Votre nom ne figurera à aucun moment dans les données informatiques en accord avec la loi " informatique et liberté " modifiée par la loi n°94-548 du 1^{er} juillet 1994. Votre identité sera voilée à l'aide d'un numéro aléatoire ; Votre identité sera utilisée uniquement le temps du recueil de données et effacé ensuite; Aucun autre renseignement ne sera dévoilé qui puisse révéler votre identité ; toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les investigateurs et les directeurs de thèse y auront accès. Nous n'autorisons leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche, mandatées par Léa AUQUIER.

Cette étude est réalisée conformément aux dispositions de la loi n° 881138 du 20 décembre 1988 (loi Huriot/Sérusclat) modifiée aux textes réglementaires qui la complètent, à celles relatives à la protection de personnes qui se prêtent à des recherches médicales.

Pour tout complément d'informations que vous souhaiteriez obtenir, vous pouvez nous contacter : lea.auquier@gmail.com - 0603955260

Paraphes du volontaire

Thèse d'Exercice en Médecine Générale
Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné, Mme/Mr,

ACCEPTE DE PARTICIPER A CETTE ETUDE DANS LES CONDITIONS PRECISEES DANS LE FORMULAIRE D'INFORMATION CI-JOINT.

Mon consentement ne décharge en rien les responsables de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter la participation à cette étude sans supporter aucune responsabilité. J'informerai l'investigateur (Léa AUQUIER) de mon retrait de l'étude.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude, puissent faire l'objet d'un traitement informatisé, par l'investigateur et pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi " Informatique et Liberté " modifiée par la loi n°94-548 du 1^{er} juillet 1994, s'exerce à tout moment auprès de Mme Léa AUQUIER. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche, mandatées par Léa AUQUIER, éventuellement, par un représentant des autorités de santé. J'ai pris connaissance également que je ne pourrai pas participer à une autre étude au bout d'une semaine après la fin de celle-ci.

Cette étude est réalisée conformément aux dispositions de la loi n° 881138 du 20 décembre 1988 modifiée aux textes réglementaires qui la complètent relatifs à la protection de personnes qui se prêtent à des recherches médicales.

Fait à

Le

Nom
Prénom

Signature obligatoire :



L'investigateur

Léa AUQUIER

Signature obligatoire :



Annexe 4 : Grille d'entretien

En début d'entretien avant de donner le guide, il est présenté rapidement le contexte et l'objectif de l'étude :

« Près de 5 à 7 % des Français souffrent de douleurs neuropathiques. La prise en charge des douleurs neuropathiques est un motif de consultation récurrent en médecine générale. J'ai observé dans ma pratique personnelle la difficulté de cette prise en charge. J'ai élaboré un résumé des dernières recommandations des sociétés savantes de la douleur (Française et Internationale) pour aider les médecins de soins primaires à prescrire un traitement de fond de première intention des douleurs neuropathiques. Je souhaite améliorer ce guide de prescription pour favoriser son utilisation dans la pratique courante des médecins généralistes. »

Lecture des sous-titres du guide de prescription puis après un temps de lecture du guide par le participant :

1 - Que pensez-vous de ce guide de prescription des traitements de fond des douleurs neuropathiques ?

2 - Quelle(s) amélioration(s) serai(en)t utile(s) selon vous pour favoriser son utilisation en médecine générale ?

- Concernant le contenu, quelle(s) amélioration(s) pourriez-vous proposer sur ...

- (Si non évoqué par le participant) * l'introduction ?
- * le rappel des règles de prescription ?
- * le rappel des informations données au patient ?
- * l'aide diagnostique avec le rappel du DN4 ?
- * l'algorithme de décision thérapeutique ?
- * le tableau résumant les molécules de 1ère intention ?

- * *les liens hypertextes vers les sites des sociétés savantes à l'origine des recommandations ?*

- *Quelle(s) amélioration(s) pourriez-vous proposer sur le format et la présentation du guide ?*

3 – Ce guide est initialement pensé pour un support papier en triptyque, je vous le présente en PDF du fait du contexte sanitaire. Comment pourrait-on améliorer le support du guide pour favoriser son utilisation en médecine générale ?

4 - Selon vous, qu'est ce qui pourrait être un frein à l'utilisation de cet outil ?

5 – Je vous remercie pour ces propositions d'améliorations, pour les intégrer à mon guide, selon vous dans quelle mesure mon guide doit viser l'exhaustivité ou plutôt une synthèse des informations ?

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

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

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

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

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

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Guide d'aide à la prescription des traitements de fond de Première Intention des Douleurs Neuropathiques Chroniques

Selon les recommandations de la SFETD et SFN 2010 et 2020, et les recommandations NeuPSIG 2015. Guide rédigé par Léa Auquier.

REGLES DE PRESCRIPTION ⁽⁸⁾

Mise en route du traitement :

- **Explication simple des mécanismes** de la douleur neuropathique et des **objectifs** des traitements;
- **Initiation à doses faibles en monothérapie puis augmentation des posologies par paliers** selon la tolérance et l'efficacité, **dès le diagnostic**;

Durée du traitement :

- **Traitement pendant plusieurs mois (≥ 6 mois)**;
- Réévaluation régulière de la tolérance et de l'efficacité;
- **Recherche de la posologie posologie minimum efficace au bout de 6 à 8 mois de traitement.**

INFORMATION A DONNER AU PATIENT ⁽⁸⁾

- Symptômes douloureux présents causés par une **lésion des fibres nerveuses**;
- Les **antalgiques usuels** (paracétamol, AINS) **sont peu ou pas efficaces** dans ce type de douleur;
- Les opioïdes forts sont réservés en 3ème ligne;
- Molécules prescrites dans d'**autres indications**, mais sont prescrites pour leur activité analgésiques. Elles ont une **efficacité souvent partielle** sur la douleur;
- Plusieurs traitements successifs peuvent être nécessaires avant d'aboutir à un résultat satisfaisant;
- Le **délai d'action peut être retardé**;
- Le **traitement ne doit pas être interrompu trop tôt** en cas d'efficacité. Les traitements doivent impérativement être **arrêtés progressivement** pour éviter un risque de sevrage brutal à l'arrêt;
- Informer du bénéfice et des effets indésirables les plus fréquents et/ou les plus graves;
- La plupart des effets indésirables surviennent pendant l'augmentation des doses mais sont souvent réversibles.

Liens utiles

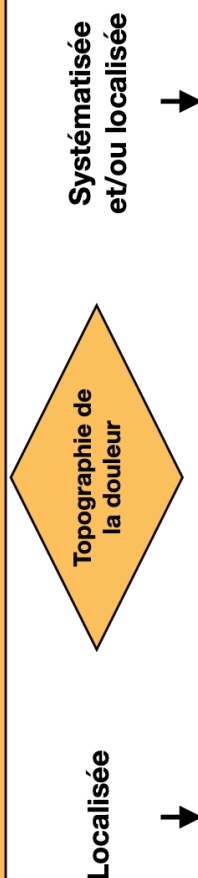
<https://www.iasp-pain.org>

<https://www.sfetd-douleur.org>

<https://www.sf-neuro.org>

DIAGNOSTIC DOULEUR CHRONIQUE NEUROPATHIQUE:

- **Questionnaire DN4 positif** <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf>
- Et / ou **territoire douloureux compatible** avec celui d'une **maladie ou lésion du système nerveux** (territoire d'une cicatrice de chirurgie ou d'un **traumatisme nerveux**, racine atteinte par un **zona**, **polyneuropathie** dans le cadre d'un **diabète** ...), avec des **troubles de la sensibilité** ou de la **perception de la douleur** à l'examen clinique dans ce territoire.
- Depuis **plus de 3 mois**



1. Patch de Lidocaïne ⁽⁹⁾:

AMM *seulement pour les Douleurs Neuropathiques post-zostériennes*

2. Si allergie à la lidocaïne ou échec:

TENS (Prise en charge *seulement sur prescription d'un Médecin de Centre Douleur ou Rhumatologue*) **Au moins 30 min/j ⁽¹⁰⁾**

Personne âgée *préférer* ⁽¹¹⁾: patch de lidocaïne

Seconde Intention: QUTENZA®, dans les Centres d'Etude de Traitement de la Douleur (CETD)

Au choix ⁽¹²⁾:

- **Inhibiteurs de recapture de la sérotonine**: Préférer duloxetine plutôt que venlafaxine
- **Antidépresseurs tricycliques**: imipramine, amitriptyline, clomipramine - *Attention > 75mg/j toxicité cardiaque importante*
- **Anti-Epileptique**: gabapentine - *Risque d'abus, à éviter si ATCD d'addiction ⁽¹³⁾*

Personne âgée: duloxetine ou gabapentine

SI ECHEC: Essayer une autre des molécules citées ci-dessus en monothérapie

Dans les deux situations, possibilité d'**associer** une thérapie type **Technique Cognitivo-Comportementale, Méditation Pleine Conscience** par exemple.

Prégabaline LYRICA® proposé en seconde intention car risque de mésusage > *ordonnances sécurisées ⁽¹⁴⁾*

Si **échec** ou situation **complexe**, possibilité de prendre avis ou adresser le patient auprès d'un **CETD**

Posologies, contre-indications, effets indésirables et précautions d'emploi des thérapeutiques médicamenteuses de fond de 1ère intention des douleurs neuropathiques								
Classe	Molécule	Dose initiale (3)	Paliers d'augmentation (3)	Intervalle entre les paliers (4)	Doses moyennes et maximales (1)	Principaux Effets indésirables	Principales précautions d'emploi et Contre-Indications	Action conjointe
Anti-Epileptiques	Gabapentine NEURONTIN®	300 mg le soir (100 mg pour la personne âgée)	300 mg (100 mg personne âgée)	5 jours	1200—3600 mg, En 3 prises/j	Somnolence, Oedèmes périphériques, Prise de poids, Sensation vertigineuse	Adapter selon la clairance de la créatinine Réduire les doses chez la personne âgée Contres Indications: Insuffisance rénale sévère Grossesse	Amélioration des troubles du sommeil
	Duloxétine CYMBALTA®	30-60 mg	30-60 mg	15 à 30 jours	60-120 mg/j, En 1-2 prises/j	Tachycardie si > 150mg/j, Constipation, Anorexie, Somnolence	HTA non contrôlée Interactions: AVK, tramadol, flecainide, metoprolol, tamoxifène Contres Indications: Association à fluvoxamine Grossesse et Allaitement Insuffisance hépatique	Amélioration de la dépression et de l' anxiété généralisée
Antidépresseurs Tricycliques	Venlafaxine EFFEXOR®	35,7 mg	75 mg	30j	150-225 mg/j Attention aux EI > 150 mg/j			
	Amitriptyline LAROXYL® ELAVIL® (En gouttes ou cp)	10-25 mg le soir	25 mg (5 mg personne âgée)	7 jours	Dose habituelle: 10-75 mg/j Attention toxicité cardiaque > 75 mg/j Dose maximale 150mg/j En 1-2 prises/j Max : 300 mg/j (imipramine)	Effets anti-cholinergiques: Dysurie, Hypotension orthostatique, Constipation, Prise de poids, Somnolence, Troubles cognitifs, Troubles du rythme et de la conduction	Abaissement du seuil épileptogène Interactions: Beta bloquants, antidépresseurs Contres Indications: Glaucome à angle fermé Obstacle uréthroprostatique Infarctus du myocarde récent Cardiopathie décompensée	Effet antidépresseur pour doses >75 mg/j
	Imipramine TOFRANIL®							
Anesthésique Local	Clomipramine ANAFRANIL®	1 à 3 patchs/j selon l'étendue	-	-	1-3 patchs/j, 12 h/j	Effets locaux : Prurit, Irritation, Allergie	À appliquer sur peau saine	Excellente tolérance/ Traitements par voie systémique
	Emplâtres de lidocaïne VERSATIS®							

1. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Contradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique. mai 2020;176(5):325-52.
2. Nahar LK, Murphy KG, Paterson S. Misuse and Mortality Related to Gabapentin and Pregabalin are Being Under-Estimated: A Two-Year Post-Mortem Population Study. J Anal Toxicol. 23 août 2019;43(7):564-70.
3. Martinez V, Aitai N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.
4. Proposition Indicative basée sur la pratique courante du CETD du CHU d'Angers

Guide de prescription d'un traitement de fond de douleurs neuropathiques chroniques. Optimisation pour la pratique en médecine générale par une approche qualitative.

RÉSUMÉ

Introduction : Les douleurs neuropathiques concernent 5 à 7% de la population française. Leur diagnostic s'améliore mais leur traitement demeure délicat. Un guide de prescription a été conçu sur la base des recommandations de la SFETD et SFN 2010 et 2020, de la NeuPSIG 2015. L'objectif de cette étude est d'améliorer le guide de prescription selon l'avis de médecins généralistes, pour faciliter son utilisation en pratique courante.

Méthode : Des entretiens semi directifs ont été menés auprès de médecins généralistes du Maine et Loire et de la Sarthe. Après retranscription, et analyse du verbatim sur le logiciel N VIVO® selon la méthode inductive générale, des thèmes d'améliorations ont été identifiés sur le contenu, la présentation et le support du guide. Les étapes de cette étude ont suivi les recommandations de la grille COREQ.

Résultats : A l'issue de cette analyse une nouvelle version du guide est proposée. Il conserve un format sur deux pages PDF ainsi que ses gammes de couleur. L'introduction est retirée pour alléger le contenu textuel de même que certains groupes de mots, pour répondre à l'attente globale des participants : un outil synthétique mais précis, rapide à lire.

Discussion : Cette étude permet l'amélioration d'un guide de prescription de traitements de fond des douleurs neuropathiques chroniques pour la pratique quotidienne en médecine générale. Il nécessitera une mise à jour régulière selon l'évolution des recommandations. Applicable en l'état, il nécessitera une évaluation auprès d'experts (par exemple méthode de consensus type ronde Delphi) ou en pratique courante auprès de médecins généralistes selon une approche quantitative avant d'envisager une diffusion à grande échelle.

Mots-clés : Douleur Neuropathique, Guide de prescription, Méthode inductive générale, Formation continue, Médecine Générale

Neuropathic chronic pain's treatment prescription guide: improvement for daily use in general practice by a qualitative study.

ABSTRACT

Introduction: In France, an estimated 5 to 7 % of the population are concerned by neuropathic pain. Though an improvement in its diagnosis exists, treatment remains delicate. A prescription guide was designed on the SFETD 2010 and 2020 SFN, the 2015 NeuPSIG's guidelines. The aim of this study is to improve the prescription guide based on the general practitioner's point of view to ease its use.

Method: Semi directives interviews were conducted among general practitioners from Maine et Loire and Sarthe. After transcription and verbatim analysis on N VIVO® software with general inductive analysis, improvement themes were spotted based on content, presentation, and the medium of the guide. This study is based on the COREQ guidelines.

Results: A new draft of this guide emerged from this analysis. It's still presented over two pages, on PDF support. Colors don't change. The introduction is deleted such as some word in text parts to propose a fast-reading, precise and synthetic guide, responding to GP's expectations.

Discussion: This study allowed a more synthetical, readable, neuropathic pain's treatment prescription guide to help general practitioners in its daily use. It's upgradable succeeding guidelines improvements. It could benefit from GP's opinion quantitative study or expert comity's assessment.

Keywords : neuropathic pain, treatment, prescription guide, general practitioner, general inductive analysis,