Le médecin généraliste et la douleur ressentie par les patients diabétiques lors des autosurveillances glycémiques et des injections d'insuline

Maylis Duval, Élodie Zangara

▶ **To cite this version:**

Maylis Duval, Élodie Zangara. Le médecin généraliste et la douleur ressentie par les patients diabétiques lors des autosurveillances glycémiques et des injections d'insuline. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00933266

HAL Id: dumas-00933266

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00933266

Submitted on 20 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2013 N°

Le Médecin Généraliste et la Douleur ressentie par les patients diabétiques lors des autosurveillances glycémiques et des injections d'insuline.

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DES de médecine générale

Par
Maylis DUVAL
Née le 31 Mai 1983 à Saint Martin d'Hères

Élodie ZANGARA
Née le 12 Mai 1983 à Échirolles

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 14 Janvier 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Luc CRACOWSKI

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Monsieur le Docteur Pierre BASSET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Badis HADROUF

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

RESUMÉ

Le diabète est une maladie chronique fréquente. Les autosurveillances glycémiques (ASG) et les injections d'insuline sont des gestes indispensables dans la prise en charge du patient diabétique. Leur exécution répétée peut être à l'origine d'une douleur, souvent sous estimée par les soignants.

Afin de mieux comprendre comment les médecins généralistes perçoivent, abordent et prennent en charge cette douleur, nous avons réalisé une enquête qualitative à l'aide de seize entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région grenobloise.

Les médecins interrogés considèrent que les injections d'insuline sont indolores, les ASG peu douloureuses, et peu abordent la question de la douleur en consultation : par omission, par manque de solutions ou encore par une priorité moindre au vu de la complexité de la pathologie. Cette perception est en opposition avec le ressenti des patients. Il est probablement difficile pour les soignants d'appréhender la douleur des autres puisqu'ils sont confrontés à leurs propres représentations. Mais ils sont sensibles à la douleur morale engendrée par ces gestes ce qui les amène souvent à adapter leurs prescriptions. Ils parlent de leur difficulté face au diabète et au patient diabétique, mais là aussi ils sont influencés par les représentations négatives qu'ils ont de ces patients et de leur maladie.

Finalement, il faut inciter les patients à en parler, pour une meilleure communication médecin-malade et pour améliorer l'observance.

Pour cela, la prise en charge de ces douleurs peut être améliorée par une meilleure sensibilisation des médecins à ce sujet et par une meilleure information sur les structures dont ils disposent pour les aider.

Mots clés : douleur, autosurveillances glycémiques, injection d'insuline, étude qualitative, médecins généralistes.

ABSTRACT

Diabetes is a common chronic disease. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) and injection of insulin is an indispensable part of the management of the disease. Repeated execution of them can be the cause of pain that are often underestimated by caregivers.

In order to better understand how general practitioners perceive, address and manage the pain, we have carried out a qualitative survey based on sixteen semi-structured interviews of practitioners based in the area of Grenoble.

Doctors that were interviewed considered the injection of insulin painless and SMBG hardly painful. Few of them address the question of pain in consultations usually because of omission, lack of solutions or a less priority of those pain in front of other challenges encountered in this complex disease. This perception of practitioners is in contradiction with the feelings of patients. It is probably difficult for caregivers to evaluate the pain of others due to the differences in people's pain perception. They are however sensitive to the preconception of pain due this treatments, which often brings them to change their schedule of treatment.

The practitioners that were interviewed told us their difficulties in treating diabetes and diabetic patients. Moreover doctors are influenced by their negative idea of these patients and their disease.

The main aim is to encourage patients to talk about their pain for a better doctor-patient relationship and to improve treatment compliance.

In order to achieve this, we need to raise the awareness of doctors and give better information on the existing products and services that are intended to help manage these patients.

Key words : pain, self-monitoring of blood glucose (SMBG), insulin injection, qualitative survey, general practitioner.

Liste des Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, 2013/2014. Université Joseph Fourrier, Grenoble

Occupation Actuelle	Discipline Universitaire
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du veillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie

ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du veillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique, brulologie

PALOMBI Olivier	Anatomie
PARK Sophie	Hématologie
PASSAGIA Jean-Guy	Neurochirurgie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PONS Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhyno-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhyno-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhyno-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation, médecine d'urgence
SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
SERGENT Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TAMISIER Renaud	Physiologie
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Liste des Maîtres des Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers 2013/2014. Université Joseph Fourrier, Grenoble.

Occupation Actuelle	Discipline universitaire
APTEL Florent	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine	Bactériologie, virologie
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DECAENS Thomas	
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie édicale
GUZUN Rita	Nutrition
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
LONG Jean-Alexandre	Urologie
MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MARLU Raphaël	Hématologie
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostat, informatique médicale et technologies de communication
ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie clinique
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et génétique moléculaire
SATRE Véronique	Génétique
SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire

REMERCIEMENTS

À Messieurs les membres du jury.

À Monsieur le Professeur BENHAMOU d'accepter de présider notre thèse. Nous sommes honorées de votre présence dans ce jury.

À Monsieur le Professeur IMBERT, Monsieur le Professeur CRACOWSKI, et à Monsieur le Docteur BASSET d'accepter d'être membres du jury. Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Monsieur le Docteur HADROUF, d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Tes nombreux conseils et ta grande disponibilité ont été une aide précieuse. Merci.

Aux médecins de la région grenobloise d'avoir participé à cette étude, pour le temps consacré et leur participation active.

À Dorothée JEAN pour nous avoir sensibilisées à ce sujet.

À Ibéric et Thérésa pour leur aide pour l'anglais.

À Régis et Geneviève pour leur relecture.

À Jérémie et Thomas pour leur patience dans la mise en page.

REMERCIEMENTS D'ÉLODIE

À ma famille. À mes parents, grands parents, frères et sœurs pour votre soutien à toute épreuve, votre amour inconditionnel et votre confiance en moi. Je n'en serais pas là sans vous.

À mes maîtres de stages et à toutes les personnes qui ont participé à ma formation. Merci de m'avoir transmis votre passion du métier.

À mes amis. Anais, Emilie, Marie et Amé, mes fidèles acolytes depuis mes premiers pas en médecine, merci pour votre présence à chaque étape de ma vie. J'ai de la chance de vous avoir.
À Aline, Chouchou, Matou, Pierrot, Éléa, Tof, Jérôme, Lise, Arnaud pour tous ces joyeux moments partagés et à venir.

À Ibé et Margot qui rendent ma vie plus belle chaque jour.

Et bien sûr à Maylis qui m'a supportée tout au long de ce travail ! Pour ta motivation, ta rigueur et ton sens du détail, pour les litres de thé ingurgités et surtout pour ton amitié si sincère.

REMERCIEMENTS DE MAYLIS

À Élodie, ma co-thésarde mais avant tout mon amie. Merci pour ton soutien et ton aide tout au long de ce travail, pour ta gentillesse et ta générosité. Un grand merci pour cette belle amitié.

À tous mes enseignants et maîtres de stage, particulièrement au Docteur Anne GERVASONI et à Marianne pour votre bonne humeur et gentillesse. Vous m'avez montré que travailler en libéral ne signifie pas travailler seul, au contraire.

À Anaïs, Émilie, Marine, Amélie et Marie pour ces belles années passées à vos côtés. Merci pour votre amitié qui m'est chère. À Marie, Chloé, Mélanie, Aline, Pierrot, Matou, Julie, Fanny, Claire et Camille pour tout ce que nous avons partagé, à l'hôpital comme dans la vie. Aux bons moments à venir.

À Natacha pour ton amitié qui m'aide à avancer dans la vie comme en montagne ! À Marion pour ta présence et ton amitié sincère malgré la distance.

À Charlotte, mon amie de toujours, ma sœur de cœur. Merci d'être toujours si aimante.

À ma famille, à Minette, à Bonne-Maman, à mon parrain et à ma marraine.

Et tout particulièrement à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et aimée sans conditions ni limites. Merci pour votre patience et votre présence qui m'ont permis d'en arriver là. Et à mes frères pour notre enfance délirante. Merci pour toutes ces années de bonheur à vos côtés.

À Timothée qui nous manque. Vous êtes tout pour moi.

Et enfin à Thomas, mon grand amour. Merci pour notre vie à deux. Merci d'être là tout simplement.

Sommaire

INTRODUCTION THÈSE....13
MATÉRIEL ET MÉTHODE....15
RÉSULTATS....17
I. Les caractéristiques des médecins interrogés....17
II. La perception de la douleur par les médecins généralistes interrogés....17
A. La douleur en générale....17
B. La douleur lors des ASG et injections d'insuline....18
III. La douleur, sujet abordé en consultation ?....21
IV. Le médecin généraliste face à ces douleurs....23
A. Influence de la pratique....23
B. Comment prennent-ils en charge cette douleur?....24
DISCUSSION....27
I. De la méthode....27
II. Des résultats....27
A. Pourquoi ce décalage ?....28
1. La représentation de la douleur chez les médecins....28
2. Les représentations du patient diabétique et du diabète chez les médecins....30
3. Les difficultés rencontrées par les médecins face à ces douleurs....30
B. Malgré ces freins, les médecins interrogés semblent prendre cette douleur en considération....33
C. Quelles perspectives ?....34
CONCLUSION....36
BIBLIOGRAPHIE....38
LISTE DES ABRÉVIATIONS....41
SERMENT D'HIPPOCRATE....42
ANNEXES....43

INTRODUCTION THÈSE

Le diabète est une maladie chronique fréquente et en augmentation constante en France et dans le monde (1). Entre 2000 et 2011 le nombre de diabétiques traités est passé en France de 1,6 à plus de 3 millions, avec une prévalence en progression continue (+4% par an). Parmi eux il y a 91,9% de diabétiques de type 2 (dont 15,8% sous insuline), 5,6% de type 1 et 2,5% d'un autre type (1) (2).

Le diabète déséquilibré s'accompagne d'un risque vasculaire et d'une morbidité élevés ainsi que d'une altération de la qualité de vie. Le taux brut de mortalité liée au diabète est estimé à 51/100 000 habitants en 2006. Selon l'étude Entred 2001-2003, les complications macro-vasculaires concernaient 17 % des diabétiques, la neuropathie au moins 6 % et la rétinopathie au moins 10 % (1).

L'HAS recommande la réalisation d'auto-surveillances glycémiques (ASG) chez tous les patients insulino-traités ou chez qui une insulinothérapie est envisagée, chez les patients sous insulino-sécréteurs qui sont susceptibles de faire des hypoglycémies, et pour les patients dont l'objectif thérapeutique n'est pas atteint (3). Ces auto-contrôles n'ont encore pas d'alternative, les systèmes de surveillance continue de la glycémie n'étant pas encore remboursés en France ni véritablement applicables à la majorité des patients (4).

Les ASG et les injections d'insuline sont des gestes fréquents voire pluri quotidiens chez la plupart des patients atteints de diabète. Plusieurs études ont montré que ces gestes pouvaient être source d'inconfort et de douleur chez ces patients (5) (6) (4). Cette douleur qui est peu exprimée par les patients (7) (8) est souvent sous estimée par les professionnels de santé (9) (6) et peut être responsable d'une moins bonne compliance (9), donc d'un taux d'hémoglobine glyquée plus élevé (11) (7).

Les patients atteints de diabète de type 2 sont suivis pour 89% d'entre eux par leur médecin généraliste. Ils assurent également le suivi de 49% des diabétiques de type 1 (1), et sont par conséquent au cœur de sa prise en charge (12) (13).

Ils nous a semblé intéressant d'étudier comment les médecins généralistes perçoivent et abordent la douleur ressentie lors des ASG et des injections d'insuline par leurs patients diabétiques et comment ils y répondent, en réalisant une étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région grenobloise.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre choix s'est porté sur une méthode qualitative, qui permet d'expliquer un constat et d'appréhender la complexité des comportements des acteurs de santé, contrairement aux méthodes d'analyse quantitatives qui permettent de le quantifier. L'approche qualitative nous permet donc d'étudier l'attitude du médecin face à cette problématique du patient et de l'expression de sa douleur. Elle débute par un travail d'observation et se termine par une hypothèse explicative. Elle n'a pas pour but de juger mais d'évaluer la pratique des médecins généralistes.

Nous avons réalisé cette enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés. Cette technique permet le recueil d'informations détaillées sur des thèmes définis à l'avance sur une grille d'entretien. Et comme le souligne M. Blanchet « *l'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations »* (14). Il est donc adapté pour caractériser les déterminants d'une pratique professionnelle, à savoir leurs comportements et les interactions entre les médecins généralistes et les patients. Leur avis personnel demandé pouvant être source de confidences, l'étude se prêtait moins à la technique de groupe.
Le guide d'entretien élaboré initialement a été testé auprès d'un médecin généraliste, puis modifié afin d'obtenir la version définitive.

L'enquête a été effectuée auprès de seize médecins généralistes installés dans la région grenobloise. Nous avons recruté des médecins par connaissance directe et indirecte avec la volonté de diversifier l'échantillonnage de la population étudiée, en particulier l'âge, le sexe et

le lieu d'exercice. L'objectif ainsi que le déroulement de l'enquête leur ont été décrits au préalable.

Le matériel utilisé comportait un ordinateur portable équipé d'un microphone. Les enregistrements ont été réalisés à l'aide du logiciel *audacity.*

L'intégralité des entretiens a été retranscrit et les entretiens numérotés selon la date de réalisation, de E1 à E16. Une analyse thématique des entretiens a été faite par chacune d'entre nous puis mise en commun pour une triangulation des données en s'appuyant sur la grille d'entretien qui définissait quatre thèmes :

- les caractéristiques des médecins interrogés ;
- les actes douloureux en médecine générale ;
- la douleur et les actes liés au diabète ;
- la douleur : les solutions, l'information.

Nous sommes arrivées à saturation des données au terme de seize entretiens.

RÉSULTATS

I. Les caractéristiques des médecins interrogés.

Cf Annexe 17.

La population de médecins interrogés compte : 9 hommes, 7 femmes, de 33 à 64 ans, se répartissant entre le milieu semi rural et urbain de manière quasi égale. Ils voient entre 15 et 30 patients par jour, avec un temps moyen de consultation de 20 minutes environ. La durée d'installation est très variable puisqu'elle est de 3 semaines à 30 ans.

II. La perception de la douleur par les médecins généralistes interrogés.

A. La douleur en générale.

Les médecins citent beaucoup de gestes effectués ou prescrits comme potentiellement douloureux. On retrouve à travers la population de médecins interrogés, la notion de seuil de tolérance à la douleur et en conséquence la subjectivité de ce qui est ou non douloureux.

« je me fais plus mal quand je me coince le doigt dans une porte » E4.

« ce ne sont pas en premier lieu des actes qui me paraissent les plus douloureux mais c'est vrai que ça ne veut rien dire parce qu'on les compare aux autres actes douloureux, qui, pour moi, sont douloureux ; il y a la sensibilité individuelle, la mienne et celle du patient. » E9.

« alors on s'est fait faire un myelo et biopsie et c'est très supportable... enfin j'estime que ce n'est pas douloureux. La biopsie c'est pas douloureux mais ça fait du bruit. » E10.

« probablement que j'ai un seuil de sensibilité différent des autres » E10.

Globalement les gestes considérés comme douloureux sont ceux qu'ils ont eux-mêmes testés ou qu'ils ont eu à vivre au cours de leur vie personnelle :

« en principe les mammo c'est pas très douloureux mais une fois là ça m'a fait super mal … En post-opératoire, je m'étais fait opérer d'un sein, j'avais vraiment les larmes aux yeux. » E2.

« J'ai vécu des actes désagréables oui c'est sûr, du genre gastroscopie sans anesthésie, tentative de coloscopie sans anesthésie, ça je ne recommencerai plus jamais. » E5.

« c'est peut être pour ça que je te dis que les ponctions de genoux c'est douloureux c'est parce que effectivement j'ai testé sur moi. » E9.

« j'en ai testé un certain nombre y compris récemment […] donc oui, j'en suis à ma sixième chirurgie en tout, donc je suis passé un certain nombre de fois de l'autre côté de la barrière. » E14.

B. La douleur lors des ASG et injections d'insuline.

- Actes perçus comme douloureux ?

Contrairement aux vaccins, quasi systématiquement mentionnés, les ASG et les injections d'insuline ne sont pas spontanément citées comme des gestes douloureux dans la pratique quotidienne des médecins.

« si on n'en avait pas parlé je n'aurais pas pensé aux autosurveillances ni aux injections d' insuline » E1

« puisqu'on est dans le sujet, je pique des dextros » E2.

Concernant les injections d'insuline presque tous les médecins interrogés pensent que c'est un acte indolore.

« c'est indolore, ça passe inaperçu » E5.

«il paraît que c'est peu ou pas douloureux » E15.

Seule une des médecins interrogés étant elle même diabétique souligne le caractère douloureux des injections.

« je pensais que c'était absolument pas douloureux, maintenant je sais que ça peut être

douloureux » E6.

« il y a des injections (d'insuline) qui brûlent et c 'est une horreur (...) pourquoi certaines sont indolores et d'autres extrêmement douloureuses ? » E6.

Ils sont plus sensibles lorsqu'il s'agit des ASG, la plupart les ayant déjà expérimentées personnellement.

« particulièrement désagréables » E5.

*« désagréables et douloureux»*E14.

*« on le sent quand même »*E15.

Mais ils considèrent quasiment tous qu'il s'agit d'un acte peu douloureux :

« je me fais plus mal quand je me tape sur les doigts avec un marteau ». E4.

Ils qualifient la douleur de *« fugace »* E5, *« effet de surprise »* voire *« négligeable »* E1, et ce même lorsqu'elle est clairement exprimée par le patient :

« il y a un de mes patients effectivement qui me dit «je les fais pas parce que ça me fait mal» mais quand je lui fais j'ai pas l'impression de lui faire horriblement mal » E4.

« on a plus l'impression que ceux qui disent que ça fait mal c'est ceux qui n'ont pas l'habitude ils sont surpris ils disent aie aie aie » E2.

Cette douleur est pour eux nettement diminuée depuis les nouveaux matériels.

« maintenant ce n'est pas un sujet qui remonte » E1.

« passé un temps, certains auto-piqueurs c'étaient une vrai boucherie » E4.

« moins douloureux avec le nouveau matériel » E8.

En revanche la notion de souffrance morale revient plusieurs fois.

« je pense que vous parlez de la douleur physique (...) quand je dis que c'est négligeable je parle de la douleur physique » E1.

« il ne semble pas avoir horriblement mal (...) plus une appréhension, une peur psychologique » E4.

« c'est difficile de traiter quelqu'un qui finalement veut vivre, et c'est chiant d'avoir une maladie chronique quelle qu'elle soit » E10 .

De plus, le caractère répétitif et contraignant est souvent souligné.

« après j'imagine que quand les gens se piquent tous les jours, ils ont une exacerbation des douleurs » E12.

« je considère que les glycémies capillaires ne sont pas des actes douloureux il va sans dire (...) après je ne m'en fais pas non plus trois par jour » E10.

« disons que c'est supportable une fois de temps en temps » E13.

« admiratif des gens qui le font régulièrement » E14.

« c'est le côté répétitif des actes pour le diabétique qui doit être gênant » E9.

- D'après eux, a t-elle une influence sur l'observance du patient ?

Pour la plupart des médecins interrogés la douleur ressentie lors des ASG n'est pas un facteur qui va influencer l'observance du patient ou alors de façon inconsciente.

« c'est fait malgré tout, j'ai pas de problème d'observance lié à ça » E16.

« Et les gens le disent, ils râlent, ils ont souvent pleins de trous au bout des doigts, et du coup ils ont tendance à espacer les prélèvements. » E5.

« oui, de manière inconsciente » E12.

Concernant les injections d'insuline, les médecins interrogés sont unanimes, la douleur ne rentre pas en compte.

« ils savent que c'est vital » E8.

« pour les piqûres d'insuline ça n'influence pas l'observance » E3.

Là encore la question de la souffrance morale est mise en avant :

« c'est plus l'appréhension de la piqûre que la douleur » E4.

« c'est la douleur morale qui va être un frein » E1.

- Quels sont les autres facteurs influençant l'observance ?

Pour les médecins généralistes interrogés, le principal facteur influençant l'observance est la connaissance de la maladie et des complications.

« plus ils comprennent la maladie, plus ils sont observants » E8.

« la peur de perdre des morceaux, d'être insuffisant rénal » E7.

« être diabétique c'est un truc de tous les instants (...) soit il a compris soit il a pas compris » E6.

L'influence sur la vie quotidienne, les contraintes, les règles hygiéno-diététiques, le niveau socio-économique, l'attitude du médecin, sont également des facteurs fréquemment cités.

III. La douleur, sujet abordé en consultation ?

Sur ce sujet les médecins sont divisés. En effet, sept des médecins interrogés abordent directement la question de la douleur à l'instauration du traitement. Mais ils y reviennent peu au cours des consultations de suivi. Ce sont essentiellement les jeunes médecins peut être plus sensibilisés à cette problématique.

« quand tu leur expliques ça fait peur, mais en même temps ça leur fait du bien parce qu'ils savent qu'ils peuvent t'interroger là dessus » E3.

« la douleur est mieux appréciée quand elle est connue » E5.

« je leur demande si ça fait mal » E16.

Les autres n'abordent pas la question, la raison principale évoquée étant que cette douleur n'est pas de leur ressort ou qu'il n'en ont pas de retour de la part des patients, donc ce n'est pas une préoccupation prioritaire.

« ne mérite pas que nous médecins généralistes on s'en soucie(...) ceux qui sont le plus impliqués dans la gestion de la douleur ce sont les fabricants d'aiguille » E1.

« j'ai pas l'impression d'être un bourreau lorsque je fais un dextro ou que je prescris des ASG » E4.

« Donc pour ma part j'occulte complètement la part douloureuse de l'injection, et par méconnaissance je ne sais pas si réellement ça fait mal, et si les patients ne m'en parlent pas » « pas de retour négatif » E13.

« il y a quand même peu de gens qui se plaignent de cette douleur » E12.

« je pars du principe que le pharmacien va leur dire, et c'est pas toujours le cas » E7.

Ou tout simplement cette douleur n'est pas évoquée parce qu'ils n'y pensent pas alors que potentiellement elle peut exister.

« après c'est toujours pareil, je pense que si on va pas chercher ça ne vient pas, donc possiblement que je la sous estime » E10.

« elle (la question de la douleur) viendrait forcément si je demandais pourquoi » E15.

« comme tu m'avais sensibilisée j'y ai pensé (…) j'ai réalisé qu'il ne changeait pas ses lancettes et qu'il avait du coup mal à chaque autosurveillance mais qu'il avait rien dit » E13.

« car il n'y a pas de raison si à moi ça m'a fait mal, il n'y a pas de raison pour que les patients n'aient pas mal » E14.

Ils parlent également de leur difficulté globale de prise en charge du patient diabétique.

« il n'y a rien de plus chiant qu'un diabétique et...voilà! » E10.

« c'est spécial un diabétique tout de même» « je suis plus concentré sur la prise de décision médicale » E13.

« être diabétique c'est un truc de tous les instants … soit il a compris soit il a pas compris » E6.

« le diabète, c'est vachement difficile à prendre en charge, c'est tellement dans la chronicité, ça fait partie de ton quotidien. » E6

Enfin le manque de solutions face à cette problématique est aussi une des raisons mentionnées par les praticiens.

« je n'ai pas d'autres solutions (…) je n'écoute pas leur plainte sur la douleur » E2.

« s'il me posait la question je ne pourrais pas lui répondre.(...) Je serais démunie » E13.

« car il faut être honnête bien souvent on ne change pas le problème fondamental » E10.

La douleur devient donc une fatalité.

IV. Le médecin généraliste face à ces douleurs.

A. Influence de la pratique

Même si la majorité des médecins n'aborde pas le sujet en consultation, la plupart (onze d'entre eux) admette que celle-ci peut avoir une influence sur leur pratique, notamment sur la fréquence des auto-surveillances ou les schémas d'insuline qu'ils ont tendance à alléger au maximum.

« moins viser la perfection (…) mais viser à ce qu'ils aient moins mal » E3.

« le côté douloureux va forcément influencer, ce serait une simple bandelette urinaire j'aurais moins d'appréhension à le faire » E15.

« j'hésite pas à prendre en compte la part de la douleur lors des dextros et des injections d'insuline et à alléger les choses quand ça peut l'être » E16.

En ce qui concerne l'instauration d'une insulinothérapie, les médecins sont unanimes et ne retarderaient par sa mise en route sur le seul argument de la douleur. Certains sont formels :

« pour moi y a besoin ou y a pas besoin d' insuline » E4.

« je ne repousserais pas une mise sous insuline si c'est nécessaire » E16.

Les autres sont plus nuancés. Le fait de repousser l'initiation du traitement est selon eux multifactoriel et souvent lié aux représentations que les patients (et les médecins eux-mêmes) ont de ce passage à l'insuline. En effet il est souvent vécu comme un échec ou du moins une

aggravation, un pas de plus dans la maladie.

« vous connaissez la phrase : ma grand mère a été mise sous insuline et trois mois plus tard on l'a amputée » E5.

« un passage une fin, le pire qui leur soit arrivé dans leur diabète » E7.

« on va tenter de multiplier les ADO comme ça on va se dire ils ne se piquent pas. Et eux même refusent les prescriptions d'insuline souvent. » E3.

« Pour eux c'est la fin, on passe à l'insuline, on est foutu » E13.

« C'est le rôle du médecin généraliste d'être à la frontière entre ce qui est chiant d'assumer dans la maladie et ce qu'on peut faire pour éviter trop de contraintes et d'effets secondaires » E10.

B. Comment prennent-ils en charge cette douleur?

- Quelles solutions ?

Lorsque la question est posée, la plupart se sentent démunis, même pour les médecins abordant le sujet avec leurs patients.

« pas vraiment de solutions » E2.

« je n'en ai pas » « je botte en touche » E3.

« on est très désemparé face à ça » E4.

« je serais embêtée pour répondre » E13.

« je ne vois pas comment on pourrait... je ne vois qu'une technique » E11.

« je ne vois pas bien ce qu'on peut faire de plus » E6.

Lorsque des solutions sont citées, elles concernent :

- la technique essentiellement : le fait de varier les sites et de faire un pli pour l'insuline, de piquer sur la face latérale des doigts pour les ASG. Mais très peu des médecins testent la technique au cabinet même si certains en reconnaissent l'importance :

« si les patients ont mal c'est qu'ils sont mal formés » E7.

« on sait pertinemment que ce n'est pas ce qui est fait » E6

- le matériel : réglage de l'auto-piqueur, changement des aiguilles.

Le médecin de l'entretien E6, atteint de diabète, a plus de solutions : masser la zone, tourner l'aiguille, mettre de la crème, purger l'aiguille. Elle considère certains conseils comme inapplicables au quotidien.

« piquer sur les cotés ça marche pas, c'est un truc de médecin ça ! » « mais ça ne marche pas tu en as pour deux heures à masser » E6.

Le médecin de l'entretien E14, formé à la psychothérapie, propose des entretiens motivationnels pour réexpliquer la raison des traitements, pour repartir de ce que le patient sait et l'aider à s'autonomiser. Il préconise également une distraction visuelle et auditive lors des gestes. D'autres soulignent aussi l'importance de réexpliquer, de motiver. Les patients sont encouragés par les bons retours du laboratoire ou des spécialistes.

« pour les piqûres d'insuline (...) ils voient bien que leur hémoglobine glyquée va mieux (...) que l'ophtalmo leur a dit super et le labo aussi. » E3

« oui et puis la motivation qu'on peut entretenir par la parole oui. En expliquant correctement les buts du traitement, pourquoi on fait ça... » E11

« Alors j'aborde le pourquoi, la nécessité de faire les choses, le pourquoi du matériel (...) Ça pourrait être un obstacle mais ça ne l'est pas vraiment, mais c'est à nous hein, faut faire des entretiens motivationnels pour que ça se passe. » E5

« ça peut être très motivant, moi je me sers beaucoup des hémoglobines glyquées » E6.

- Quels moyens d'évaluation de la douleur ?

Le plus fréquemment cité est l'Échelle Visuelle Analogique (EVA).

Certains citent l'inspection du faciès des patients *« la mine des gens »* E1, les échelles verbales simples et numériques, les conséquences sur la vie du patient.

- Leurs sources d'information ?

Le spécialiste (en ville ou à l'hôpital) est le recours le plus fréquemment cité.

« j'appelle les endocrinologues » E7.

« j'envoie chez le diabétologue ou j'appelle » E3.

« ma solution c'est le recours à plus spécialisé que moi. » E10.

Les autres sources mentionnées sont les infirmières, les réseaux, internet (site pour patients atteints de diabète), ou même les laboratoires pharmaceutiques pour des conseils concernant l'utilisation du matériel.

- Sont-ils intéressés par une formation ?

Ils sont globalement peu intéressés par une formation sur le sujet, essentiellement par manque de temps à consacrer à ce thème qui ne leur semble pas essentiel dans leur pratique.

« non pas spécialement je suis en fin de carrière et j'ai déjà pas mal de soucis et je dois me débattre avec tout un tas de pathologies, de personnes âgées, de centenaires » E12.

« ce n'est pas un problème dans ma pratique donc je vois pas l'utilité de passer un temps de formation dessus » E16

*« Mais comme effectivement c'est pas un problème pour moi, j'aurais d'autres priorités. Je dirais plutôt non, en y réfléchissant. »*E1.

Ou alors une soirée d'information, de courte durée.

« j'aimerais bien avoir une soirée, une réunion là dessus oui. » E5.

DISCUSSION

I. De la méthode

Les limites de l'étude sont :

- les médecins appartenant à nos connaissances directes ou indirectes, on peut penser qu'ils s'expriment moins librement.
- nous n'avons pas interrogé de médecin exerçant en milieu rural qui ont moins facilement recours au spécialiste que les médecins exerçant en milieu urbain.

Ses points forts sont :

- la triangulation des données avec deux évaluations individuelles pour chaque entretien, puis mise en commun des données pour une grille d'évaluation commune.
- les médecins expérimentés avec une durée moyenne d'installation de 15 ans, avec un recul sur les pratiques.

II. Des résultats

Définir la douleur est difficile, l'International Association for the Study of Pain (IASP) propose une définition *« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en terme d'un tel dommage »*. La douleur est donc une sensation physique ou morale pénible et doit être considérée comme douleur toute plainte exprimée comme telle par le patient (15).

Les études réalisées auprès des patients mettent en évidence la présence d'une douleur lors de la réalisation de ces actes, douleur plus importante lors des injections d'insuline que lors des

auto-surveillances glycémiques (ASG) (8)(16). Pourtant, cette douleur est souvent sous estimée par le personnel soignant comme le montre une étude internationale réalisée en 2010 dans laquelle trois quart des patients rapportent une douleur lors de l'injection alors que les infirmières ne l'estiment présente que dans un 1/3 des cas (9). Par conséquent, les patients déclarent ne pas trouver auprès des soignants assistance ou conseils face à cette douleur (17) (18).

A. Pourquoi ce décalage ?

Il ressort de l'étude trois principales raisons :

- les médecins sont influencés par leur propre représentation de la douleur.
- les représentations du diabète et du patient diabétique chez les médecins.
- les médecins rencontrent des difficultés dans la prise en charge de ces douleurs.

1. La représentation de la douleur chez les médecins.

Dans notre étude les médecins interrogés ne trouvent douloureux que les actes qu'ils ont expérimentés, par conséquent ils pensent que les injections d'insuline sont indolores. Seul le médecin sous insulinothérapie trouve que c'est un geste douloureux confirmant la vision erronée de ses confrères. Pour les ASG certains en minimisent le caractère douloureux, allant même jusqu'à la qualifier de négligeable même lorsqu'elle est clairement exprimée par le patient. Les médecins considèrent alors qu'il ne s'agit pas d'une préoccupation prioritaire du médecin généraliste (18), d'autant plus que les patients eux-mêmes ne leur en parlent pas (8).
Ils estiment, du fait de la faible intensité de cette douleur, qu'elle est du ressort des fabricants de matériel, des services hospitaliers, des infirmières, du pharmacien, se déchargeant, dans ce

cas précis, du rôle du médecin : soulager la souffrance des patients quelle qu'elle soit (15).

D'après les auteurs D. Jodelet et JC Abric *« les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par les représentations de cette situation. Les représentations interviennent comme une grille de lecture et de décodage de la réalité permettant l'anticipation des actes et des conduites ».*
Il est difficile pour le soignant d'appréhender la douleur des autres puisqu'il est confronté à ses propres représentations de la douleur (19), et qu'il rencontre dans sa pratique quotidienne des douleurs souvent intenses. La douleur est de toute façon subjective puisqu'elle est la résultante de facteurs physiques, psychologiques, sociaux et culturels (15).
Les médecins doivent donc en tenir compte et être conscients de leurs représentations et s'en détacher afin de prendre en charge au mieux la douleur des patients.

En effet, aujourd'hui la douleur provoquée par les soins est mieux connue et ne doit plus être considérée comme un fatalité (19). Le médecin doit se poser la question: quels sont les soins dans ma pratique quotidienne qui pourraient être source de douleur chez mes patients (15)? Et comment puis-je y remédier ?

Il est du devoir du médecin d'encourager les patients à parler de leurs difficultés face à cette douleur (15) et de leur proposer les outils nécessaires pour essayer de la diminuer (20). Car, contrairement à ce qui ressort de notre étude, la douleur peut influencer l'observance (4) (78) (21) (22). Prendre en charge cette douleur permet donc de participer à la prévention des complications. Mais aussi d'améliorer le bien être psychologique des patients (23) et la communication médecin-malade, tout en rendant le travail du médecin moins frustrant (18) (24).

2. Les représentations du patient diabétique et du diabète chez les médecins.

En effet, ils sont nombreux à éprouver des difficultés à communiquer avec leurs patients diabétiques (18), donc à assurer leur suivi et à atteindre les objectifs thérapeutiques (11) (25). Cette difficulté est bien exprimée par les médecins interrogés. Mais là aussi les médecins sont influencés par les représentations qu'ils ont de leurs patients diabétiques et du diabète. Les études sur le sujet mettent en avant une vision négative du patient diabétique par le médecin généraliste. Il est décrit comme paresseux, manquant de volonté, se complaisant dans sa maladie (25), réticent à toute contrainte et parfois même irrécupérable (26).

Le diabète est quant à lui perçu comme une maladie contraignante au quotidien dont les progrès sont difficilement perceptibles (27). Ceci conduit à une frustration et à une diminution de l'implication du médecin dans la gestion de la maladie (28). Face à ces difficultés la douleur n'est pas une préoccupation prioritaire lors des consultations de suivi.

3. Les difficultés rencontrées par les médecins face à ces douleurs.

Les médecins interrogés évoquent la difficulté à apporter des réponses et des solutions à la douleur. La douleur devient donc une fatalité. Pourtant beaucoup de solutions existent, des solutions liées :

- à la technique : qui doit être testée régulièrement, rapidité de la piqûre, changer l'aiguille, les lancettes, vérifier l'adhérence à la peau, pincer la zone, changer de site d'injection, ne pas piquer sur la pulpe, frotter la zone...
- au matériel : profondeur réglable de l'auto piqueur, quantité de sang nécessaire, capteur cutané, holter,... (10) (29) (9)

- au nombre d'ASG (22) ;
- à des méthodes de distraction lors de la réalisation du geste (l'art thérapie) (8) ;
- à la communication avec le patient grâce à la reformulation, à la vérification, et à la clarification (18) ;
- au recours au diabétologue, certains apprécient la prise en charge conjointe avec le spécialiste.

Et contrairement à leur impression, les médecins connaissent la plupart de ces solutions, mais nous avons mis en évidence quelques points qui peuvent être à l'origine de ces difficultés :

- tout d'abord peu d'entre eux insistent sur l'importance de prendre le temps de motiver le patient, de l'encourager en mettant en avant les bons résultats obtenus lorsque les ASG et les injections d'insuline sont bien suivies. Pourtant certaines études ont trouvé un lien entre la douleur ressentie lors des injections d'insuline et le taux d'hémoglobine glyquée (30). Donc réexpliquer les raisons et buts de ces gestes et encourager le patient en soulignant ses bons résultats peut être un moyen de diminuer ces douleurs.
- mais aussi ils semblent mal connaître les moyens d'évaluation de la douleur qui sont nombreux tels que l'échelle ALGOPLUS qui se base sur l'observation des patients quand ils ont un trouble de la communication, le Questionnaire Douleur de Saint Antoine (multidimensionnel d'évaluation de la douleur de l'adulte), l'ECPA servant à évaluer la douleur chez la personne âgée ne se plaignant pas spontanément (31)… Les médecins interrogés utilisent essentiellement l'échelle visuelle analogique qui est reproductible et fiable, mais qui ne s'adapte pas à tous les types de patients.
- ensuite les médecins généralistes connaissent peu ou mal les structures sur

lesquelles ils peuvent s'appuyer pour passer le relais en cas de difficulté à soulager leurs patients (12) (9) (32). Pourtant il en existe plusieurs types : les services de diabétologie dans les centres hospitaliers, les maisons du diabète, les réseaux diabète (8), les associations de patients (AJD, AFD, LDF…).

- et pour finir la majorité des médecins interrogés ne testent pas la technique au cabinet. Pourtant plusieurs études montrent que les gestes simples ne sont pas respectés comme le changement d'aiguille à chaque injection, la rotation des sites (21) (9) (33). A titre d'exemple, seulement 51 % des patients piquent sur le bord des doigts et 30% sur la pulpe d'après l'étude « *Les dispositifs de prélèvements capillaires pour l'autosurveillance glycémique* » (4). D'où l'importance d'un apprentissage rigoureux du geste pour le rendre indolore ainsi que la répétition des messages pour le maintien d'une technique correcte d'injection (9). Cela permet de déceler des causes de la douleur facilement corrigeables, comme nous explique ce médecin généraliste qui a réalisé que son patient ne lui demandait pas de renouveler ses lancettes, raison pour laquelle il souffrait lors de ses autosurveillances.

Cette éducation du patient diabétique augmente significativement le pourcentage de patients atteignant les objectifs de traitement définis par les recommandations internationales (13) (34) (33). Les médecins doivent donc régulièrement tester la technique au cabinet, malheureusement cette étape est sous estimée (4), puisqu'ils considèrent qu'elle aura été faite en amont (service hospitalier, pharmacien...), et qu'ils manquent de temps (9) (32). Ceci peut être amélioré en revalorisant le temps pris pour revoir les techniques (12).

Toutefois, ce travail sur la technique est nécessaire mais n'est pas suffisant et il trouve ses

limites dans les contraintes liées au mode de vie des patients. Ce point est très bien exprimé par un des médecins interrogés qui a les deux positions (médecin généraliste et patient diabétique) ; il qualifie ces conseils comme souvent inapplicables au quotidien, par exemple changer l' aiguille ou ne pas piquer sur la pulpe. Le rôle du médecin généraliste est bien alors d'adapter au mieux la prise en charge du patient en fonction non seulement de la douleur mais aussi des contraintes engendrées par ces gestes. Ceci est réalisé par la quasi totalité des médecins interrogés et ce indépendamment de leur perception de la douleur ressentie lors de ces gestes.

B. Malgré ces freins, les médecins interrogés semblent prendre cette douleur en considération.

En effet, ils disent adapter la prise en charge aux contraintes du patient, et à sa douleur, en limitant le nombre d'autosurveillances ou en repoussant une mise sous insuline si le patient n'est pas prêt. Ceci est en accord avec ce qu'attendent les patients. Ils souhaitent que les médecins adaptent leur prescription en fonction de leur douleur, qu'elle influence ou non l'observance (8) (7) (10).

On peut donc se demander pourquoi ils déclarent adapter leur prise en charge en fonction de la douleur, alors que certains la définissent comme négligeable. Pour certains ce n'est pas un sujet suffisamment important pour être abordé en consultation, mais ça l'est quand il s'agit d'adapter les prescriptions ?

Tout d'abord ils adaptent leur prise en charge à la douleur morale qui peut être un frein et qu'ils distinguent de la douleur physique engendrée par ces gestes. Les médecins interrogés nous parlent d'appréhension, de peur... On retrouve en effet une contrainte psychologique lors des injections d'insuline chez un quart des patients interrogés dans l'étude « Injection related

anxiety in insulin-treated diabetes » ayant pour objectif d'évaluer la prévalence de la phobie et de l'anxiété lors des injections et des ASG (22). D'ailleurs, un outil d'évaluation de cette peur, le questionnaire D-FISQ a été créé et validé par une étude hollandaise en 2000 (35).

Mais la douleur physique peut être à l'origine de la souffrance morale (5) et comme le montre l'étude *« The role of comfort and discomfort in insulin therapy »,* pour améliorer l'anxiété il faut commencer par traiter la douleur physique. *S*elon M. Bogin *« c'est le corps qui éprouve la douleur et l'esprit qui l'endure ».* La douleur physique renforcée par la peur, l'anxiété, les éléments biographiques, sociaux et environnementaux, est ce qu'on appelle douleur globale ou totale (36). Il semble donc difficile de distinguer les deux.

De plus, les médecins interrogés sont sensibles au caractère répété des gestes, admettant que cela peut les rendre douloureux. Et plusieurs vont revenir sur leur position « tranchée » du caractère non douloureux qu'ils avaient au début de l'entretien.

La culpabilité ressentie par le prescripteur face aux douleurs liées aux soins peut être aussi une raison à l'adaptation de la prise en charge, le médecin assumant parfois mal son rôle de contrôleur d'observance (26).

C. Quelles perspectives ?

Nous avons abordé plusieurs des raisons pour lesquelles les médecins se sentent peu concernés ou démunis face à cette douleur liée aux gestes, contrairement à ce qu'en attendent les patients. Ces raisons ne sont pas immuables et peut être suffit-il tout simplement de sensibiliser les médecins généralistes à ce problème ?

En effet au cours des entretiens nous avons vu que, les médecins interrogés évoluent dans leurs idées. Ils considèrent que ce ne sont pas des gestes douloureux sauf s'ils sont répétés, que les patients ne s'en plaignent pas. Mais ils reconnaissent par ailleurs ne pas rechercher

cette douleur. Et ils disent avoir été sensibilisés à cette question par nos entretiens. Ceci est un point positif car finalement le fait d'aborder ce sujet semble sensibiliser les médecins à la recherche de ces douleurs et les encourager à en parler en consultation.

Quand on évoque la possibilité de se former, nombreux sont les médecins interrogés qui répondent manquer de temps. La solution est peut être de le faire au cours de la formation initiale (12). Ou encore pour sensibiliser un grand nombre de médecins il semble qu'il faille surtout amener les patients à en parler, comme nous le suggère un des médecins interrogés. Pour lui, une fois le médecin confronté à cette plainte, il devra prendre le temps et les moyens d'y répondre. Cela pourrait se faire par le biais de brochures dans les salles d'attentes ou des informations dans les carnets de glycémie par exemple.

Mais il faut aussi inciter les médecins à aborder ce sujet en consultation, quitte à ce qu'ils passent le relais en s'appuyant sur les structures existantes. Nous avons vu en effet que certains n'abordent pas le sujet par sentiment d'impuissance et ce même s'ils considèrent la douleur et qu'ils préviennent leurs patients à l'instauration du traitement. Les réseaux, par exemple, proposent des ateliers d'éducation thérapeutique faite par seulement 5 % des médecins généralistes d'après l'étude *« technique d'injection d'insuline : que font les patients en France ?».*

De plus, les progrès dans le matériel ont permis d'améliorer nettement le confort des patients lors de ces gestes (4) comme le suggère plusieurs des médecins interrogés. Il existe également des perspectives thérapeutiques comme l'insuline inhalée, la voie orale ou transdermique qui ont connu des progrès récents et qui pourraient être une alternative à l'injection (37).

Mais le médecin généraliste reste le pivot central et a un rôle essentiel dans la prise en charge de la douleur. Son devoir est donc de l'aborder, même s'il n'est pas toujours en mesure d'apporter seul les solutions. Car il s'agit souvent d'une problématique compliquée nécessitant une bonne coordination entre les soignants, en ville comme à l'hôpital (9) (32).

THESE SOUTENUE PAR : Maylis DUVAL et Élodie ZANGARA.

TITRE : Le Médecin Généraliste et la Douleur ressentie par les patients diabétiques lors des autosurveillances glycémiques et des injections d'insuline.

CONCLUSION

Le diabète est une maladie chronique fréquente. S'il est mal équilibré, il s'accompagne d'une altération de la qualité de vie et d'une morbidité élevée. Les autosurveillances glycémiques (ASG) et les injections d'insuline sont des gestes pluri-quotidiens et indispensables dans la prise en charge du patient diabétique. Leur exécution répétée peut être à l'origine d'une douleur, source d'une mauvaise observance. Cette douleur est souvent sous estimée par les soignants, et les patients ne trouvent donc pas assistance auprès de leurs médecins.

Afin de mieux comprendre comment les médecins généralistes perçoivent, abordent et prennent en charge cette douleur, nous avons réalisé une enquête qualitative à l'aide de seize entretiens semi- dirigés auprès de médecins généralistes de la région grenobloise.

Les médecins interrogés ne citent pas spontanément les ASG et les injections d'insuline comme des actes douloureux, et peu abordent la question de la douleur en consultation : par omission, par manque de solution, ou encore par une relative priorité au vu de la complexité de la pathologie.

Ils considèrent que les injections d'insuline sont indolores. Ils sont plus sensibles lorsqu'il s'agit des ASG qu'ils ont tous testées. Mais ils les jugent peu douloureuses. Cette perception est en opposition avec le ressenti des patients. Il est probablement difficile pour le soignant d'appréhender la douleur des autres puisqu'il est confronté à ses propres représentations. Il rencontre dans sa pratique quotidienne des douleurs plus intenses. Les médecins doivent être

conscients de leurs représentations et s'en détacher afin de prendre en charge au mieux la douleur des patients.

Ils sont cependant sensibles à la douleur morale engendrée par les ASG et les injections d'insuline, ainsi qu'à leur caractère répétitif et contraignant, ce qui les amène souvent à adapter leurs prescriptions, de manière consciente ou inconsciente.

Ils nous parlent de leur difficulté face au diabète et au patient diabétique, mais là aussi les médecins sont biaisés par les représentations très négatives du patient diabétique et du diabète perçu comme une maladie astreignante.

Finalement, il faut inciter les patients à en parler, pour une meilleure communication médecin-malade. Ceci pourra contribuer à améliorer l'observance et donc rendre le travail du médecin moins frustrant dans cette pathologie complexe qu'est le diabète.

Et pour cela, la prise en charge de ces douleurs pourra être améliorée tout d'abord grâce à une meilleure sensibilisation des médecins à ce sujet par exemple lors de leur formation initiale et continue, et ensuite par une meilleure information sur les structures dont ils disposent pour les aider et qui éventuellement peuvent prendre le relais en cas de difficulté.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 9 décembre 2013

LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR P.Y. BENHAMOU

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. Etude Entred auprès des personnes diabétiques. [Internet] Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/etudes/entred.asp. Consulté le 28 janvier 2013

2. InVS. Prévalence et incidence du diabète. [Internet].Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete. Consulté le 8 Février 2013

3. HAS. L'auto-surveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée. [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/autosurveillance_glycemique_diabete_type_2_fiche_de_bon_usage.pdf Consulté le 4 Avril 2103

4. Riveline J-P, Halimi S. Les dispositifs de prélèvements capillaires pour l'auto-surveillance glycémique. Médecine des Maladies Métaboliques. sept 2010 ; 4, Supplément 1 :S46-S48.

5. Aronson R. The Role of Comfort and Discomfort in Insulin Therapy. Diabetes Technol Ther. août 2012 ; 14(8):741-747.

6. Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB. Barriers to Insulin Injection Therapy Patient and Health Care Provider Perspectives. The Diabetes Educator. 11 janv 2009 ; 35(6):1014-1022.

7. Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of Insulin Injection Omission. Diabetes Care. févr 2010 ; 33(2):240-245.

8. Jean D. Douleur et bien être chez les diabétiques. 8ième journée du CNRD ; 14 octobre 2013 ; Paris. [Internet] Disponible sur http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/D%20JEAN.pdf . Consulté le 12 Novembre 2013

9. Sauvanet J-P. Technique d'injection de l'insuline : que font les patients en France ?: Insulin injection technique: What are the practices of diabetic patients, in France. Médecine des Maladies Métaboliques. sept 2010 ; 4(4):428-437.

10. Kocher S, Tshiananga JKT, Koubek R. Comparison of lancing devices for self-monitoring of blood glucose regarding lancing pain. J Diabetes Sci Technol. sept 2009 ; 3(5):1136-1143.

11. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pharm. déc 2011 ; 33(6):1028-1035.

12. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale: une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. Mai 2007 ; 3(5):229-234.

13. Gagliardino JJ, Aschner P, Baik SH, Chan J, Chantelot JM, Ilkova H, et al. Patients' education, and its impact on care outcomes, resource consumption and working conditions: data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS).

Diabetes Metab. avr 2012 ; 38(2):128-134.

14. Gotman A, Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2ième ed. Armand Colin ; 2010 , 128p.

15. Chauffour-Ader C, Daydé M-C. Comprendre et soulager la douleur. 2ième ed. Lamarre ; 2012, 232p.

16. Karges B, Muche R, Moritz M, Riegger I, Debatin K-M, Heinze E, et al. Low discomfort and pain associated with intensified insulin therapy in children and adolescents. Diabetes Res Clin Pract. avr 2008 ; 80(1):96-101.

17. Gensichen J, Korff MV, Rutter C, Seelig M, Ludman E, Lin E, et al. Physician support for diabetes patients and clinical outcomes. BMC Public Health. 29 sept 2009 ; 9(1):367.

18. Dareths S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université Bayonne ; 2011, 149p.

19. Vo-Van F. La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte. Mémoire pour le diplôme d'état d'infirmière. IFSI de Toulouse ; 2006, 77p. [Internet]. http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/memoire_Vo_Van.pdf . Consulté le 2 Novembre 2013.

20. Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB. Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. Diabetes Educ. déc 2009 ; 35(6):1014-1022.

21. Choleau C, Kakou B, Aubert C, Cahané M, Robert JJ. Étude de la technique d'injection d'insuline et des ressentis des jeunes ayant un diabète de type 1 : impact sur le suivi éducatif. Diabetes & Metabolism. mars 2012 ; 38:A131.

22. Zambanini A, Newson RB, Maisey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. Diabetes Res Clin Pract. déc 1999 ; 46(3):239-246.

23. Zagarins SE, Allen NA, Garb JL, Welch G. Improvement in glycemic control following a diabetes education intervention is associated with change in diabetes distress but not change in depressive symptoms. J Behav Med. juin 2012 ; 35(3):299-304.

24. Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, Fernández-Fernández I, March-Cerdà JC. Physician/patient relationship in diabetes mellitus type 1 treatment. A qualitative study. Aten Primaria. 15 juin 2006 ; 38(1):8-15.

25. Alan D, A « Hopeless » Patient.Am Fam Physician. 1er Février2001 ; 63(3):575-579.

26. Van der Meersch G. Représentation du diabète et du patient diabétique de type 2 chez les médecins généralistes. Thèse de médecine. Université Paris VI ; 2011, 132p.

27. Steinhauser SM. Der schwierige Pazient aus Sicht des Mediziners. Wien Med Wochenschr. 2008 ; 158:24-24, 650-3.

28. Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. BMC Fam Pract. 12 mai 2005 ; 6(1):20.

29. Guilmin-Crépon S, Tubiana-Rufi N. L'autosurveillance glycémique chez l'enfant et l'adolescent diabétique de type 1. Médecine des Maladies Métaboliques. sept 2010 ; 4, Supplement 1 :S12-S19.

30. Dorchy H, Negoita L, Roggemans M-P. Chez les jeunes diabétiques, la douleur ressentie lors de l'injection d'insuline est influencée par l'hémoglobine glyquée. Revue médicale de Bruxelles. 29(1):5-9.

31. Durain D, Joly M. Référentiels de bonnes pratiques – SFD paramédical – Surveillance glycémique et technique d'injection d'insuline et des analogues du GLP1. 2012.

32. Manfredonia LF. Évaluation d'un outil de communication en médecine générale pour le suivi des diabétiques de type 2. 2003.

33. Le Floch JP, Bauduceau B, Mosnier-Pudar H, Lévy M, Sachon C, Kakou B. P130 Modalités pratiques et retentissement de l'autosurveillance glycémique effectuée au moins trois fois par jour chez des diabétiques non sélectionnés. Diabetes & Metabolism. mars 2008 ; 34:H79.

34. Li X, Zhou Q, Zou F, Wu L, Chen H, Liu Z. [Effectiveness of systematic self-management education on blood sugar level of patients in the community with type 2 diabetes]. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. avr 2012 ; 37(4):355-358.

35. Mollema ED, Snoek FJ, Pouwer F, Heine RJ, Ploeg HM van der. Diabetes Fear of Injecting and Self-Testing Questionnaire: a psychometric evaluation. Dia Care. 6 janv 2000 ; 23(6):765-769.

36. Pierrot M. Définition de la douleur. L'aide soignante. Novembre/Décembre 2000 ; 21/22 : 13-16.

37. Owens DR, Zinman B, Bolli G. Alternative routes of insulin delivery. Diabet Med. nov 2003 ; 20(11):886-898.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

IDE : Infirmière Diplômé d'État.

ASG : AutoSurveillances Glycémiques.

ALD : Affection Longue Durée.

DID : Diabète Insulino Dépendant.

DNID : Diabète Non Insulino Dépendant.

EBM : Évidence Based Medecine.

FFI : Faisant Fonction d'Interne.

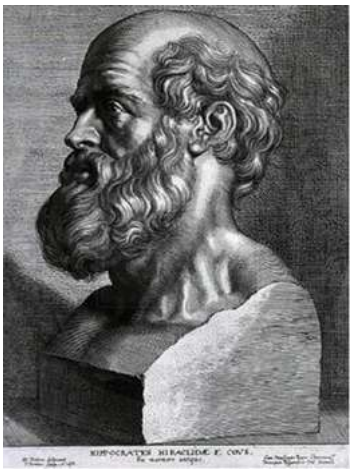
ADO : Anti-Diabétiques Oraux.

EVA : Échelle Visuelle Analogique.

CMU : Couverture Mutuelle Universelle.

AME : Aide Médicale d'État.

SERMENT D'HIPPOCRATE



« *En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

ANNEXES

Table des annexes

ANNEXES....43
Annexe 1....45
Entretien E1....45
Grille d'évaluation de l'entretien E1. Interviewer 1....51
Grille d'évaluation de l'entretien E1. Interviewer 2....53
Grille d'évaluation commune de l'entretien E1....55
Annexe 2....59
Entretien E2....59
Grille d'évaluation de l'entretien E2. Interviewer 1....66
Grille d'évaluation de l'entretien E2. Interviewer 2....68
Grille d'évaluation commune de l'entretien E2....70
Annexe 3....74
Entretien E3....74
Grille d'évaluation de l'entretiens E3. Interviewer 1....81
Grille d'évaluation de l'entretien E3. Interviewer 2....83
Grille d'évaluation commune de l'entretien E3....86
Annexe 4....90
Entretien E4....90
Grille d'évaluation de l'entretien E4. Interviewer 1....95
Grille d'évaluation de l'entretien E4. Interviewer 2....96
Grille d'évaluation commune de l'entretien E4....98
Annexe 5....101
Entretien E5....101
Grille d'évaluation de l'entretien E5. Interviewer 1....107
Grille d'évaluation de l'entretien E5. Interviewer 2....108
Grille d'évaluation commune de l'entretien E5....111
Annexe 6....114
Entretien E6....114
Grille d'évaluation de l'entretien E6. Interviewer 1....120
Grille d'évaluation de l'entretien E6. Interviewer 2....123
Grille d'évaluation commune de l'entretien E6....126
Annexe 7....130
Entretien E7....130
Grille d'évaluation de l'entretien E7. Interviewer 1....134
Grille d'évaluation de l'entretien E7. Interviewer 2....136
Grille d'évaluation commune de l'entretien E7....138
Annexe 8....141
Entretien E8....141
Grille d'évaluation de l'entretien E8. Interviewer 1....145
Grille d'évaluation de l'entretien E8. Interviewer 2....147
Grille d'évaluation commune de l'entretien E8....148
Annexe 9....151
Entretien E9....151
Grille d'évaluation de l'entretien E9. Interviewer 1....155

Grille d'évaluation de l'entretien E9. Interviewer 2....157
Grille d'évaluation commune de l'entretien E9....159
Annexe 10....162
Entretien E10....162
Grille d'évaluation de l'entretien E10. Interviewer 1....168
Grille d'évaluation de l'entretien E10. Interviewer 2....170
Grille d'évaluation commune de l'entretien E10....173
Annexe 11....177
Entretien 11....177
Grille d'évaluation de l'entretien E11. Interviewer 1....180
Grille d'évaluation de l'entretien E11. Interviewer 2....182
Grille d'évaluation commune de l'entretien E11....184
Annexe 12....186
Entretien E12....186
Grille d'évaluation de l'entretien E12. Interviewer 1....189
Grille d'évaluation de l'entretien E12. Interviewer 2....190
Grille d'évaluation commune de l'entretien E12....192
Annexe 13....195
Entretien E13....195
Grille d'évaluation de l'entretien E13. Interviewer 1....200
Grille d'évaluation de l'entretien E13. Interviewer 2....201
Grille d'évaluation commune de l'entretien E13....204
Annexe 14....207
Entretien E14....207
Grille d'évaluation de l"entretien E14. Interviewer 1....216
Grille d'évaluation de l'entretien E14. Interviewer 2....218
Grille d'évaluation commune de l'entretien E14....221
Annexe 15....224
Entretien E15....224
Grille d'évaluation de l'entretien E15. Interviewer 1....229
Grille d'évaluation de l'entretien E15. Interviewer 2....231
Grille d'évaluation commune de l'entretien E15....233
Annexe 16....237
Entretien E16....237
Grille d'évaluation de l'entretien E16. Interviewer E1....240
Grille d'évaluation de l'entretien E16. Interviewer 2....242
Grille d'évaluation commune de l'entretien E16....244
Annexe 17....246
Annexe 18....247

ANNEXE 1

Entretien E1.

Interviewer 1 : peux tu te présenter, dire où tu exerces, le type de population que tu traites, depuis combien de temps es tu installé ?

Dr 1 : je suis un homme, de 52 ans, installé dans une commune semi rurale de la grande agglomération grenobloise, environ 2500 habitants, installé depuis 25 ans, sans mode, heu, d'exercice particulier et avec une participation d'enseignement à la fac. Puisque j'interviens dans des séminaires en tant que chargé d'enseignement et que je suis maître de stage et tuteur depuis de nombreuses années. *Rire.*

Voilà la présentation. Marié et avec ma femme qui participe à l'activité du cabinet. En tant que conjoint collaborateur bénévole, voilà.

Interviewer 1 : tu vois combien de …

Dr 1 : patientèle ? Par semaine ?

Interviewer 1 : par jour ?

Dr 1 : 20/25 par jour . Une centaine par semaine, un peu près, 100-120.

Interviewer 1 : et la durée de consultation ?

Dr 1 : je dirai au moins 20 minutes, au moins 20 minutes … allez 20 à 30 minutes.

Interviewer 1 : voilà, est-ce que tu penses que tu effectues ou que tu pratiques des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 1 : bien sûr on en prescrit. Heu les vaccins, ce sont les premiers, en fréquence. Les vaccins, les infiltrations, parce que c'est un peu plus agressif. Et puis heu, les prises de sang, les prises de sang. Mais je n'aurai pas spontanément, dit, si on n'avait pas présenté le sujet, pensé aux dextros et aux auto injections d'insuline.

Interviewer 1 : d'accord. Est ce que tu as testé ces actes sur toi ? Tous ces actes que tu viens

de citer ?

Dr 1 : heu oui sauf les infiltrations .

Interviewer 1 : d'accord, et tu as trouvé ça douloureux ou pas ?

Dr 1 : mmhh oui c'est douloureux.

Interviewer 1 : lesquels as tu trouvé douloureux ?

Dr 1 : les vaccins, les vaccins c'est une douleur. Mais à mon avis, tout à fait supportable et gérable. Les prises de sang, c'est une petite douleur, les infiltrations, enfin j'ai pas testé mais c'est douloureux. Qu'est ce qu'il y a d'autres de douloureux dans nos actes, heu dans les examens, je cherche dans les examens, à l'examen clinique est ce qu'on fait quelques fois des douleurs? Non, je crois pas non. Si quand on examine peut être, heu des genoux, des entorses, on peut révéler des douleurs. Mais en général on s'arrête quand c'est douloureux.

Interviewer 1 : donc les autosurveillances tu n'as jamais testé ?

Dr 1 : si si j'ai testé. Ca c'est peu, peu douloureux à mon avis, c'est négligeable comme douleur.

Interviewer 1 : négligeable ?

Dr 1 : oui.

Interviewer 1 : d'accord. En ce qui concerne du coup que les actes liés au diabète, heu...

Dr 1 : donc il y en a trois, les prises de sang au labo...

Interviewer 1 : heu essentiellement du coup les autosurveillances glycémiques et les injections, comment tu abordes la douleur ?

Dr 1 : et bein très sincèrement, je ne l'aborde pas. Je le mets au rang du négligeable, je pense que c'est négligeable.

Interviewer 1 : pour toi ce n'est donc pas douloureux ?

Dr 1 : ce n'est pas que c'est pas douloureux c'est que c'est une douleur négligeable, qui ne mérite pas, enfin nous en tant que médecins généralistes que l'on s'en soucie. Bien sûr qu'il y

en a d'autres qui s'en soucient, mais ce n'est pas nous les prescripteurs qui allons nous soucier de ça. Je pense que ceux qui vont s'en soucier le plus c'est les industriels, les fabricants d'aiguilles. Ceux qui sont le plus impliqués dans la gestion de cette douleur ce sont les fabricants d'aiguilles.

Interviewer 1 : en amont de nous donc ?

Dr 1 : oui et nous prescripteur, pff . Moi j'ai vu une sacrée différence, dans justement, dans l'évolution en 25 ans, les patients nous en parlaient de la douleur il y a 25 ans, alors que maintenant moi c'est pas un sujet qui remonte, donc c'est pour ça que je ne l'aborde pas, parce que ça ne remonte pas.

Interviewer 1 : d'accord, donc spontanément on ne t'en parle pas ?

Dr 1 : non pas du tout.

Interviewer 1 : jamais ?

Dr 1 : peut être à l'initiation d'un traitement chez les jeunes, peut être mais ça se fait en hospitalier. Quand nous on initie, heu tu vois la gestion d'un diabète du jeune certainement ça doit être évoqué mais dans le domaine hospitalier.

Interviewer 1 : par les spécialistes, d'accord. Quels sont tes moyens d'évaluer la douleur à ton cabinet ?

Dr 1 : et bien, l'interrogatoire simple, l'interrogatoire, heu, l'inspection, c'est à dire la mine des gens quand on fait un acte on regarde comment il réagisse, heu la tête, voilà ce qu'ils disent et puis, après au cabinet j'ai une échelle analogique. Une EVA.

Interviewer 1 : est ce que la douleur ressentie par les patients va influencer ta prise en charge ? … heu repousser une mise sous insuline, décaler une autosurveillance ?

Dr 1 : non c'est pas ça qui, non non, ça n'influe pas. Ce qui peut influer c'est la difficulté à la prise de sang. Moi j'ai des personnes âgées qui sont très difficilement piquables, mais ça vous concerne pas, ce sont les prises de sang pour l'hémoglobine glyquée par exemple. Et ça

effectivement comme elle est difficilement piquable, que c'est un calvaire à chaque fois pour l'infirmier et pour elle, on en fait que deux par an au lieu d'en faire quatre. Et on se débrouille avec les dextros pour elle.

Interviewer 1 : sinon ça n'influence pas du tout ta prise en charge ?

Dr 1 : non, là où ça peut influencer c'est dans le choix des aiguilles après. Mais on parle de ça par rapport à l'épaisseur du coussinet adipeux, on ne parle pas de ça on ne parle pas de ça par rapport à la douleur.

Interviewer 1 : d'après toi, quels facteurs peuvent influencer l'attitude du patient face à son diabète ? Qu'est-ce qui va faire qu'il va être plus ou moins observant ?

Dr 1 : par rapport à un traitement injectable ?

Interviewer 1 : par rapport au traitement, aux autosurveillances...

Dr 1 : ou par rapport à un traitement oral, tout … Quelle est l'attitude du patient ?

Interviewer 1 : oui, quels facteurs vont influencer son observance ?

Dr 1 : alors là, c'est très très large comme question ça. Le type de personnalité, je crois que c'est le numéro 1, le type de personnalité du patient, si c'est un obsessionnel ou si c'est un cool, un dilletant, donc facteur intrinsèque, personnel, heu, facteurs culturel, la culture, facteur cultuel, le culte, la religion, le facteur familial, comment on a été élevé, parce qu'il y a tellement de facteurs. Le facteur professionnel bien sûr, le suivi du diabète par rapport au travail, ça c'est une question qui revient souvent. Où est ce que je fais mes insulines, quand est ce que je les fais, est ce que je les cache à mon employeur...

Interviewer 1 : l'influence sur la vie quotidienne ?

Dr 1 : oui voilà, celui qui ne travaille pas il n'a pas ces problèmes, c'est un facteur essentiel le facteurs professionnel. La disponibilité, ça tient au style professionnel, quelqu'un qui a du temps il suivra peut être mieux quelqu'un qui n'a pas de temps, qu'est ce qu'il y a d'autres comme facteurs? Je vous en ai déjà dit sept ou huit.

Interviewer 1 : c'est pas mal déjà. Penses tu que la douleur en fait partie ?

Dr 1 : non, moi je pense pas, non négligeable.

Interviewer 1 : Tu penses que ça n'influe pas du tout sur l'attitude du patient ?

Dr 1 : non, par rapport à l'injection, c'est pas la douleur qui va être un frein, c'est l'appréhension mais c'est pas la douleur. Pas la douleur physique, c'est la douleur morale, enfin je veux dire, qui va être un frein.

Interviewer 1 : l'anxiété vis à vis de la piqûre ? Le ressenti ?

Dr 1 : ouais. C'est la douleur morale, vous parlez plus de la douleur physique j'imagine... quoi que. Est ce qu'on peut avoir peur de la piqûre ? C'est une forme de douleur aussi. Quand j'ai dit que c'était négligeable, c'est sur le plan physique, celle que tu mesures à l'EVA. L'appréhension, tout ça, c'est une douleur morale.

Interviewer 1 : l'appréhension peut exacerber une douleur physique.

Dr 1 : en plus oui. Ça c'est un frein énorme.

Interviewer 1 : plus de 90 % des patients dans l'étude font leurs autosurveillances et injections malgré la douleur.

Dr 1 : heureusement ! Donc ça va dans le sens de ce que je pensais, c'est négligeable, en fait les quelques pour-cents, enfin peu d'influence. Alors après ce sont des cas très particuliers. Enfin à mon avis.

Interviewer 1 : est-ce que tu as des solutions ? Si éventuellement un patient te dit qu'il ressent des douleurs quand il se fait des Dextros, quand il se fait des injections ?

Dr 1 : alors oui, revoir la technique d'injection et puis le lieu aussi, et puis la troisième chose c'est la qualité des aiguilles. Changer de matériel.

Interviewer 1 : tu les fais parfois se piquer au cabinet ?

Dr 1 : plus maintenant, non. A une époque je me suis amusé à le faire, mais non.

Interviewer 1 : donc tu l'as fait ?

Dr 1 : oui je l'ai eu fait.

Interviewer 1 : sais tu, en cas de besoin où aller trouver cette information? Si tu as besoin de conseils sur comment gérer cette douleur, le matériel...

Dr 1 : où est ce que je m'adresserai ? Moi, heu, je pense que je téléphonerai en service de diabéto, pour proposer au patient d'avoir une journée d'éducation. Ou une semaine, si vraiment il y avait un problème. Ou alors, je passerai un coup de fil à l'endoc référent.

Interviewer 1 : donc du médical, hospitalier ou …

Dr 1 : heu pas paramédical infirmier. Heu, alors quelque fois dans les initiations, mais ça ne répond pas tout à fait aux questions, la mise en place d'une insulinothérapie à domicile chez la personne âgée, je fais passer par une infirmière au départ, pour que l'infirmière fasse les Dextros pendant un mois et après on voit. Soit le ou la patiente se débrouille, soit c'est l infirmière qui gère. Mais souvent je confie ça à l'infirmière. Les premières injections, les premiers dextros, apprendre à tenir le carnet...

Interviewer 1 : est-ce que tu aimerais être mieux informé là dessus? Etre formé ?

Dr 1 : sur les techniques ? Heu, . oui oui, on peut toujours apprendre des choses oui. Mais comme effectivement c'est pas un problème pour moi, j'aurais d'autres priorités. Je dirais plutôt non, en y réfléchissant.

Interviewer 1 : tu as beaucoup de diabétique ou pas dans ta patientèle ?

Dr 1 : des insulinodépendants tu veux dire, ou tout confondu ?

Interviewer 1 : tout confondu.

Dr 1 : sauf que tu as des diabétiques non insulinodépendants qui ne se piquent pas. Il y en a un sur deux moi je dirai qui ne se fait pas de Dextros, des diabétiques non insulinodépendants, dans ma patientèle. Bien sûr tous les insulinodépendants se piquent. Quel est le nombre de diabétique je sais pas, je dirais une cinquantaine.

Interviewer 1 : sur combien de patients ?

Dr 1 : sur combien d'inscrit médecin traitant ? Je peux vous le dire, maintenant on a les chiffres exacts, sur 800 et quelques. En pourcentage... ça fait une proportion faible? 50 sur 800, puis il y a ceux qui ont moins de quinze ans, une patientèle de mille, 5 %.

C'est combien d'habitude ?

Interviewer 1 : on a pas les chiffres là.

Dr 1 : c'est bon ? Vous avez d'autres questions ?

Interviewer 1 : non, et bein merci à toi.

Grille d'évaluation de l'entretien E1. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Installé depuis 25 ans dans commune semi rurale, maître de stage tuteur.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins,infiltrations.

- prescrits :les prises de sang, n'aurait pas spontanément cité les dextro et injections d'insuline

- testés :

- vaccins *« douleur supportable et gérable ».*
- prises de sang *« petite douleur »*
- autosurveillances glycémiques *« négligeable comme douleur ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

A testé les ASG mais les considère comme non douloureux.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'aborde pas le sujet, douleur négligeable « *qui ne mérite pas, enfin nous en tant que*

médecin généraliste que l'on s'en soucie », « ceux qui sont le plus impliqués dans la gestion de la douleur ce sont les fabricants d'aiguilles ».

- les patients parlaient de la douleur il y a 25 ans, *« maintenant ce n'est pas un sujet qui remonte »*
- les moyens d'évaluation cités : évalue la douleur avec le faciès *« voit la mine des gens»,* échelle EVA

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

La douleur n'influence pas sa pratique, il diminue le nombre de prise de sang sur les patients *« difficilement piquables »*, mais il propose un changement de matériel *« mais par rapport à l'épaisseur du coussinet adipeux »* pas par rapport à la douleur.

b. l'observance du patient.

Distingue *« la douleur physique »* de la douleur *« morale », « appréhension », « peur de la piqûre»,* qui pour lui peut être un frein à l'observance.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient :

- la personnalité *« obsessionnel » ou « dilettante ».*
- facteur *« culturel », « cultuel »*, familial.
- la profession *« quelqu'un qui a du temps se suivra peut être mieux que celui qui n'a pas le temps ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- changement de site.
- changement de matériel, *« revoir la technique d'injection ».*
- ne teste plus la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- s'adresse au service de diabétologie.
- ou au diabétologue référent.
- *« pas paramédical infirmier ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Ne souhaiterait pas être formé *« en y réfléchissant »*, ce n'est pas une priorité.

Grille d'évaluation de l'entretien E1. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin:

Cf annexe 17.

Activité d'enseignement, maître de stage et tuteur

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués :les vaccins, les infiltrations.

- prescrits : les prises de sang *« si on en avait pas parlé je n'aurai pas pensé aux autosurveillances ni aux injections d'insuline ».*

- testés :

- les vaccins, décrits comme douloureux, même si *« tout à fait supportable et gérable ».*
- les prises de sang *« c'est une petite douleur »*
- les infiltrations *« je n'ai pas testé mais c'est douloureux »*
- l'examen clinique.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

A testé les ASG mais il trouve cela non douloureux, douleur *« négligeable ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- pas d'évaluation, mis au rang du *« négligeable »,* une douleur qui ne *« mérite pas que nous médecin généraliste s'en soucie ».*
- mais c'est du ressort des industriels, des fabricants d'aiguilles avec *« l'évolution en 25 ans... les patients nous parlaient de la douleur, maintenant ce n'est pas un sujet qui remonte »*
- ou parfois à l'initiation du traitement chez les jeunes mais cela se fait à l'hôpital *« c'est hospitalier ».*
- les moyens d'évaluation cités : l'interrogatoire, l'inspection de la mine des gens, l'EVA.

- la douleur influençant ?

a. Le médecin généraliste et sa pratique.

Non pas d'influence sur le traitement, sauf si difficultés pour les prises de sang, ou dans les choix des aiguilles *« par pour la douleur mais pour épaisseur tissu adipeux »*

b. L'observance du patient.

La douleur n'est pas un facteur influençant, mais c'est *« l'appréhension, douleur morale et non physique »* qui influence, la douleur morale peut être un frein énorme.

Distinction douleur physique et morale :*« la douleur morale ... je pense que vous parlez de la douleur physique... quand je dis que c'est négligeable je parle de la douleur physique ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient :

- *« question très large »*
- facteur intrinsèque, le type de personnalité *« un obsessionnel ou un cool, un dilettant ».*
- facteur culturel, cultuel, la religion.

- facteur familial.
- facteur professionnel, le *« suivi du diabète au travail est une question qui revient souvent ». « essentiel » « disponibilité ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- revoir la technique, le lieu, la qualité des aiguilles, changer de matériel.
- Ne teste pas la technique au cabinet *« à une époque je me suis amusé à le faire mais plus maintenant »*

- où trouver l' information :

- auprès du service de diabétologie pour une *« journée d'éducation, ou une semaine ».*
- auprès de l' endocrinologue référent.
- auprès de l'infirmier(e) mais plutôt pour l'initiation du traitement.

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Il ne s'agit pas d'une priorité pour lui donc est peu intéressé pour y être formé.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E1.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Est maître de stage et tuteur.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : vaccins, infiltrations.

- prescrits : les prises de sang, il n'aurait pas spontanément cité les ASG et les injections *«si on en avait pas parlé je n'aurai pas pensé aux autosurveillances ni aux injections d'insuline »*

- testés :

- les vaccins *« douleur supportable et gérable ».*
- les prise de sang *« petite douleur ».*
- les infiltrations *« je n'ai pas testé mais c'est douloureux ».*
- l'examen clinique.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :*« si on en avait pas parlé je n'aurai pas pensé aux autosurveillances ni aux injections d'insuline »* et pour les ASG *« négligeable comme douleur ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est- elle abordée ?

- n'aborde pas le sujet.
- perçue comme douleur négligeable même si *« ce n'est pas que c'est pas douloureux ».* Mais négligeable *« qui ne mérite pas, enfin nous en tant que médecin généraliste que l'on s'en soucie », « ceux qui sont le plus impliqués dans la gestion de la douleur ce sont les fabricants d'aiguille ».*
- notion de douleur morale *« pas la douleur physique, c'est de la douleur morale »* qui peut être un frein important cependant.
- les patients parlaient de la douleur il y a 25 ans, *« maintenant ce n'est pas un sujet qui remonte »*
- les moyens d'évaluation cités : évalue la douleur en regardant *« la mine des gens »*, échelle EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

La douleur n'influence pas sa pratique, il diminue le nombre de prise de sang sur les patients

« difficilement piquables »,propose de changer de matériel *« mais par rapport à l'épaisseur du coussinet adipeux »* et non par rapport à la douleur.

b. l'observance du patient

La douleur n'est pas un facteur influençant, mais c'est *« l'appréhension, la douleur morale et non physique »* qui influence, la douleur morale qui peut être un frein énorme.

Distinction douleur physique et morale : *« la douleur morale ... je pense que vous parlez de la douleur physique... quand je dis que c'est négligeable je parle de la douleur physique ».*

- les autres facteurs limitant l'observance du patient :

- *« question très large »*
- facteur intrinsèque, le type de personnalité *« un obsessionnel ou un cool, un dilettant ».*
- facteur culturel, cultuel, la religion.
- facteur familial.
- facteur professionnel : le « *suivi du diabète au travail est une question qui revient souvent » « essentiel » « disponibilité ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

-les solutions :

- le site, la qualité des aiguilles, changer de matériel.
- propose de revoir la technique, mais ne la teste pas au cabinet *« à une époque je me suis amusé à le faire mais plus maintenant ».*

- où trouver l'information :

- auprès du service de diabétologie pour une *« journée d' éducation, ou semaine ».*
- auprès de l' endocrinologue référent.
- l'infirmier(e) mais plutôt pour l'initiation du traitement.

- formation sur la prise en charge de la douleur

Comme ce n'est pas une priorité pour lui, il est donc peu intéressé pour y être formé.

ANNEXE 2

Entretien E2

Interviewer 2 : bonjour, peux tu te présenter ?

Dr 2 : je m'appelle Dr X, je suis généraliste dans un centre de santé depuis maintenant 27 ou 28 ans, j'ai presque toujours travaillé à mi temps, je travaille dans un centre de santé, donc ce qui fait que je suis salariée, je travaille avec d'autres médecins, et puis il y a une partie de notre activité, qui est de plus en plus réduite mais qui concerne un peu le hors soin, les activités de prévention. Je fais aussi parti d'un groupe de pair depuis une dizaine d 'années, et puis voilà.

Interviewer 2 : d'accord, et au niveau de la population dont tu t'occupes ?

Dr 2 : alors, on s'occupe de la population du quartier donc, c'est une population de médecine générale et variée, par rapport aux autres centres de santé de Grenoble on a quand même plus de vieux migrants, c'était vrai surtout il y a quelques années, maintenant on a ces migrants qui vieillissent de plus en plus donc on en a encore quelques uns, et sinon on a quand même beaucoup de gens dans des situations précaires, soit des demandeurs d'asile, soit des gens qui ne parlent pas français.

Interviewer 2 : au niveau du nombre de personnes que tu vois par jour ? Du temps par consultation ?

Dr 2 : alors moi j'étais jusqu'à 28 heures par semaine en principe, parce que voilà je travaille forcément un peu plus, normalement on a une consultation toutes les 20 minutes, mais bon c'est sûr que c'est vrai que nos consultations avec ces patients lourds prennent souvent beaucoup plus que 20 minutes. Donc, heu, je crois qu'on est pas tout à fait trois patients par heure.

Interviewer 2 : penses-tu, dans ta pratique quotidienne de médecin généraliste prescrire ou

effectuer des actes douloureux ?

Dr 2 : oui ça arrive, oui oui, je pense au panaris, heu, des injections j'en fait plus. J'en faisais avant, je fais plus d'injections dans les traitements, je ne fais pas d'infiltrations, après il y a les frottis il y a quelques femmes qui n'aiment pas ça et qui disent que c'est douloureux, je considère pas que c'est quelque chose de très douloureux. Heu je fais pas beaucoup de choses non très douloureuses. Alors je pique, puisqu'on est dans le sujet, je pique des Dextros, heu, on a plus l'impression que ceux qui disent que ça fait mal, c'est ceux qui n'ont pas l'habitude, ils sont surpris, ils disent aïe aïe aïe.

Interviewer 2 : ceux qui n'ont pas d'autosurveillances chez eux, c'est ça que tu veux dire ?

Dr 2 : oui.

Interviewer 2 : et concernant la prescription, tu penses prescrire des actes douloureux ?

Dr 2 : bah, je prescris des prises de sang, surtout chez les gamins, heu, quand c'est des gamins, quand je prescris des prises de sang, je prescris des patchs d'Emla, heu sinon, oui je fais des vaccins, mais j'ai l'impression que sur des petits c'est un peu douloureux, mais bon c'est quand même pas catastrophique.

Interviewer 2 : parmi ces actes là, est-ce que tu en as testé sur toi même ?

Dr 2 : oui. Bein les Dextros je trouve que ça fait mal.

Interviewer 2 : tu as trouvé ça douloureux ?

Dr 2 : oui je trouve que ça fait mal oui. Les vaccins je trouve que ça fait pas très mal quand même, les frottis j'aime pas trop mais j'appellerai pas ça douloureux. Il y a les mammo, en principe les mammo c'est pas très douloureux mais une fois là ça m'a fait super mal, pour certaines femmes ça peut être hyper douloureux. En post opératoire, je m'étais fait opérer d'un sein, alors un sein ça faisait pas mal mais l'autre sein j'avais vraiment les larmes aux yeux. Donc je pense qu'il y a des femmes effectivement les deux seins ça doit leur faire hyper mal.

Interviewer 2 : oui donc même des examens radiologiques ?

Dr 2 : oui, bon c'est pas le plus souvent, mais de temps en temps oui.

Interviewer 2 : quand on parle des actes liés au diabète, il y a aussi les cathéters pour les pompes à insuline, on en voit moins...

Dr 2 : oui moi j'ai qu'un seul patient qui a une pompe, il se débrouille et il voit tout avec l'endocrinologue, je gère pas ça du tout.

Interviewer 2 :... comment abordes-tu avec tes patients la douleur pour les actes quotidiens ?

Dr 2 : bein disons que, pour les diabétiques, quand le patient commence à être diabétique, je ne fais pas tout de suite des autocontrôles glycémiques, ça vient dans un deuxième temps et c'est souvent eux qui sont demandeurs, plus que moi, donc dans la mesure où ils sont demandeurs, heu, je leur prescris, sauf si c'est un tout début de diabète je leur dis non, et sinon je le prescris et dans la mesure où ils sont demandeurs finalement ils le font et on parle même pas de la douleur.

Interviewer 2 : donc si tu l'abordes pas, c'est qu'ils vont être demandeurs de cet acte et du coup si ils veulent ils vont t'en parler ?

Dr 2 : oui et puis ils n'en parlent pas tellement, enfin moi j'ai pas l'impression qu'ils en parlent tellement. Alors de temps en temps on voit des diabétiques qui ont des diabètes mal équilibrés et qui vont dire « moi j'en ai marre de me piquer », eux ils en ont marre de se faire des contrôles glycémiques et de se faire des injections d'insuline trois ou quatre fois par jour.

Ou bien les diabétiques anciens qui sont sous insuline, enfin ancien pas forcément vieux, c'est souvent des jeunes, mais qui sont diabétiques depuis longtemps, eux souvent ils font aucun contrôle. Parce que, bah, ils sont un peu rodés avec leur maladie et que ça les embête, et on a l'impression qu'ils en ont marre et qu'ils n'ont pas envie. Alors la douleur joue sûrement une part, mais je crois que c'est la douleur et la contrainte.

Interviewer 2 : quand ils t'en parlent tu distingues la douleur et la contrainte ?

Dr 2 : quand ils m'en parlent, heu, je leur propose pas tellement de solutions. Moi j'ai jamais

bien su, moi je pique sur le côté, j'ai jamais bien su quel était le côté qui faisait le moins mal par exemple. S'ils me disent qu'ils piquent là (*me montre la pulpe)*, bein je leur dis d'essayer à un autre endroit, mais je sais pas où il faut piquer pour que ça fasse le moins mal, j'en sais rien. Moi je pique sur le côté, je sais pas, *rire*, j'ai pas fait le test jusqu'au bout pour piquer partout.

Interviewer 2 : donc tu as quand même des patients qui vont te dire qu'ils en ont marre, mal, dans la globalité, ça ça arrive ?

Dr 2 : oui, c'est quand même toujours des gens qui sont à l'insuline et qui sont obligés de faire des contrôles. Les autres, bein soit ils ne font pas de contrôles,...

Interviewer 2 : en général, quels sont tes moyens d'évaluation de la douleur au cabinet ?

Dr 2 : bein moi j'utilise les échelles d'évaluation de la douleur, mais j'avoue pas pour ça. Je considère qu'elle n'est pas très forte et très brève, donc je ne leur pose jamais la question de détailler exactement cette douleur. Je réponds pas bien à leur demande. *rire*

Interviewer 2 : on a déjà un peu parlé mais est ce que les douleurs ressenties par tes patients vont influencer ta prise en charge ?

Dr 2 : moi je dirais que non, parce que, soit j'essaye de les convaincre qu'on a pas bien d'autres solutions, et j'avoue que j'écoute pas bien leurs plaintes sur la douleur.

Interviewer 2 : vas tu par exemple repousser une mise sous insuline ?

Dr 2 : je la repousse mais pas à cause de la douleur, c'est que les gens sont pas mûrs, sont pas prêts, ils veulent pas. Je la repousse oui, mais franchement c'est pas à cause de la douleur. Mais d'ailleurs ils s'en font plus un monde, et quand ils sont sous insuline ça se passe mieux que ce qu'ils pensaient.

Interviewer 2 : et tu vas par exemple leur proposer d'adapter le nombre d'autosurveillances ou quelque chose comme ça ?

Dr 2 : oh ils le font même avant qu'on leur suggère, ils ont réduit...

Interviewer 2 : d'après toi, quels sont les facteurs en général, qui peuvent influencer l'attitude d'un patient face à son diabète ?

Dr 2 : bein moi je crois, enfin dans les patients que j'ai, qu'il y a une grosse partie de méconnaissance de la maladie, et moi j'ai beaucoup de gens qui arrêtent leur traitement, quand on initie le traitement on donne un mois de traitement et quand on les revoie un mois après ils disent « bah vous m'avez donné un mois » alors que je suis sûre d'avoir dit vous revenez au bout, il faut pas arrêter, etc...

Ce genre de choses. Et ça c'est lors de la mise en route, mais même quand ils sont diabétiques depuis des années, s'ils sont en Algérie et qu'ils n'ont plus de traitement, il y en a quelques uns qui achètent sur place et qui sont scrupuleux, mais il y en a qui, soit diminuent leur traitement pour que ça dure jusqu'au bout, soit l'arrêtent, c'est pas leur préoccupation principale. Non il y a deux types de patient, il y a soit ceux qui sont hyper... On va dire méticuleux et scrupuleux et qui font parfaitement tout ce qu'on leur dit mais c'est pas la majorité des patients, hein, moi je dirai que la majorité de mes patients n'est pas consciente de l'enjeu et de l'importance de l'équilibre du diabète même si on essaye de leur dire !

Interviewer 2 : donc c'est plutôt qu'ils n'ont pas forcément compris ou intégré la gravité de la maladie ou la chronicité de la maladie que d'autres facteurs ?

Dr 2 : et puis quand ils ont arrêté le traitement et qu'il ne s'est rien passé je veux dire après ils ont pas peur de ré-arrêter, ils sont pas paniqués par l'arrêt du traitement.

Interviewer 2 : oui c'est une maladie qu'ils ne voient pas.

Dr 2 : oui c'est une maladie silencieuse.

Interviewer 2 : et pour toi la douleur ne fait pas partie des facteurs pouvant influencer leur attitude ?

Dr 2 : moi, j'ai pas l'impression que ça soit la douleur parce que il y a pleins de diabétiques non insulinodépendants et qui n'ont même pas d'autosurveillances, et si ils ne font pas les

prises de sang, c'est parce que soit ils sont en Algérie, soit ils ont perdu leur ordonnance, soit ils disent « je la ferai une prochaine fois » alors qu'ils ont une prescription pour faire une hémoglobine glyquée tous les trois mois, c'est pas leur... c'est pas la douleur, je pense qu'il y a une part de, oui, une sous estimation de la gravité de la maladie.

Interviewer 2 : nous, on avait noté ça, on trouvait ça intéressant, à Savédiab ils avaient retrouvé que plus de 90 % faisaient leur surveillances ou injections malgré la douleur.

Dr 2 : oui ceux qui sont scrupuleux ils ne parlent jamais de la douleur, et ceux qui ne sont pas sous insuline et qui ne font pas d'autosurveillances, quand ils viennent en consultation ils me demandent toujours alors que des fois j'en ai rien à faire car j'ai une hémoglobine glyquée récente, mais c'est un rituel. Ils demandent à faire le test, il y a même des non diabétiques qui veulent être sûrs de ne pas être diabétique, donc les gens ils aiment bien faire un contrôle ici au cabinet.

Interviewer 2 : si tes patients te parlent de leur douleur connais tu des solutions à apporter à cette douleur? (Toujours concernant les gestes).

Dr 2 : heu... bein ceux qui ne sont pas sous insuline, je leur dis que ce n'est pas la peine de faire sans arrêt, parce que, il y en a, sous prétexte qu'ils ont l'appareil ils le font tous les matins, et ça sert à rien. Je leur dis « non vous le faites juste avant de venir me voir, vous faites juste matin et soir ou trois fois par jour trois jours avant de venir ou avant d'aller chez le spécialiste », donc, heu ça c'est ma réponse en gros. Heu, voilà je n'ai pas tellement d'autres réponses.

Interviewer 2 : est ce que tu vas tester leur technique ?

Dr 2 : heu non. Parce qu'ils n'ont jamais leur appareil, et ils n'ont pas les mêmes trucs que moi. Moi je fais à mains nues, enfin à mains levées plutôt, les gens ils ont des stylos. Alors je sais qu'on peut régler, quand les gens me disent qu'ils ont mal, je leur dis qu'on peut régler la dureté du stylo, mais ils ne l'ont jamais ici. Je ne peux pas leur montrer, je l'ai jamais montré,

je l'ai déjà dit une fois ou deux mais...

Interviewer 2 : bein nous dans notre bibliographie, mais ça c'est pour info, on a trouvé des choses, soit pincer la peau avant, changer de sites, diminuer le nombre d'injections ou d'autosurveillances, ça c'est que tu disais. Proposer une infirmière, tu as les différents diamètres de l'aiguille. Tu as des choses paramédicales, la relaxation, frotter la peau...

Dr 2 : ou mettre un glaçon ? Je sais pas si ça peut marcher ?

Interviewer 2 : si tu es face à une personne qui cherche des réponses tu sais où trouver des informations sur les solutions à ces douleurs ?

Dr 2 : bein il y a des associations de diabétiques, il y a Proxydiab, mais bon je dirai que si je les envoie là bas c'est pas prioritairement pour ça, pour moi c'était pas dans mes priorités ces douleurs, j'ai peut être tord mais c'était pas dans mes priorités.

Interviewer 2 : et si on te le proposait, c'est quelque chose qui t'intéresserait d'être formée à la prise en charge ou aux solutions à apporter ?

Dr 2 : oui, oui parce que à ce moment là je répondrais, alors que là je laisse un peu la question en suspens si elle est là.

Interviewer 2 : tu as des choses à ajouter ?

Dr 2 : ce qui est net c'est qu'il y a des gens qui demandent la surveillance, ils aiment bien savoir où ils en sont, en général au début ils se piquent sans arrêt, puis après bon ça ralentit, mais j'avoue que je suis assez large sur la prescription des lecteurs parce que je me dis s'ils le demandent... Enfin sauf certains au début ils en veulent, je leur dis « non attendez », mais je trouve que même pour l'effet de l'alimentation ou l'effet de l'effort, ça appui un peu ce qu'on dit.

Interviewer 2 : c'est peut être une marque de réussite et les gens sont prêts à avoir mal pour ça...

Dr 2 : pour la douleur, aussi si on pouvait avoir, un peu comme les carnets de surveillances,

mais des carnets sur la douleur avec des conseils, des techniques … Qu'on pourrait remettre aux patients en consultation, ça serait un bon outil.

Interviewer 2 : des carnets explicatifs, avec des rappels sur les techniques, des aides, numéros... ?

Dr 2 : oui, ça serait intéressant.

Interviewer 2 : merci pour tes réponses.

Grille d'évaluation de l'entretien E2. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques des médecins.

Cf annexe 17.

À mi temps dans un centre de santé, une partie d'activité de prévention.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les panaris, les frottis, *« puisqu'on est dans le sujet je pique des dextros », « ceux qui disent que ça fait mal c'est ceux qui n'ont pas l'habitude »*

- prescrits : les prises de sang chez les enfants avec prescription d'Emla, les vaccins sont un peu douloureux chez les petits mais *« pas catastrophique »*

- testés:

- les ASG *« je trouve que ça fait mal ».*
- les vaccins *« ça fait pas très mal »,*
- les mammographies *« ça peut être hyper douloureux » ;*
- les frottis *« j'appellerai pas ça douloureux ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète :

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'aborde pas le sujet car prescrit des ASG dans un second temps si le patient est

demandeur et *« ne parle pas de la douleur ».*

- le patient exprime sa lassitude du traitement *« marre de se piquer »,* mais rarement la douleur alors que *« la douleur doit jouer un rôle »* mais c'est surtout *« la douleur et la contrainte ».*
- les moyens d'évaluation cités ; utilise des échelles d'évaluation mais *« pas pour ça ».*

- la douleur influençant ?

a. Le médecin généraliste et sa pratique

La douleur n'influence pas sa pratique *« pas d'autres solutions » « j'écoute pas leurs plaintes sur la douleur ».* Peut repousser une mise sous insuline mais pas à cause de la douleur, mais quand ils ne sont pas *« prêts ».*

Les patients réduisent d'eux même leur nombre d'ASG avant qu'on ne leur suggère.

b. l'observance du patient ?

La douleur n'est pas un facteur limitant car il y a plein de diabétiques non insulino-dépendants qui ne font pas leur surveillance d'hémoglobine glyquée.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- Méconnaissance de la maladie *« ne sont pas conscient de l'enjeu et de l'importance de l'équilibre du diabète », « maladie silencieuse » « sous estimation de la maladie ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- pas d'ASG systématiques chez les patients non insulino-dépendants.
- réglage du stylo.
- globalement démuni : *« pas tellement d'autres réponses ».*
- ne teste pas la technique au cabinet car les patients n'ont pas leur matériel.

- où trouver l'information :

- Proxydiab mais ne s'adresse pas à eux pour ça, *« c'est pas dans mes priorités ces douleurs ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Elle aimerait être formé car cela éviterait de *« laisser la question en suspens »*. Propose un carnet de suivi avec des conseils techniques comme outil sur lequel s'appuyer.

Grille d'évaluation de l'entretien E2. Interviewer 2.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Travaille à mi temps, salariée, dans un centre de santé.

Une partie de son activité dédiée aux actions de prévention.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : les vaccins, frottis, panaris, injections.

Peu d'actes réalisés considérés comme très douloureux.

Les ASG ne sont pas considérées comme douloureuses malgré le fait de dire *« aïe »*.

« on a l'impression que ceux qui disent que c'est douloureux ce sont ceux qui n'ont pas l'habitude, ils sont surpris, ils disent aïe aïe aïe »

- prescrits : les prises de sang chez les enfants, avec solution du patch d'Emla, les vaccins, même si la douleur est considérée comme peu importante *« c'est tout de même pas catastrophique ».*

- testés :

- les autosurveillances glycémiques : *« je trouve que ça fait mal ».*

- les vaccins : douloureux.
- les frottis : pas agréable mais pas douloureux.
- les mammographies : non douloureux sauf pour certaines femmes pour qui *« c'est hyper douloureux » en « post opératoire, j'en avais les larmes aux yeux »*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : autosurveillances citées dans cet entretien, la pompe à insuline non gérée en médecine générale.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète :

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- pas d'évaluation de la douleur concernant ASG et l'insuline car prescription des autosurveillances uniquement quand les patients sont demandeurs et non au début de la maladie, et douleur considérée comme brève et pas très forte.
- et les patients *« n'en parlent pas tellement »*, souvent ils *« en ont marre »* des surveillances ou des injections, surtout les jeunes. *« La douleur joue sûrement une part (...) mais c'est la contrainte et la douleur ».*
- quand les patients parlent de la douleur, elle n'a pas vraiment de solution. Piquer sur le côté. *« je ne sais pas où ça fait le moins mal ».*
- les moyens d'évaluation cités : pour le reste EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Non, car *« pas d'autres solutions », « j'écoute pas bien leur plainte sur la douleur ».*

La mise sous insuline peut être retardée mais pas pour la douleur, mais quand les gens ne sont pas *« prêts ».*

Ne propose pas de diminuer les contrôles glycémiques car ils y pensent eux mêmes.

b. l'observance du patient.

Non, car finalement ce sont les patients diabétiques non insulinodépendants et sans autosurveillances qui ne font pas les prises de sang et sont les moins observants.

Et puis les plus scrupuleux ne parlent jamais de la douleur et sont même demandeurs d'une ASG au cabinet.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la méconnaissance de la maladie, à l'initiation du traitement et même après. Certains sont *« scrupuleux, et pour d'autres ce n'est pas leur préoccupation principale »*. Ils ne sont pas conscients de l'enjeu de l'équilibre.
- *« maladie silencieuse ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- diminution du nombre d' ASG, sinon n'a pas d'autres solutions.
- ne fait pas tester la technique.
- quand le patient se plaint de douleur, diminuer la dureté du stylo.
- mettre un glaçon.

- où trouver l'information :

- les réseaux, proxydiab.

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Très intéressée par une formation, pour pouvoir répondre à leurs questions, laissées en suspens jusque là. Et avoir un carnet, *« comme pour le suivi »*, avec des conseils, techniques un support papier, un bon outil.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E2

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

A mi temps dans un centre de santé, une partie d'activité de prévention.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués :les frottis, panaris, injections. Globalement peu d'actes réalisés considérés comme très douloureux.

Les vaccins sont un peu douloureux chez les petits mais *« pas catastrophique ».*

Pour les ASG :*« puisqu'on est dans le sujet je pique des dextros »,* et ne sont pas considérées comme douloureux malgré le fait de dire aïe « *ceux qui disent que ça fait mal c'est ceux qui n'ont pas l'habitude ».*

- prescrits : les prises de sang chez les enfants, avec solution du patch d'Emla.

- testés :

- autosurveillances glycémiques : *« je trouve que ça fait mal ».*
- les vaccins *« ça fait pas très mal ».*
- mammographies *« ça peut être hyper douloureux ».*
- les frottis *« j'appellerai pas ça douloureux ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Les Autosurveillances sont citées dans cet entretien.

La pompe à insuline non gérée en médecine générale.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète :

- comment est-elle perçue/ est-elle abordée ?

- perçue plus comme un effet de surprise faisant dire *« aie aie aie »* qu'une douleur,

même si lorsque ces actes sont testés ils sont perçus comme douloureux.

- considérés plus comme un ras le bol face aux contraintes.
- n'est pas perçue comme une des priorités du médecin généraliste.
- n'aborde pas le sujet car prescrit des ASG que dans un second temps si le patient est demandeur et *«ne parle pas de la douleur »,* le patient exprime sa lassitude du traitement *« marre de se piquer »* mais rarement la douleur alors que *« la douleur doit jouer un rôle »* mais c'est plus *« la douleur et la contrainte ».*
- les moyens d'évaluation cités : utilise des échelles d'évaluation mais *« pas pour ça ».*

<u>- la douleur influençant?</u>

a. le médecin généraliste et sa pratique.

La douleur n'influence pas sa pratique car n'a *« pas d'autres solutions » « j'écoute pas leurs plaintes sur la douleur ».*

Peut repousser une mise sous insuline mais pas à cause de la douleur, quand ils ne sont pas *« prêts* ».

Les patients réduisent d'eux même leur nombre d'ASG avant qu'il ne leur suggère.

b. l'observance du patient

la douleur n'est pas un facteur limitant car il y a plein de diabétiques non insulino-dépendants qui ne font pas leur surveillance d'HBA1c car il y a une *« sous estimation de la maladie ».*

<u>- les autres facteurs influençant l'observance du patient :</u>

- méconnaissance de la maladie *« ne sont pas conscients de l'enjeu et de l'importance de l'équilibre du diabète ».*
- *« maladie silencieuse* .

<u>4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.</u>

<u>- les solutions :</u>

- quand les patients parlent de la douleur, pas vraiment de solution à proposer.
- Concernant les sites : piquer sur le côté mais *« je ne sais pas où ça fait le moins mal ».*
- pas d'ASG systématiques chez les patients non insulino-dépendants, diminution du nombre d'autosurveillances.
- le matériel : réglage du stylo.
- mais n'a *« pas tellement d'autres réponses ».*
- ne teste pas la technique au cabinet car les patients n'ont pas leur matériel.

<u>- où trouver l'information :</u>

- Proxydiab mais ne s'adresse pas à eux pour ça,
- *« c'est pas dans mes priorités ces douleurs ».*

<u>- formation sur la prise en charge de ces douleurs :</u>

Elle aimerait être formée car cela éviterait de *« laisser la questions en suspens ».*

Propose un carnet de suivi avec des conseils techniques comme outil sur lequel s'appuyer.

ANNEXE 3

Entretien E3.

Interviewer 1 : alors, peux tu te présenter, dire ton âge, depuis combien de temps tu es installée...

Dr 3 : alors, Dr X, 32 ans, je suis installée ici depuis deux ans et demi, et je travaillais avant depuis 5 ans, ça fait sept ans.

Interviewer 1 : ça fait sept ans que tu es médecin généraliste ?

Dr 3 : oui, au 1er mai.

Interviewer 1 : donc tu es installée dans une commune plutôt...

Dr 3 : semi rurale.

Interviewer 1 : la population que tu vois ?

Dr 3 : principalement pédiatrique, et adultes jeunes, beaucoup de gynécologie.

Interviewer 1 : est ce que tu fais partie d'un réseau ?

Dr 3 : oui le réseau REPOP, suivi de l'obésité de l'enfant et réseau Anaïs, suivi des enfants prématurés. Des réseaux du CHU.

Interviewer 1 : combien tu vois de patients par jour ? Ton temps par consultation ?

Dr 3 : 25. En moyenne c'est trente minutes, après il y a des consultations qui prennent un quart d'heure. Pour des angines de base ou des rhino, mais sur des sujets plus compliqués, bein le diabète notamment, et bein je passe plutôt vingt, trente minutes.

Interviewer 1 : penses tu prescrire ou faire des actes douloureux dans ton cabinet ?

Dr 3 : oui.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 3 : les vaccins, les frottis, c'est jamais une partie de plaisir. Les sutures quand il y en a, car je pense qu'on est pas bien équipé comme on a pas de méopa, donc j'en fais de moins en

moins. Et après les Dextros.

Interviewer 1 : pour toi les Dextros ça fait parti des actes douloureux ?

Dr 3 : ah oui. Bein je me suis « autopiquée » déjà.

Interviewer 1 : justement j'allais te poser la question. Tu as déjà testé ces actes sur toi ?

Dr 3 : oui oui. Et du coup dans les prescriptions elles sont guidées notamment parce que j ai testé tous les autopiqueurs avant de les prescrire. Le problème c'est que ceux que nous nous avons, enfin les autopiqueurs à usage unique, on peut pas les trouver sur le marché parce qu'ils sont quand même vachement bien.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 3 : les accu, les accucheks, les violets, je trouve qu'ils font quand même carrément moins mal. Après je sais pas quel labo c'est mais il y a le truc de glucofix, le labo il est passé il y a une semaine, je le connaissais pas celui là, leur autopiqueur il est vachement bien.

Interviewer 1 : donc toi quand tu as testé ces actes tu les as trouvé douloureux ?

Dr 3 : oui.

Interviewer 1 : comment tu abordes cette douleur avec tes patients en ce qui concerne les actes liés au diabète? Est-ce que tu l'abordes ? Comment tu l'abordes ?

Dr 3 : oui peut être trop vite même, ça les inquiète. Ils sont déjà flippé d'être tombés diabétiques, bon en général ils sortent du CHU, c'est pas nous qui instaurons, enfin les diabète de type 1, les diabète de type 2 ça vient après une longue évolution, donc ça va, les diabétiques de type 1 on leur dit, je leur dis peut être trop vite que ça va faire mal.

Interviewer 1 : tu les préviens ?

Dr 3 : oui. Ça c'était la diabétologue qui m'avait dit, c'était X qui m'avait dit, de toute façon il vaut mieux les prévenir car ils vont en baver, et c'est vrai que volontiers ils vont en parler mais c'est sûrement biaisé.

Interviewer 1 : mais tu abordes quand même le sujet ?

Dr 3 : oui.

Interviewer 1 : c'est pas un truc banal, ça fait parti du traitement ?

Dr 3 : bein voilà. Un truc débile, par exemple, le bébé qui était là, la maman elle souhaitait allaiter et elle s'est rendue compte que ça fait super mal, et elle est venue et je lui ai dit que non ça fait toujours mal le premier mois, c'est normal tout le monde en bave. Et quand tu expliques ça finalement, ça leur fait peur mais en même temps ça leur fait du bien parce qu'ils savent qu'ils peuvent t'interroger là dessus. Bon après les solutions,

Interviewer 1 : c'est plus facile du coup.

Dr 3 : voilà ça vient...

Interviewer 1 : ils se sentent écoutés.

Dr 3 : ils se sentent pas bafoués non plus. On leur prescrit un truc, on sait très bien finalement que ça va faire mal, ils arrivent à la maison, ça leur fait mal... Enfin ça fait parti de la prise en charge globale.

Interviewer 1 : tu utilises quels moyens pour évaluer la douleur ?

Dr 3 : bah chez les enfants c'est une échelle comme ça là *(va chercher quelque chose)* les petits visages et les couleurs, et chez les adultes c'est l'échelle avec le curseur là. Soit la visuelle analogique, soit l'échelle verbale simple, soit la numérique : 0 sur 10 quand je suis en visite ou un peu pressée, sinon ils déplacent avec le curseur.

Interviewer 1 : est-ce que ta prise en charge elle va être influencée par la douleur que peut ressentir le patient ?

Dr 3 : dans ma prescription oui. Je vais prescrire le lecteur de glycémie capillaire en fonction de l'autopiqueur. Ça c'est sûr.

Interviewer 1 : et est-ce que tu vas retarder une mise sous insuline par exemple ?

Dr 3 : pour les diabétiques de type 1 non, par contre essayer de diminuer le nombre de, heu, essayer de trouver le schéma qui sera finalement moins adapté à sa glycémie et tout ça mais

où il y aura moins d'injections.

On va peut être essayer de moins viser la perfection, ce qui est un peu dommage dans les objectifs de glycémie mais viser à ce qu'ils aient moins mal. Après, ça dépend du patient aussi, si c'est un patient qui n'est pas émotif, qui de toute façon a déjà pas peur des injections, on va moins adapter, ça dépend de l'hémoglobine de départ, mais sur le diabète de type 2 oui c'est un frein à la prescription d'insuline, c'est sûr. Parce qu'on va tenter de multiplier les ADO comme ça on va se dire ça ils se piquent pas. Et eux même refusent les prescriptions d'insuline souvent.

Interviewer 1 : parce que tu penses qu'ils ont peur d'avoir mal ?

Dr 3 : ben y a l'inconscient populaire : « les piqûres ça fait mal point » une espèce d'inconscient qui dit c'est un corps étranger etc, et puis ils ont toujours un voisin qui a eu … machin après c'est toujours amplifié quand ils papotent comme ça, mais ils ont quand même mal et puis ils ont déjà eu des prises de sang...

Interviewer 1 : et puis l'insuline ça fait toujours peur de toute façon.

Dr 3 : voilà, en tant que soignant c'est une escalade, ils se disent voilà ça a évolué donc c'est que c'est grave et puis après les diabètes de type 2 qui sont âgés c'est le stress de dire ils sont sous insuline si ils calculent mal ils font une hypo quoi ou si ils dosent pas bien. Quand ils veulent être autonomes de l'infirmière et qu'ils sont censés avoir appris y a toujours des boulettes. Tu les récupères en hypoglycémie parce que dans le coin ils font plein de sport... C'est quand même lourd comme prescription.

Interviewer 1 : OK. Alors d'après toi quels facteurs vont influencer l'attitude du patient vis à vis de son traitement ? Qu'est ce qui va faire qu'il va être plus ou moins observant ?

Dr 3 : le sexe, les hommes ont beaucoup plus de mal à se piquer que les femmes ça c'est sur. Heu... le vécu de la maladie : si déjà à la base ils se sont bien appropriés leur diabète, que ça leur a été bien expliqué et que ça leur tombe pas trop violemment sur la tête et que d'une

manière générale ils ont pas la hantise du corps médical et des médicaments, ça se passe mieux. Les anciens qui font tout à base de plantes on a beaucoup de mal à les convaincre quoi. Et puis après l'âge pas forcément... J'aurais tendance à dire mais je sais pas dans mon expérience personnelle que plus ils ont fait d'études compliquées plus ils sont stressés.

Interviewer 1 : mieux ils sont renseignés...

Dr 3 : voilà ils ont regardé sur internet machin truc et puis c'est galère. Alors que bon ceux qui s'en remettent totalement à nous finalement ça se passe mieux.

Interviewer 1 : et tu penses que la douleur peut influencer l'observance ?

Dr 3 : pour les piqûres d'insuline non parce qu'une fois qu'ils y sont venus, ils voient bien que leur hémoglobine glyquée va mieux, qu'ils peuvent faire des tas de choses, que l'ophtalmo leur a dit super et le labo aussi. Par contre pour leur faire faire des glycémies capillaires ouais. La tenue des dossiers de glycémies capillaires quand il n'y a pas d'infirmière qui les gère, pfff, ils en font le minimum syndical.

Interviewer 1 : et tu penses que la douleur c'est…

Dr 3 : ha oui oui c'est le frein, ils l'ont tous... Et puis c'est même rigolo parce qu'avec leur lecteur de glycémie ils suivent bien la prescription d'aller au labo pour voir s'il est fiable, ils regardent bien la date de péremption des bandelettes, ça y a pas de souci. Mais ils font pas le geste de se piquer. Donc il sont compliants dans l'entretien du matériel mais ils font pas le geste parce que oui ils ont mal. Même si ils prennent pas la pince, qu'ils ont bien compris de faire le pli etc...

Interviewer 1 : du coup quand on te parle de ces douleurs, est ce que t'as des solutions à leur apporter ?

Dr 3 : ben j'essaie déjà de voir quel matériel leur a été prescrit. Si mon sentiment à moi comme j'ai essayé plein de matériel c'est qu'il y a peut être un matériel moins douloureux ben je leur prescris et puis après... non. On est très désemparé face à ça. Après y a les conseils de

base : j'essaie de voir si ils font bien le pli, pas qu'ils fassent toujours au même endroit, changement de site voilà. Pour l'insuline qu'ils l'injectent correctement, la façon de piquer, si les sites sont bien adaptés.

Interviewer 1 : est ce que t'évalues la technique parfois au cabinet ?

Dr 3 : oui oui. J'évalue plus déjà pour les boulettes de je sais plus quoi là.

Interviewer 1 : les lipodystrophies ?

Dr 3 : voilà, qu'ils piquent pas dans les boulettes quand la glycémie est pas top, ça c'est surtout pour les diabètes de type 1. Après j'évalue au cabinet mais c'est pas tant l'aspect douloureux parce que je suis désemparée je sais pas quoi leur proposer. Ça va plutôt être heu, chez le sujet âgé s'il arrive bien à manipuler pour la prescription de l'infirmière, même si ils en veulent pas. Que le lecteur de glycémie ait les chiffres adaptés pour qu'ils puissent lire les trucs quoi parce que quand c'est écrit petit ils comprennent rien mais après la douleur non je botte en touche parce qu'on sait pas quoi faire.

Interviewer 1 : et tu sais où aller chercher l'information si tu en as besoin ?

Dr 3 : j'envoie chez le diabétologue ou j'appelle.

Interviewer 1 : tu as un réseau ?

Dr 3 : ben comme j'ai fait un stage chez Pr. Halimi, j'arrive toujours à avoir des contacts.

Interviewer1 : tu as tes entrées ?

Dr 3 : j'ai mes entrées et puis en ville c'est A.R. qui bossait dans le service. Ils sont très vite disponibles sinon j'envoie un mail et ils répondent rapidement. Mais même eux si je ne m'abuse ils savent pas vraiment quoi proposer. Si, bien vérifier les techniques de piqûre, bien vérifier que ce soit des zones avec un peu plus de corne … mieux adaptées mais...

Interviewer 1 : pas de solution miracle quoi...

Dr 3 : non je pense pas que personne en ait pour l'instant.

Interviewer 1 : et tu aimerais être mieux informée ?

Dr 3 :...

Interviewer 1 : mieux formée ?

Dr 3 : mieux formée oui. Enfin, dans le cycle normal de médecine générale on n'est pas du tout assez formé pour tout ce qui est diabète. Alors pour tout ce qui est dépistage de base, je pense que maintenant on est très bien formé : prévention, savoir tout ce qui est facteur de risque, qui peut en développer, savoir interroger la population pour être sur qu'il n'y a pas des antécédents, ça oui. Mais après une fois que le diabète est la, pfff …

Déjà le rythme même car si on veut éviter de leur faire mal, il faudrait être complètement surs entre guillemets des « glycémies essentielles ». Le problème c'est qu'on veut toujours viser la perfection et on fait tout. On peut peut être en supprimer une ou deux pour qu'il se rassure qu'il ait un peu moins mal et qu'il reprenne son observance au prix certes d'être un peu moins bon mais du coup peut être de privilégier que 2 au lieu de 4 ça peut être pas mal.

Faut viser des petits objectifs atteignables, même si les résultats sont peut être pas... On pourrait faire mieux mais finalement on a des résultats parce que si on leur en met 3, il les fera pas et on aura rien du tout.

Interviewer 1 : et puis il faut pas oublier que c'est une maladie chronique.

Dr 3 : ben voilà c'est désarmant surtout quand ils commencent très tôt. Après la solution aussi quand même parce qu'on n'est pas toujours très bien formé aussi sur la douleur c'est d'avoir un bon réseau d'infirmier qui font pas mal, je les trie comme ça maintenant et qui vont leur montrer parce que eux se forment. Y a un sacré réseau maintenant de diabéto donc ils ont les moyens de pouvoir se former.

Interviewer 1 : y a un réseau sur Grenoble : proxydiab.

Dr 3 : oui pour les patients. D'ailleurs je les envoie la bas. Les patients qui ont vraiment envie de suivre leur diabète, pour les sites d'injection... C'est ce qui avait au CHU avant. Ils l'ont supprimé. Y avait l'éducation thérapeutique aussi.

Interviewer 1 : y a plus au CHU ?

Dr 3 : Ben non a priori. A revoir. Ils ont du reporter sur Proxydiab. En tous cas la dernière éducation thérapeutique que j'ai envoyé la bas ça devait plus se faire à partir de Septembre. J'en n'ai pas renvoyé depuis. Parce que là bas on avait quand même l'infirmière qui était toujours là sur la semaine d'éducation thérapeutique du lundi au jeudi...

Interviewer 1 : est-ce que tu sais le pourcentage de diabétiques tout confondu que t'as dans ta patientèle ?

Dr 3 : type 1 plus 2 ? On avait calculé l'autre jour pour la sécu mais c'est pas énorme moi. A priori c'était 6%.

Interviewer 1 : OK. C'est fini merci beaucoup.

Grille d'évaluation de l'entretiens E3. Interviewer 1.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17..

En cabinet, seule, installation récente.

Milieu semi rural.

Beaucoup de pédiatrie et de gynécologie.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, frottis, sutures, ASG.

- prescrits : non répondu.

- testés :

- ASG : douloureux.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- aborde la douleur *« peut être un peu vite même »* sur les conseils du diabétologue, ce

qui permet au patient d'en parler plus facilement : *« ça leur fait peur mais en même temps ça leur fait du bien car ils savent qu'ils peuvent t'interroger la dessus ». « ils ne se sentent pas bafoués ».*

- les moyens d'évaluation cités : utilise l'échelle EVA, ou verbale simple.

<u>- la douleur influençant ?</u>

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui, il prescrit le lecteur de glycémie en fonction de l'auto piqueur. Pour les diabétiques de type I, elle ne va pas retarder une mise sous insuline mais peut adapter le schéma de manière à ce qu'il y ait moins d'injections.

Pour les diabétiques de type 2, *« la douleur est un frein à la prescription »*, elle « *va multiplier les ADO »* pour éviter les piqûres.

Le patient refuse la prescription souvent par peur des piqûres ou des hypoglycémies ou parce que l'insuline fait peur (évolution de la maladie).

b. l'observance du patient.

Pas pour les piqûres d'insuline. Par contre influence les glycémies capillaires *« la tenue des dossiers de glycémie capillaire quand y a pas d'infirmière qui les gère ils en font le minimum syndical ».*

« ils sont compliants dans l'entretien du matériel mais ne font pas le geste car ils ont mal »

<u>- les autres facteurs influençant l'observance du patient.</u>

- le sexe (homme moins observants).
- le vécu de la maladie.
- le niveau d'étude *« plus ils ont fait d'étude plus ils sont stressés ».*

<u>4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information</u>.

<u>- les solutions :</u>

- prescription d'un matériel adapté.
- conseils habituels *« faire le pli », « changer de site ».*
- évalue le geste au cabinet surtout pour les lipodystrophies ou pour rendre les patients autonomes.
- avoir un bon réseau d'infirmier qui ne fait pas mal.
- pas d'autres solutions pour la douleur *« désemparée » « ne sait pas quoi faire »*

- où trouver l'information :

- Diabétologue, CHU mais *« même eux ne savent pas vraiment quoi proposer ».*
- Réseau diabétologie *« proxydiab ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Nécessité d'être mieux formé pendant les études, durant la formation initiale pour une aide une fois que le diagnostic est établi.

Grille d'évaluation de l'entretien E3. Interviewer 2.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Jeune médecin.

Population pédiatrique, adulte jeune, gynécologie.

Appartient à plusieurs réseaux.

« pour des sujets compliqués notamment le diabète ça me prend 30 minutes ».

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, les sutures *« je n'en fais plus trop car pas de Méopa »,* les ASG.

- prescrits : non répondu.

- testés :

- oui les ASG.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

ASG avec influence sur les prescriptions *« les prescriptions elles sont guidées... parce que j'ai testé tous les autopiqueurs avant de les prescrire », « les autopiqueurs à usage unique sont quand même vachement bien »* .

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- l' aborde en consultation, *« peut être même trop vite , ça les inquiète ».*
- sur les conseils d'une diabétologue *« car ils vont en baver » « ils vont en parler spontanément »,« quand tu expliques ça fait peu r... mais en même temps ça leur fait du bien parce qu'ils savent qu'ils peuvent t'interroger là dessus ».*
- ils ne se sentent pas bafouer car elle sait que ce qu'elle va prescrire va faire mal, *« ça fait partie de la prise en charge globale ».*
- les moyens d'évaluation cités *:* EVA, verbale simple, numérique, avec les visages pour les enfants.

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui influence sur la prescription du lecteur glycémique en fonction de son autopiqueur.

Mais ne retarde pas une mise sous insuline, va limiter le nombre d'injections « *moins viser la perfection,... Mais viser à ce qu'ils aient moins mal »* ça dépend du patient *« moins émotif ».*

Pour le patient diabétique de type 2, retardera si besoin une mise sous insuline en multipliant les antidiabétiques oraux comme ça *« il ne se pique pas ».*

Limite les ASG : *« être sur des glycémie essentielles »*, moins viser la perfection, alors « peut

être en supprimer une ou deux et faire moins mal » »petits objectifs atteignables ».

Chez la personne âgée risque des hypoglycémie *« c'est lourd comme prescription ».*

b. l'observance du patient.

Oui car il y a l'inconscient populaire *« les piqûres ça fait toujours mal » « ça a évolué donc c'est grave ».*

Peur chez la personne âgée, de l'hypoglycémie .

Pour l insuline n'influence pas car les bons résultats d' hémoglobine glyquée, qu'ils font pleins de choses, bon retour des spécialistes, du laboratoire...

Pour les ASG oui, la douleur est un frein que tous les patients ont.

« ils sont compliants dans l'entretien du matériel mais ils ne font pas leur geste car ils ont mal ».

<u>- les autres facteurs influençant l'observance du patient.</u>

- le sexe, les hommes ont plus peur de se piquer que les femmes.
- le vécu de la maladie.
- le niveau d'études *« plus ils ont fait des études compliquées plus ils sont stressés ».*

<u>4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.</u>

<u>- les solutions :</u>

- quel matériel prescrit ? *« puis après ... on est très désemparé face à ça ».*
- conseils de base : le pli, changer de lieu de piqûre.
- évaluation au cabinet, mais finalement pour vérifier la taille des chiffres, voir si besoin d'une infirmière, mais pas vraiment pour la douleur car *« désemparée », « je botte en touche parce qu'on ne sait pas quoi faire ».*
- avoir un bon réseau d IDE qui ne font pas mal.
- Proxydiab, l'éducation thérapeutique.

- où trouver l'information ?

- auprès du diabétologue, mais même eux ne savent pas *« vraiment quoi proposer ».*
- *« je pense pas qu'on ait de solutions pour le moment ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Considère avoir eu une bonne formation sur la prise en charge du diabète, mais manque pour la prise en charge de ces douleurs, donc serait intéressée.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E3.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Seule en cabinet, installation récente.

Beaucoup de pédiatrie et de gynécologie

Temps de consultation variable *« pour des sujets compliqués notamment le diabète... ça me prend 30 minutes »*

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués :les autosurveillances glycémiques, les vaccins, les sutures *« je n'en fais plus trop car pas de Méopa ».*

- prescrits : non répondu

- testés :

- oui les ASG.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : les ASG considérées comme douloureuses.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- perçue comme une réelle douleur avec test des autopiqueurs avant la prescription et importance de prévenir avant de débuter traitement. Parle du risque de faire mal en voulant viser la perfection.
- aborde clairement la possible douleur lors de ces actes *« peut-être même trop vite , ça les inquiète »* et ce sur les conseils d'une diabétologue *« car ils vont en baver »*
- ensuite les patients peuvent en parler. *« ils vont en parler spontanément », « quand tu expliques ça fait peur... mais en même temps ça leur fait du bien parce qu'ils savent qu'ils peuvent t'interroger là dessus ».* Ils ne se sentent pas bafouer car on sait que ce qu'on va prescrire va faire mal, *« ça fait partie de la prise en charge globale ».*
- les moyens d'évaluation cités : EVA, verbale simple, numérique, avec les visages pour les enfants.

- <u>la douleur influençant ?</u>

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui, la douleur lors des ASG ou injections d'insuline influence sa pratique.

Prescrit le lecteur de glycémie en fonction de l'auto piqueur.

Pour les diabétiques de type I, elle ne va pas retarder une mise sous insuline mais peut adapter le schéma de manière à ce qu'il y ait moins d'injections.*« moins viser la perfection,... mais viser à ce qu'ils aient moins mal »* mais ça dépend du patient *« moins émotif ».*

Pour les diabétiques de type 2, retarde si besoin une mise sous insuline, en multipliant les ADO comme ça *« il ne se pique pas »*.

b. l'observance du patient.

Pour l' insuline la douleur n'influence pas car les patients voient les bons résultats d'hémoglobine glyquée, qu'ils font pleins de choses, sont motivés par le bon retour des spécialistes, du laboratoire... Mais l'insuline est associée à l'aggravation de la maladie *« ça a évolué donc c'est grave ».*

Peur de l'hypoglycémie chez la personne âgée.

Pour les autosurveillances oui, la douleur est un frein que tous les patients ont : *« compliants dans l'entretien du matériel mais ils ne font pas leurs gestes car ils ont mal »*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- le sexe (homme moins observants).
- le vécu de la maladie.
- le niveau d'étude *« plus ils ont fait d'étude plus ils sont stressés ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- revoir quel matériel a été prescrit.
- *« puis après ... on est très désemparé face à ça ».*
- conseils de base : faire le pli, changer de lieu de piqûre.
- évalue le geste au cabinet surtout pour les lipodystrophies ou pour les rendre autonome.
- avoir un bon réseau d'infirmier qui ne fait pas mal.
- mais *« je botte en touche parce qu' on ne sait pas quoi faire ».*

- où trouver l'information :

- auprès du diabétologue, mais même eux ne savent pas *« vraiment quoi proposer ».*
- finalement elle ne pense pas qu'il y a vraiment de solutions pour le moment.

- formation sur la prise en charge de la douleur :

Parle de la nécessité d'être mieux formé pendant les études car désemparée une fois que le diagnostic est établi .

Bonne formation sur la prise en charge du diabète mais être mieux informé sur les

surveillances *« être sur des glycémie essentielles »*

Car souvent elle vise la perfection, alors que *« peut être en supprimer une ou deux et faire moins mal » « petits objectifs atteignables ».*

ANNEXE 4

Entretien E4.

Interviewer 1 : est-ce que tu peux te présenter, me dire ton âge, depuis combien de temps tu es installé, le type de population que tu vois ?

Dr 4 : j'ai 53 ans, je suis un homme comme ça s'entend, je suis installé ici depuis bientôt 16 ans en fait, je suis installé dans une banlieue plutôt pas très riche de l'agglomération grenobloise, avec beaucoup d'actes en CMU, AME, beaucoup de tiers payant.

Interviewer 1 : le temps de tes consultations à peu près ?

Dr 4 : à l'heure actuelle je travaille 4h le matin et l'après midi 3h30.

Interviewer 1 : et par consultation à peu près, 20 minutes ?

Dr 4 : moins que ça un quart d'heure en moyenne à peu près.

Interviewer 1 : combien de consultations par jour ? Une trentaine ?

Dr 4 : entre 25 et 30 en moyenne.

Interviewer 1 : est-ce que tu fais parti d'un réseau ?

Dr 4 : plusieurs réseaux : le RESIC 38, le réseau adolescent Isère, qu'est ce qu'il y a d'autre encore comme réseau ?

Interviewer 1 : l'obésité de l'enfant non ?

Dr 4 : ouais le RIPOP...

Interviewer 1 : c'est déjà pas mal ! Alors, est-ce que tu penses que tu prescris ou que tu fais des actes douloureux dans ton cabinet ?

Dr 4 : de temps en temps oui forcément je fais des actes douloureux : enlever des points ça peut être douloureux, habituellement non mais ça peut. Qu'est ce que je fais d'autre de douloureux ? C'est à peu près tout je pense, les vaccins si on peut appeler ça douloureux c'est plus un ressenti de la personne que quelque chose de vraiment douloureux.

Interviewer 1 : oui, après il y a les prises de sang...

Dr : j'en fais pas.

Interviewer 1 : oui mais en prescription aussi ?

Dr 4 : ben oui forcément ça c'est obligé. Et puis effectivement je prescris aussi des autosurveillances de glycémies capillaires.

Interviewer 1 : est-ce que tu as déjà testé ces actes sur toi ?

Dr 4 : oui.

Interviewer 1 : lesquels, les ASG ?

Dr 4 : je me pique moi même les vaccins de la grippe tous les ans, je me pique de temps en temps avec mon truc de Dextro pour me surveiller et puis vérifier que l'appareil ne dise pas n'importe quoi. Qu'est ce que je peux faire encore d'autre ? Je m'enlève pas mes points tout seul. *rires*

Interviewer 1 : et est-ce que tu as trouvé ça douloureux ou pas ?

Dr 4 : non.

Interviewer 1 : 0, pas du tout ?

Dr 4 : non pas 0 mais je me fais plus mal quand je me pince le doigt dans une porte c'est clair ou que je me tape quand je bricole à la maison avec le marteau sur mes doigts, ça fait plus mal.

Interviewer 1 : ça fait un peu mal quand même, un petit peu ?

Dr 4 : oui un petit peu.

Interviewer 1 : alors concernant juste les actes liés au diabète du coup, est-ce que tu abordes la question de la douleur avec les patients et comment tu l'abordes ? La douleur liée aux actes ?

Dr 4 : non je l'aborde pas. Souvent, de toute façon souvent je teste de Dextro... Les diabétiques chez qui je fais le diagnostic, ou qui viennent avec des symptômes liés à un

diabète ou pour voir comment un diabétique est équilibré à l'heure où il vient me voir au cabinet, c'est assez fréquent que j'utilise mon lecteur de Dextro et je leur fais un Dextro dans le cabinet et la majorité des gens quand je leur fais ça c'est rare que je vois une grimace. Il y en a deux ou trois qui me disent qu'ils ont peur mais ils me tendent quand même volontiers leur doigt finalement et j'ai pas l'impression que ça leur fait une douleur extrême comme quand je me le fais à moi même et voilà quoi. J'ai pas l'impression d'être un bourreau quand je fais ça sur mes patients ou quand je leur demande de faire des auto-mesures régulièrement.

Interviewer 1 : et eux spontanément ils t'en parlent ?

Dr 4 : c'est rare qu'on me dise « je les fais pas parce que ça me fait trop mal au doigt ». Et j'en connais certains de mes patients qui en font huit ou voire même plus en une journée quoi...

Interviewer 1 : et les injections du coup? On ne t'a jamais dit que c'était douloureux?

Dr 4 : les injections d'insuline à priori sont moins ressenties comme douloureuses. Les gens ont plus d'appréhension... les diabétiques qu'on va passer à l'insuline, c'est plus euh comment dire, dans l'imaginaire de la population surtout de mon quartier que c'est vraiment quelque chose qui … c'est un degré de plus dans la maladie, c'est plus ça qui les effraie que la piqûre en elle même en fait.

Après il y a aussi le nombre de piqûres que les gens font par jour : quand c'est juste une injection d'insuline lente par jour ben c'est relativement facile, si il y a deux injections de lente par jour et trois injections de rapide ça commence à faire beaucoup c'est clair.

Interviewer 1 : OK. Est-ce que tu utilises des moyens pour évaluer la douleur?

Dr 4 : la douleur par rapport à ?

Interviewer 1 : la douleur en général.

Dr 4 : pour la douleur en général j'ai des échelles EVA dans mon cabinet.

Interviewer 1 : d'accord. Est-ce que ces douleurs, bon toi t'en as jamais vraiment observé du coup des douleurs liées à ces actes, mais est-ce que ça pourrait modifier ta prise en charge,

repousser une mise sous insuline ou diminuer les ASG ?

Dr 4 :...

Interviewer 1 : ça n'a pas d'influence ?

Dr 4 : non pour moi ou il y a besoin d'insuline ou il y a pas besoin d'insuline. C'est pas ces actes là qui vont être une contre-indication à une mise sous insuline ça c'est clair que non.

Interviewer 1 : ça rentre pas du tout en compte dans ta décision ?

Dr 4 : non.

Interviewer 1 : OK. Et à ton avis quels sont les facteurs qui influencent l'observance du patient vis à vis de l'insuline ou des ASG ?

Dr 4 :... Les auto-surveillances c'est contraignant, c'est clair. Pour moi il y a aussi par rapport à mes patients, pour ce qui est des ASG ou même des injections d'insuline, c'est plutôt la manipulation du matériel, la peur de ne pas y arriver, la peur de se tromper, ne pas savoir lire les indications ou les chiffres qui sont sur le stylo d'insuline ou euh la manipulation du lecteur de glycémie capillaire. Ça va être plus ça les réticences que des réticences liées à la douleur. Bon il y a un de mes patients effectivement qui me dit «je les fais pas parce que ça me fait mal» mais quand je lui fais j'ai pas l'impression de lui faire horriblement mal et j'ai l'impression que c'est plus une appréhension et une peur psychologique qu'une réelle douleur.

Interviewer 1 : ouais c'est plus une angoisse vis à vis de la piqûre que...

Dr 4 : ouais ouais moi je l'interprète comme ça en tous cas.

Interviewer 1 : est-ce que tu as des solutions à leur apporter pour diminuer cette douleur quand ils te disent qu'il y en a une justement? Est-ce que tu as des techniques ou des, heu, du matériel ? Quand lui il te dit qu'il a mal ce patient en question est-ce que tu lui proposes des solutions ?

Dr 4 : non j'ai pas de solutions, j'essaie de lui indiquer de lui repréciser la technique où est-ce qu'il vaut mieux piquer au niveau des doigts, sur la face latérale voilà. J'essaie de lui redonner

ça comme information mais il le sait très bien...

Interviewer 1 : changer de site...

Dr 4 : oui voilà pas toujours piquer le même doigt... Quand je fais des vaccins, je pince la peau et je relâche la peau au moment ou j'injecte pour justement limiter la douleur au maximum et en général les gens ne se rendent même pas compte qu'ils sont piqués. Après pour ce qui est des systèmes de petites lancettes pour les glycémies capillaires, je reconnais qu'il y a certains type de modèle ou de système qui font beaucoup plus mal que d'autre et j'ai ma propre expérience par rapport à ça. Passé un temps j'avais des systèmes à usage unique automatique et c'était une vraie boucherie ce truc ça faisait super mal et du coup j'ai jeté tout ça à la poubelle quand je me suis rendu compte que ça faisait aussi mal en fait.

Interviewer 1 : oui donc tu peux proposer des changements de matériel.

Dr 4 : oui voilà on peut proposer des changements de matériel, et ce matériel là à ma connaissance j'en vois plus de prescris parce que j'ai l'impression que c'est passé à la trappe tellement c'était douloureux.

Interviewer 1 : OK. Est-ce que tu penses que tu aurais besoin d'une formation là dessus, sur des solutions pour gérer la douleur des injections ou des ASG ?

Dr 4 : ça m'apporterait rien.

Interviewer 1 : et si tu as besoin d'informations tu vas les chercher où ?

Dr 4 : par rapport à ces trucs la? J'ai pas besoin d'informations.

Interviewer 1 : très bien. J'ai oublié de te demander à peu près le pourcentage de diabétiques que tu as dans ta population de patients?

Dr 4 : j'avais fait pour la sécurité sociale le calcul de tous mes patients diabétiques de type 2, je devrais retrouver... En rajoutant le nombre de patient diabétique de type 1... Donc patients diabétiques 69 si on rajoute les patients diabétiques de type 1 j'en vois à peu près 5, donc ça fait 75 à peu près.

Interviewer 1 : 75 patients. Ça ferait quoi 10% ?

Dr 4 : non moins que ça, 5% même pas je pense. Après parmi les adultes au delà de 16 ans ça fait 8% à peu près.

Grille d'évaluation de l'entretien E4. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Installé depuis 16 ans dans quartier défavorisé de la banlieue grenobloise.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : ablation de points de suture, les vaccins *« si on peut appeler ça douloureux ».*

- prescrits : les prises de sang,les glycémies capillaires.

- testés :

- ASG,
- les vaccins.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : peu douloureux *« je me fais plus mal quand je me coince le doigt dans une porte ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- ne pense pas que c'est un geste douloureux car il est *« rare de voir une grimace » »pas l'impression d'être un bourreau quand je fais un dextro ou que je prescris des ASG ».*
- les piqûres d'insuline sont ressenties comme moins douloureuses pour lui mais font plus peur de manière générale car représentent un *« degré de plus dans la maladie ».*
- donc, n'aborde pas spontanément la question de la douleur en consultation.

- les moyens d'évaluation cités : EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

La douleur n'a pas d'influence sur sa prise en charge, ne retarde pas une mise sous insuline *« pour moi il y a besoin ou il n'y a pas besoin d'insuline ».*

b. l'observance du patient.

La douleur rentre peu en compte car pour lui c'est *« plus une appréhension de la piqûre qu'une réelle douleur ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- mauvaise manipulation du matériel, mauvaise compréhension des chiffres.
- la peur de se tromper.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- ré expliquer la technique d'injection : changer de doigt, piquer sur la face latérale, faire un pli.
- changer de matériel *« certain type de modèle qui font plus mal que d'autre ».*

- où trouver l'information :

- considère ne pas avoir besoin d'informations complémentaires.

- une formation sur la prise en charge de la douleur : ne *« lui apporterait rien ».*

Grille d'évaluation de l'entretien E4. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Installé depuis 16 ans dans quartier défavorisé de la banlieue grenobloise.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : ablation de points sutures, les vaccins *« si on peut appeler ça douloureux ».*

- prescrits : les prises de sang, les glycémies capillaires.

- testés :

- autosurveillances glycémiques.
- les vaccins.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : peu douloureux *« je me fais plus mal quand je me coince le doigt dans une porte ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'aborde pas spontanément la question de la douleur
- ne perçoit pas cela comme un geste douloureux *« rare de voir une grimace » « pas l'impression d'être un bourreau quand je fais un dextro ou que je prescris des ASG »*
- les piqûres d'insuline sont ressenties comme moins douloureuses pour lui mais font plus peur de manière générale *« degré de plus dans la maladie ».*
- les moyens d'évaluation cités : EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

La douleur n'a pas d'influence sur sa prise en charge, ne retarde pas une mise sous insuline *« pour moi y a besoin ou y a pas besoin d'insuline ».*

b. l'observance du patient.

La douleur rentre peu en compte pour lui c'est *« plus une appréhension de la piqûre qu'une réelle douleur ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la manipulation du matériel.
- la mauvaise compréhension des chiffres.
- la peur de se tromper.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- ré expliquer la technique d'injection : changer de doigt, piquer sur la face latérale, faire un pli.
- changer de matériel « certain type de modèle qui font plus mal que d'autre »

- où trouver l'information :

- pas besoin d'information.

- une formation sur la prise des douleurs : ne *« lui apporterait rien ».*

Grille d'évaluation commune de l'entretien E4.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : ablation des points de suture, les vaccins *« si on peut appeler ça douloureux ».*

- prescrits : les prises de sang, les glycémies capillaires.

- testés :

- ASG.
- vaccins peu douloureux *« je me fais plus mal quand je me coince le doigt dans une porte ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : autosurveillances glycémiques.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- perception : ne pense pas que c'est un geste douloureux. Même si cela dépendant du nombre de surveillances et d'injections bien sûr. Elle est rarement exprimée par les patients *« rare de voir une grimace », « pas l'impression d'être un bourreau quand je fais un dextro ou que je prescris des ASG ».*
- il n'aborde pas spontanément la question de la douleur, avec distinction contraintes et réticences vs douleur physique.
- les piqûres d'insuline sont perçues comme moins douloureuses pour lui mais font plus peur de manière générale *« degré de plus dans la maladie ».*
- les moyens d'évaluation cités : l'EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Pas d'influence de la douleur sur sa prise en charge, ne retarde pas une mise sous insuline *« pour moi y a besoin ou y a pas besoin d'insuline ».*

Il nous décrit un patient qui dit *« je ne les fais pas parce que ça fait mal »* mais quand il teste au cabinet *« il ne semble pas avoir horriblement mal (...) plus une appréhension, une peur psychologique ».*

b. l'observance du patient.

La douleur rentre peu en compte pour lui c'est *« plus une appréhension de la piqûre qu'une réelle douleur ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- le nombre d injections.

- la contrainte.
- le patient en lui même et la peur de se tromper, de manipuler …

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- « je n'en ais pas ».
- lieu de piqûre, technique d'injection (faire un pli) *« mais il le sait très bien ».*
- certains modèles d'auto piqueurs qui font moins mal : changer de matériel *« passé un temps, certains auto piqueurs c'étaient une vraie boucherie (...) passés à la trappe tellement ça faisait mal »*

- où trouver l' information :

- *« ça ne m'apporterait rien ».*

- formation sur la prise en charge des douleurs : pas besoin.

ANNEXE 5

Entretien E5.

Interviewer 2 : voilà, nous sommes deux pour ce travail de thèse sur la douleur chez les diabétiques au moment des injections d'insuline ou des autosurveillances glycémiques, à partir d'un travail réalisé par le réseau Savédiab à Chambéry, et nous on s'intéresse à comment elle est abordée, comment elle est prise en charge par les médecins généralistes.

Peux tu te présenter ?

Dr 5 : oui bien sûr, moi je suis X, je suis médecin généraliste, je suis plus très jeune, j ai 64 ans et voilà tout va bien. Je travaille place Y à Grenoble, je ne sais pas combien je vois de patients par jour, mais beaucoup, j'ai pas mal de diabétiques, surtout type 2, je suis très motivé par cela, et je trouve effectivement que les autotests, les glycémies capillaires ça fait mal. Et les gens le disent, ils râlent, ils ont souvent pleins de trous au bout des doigts, et du coup ils ont tendance à espacer les prélèvements.

Interviewer 2 : fais tu parti d'un réseau ?

Dr 5 : non, je suis en milieu urbain et je bosse avec deux endocrinologues que je connais très bien, dont Pr Halimi à l'hôpital quand c'est compliqué, qui lui est entrain de mettre en place un réseau, dont je ferai sans doute parti.

Interviewer 2 : comment définirais-tu le type de population dont tu t'occupes ?

Dr 5 : ils sont très gentils, *rire*. Heu, j'ai toutes les couleurs, toutes les races, tous les âges, très diversifiée.

Interviewer 2 : ça fait combien de temps que tu es installé ?

Dr 5 : 30 ans.

Interviewer 2 : en règle générale, dans ta pratique penses tu prescrire ou effectuer des actes douloureux ?

Dr 2 : les injectables, les gens n'aiment pas, certaines séances de kiné, tu parles d'actes invasifs ou non invasifs ?

Interviewer 2 : non en général, dans ta pratique de médecin généraliste qu'est ce que tu prescris ou effectues comme actes douloureux ?

Dr 5 : que j'effectue moi même et bein les parages, les anesthésies des parages, les glycémies capillaires que je fais au cabinet, les examens gynécos qui peuvent être douloureux. Enlever des corps étrangers, hier j'ai enlevé une perle dans une narine chez une petite qui avait 18 mois, elle a pas aimé du tout. Les vaccins chez les tout petits sont des actes douloureux, la simple prescription de la prise de sang chez l'enfant est vécu comme un acte douloureux même si ça ne l'est pas.

Les examens cliniques des gens qui ont des lombalgies, gonalgies, ou n'importe quelles douleurs articulaires, peuvent s'avérer douloureux.

Qu'est ce que je peux prescrire comme examens douloureux ? Bein tout ce qui est intervention chirurgicale, heu... il y en sûrement d'autres mais ça ne me vient pas à l'esprit... les bouchons de cérumen ça fait mal des fois, ce sont des petits actes tout ça.

Et on parle de douleur physique ? Car l'annonce d'une séropositivité ou d'un cancer est un acte douloureux.

Interviewer 2 : as tu déjà testé ces actes sur toi même ?

Dr 5 : oui, les glycémies capillaires j'ai horreur de ça, particulièrement désagréables, oh c'est fugace, ça passe tout de suite mais c'est très désagréable. Je me suis mis des points de suture moi même, ça fait mal, je me les suis enlevés ça fait pas mal. Je me suis fait des intramusculaires, on les fait n' importe comment parce qu'on se contorsionne dans tous les sens. La prise de sang je ne trouve pas ça douloureux, non mais même l'intramusculaire c'est pas douloureux, on appréhende parce qu'on aime pas ce qui s'injecte. J'ai vécu des actes désagréables oui c'est sûr, du genre gastroscopie sans anesthésie, tentative de coloscopie sans

anesthésie, ça je ne recommencerai plus jamais.

Des échographies des zones douloureuses font mal aussi, une échographie d'une douleur abdominale c'est pas toujours agréable non plus.

Puis il y a tout ce qui peut être fracture, entorse, manipulation, enlever des broches, c'est un acte douloureux, même si c'est souvent fait rapidement, ça fait mal, c'est pas anodin.

Interviewer 2 : en ce qui concerne les actes liés au diabète, comment abordes tu la question de la douleur avec tes patients ?

Dr 5 : la douleur de l'acte ? Ou la douleur en général ?

Interviewer 2 : les actes autosurveillances, insuline, pose de cathéter...

Dr 5 : ça je leur explique tout, je leur explique en général. Alors les pauses de cathéters on va leur expliquer en milieu hospitalier, puisque moi personne est à la pompe, je m'occupe pas de ça au cabinet. L'autosurveillance je leur fais au cabinet ou bien ils se la font une fois tout seul au cabinet et je les guide, alors voilà comme cela ils disent ça pique mais c'est rien, l'insuline en général est très bien vécu c'est indolore, ça passe inaperçu. L'examen du fond d'œil c'est anodin, si ce n'est que c'est désagréable, le verre à trois temps, je ne sais pas si ça s'appelle comme ça, c'est très désagréable, l'anesthésie avant l'examen du fond d' œil c'est quelque chose de désagréable.

Interviewer 2 : donc tu vas aborder plutôt la technique ou la douleur ?

Dr 5 : je leur dis. Alors j'aborde le pourquoi, la nécessité de faire les choses, le pourquoi du matériel on ne peut pas faire autrement, heu, le comment, on pique effectivement pour prendre une goutte de sang ou on met des gouttes dans l'œil pour anesthésier. Je leur explique pourquoi ça fait mal, comment ça fait mal, je leur montre l'échelle, je leur dis « on vient de le faire, regardez, il y a une échelle de 1 à 10, là c'est la douleur maximale, type douleur d'accouchement ou de grosses fractures ou de brûlures, et ça c'est une petite douleur dentaire » et ils sont tous en bas.

Interviewer 2 : donc tu leur demandes de juger ...?

Dr 5 : … Oui et puis en général on y revient plus . La douleur est mieux appréciée quand elle est connue.

Interviewer 2 : … donc à l'initiation du traitement par exemple ou prescription du lecteur ?

Dr 5 : à l'initiation du traitement surtout ou quand il y a un changement de traitement, il n'y avait pas d'insuline, il y a de l'insuline, ils ne savaient pas se servir du lecteur, il y a des gens ils ne peuvent pas, il y a un obstacle avec la langue, un obstacle avec la compréhension d'un geste simple et puis subitement avec une bonne éducation ils vont s'y mettre, on explique.

Interviewer 2 : donc tu expliques au départ que c'est possiblement douloureux, tu leur demandes de l'évaluer et après en général ils ne vont pas revenir vers toi pour en parler, vu que tu leur as laissé le champ libre au départ ?

Dr 5 : oh non. Je leur redemande « ça va c'est pas trop désagréable, ça va ça fait mal ? »

Interviewer 2 : tu reposes la question un peu plus tard ?

Dr 5 : oui.

Interviewer 2 : tu m'as parlé d'échelles, as tu d'autres moyens d'évaluation de la douleur ?

Dr 5 : je me sers que de ça, EVA, c'est toujours comparatif.

Interviewer 2 : ces douleurs peuvent-elles influencer ta prise en charge ?

Dr 5 : non, pas beaucoup. Quand tu dois faire des glycémies capillaires tu dois faire des glycémies, on va pas adapter la machine, le mode de prélèvement un peu, mais pas beaucoup, moi je leur dis en général de trouver un autre mode de prélèvement, les stylos c'est pas très agréable, je leur montre comment il faut régler le stylo, et puis il y a des petits trucs, je ne sais plus comment ça s'appelle, tu piques c'est unitaire, c'est un peu cher, ça marche bien ça, ça picote.

Interviewer 2 : tu vas modifier le matériel, mais ça ne va pas modifier ta prise en charge ?

Dr 5 : non, surtout pour l'insuline, il faut leur dire « vous n'en mettez pas à côté ! » pas faire

semblant de piquer à peine, ou de piquer et sortir tout de suite.

Interviewer 2 : tu ne vas pas retarder une mise sous insuline ou modifier les schémas ?

Dr 5 : non puisque c'est l'infirmière qui va passer les premiers mois, ça sera bien fait, les résultats seront positifs sur le plan biologique, donc je changerai pas d'avis.

Interviewer 2 : et d'après toi quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'observance du patient face à son diabète ?

Dr 5 : pas la douleur, c'est l'insuline ça leur fait pas mal, mais l'insuline = maladie grave, ça je crois que ça revient tout le temps « ah non je ne veux pas d insuline... moi c'est un petit diabète, ça devient un gros diabète. » Alors tu leur expliques que non...

Interviewer 2 : la gravité de la maladie ?

Dr 5 : oui. Ça pourrait être un obstacle mais ça ne l'est pas vraiment, mais c'est à nous hein, faut faire des entretiens motivationnels pour que ça se passe.

Interviewer 2 : et d'autres facteurs ?

Dr 5 : non je trouve pas. Le passage à l'insuline c'est dur, le reste ça ne l'est pas. Tu leur parles d'insuline, ils te disent « halala j 'avais peur que d'une chose », tu connais la phrase « ma grand mère on l'a mise sous insuline et on l'a amputée six mois plus tard » alors tu leur dis que si on l'a amputée six mois plus tard c'est parce qu'on a mis l'insuline trop tard. « ah non je veux surtout pas d'insuline, je connais quelqu'un chez qui ça s'est très très mal passé ».

Interviewer 2 : c'est associé à une gravité, un palier supérieur. Et sur les autosurveillances ?

Dr 5 : l'autosurveillance d'un diabète de type 2 c'est pas urgent, il faudra qu'on le fasse, donc on peut y arriver doucement mais en étant ferme tout de suite dés le début « attention, vous vous piquerez au moins trois fois par semaine, même peut être plus, mais de toute façon on va y arriver. ». Maintenant si on met un mois pour y arriver c'est pas grave. Je trouve que ça c'est motivant, leur dire que de toute façon on va être obligé de le faire c'est motivant mais qu'il n'y a pas le feu, ce n'est pas tout de suite.

Interviewer 2 : est-ce que, si un patient se plaint de douleur lors des injections d'insuline ou des autosurveillances, tu as des solutions à lui apporter ?

Dr 5 : non je n'ai pas de solutions si ce n'est de changer de …, j'ai des petits moyens, on va pas lui mettre une crème ou de l'Emla ou des machins comme ça parce qu'on en mettrait beaucoup trop, oui il y a des petits trucs, le froid ça marche, masser la zone, changer de zone, mais j'ai pas, heu on va pas changer d insuline.

Interviewer 2 : tu vas les faire tester la technique devant toi ?

Dr 5 : oui souvent, très souvent. Quand ils ont une plainte, oui. Quand les chiffres sont mauvais, oui. Je leur dis que là on va faire ensemble parce que peut être vous ne faites pas bien.

Interviewer 2 : au cabinet ils viennent avec leur matériel ?

Dr 5 : oui ils viennent avec tout. Ils viennent souvent avec leur analyseur et on les teste. Faut pas hésiter à les changer tous les deux ans.

Interviewer 2 : si tu es en difficulté face à une plainte de douleur sais tu où trouver l'information ?

Dr 5 : bein je fais parti d'un groupe on discute, on se voit tous les vendredis, on parle de choses comme ça, il y a toujours un dossier qui sort.

Interviewer 2 : c'est à ce niveau là que tu chercheras une information si besoin ?

Dr 5 : oui tout le temps.

Interviewer 2 : et tu serais intéressé par une formation sur la prise en charge de cette douleur ?

Dr 5 : ah oui, je pense, j'aimerais bien avoir une soirée, une réunion là dessus oui. Pour savoir si il y a des choses qu'on ne voit pas, qu'on ne sait pas, qu'on ne sait pas faire.

Interviewer 2 : mes questions se terminent là, as tu des choses à ajouter ?

Dr 5 : non.

Interviewer 2 : et bien merci pour tes réponses.

Grille d'évaluation de l'entretien E5. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Beaucoup de diabétiques surtout type 2.

Population variée.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués :les glycémies capillaires, les injections, les parages, les anesthésies, les vaccins chez les tous petits, l'examen clinique d'une articulation douloureuse,l ablation des bouchon de cérumen. L'annonce d'un diagnostic difficile *« est un acte douloureux ».*

- prescrits : les prises de sang chez l'enfant *« vécu comme un acte douloureux même si ça ne l'est pas »*, les séances de kinésithérapie, l'échographie d'une zone douloureuse.

- testés :

- les glycémies capillaires *« particulièrement désagréables »*, mais douleur *« fugace ».*
- points de suture douloureux.
- Intramusculaire : appréhension mais pas de douleur .
- gastroscopie et coloscopie sans anesthésie *« je ne recommencerais plus jamais ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

les glycémies capillaires « particulièrement désagréables », mais douleur *« fugace ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- *« je leur explique tout », « le pourquoi »* : nécessité de faire les choses, *« le comment »*: la technique.

- teste le geste au cabinet et leur demande d'évaluer la douleur (EVA)
- *« la douleur est mieux appréciée quand elle est connue ».*
- réévalue plus tard *« ça va c'est pas trop désagréable ? »*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Les douleurs n'influencent pas la prise en charge *« quand tu dois faire des glycémies capillaires tu dois faire des glycémies capillaires » « surtout pour l'insuline ».*

b. l'observance du patient

L'insuline est associée à l'aggravation de la maladie.

- autres facteurs influençant l'observance du patient : pas d'éléments

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- *« changer de zone » « masser la zone ».*
- changement de matériel.

- où trouver l'information :

- groupe de paire.

- formation sur la prise en charge de la douleur : *« j'aimerai bien avoir une soirée, une réunion la dessus oui».*

Grille d'évaluation de l'entretien E5. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Beaucoup de patients par jour.

Beaucoup de diabétique type 2.

Patientèle diversifiée.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins chez les tout petits, l'ablation de corps étrangers, la simple prescription de la prise de sang chez l enfant vécu comme douloureux. Les injectables, les anesthésies et parages.

L'examen clinique, examen gynécologique.

L'ablation de bouchon de cerumen.

« on parle de douleurs physiques ? » sinon l'annonce d'un cancer ou séropositivité

- prescrits : kinésithérapie, intervention chirurgicale

- testés :

- les glycémies capillaires *« particulièrement désagréable (…) mais fugace ».*
- intramusculaires.
- coloscopie, gastroscopie.
- points de suture.
- échographie d'une zone douloureuse.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Les glycémies capillaires *« très motivé par cela » « je trouve effectivement que les autosurveillances ça fait mal ».* Douleur exprimée par les patients.

L'insuline est indolore (non testé).

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- abordée au cabinet *« je leur explique tout »*, *« explication du pourquoi, du comment, nécessité de la chose, le matériel... » « pourquoi et comment ça fait mal ».*
- puis après *« ça va ça ne fait pas trop mal ? ».« La douleur est mieux appréciée quand*

elle est connue », souvent n'y reviennent plus quand explication au départ.

- pose de cathéter *« hospitalier ».*
- les autosurveillances faites au cabinet, *« je les guide ».*
- l'insuline perçue comme indolore, mais toujours associée à une aggravation de la maladie

« ma grand mère a été mise sous insuline et six mois plus tard on l'a amputée ».

- fond d œil très désagréable.
- les moyens d'évaluation cités : échelle EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Cela n'a pas d'influence sur sa pratique *« tu dois tu fais »,* surtout s'il s'agit de l'insulinothérapie.

b. l'observance du patient.

pas la douleur mais dans le début de l'entretien *« les gens les disent (que ça fait mal) ils râlent, ils ont plein de trous dans les doigts et ont tendance à espacer ».*

- les autres facteurs influençant l'observance : pas d'éléments.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- pour les ASG : changer de mode de prélèvement, *« stylo fait mal »*, réglage du stylo, changer de matériel *« unitaires moins douloureux ».*
- pour le diabète type 2, y arriver doucement *« en étant ferme dés le début »*, ça peut attendre mais on y arrivera.
- le froid, massage, frotter la zone.
- tester la technique devant le médecin.

- pour la peur du passage sous insuline, rôle du médecin important avec *« entretiens motivationnels ».*
- pour les injections d'insuline : IDE les premiers mois, ça se passe bien, ne pas faire semblant ni ressortir tout de suite.

- où trouver l'information :

- dans les groupes de travail.

- formation sur la prise en charge de la douleur *:* intéressé par une formation, une soirée *« pour les choses qu'on ne voit pas, qu'on ne sait pas faire ».*

Grille d'évaluation commune de l'entretien E5.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Beaucoup de diabétiques surtout type 2.

Population variée.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués :

Les glycémies capillaires, les injections, les parages, les anesthésies,les vaccins chez les tous petits.

L'examen clinique d'une articulation douloureuse, l'ablation des bouchon de cérumen.

- prescrits :

Les prises de sang chez l'enfant *« vécu comme un acte douloureux même si ça ne l'est pas »*, les séances de kinésithérapie.

Une échographie d'une zone douloureuse.

Une intervention chirurgicale.

- testés :

- les glycémies capillaires *« particulièrement désagréables »,* mais douleur *« fugace ».*
- points de suture douloureux.
- intramusculaire : appréhension mais pas de douleur .
- gastroscopie et coloscopie sans anesthésie *« je ne recommencerai plus jamais ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Les glycémies capillaires : *« très motivé par cela » « je trouve effectivement que les autosurveillances ça fait mal »* et les patients en parlent.

L'insuline est indolore (non testé).

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue? Est-elle abordée ?

- perçue comme une vraie préoccupation avec une nécessité d'explication du pourquoi. Car la douleur existe et est mieux appréciée quand elle est connue. *« je leur explique tout » « le pourquoi » ;* nécessité de faire les choses, *« le comment »*: la technique.
- teste le geste au cabinet et leur demande d'évaluer la douleur (EVA) *« je les guide », « la douleur est mieux appréciée quand elle est connue »* et souvent n'y reviennent plus quand l'explication est faite au départ.
- l'insuline est perçue comme indolore, mais toujours associée à une aggravation de la maladie *« ma grand mère a été mise sous insuline et six mois plus tard on l'a amputée ».*
- fond d'œil très désagréable.
- les moyens d'évaluation cités : EVA .

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Les douleurs n'influencent pas la prise en charge *« quand tu dois faire des glycémies capillaires tu dois faire des glycémies capillaires » « surtout pour l'insuline ».*

b. l'observance du patient.

La douleur n'influence pas mais pourtant dans le début de l'entretien ce médecin déclare *« les gens les disent (que ça fait mal) ils râlent, ils ont plein de tous dans les doigts et ont tendance à espacer ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- pour les ASG: changer de mode de prélèvement, *« stylo fait mal »*, réglage du stylo, changer de matériel *« unitaires moins douloureux ».*
- pour le diabète type 2, y arriver doucement *« en étant ferme dés le début »*, ça peut attendre mais on y arrivera.
- le froid, massage, frotter la zone.
- tester la technique devant le médecin.
- pour la peur du passage sous insuline, rôle du médecin important avec des *« entretiens motivationnels ».*
- Pour l'insuline : faire appel aux IDE les premiers mois.

- où trouver l 'information :

- groupe de paire.

- formation sur la prise en charge de la douleur : *« j'aimerais bien avoir une soirée, une réunion là dessus oui. »*

ANNEXE 6

Entretien E6.

Interviewer 2 : bonjour, voilà nous sommes deux sur ce travail de thèse, qui est parti du constat, suite à une étude réalisée par le réseau Savédiab à Chambéry, que les patients ressentaient une douleur lors des autosurveillances glycémiques et /ou des injections d'insuline. Donc à partir de là nous nous sommes intéressées à son évaluation et prise en charge par les médecins généralistes.

Peux tu te présenter ?

Dr 6 : moi ? Dois je dire que je suis diabétique ? Alors je suis Dr X, j'ai 52 ans, je suis installée depuis 23 ans à …, je travaille dans un cabinet médical en association avec deux autres médecins généralistes femmes. J'ai une clientèle qui vieillit avec moi, peu d'enfants et des patients un peu âgés.

En milieu semi rural, enfin semi urbain je dirais plutôt, donc avec tout un panel de spécialistes, on a pas de problème de prise en charge.

Interviewer 2 : en moyenne par jour, combien vois tu de patients ?

Dr 6 : une vingtaine de consultation par jour, sachant qu'il y a des jours où je ne travaille que le matin, je fais des visites deux fois par semaine, réglées, les autres c'est si il y a urgence, mais en gros oui, ça fait une vingtaine de consultations par jour. Avec un samedi matin sur trois.

Interviewer 2 : le temps de consultation ?

Dr 6 : à priori vingt minutes.

Interviewer 2 : fais tu partie de réseaux ?

Dr 6 : je fais partie du réseau Repop 38 sur l'obésité de l'enfant, et par contre une de mes spécialités c'est que je fais de l'acupuncture.

Interviewer 2 : penses tu effectuer ou prescrire, dans ta pratique quotidienne des actes

douloureux ?

Dr 6 : ah oui. Effectuer, heu, bein rien que les vaccins chez les enfants ou chez n'importe qui c'est douloureux, les prises de sang on peut les considérer comme étant traumatisantes, tu prescris un électromyogramme c'est pas très agréable et douloureux, il y a des tas de choses qui sont douloureuses, les cystoscopies je pense pas que ça soit très très agréable non plus, biensûr on prescrit des actes douloureux tous les jours. Injections, prises de sang, d'ailleurs les gens je leur dis quand ils me disent « je veux une piqûre », bein vous savez les traitements per os sont tout aussi efficaces et c'est quand même bien moins douloureux, bien moins contraignants.

Interviewer 2 : donc tous les injectables ?

Dr 6 : ah bah oui, quand tu fais du Lovenox, on a beau dire que ça ne fait pas mal, ça fait mal, quand tu t'en ais fait cinq dans le bide t'as compris, ça brûle, ça brûle.

Interviewer 2 : donc ça ce sont tes prescriptions, et au cabinet ?

Dr 6 : bein le vaccins, ou injections, moi je fais quasi plus de points. Si on fait des pansements c'est douloureux, c'est vrai que c'est toujours un peu douloureux la désinfection des choses comme ça.

Interviewer 2 : as tu testé ces actes sur toi même ?

Dr 6 : bein oui les injections, moi je disais vous faites de l'héparine c'est pas bien gênant, bein quand tu fais de l'héparine dans le ventre ça brûle, les vaccins aussi. Bon ça dure pas en même temps, mais ça peut faire mal, les injections ça dépend ce que tu injectes, ça peut faire mal, des pansements on en a tous eu, sur un instant T ça pique ça brûle … C'est pas long mais c'est pénible.

C'est vrai que les gestes liés au diabète en prescription, tu vois les injections d'insuline c'était absolument pas douloureux, maintenant je sais que ça peut être douloureux, des fois, on ne sait pas pourquoi, si on enlève pas bien la petite goutte, ou … Mais même en l'enlevant, il y a

des injections qui brûlent et c'est une horreur.

Et même pour moi étant diabétique, je n'ai toujours pas compris pourquoi certaines sont indolores, et certaines sont excessivement douloureuses. Tu changes pas l'insuline de base, c'est la même seringue, c'est pareil, je sais pas ce qu'il y a, mais tu injectes, aïe, ça brûle, ça fait mal, vraiment mal. Et puis trois heures après tu vas te piquer et il n'y aura vraiment rien. Je sais pas, ils expliquent qu'il faut bien purger, alors des fois il doit rester une petite goutte d'insuline au bout de la seringue et c'est ça qui brûle. Moi ils m'ont donné cette explication là car je ne comprenais pas.

Interviewer 2 : qui t'a donné cette explication ?

Dr 6 : à l'hôpital au cours d'un stage. Ils disaient que c'était peut être ça mais qu'ils savaient pas trop. Au niveau des autosurveillances c'est quelque chose qu'on aborde pas d'emblée avec le patient, plutôt quand il revient et qu'il dit, enfin, on lui dit « faites sur les trois premiers doigts, sur les côtés » mais bon moi j'ai vu sur les côtés ça marche pas, t'en as pour deux heures à masser, alors que sur la pulpe, évidemment au bout d'un moment les doigts ça fait mal ils sont tout craquelés, on change de doigt, on crème.

Ça c'est bien un truc de médecin, on dit de faire sur le côté mais ça marche pas hein, mais en fait les patients ils font pas ça. C'est pour ça que ça fait mal.

Interviewer 2 : et toi tu considères ça comme un acte douloureux ?

Dr 6 : alors, oui ça peut devenir douloureux, car comme tout bon malade qui se respecte, les malades ne changent pas leurs aiguilles tout le temps, ne tournent pas le stylo dans l'aiguille, on ne fait pas gaffe à la profondeur elle est trop profonde, du coup quand tu tournes pas l'aiguille elle s'émousse et c'est là que ça fait mal, ça fait des dégâts. Mais personne ne le fait. Alors la première est douloureuse (autosurveillance glycémique) puis après c'est moins douloureux mais ça t'abîme beaucoup plus les doigts, c'est pour ça qu'on leur dit de changer de site ET tourner l'aiguille.

Interviewer 2 : justement, concernant cette douleur ressentie lors des actes liés au diabète, comment abordes tu la question avec tes patients ?

Dr 6 : bein moi je leur demande « est ce que ça vous fait mal aux doigts ? Montrez moi vos doigts... » on touche pour voir si c'est dur, s'ils sont raides.

Interviewer 2 : tu vas leur poser la question au début de la consultation ou si tu vois qu'ils vont moins bien...

Dr 6 : non c'est dans, heu, je demande pas à chaque fois, mais de temps en temps dans le courant de la consultation je dis « alors comment ça se passe? Est ce que ça vous fait mal ? » mais au cours de la consultation.

Interviewer 2 : oui, pas forcément suite à une plainte ?

Dr 6 : non. Par contre l'injection d'insuline je leur demande pas, je vois s'ils m'en parlent, mais je ne leur demande pas si ça leur fait mal. Je discute plus sur des lipodystrophies, sur les injections c'est plus ça qui m'intéresse.

Interviewer 2 : c'est un sujet que tu abordes donc, la douleur pour ces gestes ?

Dr 6 : oui.

Interviewer 2 : et si tu veux l'évaluer cette douleur, quels sont tes moyens ?

Dr 6 : je ne fais pas les EVA. Je demande si ça fait mal, si ça brûle, moi je regarde l'état des doigts, je les touche, « est ce que vous sentez pareil », sur ces doigts qu'on pique tout le temps il y a une hyperesthésie, donc on sent très vite en touchant que pour les gens c'est douloureux. Inspection, palpation. J'ai rarement fait une EVA là dessus parce que je pense pas que ça puisse être dix sur dix.

Interviewer 2 : ces douleurs ressenties par le patient vont elles influencer ta prise en charge ?

Dr 6 : non elles vont me permettre de donner des prescriptions, ça ne va pas influencer ma prise en charge, tout dépend si c'est un diabétique de type 2 on peut alléger, « vous avez peut être pas besoin d'en faire... », non pour les autres on a pas le choix donc, heu, la seule chose

c'est faire des explications, leur dire de bien prendre soin de leurs doigts, voir où est ce qu'ils se piquent, leur redire les choses, changer les aiguilles, puis voilà. On refait une explication. Des solutions qui permettent d'alléger mais de toute façon on ne peut pas faire autrement. Donc on sait très bien que ça fait mal, que c'est douloureux, et les moments quand il fait froid, les doigts sont beaucoup plus sensibles que quand il fait chaud, voilà sur votre doigt vous allez bien mettre de la crème... C'est surtout redonner des explications.

Interviewer 2 : la prise en charge va rester la même ?

Dr 6 : ahhh, si il y a une mise sous insuline, à moins qu'il y ait des états dramatiques, enfin faut pas exagérer c'est toujours faisable, au pire tu fais reposer l'index pendant quelques jours, c'est quand même mieux qu'avant, je veux dire on a pas les doigts dans des états... Je crois qu'après c'est repositionner en disant, « piquez bien sur le côté, changez de doigt, changez d'aiguille... » et là tu récupères, parce que justement on sait pertinemment que ce n'est pas ce qui est fait.

Interviewer 2 : pour toi, quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'observance ou l'attitude d'un patient face à son diabète ?

Dr 6 : le plus important pour pouvoir les motiver ? Humm, moi je crois qu'ils sachent bien les complications, c'est peut être ça qui va le plus les motiver. E puis c'est de voir les chiffres d'hémoglobines glyquées. Ça ça peut-être très motivant, comme tu peux être très déçu si tu as l'impression d'avoir fait pleins d'efforts, donc ça c'est motivant, moi je me sers beaucoup des hémoglobines glyquées, des effets secondaires. Après les stimuler, enfin être diabétique c'est horrible parce que c'est tous les instants, soit il a compris ça soit il a pas compris.

Interviewer 2 : la connaissance de la maladie ? Et la douleur elle en fait partie ?

Dr 6 : non, c'est pas ça, c'est le régime, c'est le quotidien.

Interviewer 2 : connais tu (enfin tu m'en as déjà donné pas mal) des solutions de prise en charge de cette douleur ?

Dr 6 : oui la crème, les massages, bien changer de site, bien sur le côté, changer l'aiguille, bien sécher les mains. Après pour l'insuline pour que ça ne fasse pas mal, purger, bien bien secouer pour enlever cette petite goutte, changer de site à chaque fois.

Interviewer 2 : est-ce que tu évalues la technique, soit d'injection, soit des autosurveillances au cabinet ?

Dr 6 : non, la technique en général on l'explique, elle est expliquée à l'hôpital, moi je leur explique de bien rester dix secondes, d'attendre, je leur fais rarement injecter car faut être là au bon moment. Et sur le glucometer, une fois que tu leur as expliqué. Moi j'ai un truc des fois je leur fais.

Interviewer 2 : si tu ne sais pas, sais tu où trouver les solutions, l'information ?

Dr 6 : ça ne m'ait jamais arrivé de devoir chercher, j'imagine que j'irais sur des réseaux diabétiques, alors il y a des trucs qui s'appellent Suxet, après peut être qu'il y a des trucs sur Proxydiab mais moi je connais pas bien, ça ou sur les sites des diabétiques parce que là tu trouves plein plein de choses et ils savent beaucoup plus de choses que les médecins.

Alors il y a les patients qui notent ou des sites où il y a des tas d'explications, ne serait ce pour le matériel pour tenir ton insuline au frais, ils savent beaucoup plus de choses que les médecins. Tu demandes à l'endocrinologue ils savent pas, tu demandes à un diabétique il te dit « oui oui tu vas regarder les sites où il y a les kits pochettes frigos etc... » moi ce sont les diabétiques qui m ont dit ça, c'est pas les médecins ! Donc sur les sites parfois il y a des petites choses.

Interviewer 2 : donc tu serais intéressée par des endroits où chercher l'information ou être formée pour cela ?

Dr 6 : pour s'informer oui, pour être formée je ne vois pas pourquoi on a besoin d'être formé pour cela. S'informer oui, si tu améliores les choses... mais je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus.

Interviewer 2 : par exemple tu dis que les médecins ne connaissent pas les détails pratiques de départ en voyage, ce n'est pas la douleur mais la dessus aussi il y a beaucoup de solutions qui ont été retrouvées, les infirmières, les réseaux, dans le futur des projets d'insuline inhalée, des infirmières qui vont frotter pincer la peau. Tout ce qui est paramédical, la relaxation, la sophrologie …

Dr 6 : oui mais ça ça marche sur des douleurs continues, là on est sur des douleurs temporaires, je vois pas ce que la sophrologie peut faire...

Interviewer 2 : avant de piquer par exemple, des apprentissages de techniques...

Dr 6: ah oui. C'est à discuter, après il faut se mettre dans la peau du diabétique, le diabétique insulinodépendant il va se piquer six fois par jour. Si a chaque fois il doit faire de la relaxation...

Interviewer 2 : oui, plus en prise en charge de l'appréhension, de la douleur en fond, qui peut améliorer les choses au quotidien.

Dr 6 : oui il y a des choses qui sont infaisables, moi je me suis rendue compte, qu'ils te disent des choses, qui sont au final inapplicables. C'est sûr qu'au demeurant c'est très séduisant. Donc il faut proposer des choses qui sont faisables, très courtes, qui amènent vraiment quelque chose, je pense que tous ces trucs sur les mains, tu as beau faire une séance de relaxation si ta peau elle est pourrie, elle est pourrie. C'est vachement difficile, enfin le diabète est quelque chose de très très difficile à prendre en charge, c'est tellement dans la chronicité, après ça fait tellement parti de ton quotidien, que tu ne peux pas insérer beaucoup de choses en plus. Masser, ou changer le barillet, c'est pourtant simple, mais tu le fais pas car le barillet il est resté à la maison, et le lendemain... c'est des trucs idiots et ça te fout les doigts en l'air, c'est pourtant simple hein !

Grille d'évaluation de l'entretien E6. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Elle même diabétique, travaille en milieu semi urbain.

Fait de l' acupuncture.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, les injections, les pansements.

- prescrits : les prises de sang *« traumatisantes »,* la cystoscopie *« pas très très agréable »,* les EMG *« c'est pas très agréable et douloureux ».*Les injections en générale.

- testés

- ASG *« ça peut devenir douloureux »*.
- les injections d'insuline *« je pensais pas mais ça peut être douloureux » « il y a des injections qui brûlent et c'est une horreur » « excessivement douloureuse »*
- l' héparine *« ça brûle ».*
- la réfection de pansements *« pas long mais pénible ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

- les injections d'insuline *« je pensais pas mais ça peut être douloureux » « il y a des injections qui brûlent et c'est une horreur » « excessivement douloureuse ».*
- les ASG *« ça peut devenir douloureux ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- pose directement la question *« est ce que ça vous fait mal aux doigts ? Montrez moi vos doigts. ».*

- n'aborde pas le sujet pour l'insuline s'intéresse plus aux conséquences (lipodystrophies).
- les moyens d'évaluation cités: regarde l'état des doigts « *hyperesthésie* », inspection palpation, l'EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Pas d'influence sur sa pratique.*« Pour les diabétiques de type 2 on peut se permettre d'alléger », « pour les autres pas le choix, la seule chose c'est de faire des explications ».*

b. l'observance du patient

Non, pas d'influence.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance de la maladie *« qu'ils sachent les complications ».*
- l'hémoglobine glyquée *« ça peut être très motivant ».*
- la lassitude *« le quotidien ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- mettre de la crème, les massages, bien changer de site, bien sur le côté, changer l'aiguille, bien sécher les mains.
- après pour l'insuline pour que ça ne fasse pas mal, *« purger, bien bien secouer pour enlever cette petite goutte, changer de site à chaque fois. »*
- mais *« c'est un truc de médecin » « Masser, ou changer le barillet, c'est pourtant simple, mais tu le fais pas car le barillet il est resté à la maison, et le lendemain... c'est des trucs idiots et ça te fout les doigts en l'air, c'est pourtant simple hein ».*

- où trouver l'information :

- site pour les personnes diabétiques.
- les réseaux.

- formation pour la prise en charge de la douleurs :

Ne voit pas l'intérêt *« je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus. » « je ne vois pas pourquoi on a besoin d'être formé pour cela. »*

En même temps, les solutions proposées sont *« infaisables » « inapplicables ».*

Grille d'évaluation de l'entretien E6. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf Annexe 17.

Travaille avec un panel de spécialiste, pas de difficultés de prise en charge.

Fait de l'acupuncture.

« pour moi étant diabétique ».

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, pansements, désinfection.

- prescrits : Les injections d'insuline, les prises de sang, l'électromyogramme, la cystoscopie.

Les injections *« quand les gens me demandent une piqûre, je leur dis que les traitements per os sont tout aussi efficaces et moins douloureux ».*

« on prescrit des actes douloureux tous les jours »

- testés :

- les injections d'héparine, les pansements *« c'est pas long mais c'est pénible ».*
- les injections d'insuline *« je pensais que c'était absolument pas douloureux, maintenant je sais que ça peut être douloureux (...) il y a des injections qui brûlent et c'est une horreur »*

« pourquoi certaines sont indolores et d'autres extrêmement douloureuses » « mal, vraiment mal ».

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Les injections d' insuline et les autosurveillances : ça peut devenir douloureux. *« la première est douloureuse puis après ça t'abîme les doigts (...) ça fait des dégâts ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- pour les autosurveillances, le sujet n'est pas abordé dés le départ mais quand ils reviennent parler de sa douleur, leur demande si ça fait mal, inspection des doigts... au cours le consultation.
- pour l'insuline, sujet pas abordé, attend que le patient en parle.
- les moyens d'évaluation cités : l'EVA, l'inspection, toucher, *« est ce que vous sentez bien ».*

- la douleur facteur limitant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Non pas d'influence sur la prise en charge.

Pour un diabétique non insulinodépendant *« on peut alléger » ;*

Sinon *« on a pas le choix (...) il faut donner des explications, leur dire de prendre soin de leurs doigts ».*

« des solutions pour alléger mais on ne peut pas faire autrement » « on sait très bien que c'est douloureux ».

« c'est toujours faisable » « c'est plus comme avant ».

b. l'observance du patient.

Non la douleur n'est pas un facteur limitant l observance du patient.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance des complications.
- les chiffres d'hémoglobine glyquée.
- *« être diabétique c'est un truc de tous les instants (....) soit il a comprit ça soit il a pas comprit ».*
- le régime.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- purger la seringue d'insuline, secouer le stylo.
- bien piquer sur les côtés *« mais ça ne marche pas, tu en as pour deux heures à masser, alors que sur la pulpe... » « c'est un truc de médecins,ça marche pas (...) les patients ils font pas ça, c'est pour ça que ça leur fait mal ».*
- changer de site ET tourner l'aiguille.
- bien sécher les mains.
- mettre de la crème, attention aux jours où il fait froid
- en général, pas d'évaluation de la technique au cabinet, fait à l'hôpital.

- où trouver l'information :

- sur les réseaux diabétiques.
- sur les sites pour diabétiques *« ils savent beaucoup plus de choses que les médecins ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur :

« s'informer oui (...) mais je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus ».

Septique sur les aides paramédicales type sophrologie *« ok pour des douleurs continues (...) le diabétique il doit se piquer six fois par jour il va pas faire de la sophrologie à chaque fois ».*

« le diabète est vachement difficile à prendre en charge, c'est tellement dans la chronicité, ça fait partie de ton quotidien.» « c'est des trucs idiots et ça te fout les doigts en l'air. C'est pourtant simple hein ?! ».

Grille d'évaluation commune de l'entretien E6.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe.17.

Fait de l'acupuncture.

« pour moi étant diabétique »

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, les injections, les pansements avec désinfection.

- prescrits : *« on prescrit des actes douloureux tous les jours ».*

Les injections *« quand les gens me demandent une piqûre, je leur dis que les traitements per os sont tout aussi efficaces et moins douloureux »,* les prises de sang *« traumatisantes »* , la cystoscopie *« pas très très agréable »,*EMG *« c'est pas très agréable et douloureux ».*

- testés :

- les injections d'héparine, les pansements *« c'est pas long mais c'est pénible ».*
- les autosurveillances glycémiques *« ça peut devenir douloureux ».*
- les injections d'insuline *« je pensais que c'était absolument pas douloureux, maintenant je sais que ça peut être douloureux (...) il y a des injections qui brûlent et c'est une horreur »*

« pourquoi certaines sont indolores et d'autres extrêmement douloureuses » « mal, vraiment mal ».

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

L'insuline.

Les ASG : ça peut devenir douloureux. *« la première est douloureuse puis après ça t'abîme les doigts (...) ça fait des dégâts ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle perçue ?

- perçue comme des actes avec douleur très inégale d'une fois à l'autre de indolore à *« une horreur »* pour insuline.
- pour ASG la douleur est aussi liée au fait que les conseils sont parfois inapplicables mais au final perçue comme une fatalité *« on n'a pas le choix » « Des solutions qui permettent d'alléger mais de toute façon on ne peut pas faire autrement.».*
- pose directement la question *« est-ce que ça vous fait mal aux doigts ? Montrez moi vos doigts. »*.
- n'aborde pas le sujet pour l'insuline s'intéresse plus aux conséquences (lipodystrophies).
- les moyens d'évaluation de la douleur : regarde l'état des doigts *« hyperesthésie »*, inspection palpation, pas d'EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Non pas d'influence sur la prise en charge.

Pour un diabétique non insulinodépendant *« on peut alléger ».*

Sinon *« on a pas le choix (...) il faut donner des explications, leur dire de prendre soin de leurs doigts ».« des solutions pour alléger mais on ne peut pas faire autrement » « on sait très bien que c'est douloureux » « c'est toujours faisable » « c'est plus comme avant ».*

b. l'observance du patient

Pas d'influence de la douleur

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance des complications.
- les chiffres d'hémoglobine glyquée. *« être diabétique c'est un truc de tous les instants (...) soit il a compris ça soit il a pas compris »*
- le régime.
- la lassitude *« le quotidien ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- purger la seringue d'insuline, secouer le stylo.
- bien piquer sur les côtés *« mais ça ne marche pas, tu en as pour deux heures à masser, alors que sur la pulpe... » « c'est un truc de médecins,ça marche pas (...) les patients ils font pas ça, c'est pour ça que ça leur fait mal ».*
- changer de site ET tourner l'aiguille.
- bien sécher les mains.
- mettre de la crème, attention aux jours où il fait froid *« masser, ou changer le barillet, c'est pourtant simple, mais tu le fais pas car le barillet il est resté à la maison, et le lendemain... c'est des trucs idiots et ça te fout les doigts en l'air, c'est pourtant simple hein ».*
- en général, pas d'évaluation de la technique au cabinet, fait à l'hôpital.

- où trouver l'information :

- auprès des réseaux diabétiques.
- les sites pour diabétiques *« ils savent beaucoup plus de choses que les médecins ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur : *« s'informer oui (...) mais je vois pas bien ce qu'on peut faire de plus »,* est septique sur les aides paramédicales type sophrologie *« ok pour des douleurs continues (...) le diabétique il doit se piquer six fois par jour il va pas faire de la sophrologie à chaque fois » ; « le diabète est vachement difficile à prendre en charge, c'est tellement dans la chronicité, ça fait partie de ton quotidien. ».*

ANNEXE 7

Entretien E7.

Interviewer 1 : alors, peux tu te présenter, de façon anonyme, dire ton âge, ta durée d'installation...

Dr 7 : donc je suis installée depuis 14 ans, je suis généraliste, j'ai 48 ans.

Interviewer 1 : tu travailles dans quel type de structure ?

Dr 7 : dans un cabinet de groupe avec deux collègues hommes, dans un milieu semi rural.

Interviewer 1 : le type de population que tu vois ?

Dr 7: heu, je vois un peu de tout, et comme je ne suis pas très loin d'un HLM, j'ai quand même une petite quantité de maghrébins et de turcs, des fois analphabètes. J'ai aussi des personnes qui travaillent dans les champs, qui sont très manuels, et là ça se passe assez bien.

Interviewer 1 : combien vois tu de patients par jour ?

Dr 7 : ça dépend, entre vingt et trente.

Interviewer 1 : le temps de consultation ?

Dr 7 : une vingtaine de minutes.

Interviewer 1 : fais tu parti d'un réseau ?

Dr 7 : non.

Interviewer 1 : d'accord. Penses tu effectuer ou prescrire des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 7 : heu, je me rends pas compte. Probablement oui, probablement. Quand je demande à faire des infiltrations ou des choses comme ça, ça fait probablement mal. Certaines injections font mal, heu, certains soins de plaies font mal, les soins d'escarres ça fait mal.

Interviewer 1 : tu fais des soins d'escarres ?

Dr 7 : oui j'en ai un, alors quand les infirmières ne font pas parce qu'elles ne peuvent pas ou qu'elles ont un doute elles me font venir.

Interviewer 1 : et est-ce que tu prescris des actes douloureux ?

Dr 7 : heu, écoute à part les arthroscanners qu'est ce que je prescris comme examens douloureux, les échographies de la thyroïde avec ponction, tout ce qui est mammo avec ponction, ça fait mal je suppose.

Interviewer 1 : les prises de sang ?

Dr 7 :ah oui, les prises de sang j'y ai pas pensé. Les prélèvements de zones douloureuses.

Interviewer 1 : as tu déjà testé ces actes que tu décris comme douloureux ?

Dr 7 : non.

Interviewer 1 : concernant les actes liés au diabète pour toi ce ne sont pas des actes douloureux ?

Dr 7 : heu, je pense que cela dépend de comment ils font. Comment ils font leurs Dextros, comment ils font leurs injections d'insuline. Il y a une éducation du diabétique, en général je commence puis il y a des infirmières qui passent, qui sont formées pour ça, c'est un réseau, mais il y a des infirmiers qui sont vraiment très bien formés.

Interviewer 1 : concernant ces actes, comment abordes tu la question de la douleur avec tes patients ?

Dr 7 : en général on l'aborde parce qu'ils ont peur. C'est rare qu'ils me disent avoir mal, mais quand ils me disent qu'ils ont mal, en général c'est parce qu'ils ont mal évalué la longueur de l'aiguille à dextro, ils ont probablement été mal formés, et voilà. Parce que c'est vrai que pour les dextros je leur dis pas comment on fait, je pars du principe que le pharmacien va leur dire, et c'est pas toujours le cas. Après nous au cabinet on a des injections qui se jettent.

Interviewer 1 : ils connaissent quand tu leur parles de Dextros ?

Dr 7 : oui, en général ils connaissent, ils en ont déjà parlé avec d'autres. C'est plutôt les injections d'insuline qui leur font peur. C'est la douleur, la douleur de l'injection d'insuline qui leur fait peur, la douleur, est-ce qu'ils vont réussir... ça je pense que c'est disproportionné car

une fois qu'ils sont piqués régulièrement par des infirmières qui y vont exprès, et que après ces infirmières les laissent faire tout seul, ça se passe très bien. C'est très rare qu'après ils disent que ça fait mal, c'est plus de l'appréhension que de la douleur me semble t-il.

Interviewer 1 : donc ils appréhendent plus l'insuline ?

Dr 7 : oui c'est un passage, c'est une fin. Pour eux c'est le pire qui leur soit arrivé dans le diabète. Donc plutôt que passer à l'insuline il préfère monter leur diabète parfois à des chiffres très impressionnants. Tant qu'ils veulent pas se faire piquer, tu peux pas...

Interviewer 1 : oui, comment évalues tu la douleur? Qu'est-ce que tu utilises comme moyen ?

Dr 7 : bein ça dépend de la personne, mais généralement je prends l'échelle de zéro à dix et je leur demande, et ils répondent bien.

Interviewer 1 : est-ce que la douleur ressentie par tes patients peuvent influencer ta prise en charge du diabète ?

Dr 7 : c'est à dire ?

Interviewer 1 : par exemple est-ce que tu vas repousser une mise sous insuline, modifier les autosurveillances...

Dr 7 : à cause de la douleur ? Non, non jamais, ça ne s'est jamais produit. Ils ont plus peur de l'insuline en elle même et de l'obligation de se piquer tous les jours que de la douleur.

Interviewer 1 : du coup quand ils te font part de leur appréhension, tu temporises ?

Dr 7 : ça dépend de la personne, il y en a certains je sais que je vais être obligée de leur imposer car ils diront non toujours, et d'autres ils vont me dire « non docteur je peux pas » et eux je n'y arrive pas et je les envoie chez l'endocrinologue. Il y a un petit impact, le spécialiste est très fort.

Interviewer 1 : pour toi qu'est ce qui peut influencer le patient face à son diabète ? Son observance ? Quels sont les facteurs qui peuvent l'influencer ?

Dr 7 : alors essentiellement, pas tellement la peur de mourir, la peur de perdre des morceaux,

la peur de devenir insuffisant rénal, la peur de devenir aveugle, mais la peur de mourir ça ne marche pas. Quand on leur dit « vous allez faire un infarctus », j'ai pas l'impression que ça leur fasse peur. Parfois même en fonction du patient que j'ai en face de moi je leur dis « vous allez crever ! », et... bein il y en a qui rigole. Donc je pense que mon impact est pas bon, par contre quand je leur dis qu'ils ne pourront plus bouger, qu'on va leur couper au fur et à mesure les extrémités, ça ça leur fait peur.

Interviewer 1 : donc cette peur là peut les rendre plus observants ? Et qu'est ce qui peut les rendre moins observants ?

Dr 7 : moins observants ? C'est l'éducation. Je pense qu'il faut les éduquer un minimum sur le risque vital du diabète et le fait que c'est une maladie qui n'a pas de symptômes, et quand il y a des symptômes c'est trop tard. Voilà. Alors il y en a qui sont extraordinaires qui écoutent tout et qui sont hyper observants, et il y en a d'autres il n'y a rien a faire. Il y en a certains on peut, mais cela il n'y a rien à faire. Une fois que tu as tout essayé tu as compris qu'il n'y a rien à faire !

Interviewer 1 : est-ce que tu connais des solutions pour diminuer ces douleurs si on t'en fait part ? Qu'est ce que tu proposes ?

Dr 7 : pour n'importe quelles douleurs ?

Interviewer 1 : non pour les douleurs liées aux autosurveillances, injections d'insuline...

Dr 7 : heu, alors pour les autosurveillances souvent ils se piquent essentiellement sur la pulpe, ils font pas attention à ce qu'on leur dit au départ, donc quand tu leur dis de piquer sur le côté des doigts, ils ont quand même nettement moins mal. Ils ont aussi beaucoup moins mal pour les injections d'insuline quand ils évitent certaines zones, il y a des zones qui font nettement moins mal. Donc après ils connaissent leur zone. Et ils piquent au même endroit, heureusement on a l'éducation des infirmières qui viennent, car sinon ils se piquent toujours au même endroit, ils se font des bleus, après ils n'osent plus, ils n'arrivent pas à équilibrer leur

diabète et après ils sont démotivés.

Interviewer 1 : tu t'appuies sur les infirmières et l'éducation ?

Dr 7 : oui. Je te dis ils n'ont pas tellement mal. J'ai vraiment l'impression que c'est plus de l'appréhension.

Interviewer 1 : ça t'arrive de changer de matériel... ?

Dr 7 : oui, oui.

Interviewer 1 : si tu as besoin, sais tu où aller trouver l'information sur ce sujet ?

Dr 7 : non, je suis une grosse flemmarde, quand j'en ai ras le bol, j'appelle les endocrinologues.

Interviewer 1 : donc tu sais où trouver ! Tu fais appel au réseau ?

Dr 7 : heu, peu. D'abord parce que j'y ai rarement fait appel et il y a une certaine attente. Et les patients, ils attendent pas.

Interviewer 1 : est-ce que tu aimerais être informée sur le sujet ou être formée ?

Dr 7 : et bein toute avancée dans n'importe quelle matière m'intéresse.

Interviewer 1 : et bein je te remercie.

Grille d'évaluation de l'entretien E7. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Travaille en milieu semi rural.

Population maghrébine, turc, parfois analphabètes.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : soins de plaies, d'escarres, certaines injections

- prescrits :

Les arthroscanners, les échographies thyroïdienne avec ponction, mammographie avec

ponction, les prélèvements des zones douloureuses.

- testés : non.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : dépend de la manière dont cela est fait, s'appuie sur l'éducation par une infirmière.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- ce sont les patients qui l'abordent *« parce qu'ils ont peur »*. Ils ont surtout peur de l'injection d'insuline *« c'est disproportionné ».*
- *« les Dextros je pars du principe que le pharmacien va leur dire et c'est pas toujours le cas ».*
- une fois qu'ils sont piqués régulièrement c'est rare que les patients expriment une douleur et quand ils le font c'est qu ' *« ils sont mal formés ».*
- passage à l'insuline = fin.
- les moyens d'évaluation : utilise EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Cela n'a pas d'influence : *« ils ont plus peur de l'insuline en elle même et de l'obligation de se piquer que de la douleur ».*

b. l'observance du patient

La douleur d'influence pas.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient ?

- la peur de l'amputation ou de la cécité peut les rendre plus observants.
- le niveau d'éducation *« il faut les éduquer un minimum sur le risque vital du diabète ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer sur le côté pas sur la pulpe, changer de sites d'injections.
- s'appuyer sur les infirmières *« heureusement qu'on a l'éducation par les infirmières »*

- où trouver l'information :

- auprès des spécialistes.

- formation sur la prise en charge de la douleur : pourquoi pas.

Grille d'évaluation de l'entretien E7. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les infiltrations, injections ou soins d'escarres.

- prescrits : les arthroscanners, échographie, mammographie avec ponction, les prises de sang (suggéré).

- testés : non.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Non citées spontanément.

Quand la question est posée : ça dépend de la technique du patient avec intérêt ++ d'un passage d'infirmier(e)s formé(e)s à cela.

Plus tard parle de la *« douleur de l'injection d'insuline »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète :

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- abordée quand le patient en parle, n'est pas abordée spontanément ou de manière systématique.
- *« ils ont mal été formés »*
- *« pour les autosurveillances je pars du principe que le pharmacien va leur montrer »*
- les moyens d'évaluation : l'EVA.

- la douleur facteur limitant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Non, la douleur n'influence pas la prise en charge. Plus l'appréhension, parfois obligée de *« l'imposer (...) quand je n'y arrive pas je les envoie à l'endocrinologue. »*

b. l'observance du patient.

Plus une appréhension de la douleur *« quand ils doivent le faire tout seul ça se passe très bien ».*

L'insuline encore citée comme *« un passage, une fin...) le pire qui leur soit arrivé dans leur diabète ».*

Parle de douleurs et bleus à l'injection d'insuline, *« après ils n'osent plus, déséquilibrent leur diabète et sont démotivés ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la peur des complications (vue, amputations, fonction rénale...) mais pas la peur de mourir

éducation sur le risque vital car « *maladie sans symptômes et quand les symptômes sont là c'est trop tard ».*

- il y en a (des patients) *« il n'y a rien à faire ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- ne pas piquer sur la pulpe mais bien sur les côtés.
- changement de matériel.

- où trouver l'information : appelle l'endocrinologue. Réseaux mais délais d'attente trop long pour le patient.

- formation sur la prise en charge de la douleur :oui comme sur toute les matières.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E7.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Population maghrébine, turc, parfois analphabètes.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : soins de plaies, d'escarres, certaines injections.

- prescrits : les prises de sang (suggéré), l'arthroscanner, échographie thyroïdienne avec ponction, la mammographie avec ponction, les prélèvements des zones douloureuses .

- testés : non.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Non citées spontanément, quand la question est posée : ça dépend de la technique du patient avec grand intérêt d'un passage d'infirmier(e) formées à cela, plus tard parle de la *« douleur de l'injection d'insuline ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue? Est-elle abordée ?

- actes perçus comme peu douloureux et surtout liée à la technique du patient, une douleur qui peut être démotivante et plus perçu comme de la peur.
- ce sont les patients qui l'abordent *« parce qu'ils ont peur »*. Ils ont surtout peur de

l'injection d'insuline *« c'est disproportionné ».*

- rôle du pharmacien : *« les Dextros je pars du principe que le pharmacien va leur dire et*

c'est pas toujours le cas ».

- une fois qu'ils sont piqués régulièrement c'est rare que les patients expriment une douleur et quand ils le font c'est qu'*« ils sont mal formés ».*
- les moyens d'évaluation : utilise EVA

- la douleur facteur limitant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Non, la douleur n'influence pas la prise en charge. Plus l'appréhension, parfois est obligée de *« l'imposer (...) quand je n'y arrive pas je les envoie à l'endocrinologue. »*

b. l'observance du patient

Plus une appréhension que de la douleur *« quand ils doivent le faire tout seul ça se passe très bien ».*

L'insuline est encore citée comme *« un passage, une fin (...) le pire qui leur soit arrivé dans leur diabète ».*

Parle de douleurs et bleus à l'injection d'insuline, *« après ils n'osent plus, déséquilibrent leur diabète et sont démotivés ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la peur des complications (vue, amputations, fonction rénale...) mais pas la peur de mourir.
- éducation sur le risque vital car *« maladie sans symptômes et quand les symptômes sont là c'est trop tard ».*
- il y a des patients *« il n'y a rien à faire ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer sur le côté pas sur la pulpe.
- changer de sites d'injections.
- s'appuyer sur les infirmières *« heureusement qu'on a l'éducation par les infirmières ».*
- changement de matériel.

- où trouver l''information :

- appelle l'endocrinologue.
- réseaux mais délais d'attente trop long pour le patient.

-formation sur la prise en charge des douleurs : oui comme sur toute les matières.

ANNEXE 8

Entretien E8.

Interviewer 1 : est-ce que tu peux te présenter, me dire ton âge, depuis combien de temps tu es installé, le type de population que tu vois en consultation...

Dr 8 : euh ouais faut que je me rappelle de tout !

Interviewer 1 : je te préciserai si jamais tu oublies les choses.

Dr 8 : Donc je m'appelle X., médecin généraliste, j'ai 39 ans, j'exerce à Moirans commune semi rurale de 8000 habitants, avec une clientèle plutôt jeune, entre 16 et 60 ans on va dire.

Interviewer 1 : tu vois combien de patients par jour à peu près ?

Dr 8 : environ 25.

Interviewer 1 : et la durée moyenne de la consultation ?

Dr 8 : 20 minutes.

Interviewer 1 : OK. est-ce que tu fais partie d'un réseau ?

Dr 8 : non je fais partie du pôle de santé de la Sure.

Interviewer 1 : est-ce que tu effectues ou tu prescris des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 8 : que je fais ou que je prescris ?

Interviewer 1 : les deux.

Dr 8 : je pense oui.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 8 : les infiltrations.

Interviewer 1 : Les infiltrations. c'est le seul acte douloureux que tu penses faire dans ton cabinet ?

Dr 8 : euh... Les injections ça fait pas mal, les manipulations vertébrales ça fait pas mal...

Interviewer 1 : les injections ça ne fait pas mal ? Les vaccins ?

Dr 8 : ha oui les vaccins *(rire)*, chez les bébés oui.

Interviewer 1 : et en prescription ?

Dr 8 : …

Interviewer 1 : les prises de sang par exemple ?

Dr 8 : ha on tient compte de ça ? Les prises de sang ouais c'est douloureux.

Interviewer 1 : est-ce que tu as testé ces actes sur toi ?

Dr 8 : prises de sang oui, les infiltrations oui, les manipulations...

Interviewer 1 : et tu les as trouvés douloureux ?

Dr 8 : non.

Interviewer 1 : d'accord, mais pour toi ça peut l'être ?

Dr 8 : oui ça peut l'être.

Interviewer 1 : et tout ce qui concerne le diabète : les autosurveillances, les piqûres d'insuline ?

Dr 8 : c'est désagréable mais c'est pas douloureux.

Interviewer 1 : d'accord. Donc concernant ces actes là, comment abordes-tu la question de la douleur avec tes patients, si tu l'abordes ?

Dr 8 : par rapport au diabète ?

Interviewer 1 : oui.

Dr 8 : heu... Si je l'aborde. Pas par rapport à la question de la glycémie capillaire mais par rapport aux injections d'insuline. Je leur dis que c'est pas agréable mais qu'on s'habitue entre guillemets. Selon les régions c'est plus ou moins sensible, selon les sites d'injections. Mais que c'est très peu douloureux surtout avec les dernières aiguilles.

Interviewer 1 : et les autosurveillances pour toi c'est pas douloureux ?

Dr 8 : c'est désagréable, pareil je leur dis que c'est pas douloureux. On peut régler les aiguilles.

Interviewer 1 : quels sont tes moyens d'évaluer la douleur au cabinet?

Dr 8 : soit j'utilise l'EVA en principe je l'utilise pas *(rires)*, soit je leur dis sur une échelle de 0 à 10...

Interviewer 1 : d'accord. Donc numérique. Est-ce que ces douleurs, qui peuvent être ressenties par les patients diabétiques, ça peut influencer ta prise en charge de leur diabète ?

Dr 8 : oui je pense que oui.

Interviewer 1 : c'est à dire ?

Dr 8 : sur les Dextros, s'ils trouvent vraiment désagréables. Je regarde d'abord ce qu'ils font : s'ils font pas n'importe comment, s'ils le font pas en milieu de pulpe et tout ça, et puis j'évite les Dextros inutiles.

Interviewer 1 : tu peux supprimer des autosurveillances...

Dr 8 : tout à fait.

Interviewer 1 : et est-ce que tu vas repousser une mise sous insuline à cause de ça?

Dr 8 : non.

Interviewer 1 : non ça ne va pas influencer ta prise en charge.

Dr 8 : non si il y a vraiment l'indication. Je préfère peut être plus une éducation par l'infirmière pour le maniement des aiguilles et tout ça pour leur montrer qu'on peut changer les sites et qu'on peut faire à des endroits ou ça fait moins mal.

Interviewer 1 : d'accord. Quels sont d'après toi les facteurs qui peuvent influencer l'attitude du patient vis à vis de son diabète et de son observance ?

Dr 8 :... Qui favorisent l'observance ?

Interviewer 1 : ou au contraire la diminuer ?

Dr 8 : ben le niveau socio-économique, l'intelligence. Ça c'est évident. Les phobiques, ceux qui ont peur des aiguille et tout ça c'est vrai qu'ils reculent le plus possible la mise à l'insuline. A l'inverse les intellectuels, les cadres sup sont très observants, voire un peu obsessionnels.

Interviewer 1 : tu as l'impression que plus le niveau social est élevé mieux ils...

Dr 8 : pas tous, certaines catégories. Les enseignants sont très heu...

Interviewer 1 : méticuleux ?

Dr 8 : méticuleux oui, faire des Dextros très régulièrement, se rapprocher de la perfection pour qu'il y ait une hémoglobine glyquée proche de 6, comprendre pourquoi, comprendre l'alimentation, voilà... très pointilleux, voire trop pointilleux. Ils ont pas toujours d'ailleurs les meilleurs résultats.

En tous cas ça favorise l'observance ça c'est sûr et de façon générale mieux ils comprennent leur maladie plus ils sont observants.

Interviewer 1 : la compréhension de la maladie tu as l'impression que ça joue.

Dr 8 : oui oui ça joue, d'où le niveau socio-économique et le niveau intellectuel.

Interviewer 1 : est-ce que tu penses que la douleur peut être un facteur qui influence l'observance du patient ?

Dr 8 : ça peut influencer le nombre de Dextros peut être mais pas l'insuline. Ils savent que c'est vital et que c'est important.

Interviewer 1 : est-ce que tu connais des solutions pour prendre en charge ces douleurs, si on t'en parle, qu'est ce que tu leur proposes ?

Dr 8 : par rapport aux Dextros, je vérifie bien comment ils le font , la technique.

Interviewer 1 : tu évalues la technique au cabinet ?

Dr 8 : oui je regarde comment ils font. Si j'ai un doute, je les mets en situation et ils font un Dextro devant moi. Par rapport à l'insuline, vérifier qu'il n'y a pas de lipodystrophies ou des choses comme ça et vérifier un peu toutes les zones, les zones d'injection, vérifier que ce n'est pas toujours au même endroit qu'ils ont mal pour s'adapter et changer les endroits. Sorti de là j'ai pas d'autres moyens. Je vais pas mettre de l'Emla si c'est ça ta question.

Interviewer 1 : non mais par exemple changer de matériel euh...

Dr 8 : oui après la taille des aiguilles et tout ça oui bien sûr.

Interviewer 1 : est-ce que si tu as besoin tu sais où trouver l'information sur ce genre de sujet ?

Dr 8 : non mais je me débrouillerais pour la trouver si j'ai besoin.

Interviewer 1 : tu t'adresseras à qui ?

Dr 8 : sur internet tu trouves je pense.

Interviewer 1 : est-ce que tu aimerais être mieux informé là dessus ou y être formé ?

Dr 8 : oui être formé oui je suis ouvert à tout.

Interviewer 1 : merci.

Grille d'évaluation de l'entretien E8. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Pôle de santé de la sure.

Clientèle plutôt jeune.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les infiltrations, les vaccins chez les bébés (suggéré).

- prescrits : les prises de sang (suggéré.)

- testés :

- les prises de sang.
- les infiltrations.
- ces actes ne sont pas douloureux pour lui.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : non citées spontanément. Pour lui ces actes sont désagréables mais pas douloureux.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- l'aborde par rapport aux injections d'insuline mais pas par rapport aux auto-surveillances.
- leur dit que *« c'est désagréable mais on s'habitue », « plus ou moins sensibles selon les régions » « très peu douloureux avec les dernières aiguilles ».*

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Si les patients trouvent les auto-surveillances *« vraiment désagréables »* il « *évite les Dextros inutils »*, par contre la douleur n'influence pas la mise sous insuline, s'appuie sur l'éducation par une infirmière si besoin.

b. l'observance du patient.

La douleur peut influencer le nombre d'ASG mais pas l'insuline *« ils savent que c'est vital ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- le niveau socio-économique, l'intelligence et la compréhension de la maladie. Exemple des enseignants très *« pointilleux voire trop ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- évaluation de la technique des Dextros au cabinet.
- vérifier les zones d'injection. Changer de sites.
- *« je ne vais pas mettre de l'emla »*

- où trouver l'information :

- sur internet.

- intérêt pour une formation : *« je suis ouvert à tout ».*

Grille d'évaluation de l'entretien E8. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Est à mi temps dans un centre de santé, une partie d'activité de prévention.

Population en situation précaire.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins chez les bébés, infiltrations, injections.

- prescrits : les prises de sang.

- testés :

- les prises de sang.
- les infiltrations. Mais n'a pas trouvé ça douloureux même si considère que ça peut l'être.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Pas citées, suggérées *« désagréables mais non douloureux »,* mais pas testées.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'aborde pas la question de la douleur pour les autosurveillances mais nous dit après que *« très désagréable donc je regarde comment ils font ».*
- pour les injections d'insuline, prévient le patient *« c'est désagréable mais on s'habitue ».*
- très peu douloureux avec le nouveau matériel
- idem pour les autosurveillances glycémiques.
- Moyen d'évaluation : EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui, il peut limiter aux autosurveillances indispensables *« sur les Dextros, s'ils trouvent vraiment désagréables. Je regarde d'abord ce qu'ils font : s'ils font pas n'importe comment, s'ils le font pas en milieu de pulpe et tout ça, et puis j'évite les Dextros inutiles.* »

Pour l'insuline : pas d'influence, si il y a indication. Après utilise l'aide des passages IDE pour montrer, changer zones, sites moins douloureux

b. l'observance du patient.

Oui pour les autosurveillances mais pas pour l'insuline. *« ils savent que c'est vital »*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- niveau socio-économique.
- niveaux intellectuels, cadres supérieurs, *« très observants, voir un peu obsessionnels ».*
- enseignants très pointilleux. *« plus ils comprennent la maladie plus ils sont observants* .

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- vérifier la technique au cabinet en cas de doute pour les autosurveillances.
- pour l'insuline : inspection (lipodystrophies, changement de zone?)
- matériel

- où trouver l'information :

- internet.

- formation sur la prise en charge de la douleur : oui.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E8.

1/ Caractéristiques des médecins.

Cf annexe 17.

Pôle de santé de la sure.

Clientèle plutôt jeune.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les infiltrations, les vaccins chez les bébés, injections.

- prescrits : les prises de sang

- testés :

- les prises de sang.
- les infiltrations. Mais n'a pas trouvé ça douloureux même si considère que ça peut l'être.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :non citées spontanément . Pour lui ces actes sont désagréables mais pas douloureux.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- acte perçu comme désagréable mais tout de même influençant la prise en charge mais pour l'insuline *« c'est vital »* donc pas le choix.
- l'aborde par rapport aux injections d'insuline, il leur dit que *« c'est désagréable mais on s'habitue »*.
- n'aborde pas la question pour les auto-surveillances mais dit après que *« très désagréable donc je regarde comment ils font ».*
- très peu douloureux avec le nouveau matériel.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui, il va limiter aux autosurveillances indispensables *« sur les Dextros, s'ils trouvent vraiment désagréables. Je regarde d'abord ce qu'ils font : s'ils font pas n'importe comment, s'ils le font pas en milieu de pulpe et tout ça, et puis j'évite les Dextros inutiles. »*

Par contre la douleur n'influence pas la mise sous insuline, s'appuie sur l'éducation par une infirmière si besoin.

b. l'observance du patient.

Oui pour les autosurveillances mais pas pour l'insuline. *« ils savent que c'est vital »*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- niveau socio-économique.
- niveaux intellectuels, cadres supérieurs, *« très observants, voir un peu obsessionnels. »* les enseignants très pointilleux *« plus ils comprennent la maladie plus ils sont observants »*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- évaluation de la technique des Dextros au cabinet.
- vérifier les zones d'injection (lipodystrophies), changer de sites.
- *« je ne vais pas mettre de l'emla ».*

- où trouver l'information :

- internet.

- formation sur la prise en charge de la douleur *:« je suis ouvert à tout ».*

ANNEXE 9

Entretien E9.

Interviewer 1 : est-ce que tu peux te présenter, dire ou tu exerces, le type de population que tu vois … ?

Dr 9 : Je suis le Dr X, j'ai 37 ans, ça fait 8 ans que je suis installé à Moirans, petite ville avec une population semi rurale, avec une majorité de patients jeunes qui ont à peu près mon âge comme une majorité des médecins je pense. Je fais essentiellement de la pédiatrie mais depuis le départ à la retraite de plusieurs médecins une population plus âgée avec des dossiers plus complexes à gérer.

Interviewer 1 : combien de patients tu vois par jour à peu près ?

Dr 9 : entre 20 et 25.

Interviewer 1 : la durée de la consultation ?

Dr 9 : 20 minutes minimum.

Interviewer 1 : est-ce que tu fais parti d'un réseau ?

Dr 9 : le réseau de la Sure.

Interviewer 1 : c'est quoi ?

Dr 9 : c'est un réseau des médecins de la région donc de Moirans, de Coublevie, certains du voironnais pour la mise en place de protocole en lien avec les infirmières et tous les soignants.

Interviewer 1 : d'accord. Est-ce que tu penses que tu effectues ou que tu prescris des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 9 : oui.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 9 : et bien tout ce qui est injectable en général, les ponctions, de genou notamment qui sont en général assez douloureuses pour lesquelles ce n'est pas recommandé de faire d'anesthésie locale. C'est l'essentiel de ce que je vois.

Interviewer 1 : et dans tes prescriptions tu vois pas ce qui pourrait être douloureux ?

Dr 9 : ben pareil tout ce qui est injectable et qu'on fait faire par le personnel paramédical ou qu'on fait faire aux patients quand ils sont éduqués.

Interviewer 1 : et par ponction tu entends pas prise de sang ? Pour toi ce n'est pas un acte douloureux ?

Dr 9 : les patients nous le rapportent pas comme tel. Des fois ils ont l'appréhension de l'aiguille mais parlent pas de la douleur et pour l'avoir fait moi même je considère pas ça comme quelque chose de douloureux.

Interviewer 1 : donc justement ces actes que tu considères douloureux tu les a testés sur toi ?

Dr 9 : c'est peut être pour ça que je te dis que les ponctions de genoux c'est douloureux c'est parce que effectivement j'ai testé sur moi.

Interviewer 1 : Et en ce qui concerne les actes liés au diabète, pour toi ça ne fait pas partie des actes douloureux que tu prescris ?

Dr 9 : ça ne me paraît pas être en premier lieu les actes qui me paraissent les plus douloureux mais c'est vrai que ça veut rien dire parce qu'on les compare aux autres actes douloureux, qui pour moi sont douloureux, y a la sensibilité individuelle, la mienne et celle du patient et puis c'est le coté très répétitif des actes pour le diabétique qui doit être gênant.

Interviewer 1 : donc en ce qui concerne les actes liés au diabète comment tu abordes, si tu l'abordes, la question de la douleur avec tes patients ?

Dr 9 : alors c'est eux qui l'abordent en général avant que je ne l'aborde. Moi je leur explique que l'on va passer à un système de surveillance du diabète avec les Dextros puis ensuite quand vient le temps des traitements injectables jusqu'à l'insuline, on leur explique comment ça va se dérouler comment bien procéder pour d'abord avoir un résultat de qualité, bien se laver les mains etc... et puis bien procéder pour que ce soit pour eux le moins gênant possible. Je dis gênant parce qu'ils parlent pas forcément de douleur, ils parlent de lassitude de refaire les

examens. C'est rare qu'ils mettent la douleur au premier plan.

Interviewer 1 : spontanément ils ne te parlent pas de douleur ?

Dr 9 : non c'est rare.

Interviewer 1 : tu as des moyens d'évaluer la douleur au cabinet ? Qu'est-ce que tu utilises ?

Dr 9 : alors quand on vient avec le motif de consultation d'une douleur ou quand on vient à parler d'une douleur on essaie d'utiliser l'EVA qui fonctionne bien pour les douleurs aiguës mais qui fonctionne beaucoup moins bien pour une douleur habituelle, une douleur de fond parce que les gens partent presque du niveau 0 pour une douleur de fond.

Interviewer 1 : Est-ce que ces douleurs dans le diabète peuvent influencer ta prise en charge ?

Dr 9 : peut être par rapport à la fréquence des Dextros sans doute pas par rapport à l'indication de l'insuline, qui elle est souvent assez formelle. La fréquence des Dextros, c'est vrai que ça peut se discuter surtout si le patient n'a pas une régulation très fine de son insuline à faire, surtout au début quand ils ont par exemple une seule insuline lente, etc... y a pas d'intérêt à faire des Dextros très répétés au long de la journée. Par contre dès qu'il y a une insuline un peu plus complexe, un mélange une gestion de l'insuline à faire, je leur établi un protocole et là la fréquence des Dextros elle est impérative, en tous cas au début.

Interviewer 1 : donc finalement ça n'influence pas vraiment ta prise en charge ?

Dr 9 : non, peut être à tort ...

Interviewer 1 : non mais y a pas de jugement ! D'après toi, quels facteurs peuvent influencer le patient vis à vis du diabète et de son observance ?

Dr 9 : sa connaissance de la pathologie je pense, ceux qui ont un entourage diabétique et qui ont vu des cas sévères, ils sont en général plus préoccupés, pas forcément plus observants mais ils voient où ça peut mener, ils voient des patients avec des problèmes de cécité, avec des problèmes de neuropathie, avec des problèmes d'amputation etc... de pieds diabétiques

donc là ils voient bien quelle peut être la gravité potentielle. Alors ceux qui ma foi sont diabétiques et n'en connaissent pas dans l'entourage, ils ont l'impression que tout ça c'est très théorique, ce sont des histoires de chiffres, des problèmes de docteur, et que ça les concerne pas trop. Donc on est obligé d'insister beaucoup sur la partie éducative, enfin l'explication de la physiopathologie, moi j'essaie de consacrer du temps avec mes patients pour ça, car quand ils ont bien compris ils sont souvent plus observants sur les premières étapes : sur la diététique, sur l'effort et quand ils font bien ces premières étapes, ils ont une plus longue évolution dans la maladie sans traitement lourd en général.

Interviewer 1 : est-ce que tu penses que la douleur est un facteur qui peut influencer l'attitude du patient, est-ce que ça va influencer son observance ?

Dr 9 : je l'ai jamais remarqué, peut être mais je ne l'ai jamais remarqué. Ce qui influence le patient, à mon avis au début c'est la sensation de privation par rapport au régime, ce sont les obligations qu'on impose par rapport à l'activité physique par rapport à la restriction tel qu'ils l'entendent alors qu'en fait il s'agirait juste d'une alimentation plus correcte et ils le prennent pas bien.

Mais après une fois qu'on en est au stade des Dextros réguliers et puis de l'insulinothérapie, ils ont déjà un passé de diabétique assez long derrière eux en général, pour le cas courant, et donc c'est pas un sujet qui est abordé régulièrement.

Interviewer 1 : si on faisait mention de ces douleurs là, est ce que tu aurais des solutions à apporter ?

Dr 9 : alors ce sont des conseils qu'on donne déjà mais de manière plus pratique que dans l'optique des douleurs, sur la bonne réalisation technique c'est à dire les sites de prélèvements sur l'idée de varier les sites de prélèvements, pour pas avoir de douleur trop intense. Peut être aussi sur les réglages de bonne qualité des stylos auto-piqueurs qui sont en général un facteur de moindre douleur. Ça ce sont des choses qu'on fait déjà pour simplifier la vie des patients

mais pas par rapport à la problématique de la douleur en particulier. C'est plus sur l'observance du Dextro. Je sais pas si ça pourrait suffire à diminuer les douleurs parce que c'est une information qu'ils ont déjà eu.

Interviewer 1 : oui mais sur la modification du matériel, tu peux clairement jouer sur les douleurs. Est-ce que ça t'arrive d'évaluer les technique d'injections ou les ASG au cabinet ?

Dr 9 : oui bien sûr en général je leur demande de le faire devant moi quand j'ai besoin de tester, quand ils me disent qu'ils ont une problématique quelconque avec la machine avec le résultat ; de toutes façons je leur demande de m'amener la machine pour voir l'historique des glycémies et donc à l'occasion on l'essaie. La plupart du temps ils le font très bien sauf qu'ils oublient de se laver les mains.

Interviewer 1 : si tu as besoin d'information à ce sujet, tu sais où aller chercher ?

Dr 9 : je travaille en relation avec les diabétologues environnantes et du centre hospitalier donc si j'ai des besoins spécifiques je peux toujours leur poser la question.

Interviewer 1 : est-ce que tu aimerais être informé sur le sujet ou être formé ?

Dr 9 : si y a des choses pratiques à mettre en place pour limiter la douleur de mes patients et améliorer l'observance si tant est qu'elle ne soit pas très bonne, je serais ravi de savoir ce qu'on peut leur proposer de plus.

Interviewer 1 : merci !

Grille d'évaluation de l'entretien E9. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17

Patientèle plutôt jeune avec essentiellement de la pédiatrie.

Pôle de la sure (association de médecins pour la mise en place de protocoles).

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : tout ce qui est injectable en général, les ponctions.

- prescrits : tout ce qui est injectable et qu'on fait faire.(paramédical ou patient lui-même)

- testés :

- les ponctions de genou *« douloureux ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : *« ce ne sont pas les actes qui me paraissent les plus douloureux » « c'est le coté très répétitif des actes qui doit être gênant »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- douleur abordée *« avant que je ne l'aborde »* par le patient à la mise en place du traitement.
- il *« explique comment ça va se dérouler et comment bien procéder (...) pour que ce soit pour eux le moins gênant possible » « je dis gênant car (...) c'est rare qu'ils mettent la douleur au premier plan ».*
- les moyens d'évaluation : EVA mais *« qui fonctionne moins bien pour une douleur habituelle ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Peut influencer sa pratique sur la fréquence des ASG si *« pas de régulation très fine de l'insuline »* ou en cas de schéma simple.

Pas d'influence sur l'indication de l'insuline qui est *« souvent assez formelle ».*

b. l'observance du patient

La douleur n'a pas d'influence sur l'observance du patient *« je ne l'ai jamais remarqué ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance de la maladie et de ses complications *« insister sur la partie éducative, la physiopathologie ».*

- la contrainte mais surtout au début de la maladie *« la privation, la diététique, le régime ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- changement de sites.
- réglages des stylos auto-piqueurs *« facteurs de moindre douleurs ».*
- évaluation de la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- recours aux spécialistes en ville ou à l'hôpital.

- formation pour la prise en charge de la douleur : « *s'il y a des choses à mettre en place pour limiter la douleur (...)je serais ravi de savoir ce que l'on peut leur proposer de plus »*

Grille d'évaluation de l'entretien E9. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf Annexe 17.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : injectables, ponctions, infiltrations.

- prescrits :

- tout ce qui est injectable *« et qu'on fait faire par le personnel paramédical ou qu'on fait faire au patient quand ils sont éduqués. »*
- les prises de sang non douloureux « *dés fois ils ont l'appréhension de l'aiguille »*

- testés :

- ponction de genou.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Suggérés car ne va *« pas être en premier lieu les actes qui me paraissent les plus douloureux mais c'est vrai que ça veut rien dire parce qu'on les compare aux autres actes douloureux, qui pour moi sont douloureux, y a la sensibilité individuelle, la mienne et celle du patient et puis c'est le coté très répétitif des actes pour le diabétique qui doit être gênant. »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- Ce sont les patients qui abordent le sujet.
- de son côté explique que le patient va devoir contrôler la glycémie, et passage à l'insuline pour meilleurs résultats...
- *« bien procéder pour que ce soit le moins gênant possible »*
- *« parlent de lassitude » « la douleur est rarement au premier plan »*
- les moyens d'évaluation : l'EVA pour les douleurs aiguës

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui influence sur la fréquence des autosurveillances, mais n' a pas d influence sur l'indication de mise sous insuline qui *« est souvent formelle »* ni sur autosurveillances quand c'est nécessaire.

Au final influence peu *« peut être à tord ».*

b. l'observance du patient

La douleur n'est pas remarqué comme un facteur influençant l'observance.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance de sa maladie, présence de diabétique dans l'entourage avec donc peur des conséquences.
- les autres ont l'impression que ce sont *« des histoires de chiffres (...) théorique »*

- influence de la compréhension de la physiopathologie.
- passe du temps à l'expliquer, sensation de privation sur la diététique, activités...

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- sites à varier *« pour ne pas avoir de douleur trop intense ».*
- réglage des auto-piqueurs *« plus pour simplifier la vie (...) que pour les douleurs »*
- teste la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- avec les diabétologues.

- formation pour la prise en charge de la douleur: oui intérêt *« si y a des choses pratiques à mettre en place pour limiter la douleur de mes patients et améliorer l'observance si tant est qu'elle ne soit pas très bonne, je serai ravi de savoir ce qu'on peut leur proposer de plus. ».*

Grille d'évaluation commune de l'entretien E9.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Patientèle plutôt jeune avec essentiellement de la pédiatrie

Pôle de la sure (association de médecins pour la mise en place de protocoles)

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : injectables, ponctions, infiltrations.

- prescrits : tout ce qui est injectable *« et qu'on fait faire par le personnel paramédical ou qu'on fait faire au patient quand ils sont éduqués. »,* les prises de sang non douloureux *« dés fois ils ont l'appréhension de l'aiguille ».*

- testés :

- les ponctions de genou *« douloureux ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Suggérés car ne va *« pas être en premier lieu les actes qui me paraissent les plus douloureux mais c'est vrai que ça veut rien dire parce qu'on les compare aux autres actes douloureux, qui pour moi sont douloureux, y a la sensibilité individuelle, la mienne et celle du patient et puis c'est le coté très répétitif des actes pour le diabétique qui doit être gênant. »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- douleurs perçues comme peu importantes comparé à d'autres actes mais côté répétitif
- douleur abordée *« avant que je ne l'aborde »* par le patient à la mise en place du traitement. *« explique comment ça va se dérouler et comment bien procéder (...) pour que ce soit pour eux le moins gênant possible » « je dis gênant car (...) c'est rare qu'ils mettent la douleur au premier plan »*
- les patients parlent de lassitude.
- Les moyens d 'évaluation : EVA mais *« qui fonctionne moins bien pour une douleur habituelle »*

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Peut influencer sa pratique sur la fréquence des ASG si *« pas de régulation très fine de l'insuline »* ou si schéma simple.

Mais pas d'influence sur l'indication de l'insuline qui est *« souvent assez formelle », au final* influence peu *« peut être à tord ».*

b. l'observance du patient

Pas d'influence sur l'observance du patient *« je ne l'ai jamais remarqué ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la connaissance de la maladie et de ses complications *« insister sur la partie éducative, la physiopathologie ».*
- les conséquences mieux comprises quand présence d'une personne diabétique dans l'entourage.
- la contrainte mais surtout au début de la maladie *« la privation, la diététique, le régime ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- sites à varier *« pour pas avoir de douleur trop intense ».*
- réglage des auto-piqueurs *« plus pour simplifier la vie (...) que pour les douleurs ».*
- teste la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- recours aux spécialistes en ville ou à l'hôpital.

- formation sur la prise en charge de la douleur : « s'il y a des choses à mettre en place pour limiter la douleur (...)je serai ravi de savoir ce que l'on peut leur proposer de plus ».

ANNEXE 10

Entretien E10.

Interviewer 2 : (présentation du travail), alors pour commencer peux tu te présenter ?

Dr 10 : je suis donc médecin généraliste libéral, installé maintenant depuis 30 ans, je suis donc des patients diabétiques insulino et non insulinodépendants avec les compétences d'un médecin généraliste, voilà. Je ne suis pas endocrinologue. Donc concernant la pratique de la piqûre et des ASG j'ai peu d'expérience m'y intéressant assez peu, mais c'est intéressant de répondre à cette question. De plus maintenant avec les restrictions des bandelettes et les hémoglobines glyquées qui sont devenues monnaie courante depuis 3 - 4 ans, bien trop souvent demandées, enfin peu importe, les glycémies passent de plus en plus souvent à l'as. Ça c'est clair, on voit de moins en moins de cahier de glycémie car de moins en moins fait, donc poser la question des douleurs au point d'injection... moi j'en fais pourtant ici, quand on le fait ils disent « aïe », ceux qui n'ont pas l'habitude en tout cas, ceux qui en ont l'habitude s'habituent et j'imagine ont moins mal.

Ceux qui en parlent on leur dit de changer de doigts, ce qu'ils font évidemment. Et puis je n'ai pas de solutions premièrement et deuxièmement je suis beaucoup moins incitatoire aux contrôles glycémiques parce que tout de même l'hémoglobine glyquée, bon je veux dire quand elle est à treize c'est surement pas les contrôles glycémiques qui vont résoudre le problème. Quand elle monte de 0,5 on peut se poser la question mais à mon avis c'est pas fondamental.

Interviewer 2 : d'accord et de manière plus générale ?

Dr 10 : bein je vois 20 à 25 patients par jour, je travaille 4 jours et demi par semaine et je travaille 12 heures par jour quand je suis là. Je ne fais plus de garde, je suis en secteur 2, j'ai deux secrétaires, deux associés ce qui est très agréable, voilà je pense que je prendrai ma retraite dans 4 ou 5 ans.

Voilà qu'est ce que je peux dire de plus, que le suivi diabétique a été amélioré par l'hémoglobine glyquée, par le travail qu'a fait sur Grenoble notamment, Pr. Halimi qui a fait beaucoup de choses, que c'est de plus en plus standardisé, l'éducation diabétique a fait pas mal.

Interviewer 2 : fais tu parti de réseaux ?

Dr 10 : non.

Interviewer 2 : dans ta pratique quotidienne, penses tu prescrire ou effectuer des actes douloureux ?

Dr 10 : en général ? Non je n'ai pas cette impression là. Bon des intramusculaires, des infiltrations, je préviens que ça peut être douloureux surtout pour les péri-arthrites, des ponctions lombaires c'est très rare que j'en prescrive comme ça et que ça ne passe pas par un PU, les myélogrammes pareil. Donc je ne pense pas prescrire beaucoup d'actes douloureux non. Je considère que la glycémie capillaire n'est pas un acte douloureux il va s'en dire.

Interviewer 2 : et dans les actes que tu effectues ?

Dr 10 : je fais des points quand nécessaire, je mets des stérilets, heu non je ne crois pas faire d'actes douloureux. Heu les implants ce n'est pas douloureux, je prescris exceptionnellement des intramusculaires sauf demande express des patients mais c'est de plus en plus rare.

Interviewer 2 : tu as déjà testé ces actes sur toi ?

Dr 10 : des infiltrations oui, des intramusculaires oui, les myélogrammes quand j'étais étudiant en hématologie comme je faisais des biopsies médullaires et des myélogrammes, il y avait une thèse d'un interne qui demandait des cobayes, et l'assistante m'a dit « bon comme tu dis aux gens que c'est rien *(rire)*, tu veux pas t'y coller je m'en fais une aussi ?». Alors on s'est fait faire et myélo et biopsie et c'est très supportable, non non, je disais aux gens que c'est trente secondes (mime de l'aspiration), enfin j'estime que ce n'est pas douloureux. La biopsie c'est pas douloureux mais ça fait du bruit.

Interviewer 2 : concernant les actes liés au diabète, comment abordes tu la douleur avec tes patients ?

Dr 10 : je ne l'aborde pas, non vraiment cela ne me semble pas un truc important, sûrement à tord mais ça ne me paraît pas important. C'est vrai que ça fait trente ans que je fais ça et je n'ai jamais eu de plaintes de patients qui me disaient « écoutez je ne fais plus de glycémies au doigt parce que ça me gonfle, que ça fait mal. » alors ils ne l'ont sûrement pas exprimé mais bon. Mais après c'est toujours pareil, je pense que si on va pas chercher ça ne vient pas, donc possiblement que je la sous estime, probablement. Mais c'est vrai que je m'en suis souvent fait des glycémies justement pour montrer que ce n'est pas douloureux, et je ne trouve pas que ça fasse mal. Alors je n'en fais pas non plus trois par jour.

Interviewer 2 : quels sont tes moyens d'évaluation de la douleur ?

Dr 10 : échelle de 1 à 10.

Interviewer 2 : l'EVA ?

Dr 10 : oui.

Interviewer 2 : si un patient se plaint de douleurs, penses tu que ça va influencer ta prise en charge ?

Dr 10 : pour être très franc je n'ai jamais jamais instauré un traitement insulinique sans en passer par un endocrinologue. Ça ne me paraît pas « sérieux » d'être tout seul à gérer ça. La découverte de diabète insulinodépendant chez des patients de 20 ans, ça passe par l'hôpital me semble t-il. Ça m'est arrivé à cinq six reprises à chaque fois j'appelle le service qui le prend au moins trois jours ce qui me paraît être un minimum. Pour le passage à l'inuline chez un patient non insulinodépendant qui devient insulinoréquérant c'est toujours l'endocrinologue qui le fait ; ce n'est pas quelque chose qui me paraît être de la médecine générale. Alors je sais que j'ai des confrères, qui initient, qui instaurent, qui sont très entreprenants, c'est pas mon truc, c'est heu... chiant. Il n'y a rien de plus chiant qu'un diabétique, et heu voilà.

Interviewer 2 : et si ton patient vient se plaindre de douleurs ?

Dr 10 : je le renvoie à l'endocrinologue. Je l'estime être plus compétent que moi car il voit ça tous les jours, je préfère qu'il aille voir le diabétologue pour voir comment régler ce problème plutôt qu'à moi qui vais dire deux trois conneries. Je n'en ai jamais eu la plainte alors c'est vrai que de passer par un référent diabétologue... et puis c'est quand même rare qu'avec l'ALD la sécurité sociale n'exige pas un passage par le diabétologue.

En tant que généraliste on a beaucoup de mal à trouver des places d'hospitalisation pour des patients diabétiques, alors que le diabétologue tu l'appelles et il reçoit le patient. Alors bon c'est une décharge je suis d'accord. Je crois que c'est vraiment une manière de travailler. Je n'initie pas un traitement antihypertenseur sans une consultation avec le cardiologue et une MAPA. Je pense que pour tout traitement chronique, être deux à dire « oui il le faut » ça me paraît bien, car c'est compliqué de faire admettre à quelqu'un qui ne se plaint de rien, sur le diabète, l'hypertension, être deux à le faire ça me paraît être le minimum minimum.

Je trouve que de vouloir tout gérer en médecine générale c'est risqué. Pour le problème de la douleur j'estime que le diabétologue est plus en mesure de répondre à cette plainte. Alors est ce qu'ils vont eux (les diabétologues) chercher la douleur ? Je ne sais pas.

Je suis très incitateur d'éducation diabétique etc, sachant que c'est très décevant mais je le fais.

Interviewer 2 : d'après toi quels sont les facteurs pouvant influencer l'attitude du patient face à son diabète ?

Dr 10 : la compréhension de sa maladie. C'est là où le diabétologue a son rôle. Car si tu n'expliques pas que le diabète c'est pas maintenant mais dans vingt ans, que l'hémoglobine glyquée c'est un repère, que l'alimentation c'est important, le sport... c'est vrai pour toutes les maladies chroniques, le diabète je l'envisage comme une maladie chronique, point.

C'est à dire tenter de le recadrer un petit peu dans ses habitudes alimentaires et sportives, c'est par ailleurs le seul rôle du médecin généraliste qui doit se faire aider. Parce que c'est difficile

de sensibiliser quelqu'un, même si le patient peut voir l'expérience de ses parents, tante ou autre car c'est souvent que c'est comme cela que ça se passe, c'est difficile de traiter quelqu'un qui finalement veut vivre et c'est chiant d'avoir une maladie chronique, quelle qu'elle soit, et celle si tout particulièrement, avec ses conséquences sur sa façon de manger, sa façon d'être.

Interviewer 2 : donc la connaissance de sa maladie et ses conséquences sur la vie de tous les jours ?

Dr 10 : oui, le handicap. C'en est un, hein, une maladie chronique c'est un handicap. Alors au stade de diabète non insulinodépendant débutant ça n'en est pas un mais ça le devient vite quand même. Faire une prise de sang tous les trois mois c'est chiant, faire attention à ce que tu manges c'est chiant, prendre tes médicaments trois fois par jour c'est chiant … voir l'ophtalmo... ce sont des contraintes importantes. Quand tu gères une maladie chronique, tu es malade donc pour un sujet c'est pas pareil que ne rien prendre et ne pas se poser la question de son devenir médical. Et plus tu es jeune plus c'est chiant. C'est pareil que fumer, ce n'est pas simple de convaincre un fumeur que c'est délétère pour sa santé. J'ai été fumeur donc je sais bien comme ça peut être compliqué. Et je pense que c'est le travail du médecin généraliste d'être à la frontière entre ce qui est chiant d'assumer sa maladie et de ce qu'on peut faire pour éviter d'avoir trop de contraintes et d'effets secondaires trop rapidement d'une pathologie chronique.

Parce que la pathologie aiguë ça va, on sait faire, le patient accepte, prendre quinze jours un traitement, se faire opérer... la maladie chronique c'est chiant.

Interviewer 2 : et la douleur en fait elle partie ?

Dr 10 : autant tu me demanderais pour la polyarthrite, je veux bien, mais pour la piqûre faite trois fois par semaine quand il a trop mangé ou ne se sent pas bien, ça ne me paraît pas être un problème. Alors probablement que j'ai un seuil de sensibilité différent des autres, mais j'en ai jamais entendu se plaindre. Autant je serais très compatissant, empathique sur l'annonce de la

maladie chronique, recadrer des gens qui refusent les prises de sang, les médicaments, le suivi, et j'en passe, autant je vais les recadrer en leur disant que c'est chiant mais qu'il faut y passer.

Ça ne me paraît pas être un sujet important, ni un facteur important de réticence à un traitement. Je pense que c'est beaucoup plus compliqué de prendre des médicaments tous les jours que de se piquer trois fois par semaine. Ça dépend du nombre de glycémies que tu exiges de ton patient. Autant je pense que les injections d'insuline ça doit être de plus en plus pénible plus on vieillit, et les lipodystrophies, etc... ça ils en parlent mais on est quand même très impuissants, quand je dis « on » c'est endocrinologue comprit.

Interviewer 2 : si un patient vient te dire « je n'y arrive plus j'ai mal », as tu des solutions à lui proposer ?

Dr 10 : non, mais je me réfère à mes confrères qui ont l'habitude de ça. C'est comme pour les lombalgies chroniques je m'adresse. Je veux dire s'ils sont spécialistes c'est quand même pour régler en fin de course des choses qu'on ne peut pas régler. Ma solution c'est le recours à plus spécialisé que moi. De toute façon je le reverrai, il aura pas forcément réglé le problème mais au moins je le reverrai, on discutera. C'est être à deux je crois, et quand même le spécialiste est impuissant les gens le savent et ils font avec. C'est intéressant d'être à deux, les patients se sentent moins seuls, même si souvent ça ne change pas son problème, car il faut être honnête bien souvent on ne change pas le problème fondamental. Je ne sais pas comment font les généralistes qui gèrent tout de A à Z. Il y en a pleins qui disent que ça ne leur pose aucun problème de suivre un DID, de suivre les glycémies, c'est facile. Moi il y a pleins de questions auxquelles je n'ai pas de réponses, et quand le spécialiste non plus, c'est rassurant.

Interviewer 2 : est-ce que tu vérifies les techniques d'injection au cabinet ?

Dr 10 : oui ça m'arrive, mais souvent je les fais tester au laboratoire.

Interviewer 2 : c'est plus pour tester la validité de leur appareil que pour vérifier leur

technique ?

Dr 10 : tout à fait.

Interviewer 2 : si tu cherches l'information ?

Dr 10 : le spécialiste.

Interviewer 2 : et les réseaux ?

Dr 10 : moi je connais que Proxydiab et à mon avis c'est bien en amont de ça. Ils parlent peu des techniques d'injection... enfin à mon sens. Si il y a les semaines d'éducation à l'hôpital mais c'est plus pour les gens obèses qui deviennent insulinoréquérants... mais je suis très très... enfin plus je prends de l'âge, plus je me dis que les réseaux... je ne dis pas que ce n'est pas intéressant mais il faudrait beaucoup plus de moyens qu'on en a. Et ça ne tournera pas, car c'est trop cher. Théoriquement c'est bien, mais il faut avoir le réseau sanitaire de la suède pour envisager ça.

Interviewer 2 : et au niveau formation/ information, tu serais intéressé ?

Dr 10 : heu, je trouve qu'il y a déjà beaucoup de choses.

Interviewer 2 : tu continuerais à passer la main ?

Dr 10 : oui, il y a beaucoup de choses, faut croire que ça ne m'intéresse pas suffisamment, il y a des diététiciens, des spécialistes …

Grille d'évaluation de l'entretien E10. Interviewer 1.

1/ Caractéristique du médecin.

Cf Annexe 17.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : sutures, stérilets.

- prescrits :Intramusculaires, myélogramme, infiltrations.

- testés :

- les myélogrammes.
- les biopsies médullaires « *très supportable ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : *« la glycémie capillaire n'est pas un acte douloureux, il va s'en dire. » « je m'en suis souvent fait je trouve pas que ça fasse mal, alors je n'en fais pas non plus trois par jour ».« quand on le fait ils disent aie ceux qui n'ont pas l'habitude en tous cas ceux qui ont l'habitude s'habituent et j'imagine ont moins mal ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- perçue comme sans importance *« pas un truc important ».*
- *« les cahiers de glycémies sont de moins en moins faits donc poser la question des douleurs au point d'injection… ».*
- *« si on va pas chercher ça ne vient pas donc possiblement je la sous estime ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Il fait appel systématiquement au spécialiste pour une mise sous insuline « *le diabétologue est plus à même de répondre à cette plainte ».*

b. l'observance du patient.

Non la douleur n'influence pas : *« ça me parait pas être un sujet important ni un facteur de réticence à un traitement ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la compréhension de la maladie (rôle du diabétologue car difficile de sensibiliser les

gens).

- les contraintes au quotidien, *« la pathologie aiguë ça va on sait faire, le patient accepte(…)la maladie chronique c'est chiant ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- *« changer de doigt »,*
- *« recours à plus spécialisé que moi ».*

- où trouver l'information :

- auprès du spécialiste.

Formation pour la prise en charge de la douleur : « *faut croire que ça ne m'intéresse pas suffisamment ».*

Grille d'évaluation de l'entretien E10. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf Annexe 17.

Le suivi est largement amélioré par l'hémoglobine glyquée et éducation diabétique.

Concernant la pratique de la piqûre et ASG *« j'ai peu d'expérience m y intéressant assez peu » « mais c'est intéressant de répondre à cette question ».*

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

« non je n'ai pas l'impression »

- effectués : les points, les stérilets, les implants *« ça ne fait pas mal »*, les intramusculaires.

- prescrits : les infiltrations, *« surtout pour les péri-arthrites »*, la ponction lombaire, les myélogrammes.

- testés :

- les ASG *« je trouve que ça ne fait pas mal ».*
- les intramusculaires.
- les myélogrammes et biopsies médullaires *« quand j'étais étudiant (...) mon assistante m'a dit « bon comme tu dis aux gens que c'est rien (rire), tu veux pas t'y coller ? » alors on s'est fait faire et myélo et biopsie et c'est très supportable (...) enfin j'estime que ce n'est pas douloureux. La biopsie c'est pas douloureux mais ça fait du bruit. »*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

Pour les ASG *« je considère que les glycémies capillaires ne sont pas actes douloureux il va s'en dire (...) je n'en fais pas non plus trois par jour. »* Pourtant plus tôt dans l'entretien : *« moi j'en fais pourtant ici, quand on le fait ils disent « aïe », ceux qui n'ont pas l'habitude en tout cas, ceux qui en ont l'habitude s'habituent et j'imagine ont moins mal. »« probablement que j'ai un seuil de sensibilité différents des autres »*

Pour l'insuline : *« Autant je pense que les injections d'insuline ça doit être de plus en plus pénible plus on vieillit, et les lipodystrophies, etc... ça ils en parlent mais on est quand même très impuissants, quand je dis « on » c'est endocrinologue comprit. »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- perçue comme *« pas important ».*
- *« les restrictions des bandelettes et les hémoglobines glyquées qui sont devenues monnaie courante depuis 3 - 4 ans (...) les glycémies passent de plus en plus souvent à l'as. » « on voit de moins en moins de cahier de glycémie car de moins en moins fait, donc poser la question des douleurs au point d'injection... »*
- pas de plaintes de la part des patients *« Mais après c'est toujours pareil, je pense que si on va pas chercher ça ne vient pas, donc possiblement que je la sous estime,*

probablement. »

- les moyens d'évaluation : EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Est beaucoup moins incitatoire pour les autosurveillances glycémiques avec l'hémoglobine glyquée tous les trois mois. « *je vais les recadrer en leur disant que c'est chiant mais qu'il faut y passer. »*

Pour l'insuline : passe toujours par le spécialiste. Difficulté face au patient diabétique, patient perçu comme difficile.

b. l'observance du patient.

Non la douleur n'est pas un facteur influençant. *« Ça ne me paraît pas être un sujet important, ni un facteur important de réticence à un traitement. »*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- compréhension de sa maladie, rôle du diabétologue souvent souligné.
- comprendre l'évolution.

cC'est le rôle du médecin d'accompagner dans la maladie chronique, de recadrer un peu.

« c'est le travail du médecin généraliste d'être à la frontière entre ce qui est chiant d'assumer sa maladie et de ce qu'on peut faire pour éviter d'avoir trop de contraintes et d'effets secondaires trop rapidement d'une pathologie chronique. »

- maladie chronique est un handicap, avec des contraintes importantes.

« c'est difficile de traiter quelqu'un qui finalement veut vivre et c'est chiant d'avoir une maladie chronique, quelle qu'elle soit, et celle si tout particulièrement, avec ses conséquences sur sa façon de manger, sa façon d'être. »

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer à côté *« Ceux qui en parlent on leur dit de changer de doigts, ce qu'ils font évidemment. Et puis je n'ai pas de solutions ».*
- le spécialiste, douleurs aux injections ou autosurveillances considérées comme un problème que le généraliste ne peut plus gérer . *« C'est intéressant d'être à deux, les patients se sentent moins seuls, même si souvent ça ne change pas son problème, car il faut être honnête bien souvent on ne change pas le problème fondamental. »*
- ne fait pas tester les techniques pour la douleur, mais pour fiabilité de l'appareil.

- où trouver l'information :

- les réseaux.
- semaine d'éducation mais peu convaincu.

- formation sur la prise en charge de la douleur : peu intéressé, déjà beaucoup de choses à gérer !

Grille d'évaluation commune de l'entretien E10.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17

Parle du suivi largement amélioré par l'hémoglobine glyquée,et de l' éducation diabétique.

Concernant la pratique de la piqûre et les ASG a peu d'expérience s'y intéressant assez peu, *« mais c'est intéressant de répondre à cette question ».*

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les points de suture, les stérilets, les implants *« ça ne fait pas mal »*, les intramusculaires.

- prescrits : les infiltrations, *« surtout pour les péri-arthrites »,* la ponction lombaire, les myélogrammes.

- testés :

- le myélogramme !
- La biopsie médullaire *« très supportable » « enfin j'estime que ce n'est pas douloureux.la biopsie c'est pas douloureux mais ça fait du bruit. »*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

« je considère que les glycémies capillaires ne sont pas actes douloureux il va s'en dire (…) je n'en fait pas non plus trois par jour. ». Plus tôt dans l'entretien : *« moi j'en fais pourtant ici, quand on le fait ils disent « aïe », ceux qui n'ont pas l'habitude en tout cas, ceux qui en ont l'habitude s'habituent et j'imagine ont moins mal. » « probablement que j ai un seuil de sensibilité différent des autres ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- Douleur perçue comme *« pas important »*.
- *« les restrictions des bandelettes et les hémoglobines glyquées qui sont devenues monnaie courante depuis 3-4 ans (...) les glycémies passent de plus en plus souvent à l'as. » « on voit de moins en moins de cahiers de glycémie car de moins en moins fait, donc poser la question des douleurs au point d'injection... »*
- pas de plaintes de la part des patients *« Mais après c'est toujours pareil, je pense que si on va pas chercher ça ne vient pas, donc possiblement que je la sous estime, probablement. »*
- les moyens d'évaluation : EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

S'adresse systématiquement au spécialiste pour mise sous insuline *« le diabétologue est plus à même de répondre à cette plainte ».* Est beaucoup moins incitatoire pour les autosurveillances glycémiques avec l'hémoglobine glyquée tous les trois mois.

Souligne le rôle du médecin d'accompagner dans la maladie chronique, de recadrer un peu *« je vais les recadrer en leur disant que c'est chiant mais qu'il faut y passer » « c'est le travail du médecin généraliste d'être à la frontière entre ce qui est chiant d'assumer sa maladie et de ce qu'on peut faire pour éviter d'avoir trop de contraintes et d'effets secondaires trop rapidement d'une pathologie chronique. »*

b. l'observance du patient.

La douleur n'est pas un facteur influençant. *« Ça ne me paraît pas être un sujet important, ni un facteur important de réticence à un traitement.»*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- compréhension de sa maladie :rôle du diabétologue.
- comprendre l'évolution.
- maladie chronique est un handicap, avec des contraintes importantes.

« c'est difficile de traiter quelqu'un qui finalement veut vivre et c'est chiant d'avoir une maladie chronique, quelle qu'elle soit, et celle si tout particulièrement, avec ses conséquences sur sa façon de manger, sa façon d'être. »

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer à côté *« Ceux qui en parlent on leur dit de changer de doigts, ce qu'ils font évidemment. Et puis je n'ai pas de solutions ».*

- le spécialiste : les douleurs aux injections ou autosurveillances sont considérées comme un problème que le généraliste ne peut plus gérer « *C'est intéressant d'être à deux, les patients se sentent moins seuls, même si souvent ça ne change pas son problème, car il faut être honnête bien souvent on ne change pas le problème fondamental.»*
- se tourne vers le laboratoire, notamment pour tester les appareils, ne fait pas tester les techniques pour la douleur, mais pour fiabilité de l'appareil.

- où trouver l'information :

- auprès des réseaux.
- la semaine d'éducation mais peu convaincu.

- formation sur la prise en charge de la douleur : est peu intéressé, déjà beaucoup de choses à gérer !

ANNEXE 11

Entretien 11

Interviewer 1 : est-ce que tu peux te présenter ? Ton âge, ta durée d'installation, combien de patients tu vois par jour, la durée des consultations...

Dr 11 : je m'appelle X, j'ai 33 ans je suis installée en collaboration depuis 3 semaines à Varces, commune semi rurale.

Interviewer 1 : le type de population que tu vois ?

Dr 11 : pour l'instant c'est pas très représentatif de ma patientèle future je pense, mais pour l'instant je vois essentiellement des jeunes et des familles quoi... Profil plutôt 30-35 ans avec des enfants, pas beaucoup de personnes âgées... Mais je commence mon activité.

Interviewer 1 : avant tu étais donc remplaçante ?

Dr 11 : oui.

Interviewer 1 : est-ce que tu penses que tu effectues ou que tu prescris des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 11 : oui certainement oui … Que j'effectue heu je fais pas beaucoup de gestes techniques donc je pense pas...

Interviewer 1 : mais des actes pas forcément techniques, des petits actes au quotidien qui peuvent être douloureux ?

Dr 11 : oui les vaccins, mais je vois pas d'autres actes douloureux dans la pratique.

Interviewer 1 : et en prescription ?

Dr 11 : en prescription... la kiné ça peut être douloureux après tout ce qui est injectable, à faire par les infirmières, des injections d'antibiotiques, des IM. Oui tout ce qui est injectable peut être douloureux.

Interviewer 1 : spontanément tu n'aurais pas pensé aux ASG...

Dr 11 : aux Dextros non, aux injections d'insuline oui, ça fait parti des injectables mais c'est vrai qu'on pense pas forcément d'emblée aux ASG.

Interviewer 1 : est-ce que tu as déjà testé ces actes sur toi ?

Dr 11 : les glycémies capillaires j'ai déjà testé, les injections non. Les vaccins, la kiné ben oui.

Interviewer 1 : est-ce que tu as trouvé ça douloureux ?

Dr 11 : heu la glycémie capillaire oui effectivement c'est pas très agréable … Après pour ce qui est vaccination chez l'adulte je trouve pas que ce soit très douloureux.

Interviewer 1 : d'accord. Donc concernant les actes liés au diabète comment abordes tu la question de la douleur avec tes patients ?

Dr 11 : pour l'instant j'ai pas encore eu vraiment l'occasion d'introduire des traitements par insuline... Après je vois des patients sous insuline qui se font des Dextros mais c'est vrai que c'est pas une question que je pose...

Interviewer 1 : et est-ce qu'ils t'en parlent spontanément ? Est-ce que tu as déjà été face à cette problématique ?

Dr 11 : non j'ai jamais eu de patient qui m'aie parlé spontanément de la douleur liée aux injections ou aux surveillances.

Interviewer 1 : comment tu évalues la douleur, avec quels moyens ?

Dr 11 : par l'EVA oralement.

Interviewer 1 : est-ce que ces douleurs qui peuvent être ressenties par les patients, pourraient influencer ta prise en charge ?

Dr 11 : ….

Interviewer 1 : par exemple est-ce que ça te ferait repousser une mise sous insuline ou changer un rythme de surveillance glycémique ?

Dr 11 : changer un rythme de surveillance peut être, après, sur la mise sous insuline, j'aurais tendance à proposer, si j'arrive pas à donner des conseils satisfaisants, à proposer une

éducation thérapeutique pour que les gestes deviennent moins douloureux si c'est un problème technique.

Interviewer 1 : D'accord. Donc tu diminuerais le nombre d'ASG si on te disait que c'est douloureux, par contre pour l'insuline tu essaierais plutôt de...

Dr 11 : d'améliorer le geste pour pas que ça ait des conséquences sur les résultats thérapeutiques, sur l'observance.

Interviewer 1 : du coup pour toi quels sont les facteurs qui vont influencer justement l'observance du patient face à son diabète ?

Dr 11 : …

Interviewer 1 : que ce soit pour les surveillances ou les injections...

Dr 11 : bein je pense que l'âge du patient déjà... La facilité de faire le geste lui même...

Interviewer 1 : la technique ?

Dr 11 : oui et puis la motivation qu'on peut entretenir par la parole oui. En expliquant correctement les buts du traitement, pourquoi on fait ça...

Interviewer 1 : oui la connaissance de la maladie par le patient... Et tu penses que la douleur peut influencer l'observance du patient ? Qu'elle fait parti des facteurs...

Dr 11 : oui ben oui ça peut...

Interviewer 1 : est-ce que tu connais des solutions pour prendre en charge ces douleurs ?

Dr 11 : de surveillances glycémiques ou...

Interviewer 1 : les deux.

Dr 11 : pour la surveillance glycémique je vois pas comment on pourrait... Parce que les techniques sont assez limitées. Je vois qu'une technique unique quoi... Des gestes qui pourraient diminuer la douleur avant ou après... Je vois pas. Après les sous cut je pense qu'il y a une façon de faire qui peut influencer la douleur.

Interviewer 1 : Qu'est ce que tu leur dis, quand tu leur expliques comment se piquer. Est-ce

qu'il y a des choses particulières que tu leur dis pour qu'ils aient moins mal ?

Dr 11 :...

Interviewer 1 : de faire un pli... de changer de site ?

Dr 11 : oui de tourner sur les sites, c'est sûr, pas se piquer tout le temps au même endroit et puis … heu...

Interviewer 1 : bon après c'est vrai que c'est compliqué si tu n'as jamais instauré de traitement, les gens arrivent et savent déjà faire...

Dr 11 : oui c'est vrai que je ne fais pas d'éducation thérapeutique donc j'ai du mal à donner des éléments concrets...

Interviewer 1 : est-ce que ça t'arrive de changer de matériel, de regarder ce qu'ils ont...

Dr 11 : non ça pour l'instant j'ai pas eu l'occasion...

Interviewer 1 : est-ce que ça t'est arrivé d'évaluer la technique au cabinet ?

Dr 11 : non.

Interviewer 1 : d'accord. Est-ce que si tu as besoin tu sais où aller chercher l'information sur ce sujet ?

Dr 11 : je pense que j'aurais tendance à adresser facilement en éducation thérapeutique au CHU.

Interviewer 1 : est-ce que tu aimerais être informée ou être formée sur ce sujet ?

Dr 11 : ouais je pense que ce serait bien que je me forme, c'est vrai que les semaines d'éducation au CHU c'est pas facilement accessible, ça vaudrait le coup d'être bien au courant pour pouvoir faire soi même l'éducation thérapeutique.

Interviewer 1 : Ok je te remercie.

Grille d'évaluation de l'entretien E11. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Jeune installé depuis 3 semaines. Population jeune.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : vaccins.

- prescrits : kinésithérapie, les injectables en général.

- testés :

- kinésithérapie.
- vaccins *« pas douloureux ».*
- n'aurait pas cité spontanément les ASG.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : *« pas très agréables ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'a jamais instauré de traitement donc n'a pas abordé le sujet.
- Les patients ne lui en ont pas parlé spontanément.

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Pourrait changer un rythme d'auto surveillance, mais pour l'insuline *« aurait tendance à proposer une éducation thérapeutique(...) améliorer le geste pour ne pas que ça ait des conséquences sur le résultat »*

b. l'observance du patient

Oui *« ça peut ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- L'âge.
- la connaissance de la maladie par le patient.
- la facilité à faire le geste.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- pour les ASG *« je ne vois pas comment on pourrait, je ne vois qu'une technique ».*
- pour les injections *« tourner sur les sites », « a du mal à donner des éléments concrets car « ne fait pas d'éducation thérapeutique »*

- où trouver l'information :

- au CHU pour éducation thérapeutique.

- formation sur la prise en charge de la douleur : serait intéressée car CHU difficile d'accès ?

Grille d'évaluation de l'entretien E11. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Débute son activité.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins.

- prescrits : kinésithérapie, intramusculaires, tout ce qui est injectable dont l'insuline.

- testés :

- autosurveillances considérées comme douloureuses, pas très agréables.
- vaccins non douloureux ;

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : pour les autosurveillances n'y aurait pas pensé spontanément.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- Pas eu encore vraiment l'occasion.
- les moyens d'évaluation : douleur évaluée par EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Pour les autosurveillances, modifierait sa pratique, mais sur les injections d'insuline : commencerait par des conseils puis l'éducation thérapeutique pour que les gestes *« deviennent moins douloureux » « pour ne pas modifier résultats thérapeutiques ».*

b. l'observance du patient

La douleur peut influencer.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- son âge.
- l'explication qu'il a eu sur sa maladie.
- la motivation.
- les techniques.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- changer de sites, mais pour autosurveillances peu de solutions car *« technique unique ».*
- pas d'évaluation de la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- l'éducation thérapeutique au CHU.

- formation sur la prise en charge de la douleur : intéressée par une formation, être mieux

formée pour l'éducation thérapeutique.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E11.

1/ Caractéristique du médecin.

Cf annexe 17.

Débute son activité

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : les vaccins.

- prescrits : kinésithérapie, intramusculaires, tout ce qui est injectable dont l'insuline.

- testés :

- kinésithérapie.
- les vaccins *« pas douloureux ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : n'aurait pas cité spontanément les ASG, *« pas très agréable »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- n'a jamais instauré de traitement donc n'a pas abordé le sujet.
- Les patients ne lui en ont pas parlé spontanément.
- Les moyens d'évaluation de la douleur : l'EVA .

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique :

Pourrait changer un rythme d'autosurveillances, mais pour l'insuline *« aurait tendance à proposer une éducation thérapeutique (...) améliorer le geste pour que ça n'ait pas de conséquences sur le résultat ».*

b. l'observance du patient

La douleur peut influencer.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- L'âge.
- l'explication qu'il a eu sur sa maladie.
- la motivation.
- les techniques.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- pour les ASG*« je ne vois pas comment on pourrait, je ne vois qu'une technique ».*
- pour les injections *« tourner sur les sites », « a du mal à donner des éléments concrets car ne fait pas d'éducation thérapeutique ».*

- où trouver l'information :

- auprès de l'éducation thérapeutique au CHU.

- formation sur la prise en cahrge de la douleur :intéressée par une formation, être mieux formée pour l'éducation thérapeutique.

ANNEXE 12

Entretien E12

Interviewer 1 : pour commencer, pouvez vous vous présenter ?

Dr 12 : oui, je suis médecin généraliste depuis maintenant exactement trente ans, je me suis installé à St Martin d'Hères en 1983 puis je me suis ré-associé ici … Depuis mars 88. Je fais de la médecine générale essentiellement, de la gériatrie, pas mal de médecine du sport, je ne vois plus de nourrissons depuis que Dr X est arrivé mais sinon rien de particulier dans ma pratique.

Interviewer 1 : combien de patients voyez vous par jour ?

Dr 12 : une vingtaine.

Interviewer 1 : combien de temps par consultation ?

Dr 12 : entre vingt et trente minutes.

Interviewer 1 : faites vous parti d'un réseau ?

Dr 12 : non.

Interviewer 1 : pensez vous prescrire ou effectuer des actes douloureux dans votre pratique ?

Dr 12 : au quotidien non mais des actes douloureux oui. Car je fais des infiltrations, des ponctions de genoux, de la toute petite chirurgie, donc des actes douloureux j'en fais bien sûr.

Interviewer 1 : et en prescription ?

Dr 12 : oui quand je prescris des infiltrations pour des problèmes vertébraux, mais je n'en prescris pas au quotidien. Quand on adresse les gens au dermatologue ne serait ce que pour une petite intervention, ce sont des actes douloureux. Et puis même en radiographie un Telos, un Mammotome c'est douloureux. Il y a pleins d'actes douloureux oui.

Interviewer 1 : avez vous testé ces actes sur vous, si oui les avez vous trouvé douloureux ?

Dr 12 : oui les Dextros.

Interviewer 1 : vous avez trouvé cela douloureux ?

Dr 12 : non quand on se pique comme cela de manière très ponctuelle on ne peut pas dire que ce soit très douloureux. C'est plus de l'appréhension, l'idée qu'on s'en fait. Après j'imagine que quand les gens qui se piquent tous les jours, ils ont une exacerbation des douleurs et donc... la multiplicité des piqûres fragilise les réseaux nerveux au niveau de la pulpe des doigts.

Interviewer 1 : et en ce qui concerne la douleur sur les actes liés au diabète, comment ça se passe avec vos patients ?

Dr 12 : oui bein je leur en parle, quand je les pique je leur dis « voilà regardez je vous pique plutôt sur la face latérale des doigts car c'est moins douloureux que sur la pulpe » et je leur dis qu'il faut faire comme cela chez eux.

Interviewer 1 : et en ce qui concerne les injections d'insuline ?

Dr 12 : heu non je ne m'en occupe pas trop, en général ils sont passés par le CHU et ils ont eu les explications. Enfin je leur dis de changer les sites d'injections bien entendu.

Interviewer 1 : comment évaluez vous la douleur au cabinet ?

Dr 12 : heu sur une échelle de 1 à 10 si possible mais ce n'est pas quelque chose de facile à évaluer. L'échelle de la douleur c'est quelque chose de subjectif dans la mesure où c'est individuel comme échelle. Donc oui je l'évalue, sachant que les grosses douleurs chez nous au cabinet c'est les sciatiques, cruralgies, les douleurs dentaires, les coliques néphrétiques c'est vrai que ça peut être très douloureux, et puis toutes les douleurs abdominales les coliques hépatiques c'est douloureux.

Interviewer 1 : pensez vous que les douleurs ressenties par les patients dans les actes liés au diabète (ASG, insuline...) vont influencer votre prise en charge du diabète ?

Dr 12 : bein oui forcément sauf qu'il y a quand même peu de gens qui se plaignent de cette douleur. Il n'y en a pas beaucoup et ne l'abordent pas d'une manière spontanée. Les diabétiques ne me disent jamais « oh j'ai très mal en faisant mes Dextros »

Interviewer 1 : quels sont, d'après vous, les facteurs qui vont influencer le patient face à son diabète ?

Dr 12 : les facteurs ? Et bien, la routine, le ras le bol, le quotidien. Comme chacun qui est obligé de se traiter d'une façon chronique, je pense qu'il y a une relâche, au début ils se suivent bien, et puis après les diabétiques insulinodépendants ils ne se piquent pas forcément tous les jours.

Interviewer 1 : ils en ont marre ? Et vous pensez que la douleur peut faire partie des facteurs de non observance ?

Dr 12 : oui je pense, de manière inconsciente ça en fait partie, très certainement. Les injections d'insuline, en ville, je sais qu'il y a une grande différence entre certains quartiers où ce sont les infirmières qui font les injections et d'autres zones où les gens se prennent en charge. C'est une question d'éducation aussi. Ma femme est infirmière et sur la zone de Meylan, Corenc, La Tronche les gens se font eux même les insulines, en ville les infirmières ont énormément d'insuline à faire. Ce sont des actes gratifiants à faire. C'est aussi une question de niveau social, ça oui le diabète...

Interviewer 1 : donc c'est également un des facteurs qui va influencer ?

Dr 12 : ah oui beaucoup, tout à fait.

Interviewer 1 : car il y a aussi la compréhension de ce qu'est le diabète ?

Dr 12 : bien sûr.

Interviewer 1 : connaissez vous des solutions pour ces douleurs ?

Dr 12 : à part piquer sur les côtés, heu, mettre des patchs d'emla ? Ça va coûter un peu cher... *rire*

Interviewer 1 : testez vous les techniques d'injections ou d'autosurveillance au cabinet ?

Dr 12 : non jamais.

Interviewer 1 : si vous avez besoin d'informations, solutions face à cette problématique, vous

allez chercher où ?

Dr 12 : si j'ai besoin, et bien je téléphone au service de diabétologie, au CHU, au spécialiste. Plutôt au CHU qu'en ville d'ailleurs.

Interviewer 1 : vous faites appel au réseau proxidiab ?

Dr 12 : non je n'en ai pas eu besoin pour le moment.

Interviewer 1 : et aimeriez vous être formé ou informé sur ce sujet ?

Dr 12 : non pas spécialement je suis en fin de carrière et j'ai déjà pas mal de soucis et je dois me débattre avec tout un tas de pathologies, de personnes âgées, de centenaires, qui vont et sortent de l'hôpital, aujourd'hui encore j'ai une patiente centenaire qui sort de l'hôpital, sous perfusions et c'est pas facile, et lourd.

Interviewer 1 : et bein je vous remercie, c'est fini !

Grille d'évaluation de l'entretien E12. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Près de la retraite, beaucoup de gériatrie et médecine du sport.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : infiltrations, ponction de genoux, petites chirurgie.

- prescrits : le mammotome, telos, actes de petites chirurgie chez les spécialistes.

- testés :

- les ASG.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : pas douloureux de manière ponctuel mais c'est la multiplicité du geste qui peut rendre cet acte douloureux *« fragilité du réseau nerveux ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- leur dit qu'il faut plutôt se piquer sur la face latérale des doigts.
- *« C'est plus de l'appréhension, l'idée qu'on s'en fait. Après j'imagine que quand les gens qui se piquent tous les jours, ils ont une exacerbation des douleurs ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui mais pour lui ce n'est pas une question que les gens abordent spontanément.

b. l'observance du patient : pas d'éléments.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la routine, le quotidien,
- le niveau social,
- la compréhension de la maladie.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer sur la face latérale du doigt,
- changer de site.

- où trouver l'information :

- CHU.
- auprès du spécialiste.

- formation sur la prise en charge de la douleur :non, car a d'autres difficultés qui prennent le dessus.

Grille d'évaluation de l'entretien E12. Interviewer 2

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : ponctions, infiltrations, petite chirurgie

- prescrits : infiltrations, actes chez le dermatologue, quelques actes radiologiques (mammographie) *« il y a pleins d'actes douloureux oui »*

- testés :

- les autosurveillances glycémiques.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

« non quand on se pique comme cela de manière très ponctuelle on ne peut pas dire que ce soit très douloureux (...). Après j'imagine que quand les gens qui se piquent tous les jours, ils ont une exacerbation des douleurs et donc... la multiplicité des piqûres fragilise les réseaux nerveux au niveau de la pulpe des doigts. ».

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- les ASG sont perçues comme douloureuses sur la répétition des gestes donc une explication est donnée *« je leur en parle, quand je les pique je leur dis « voilà regardez je vous pique plutôt sur la face latérale des doigts car c'est moins douloureux que sur la pulpe » et je leur dis qu'il faut faire comme cela chez eux. ».*
- pour l'insuline, est peu concerné car traitement le plus souvent instauré à l'hôpital.
- les moyens d'évaluation : évaluation par l'échelle de 1 à 10 mais peu convaincu *« L'échelle de la douleur c'est quelque chose de subjectif ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Oui mais comme le sujet ressort peu, au final n'adapte pas sa pratique *« bein oui forcément sauf qu'il y a quand même peu de gens qui se plaignent de cette douleur. Il n'y en a pas beaucoup et ne l'abordent pas d'une manière spontanée ».*

b. l'observance du patient

Oui forcément, mais de manière inconsciente.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la routine le ras le bol de se traiter de façon chronique avec des périodes de relâche.
- prise en charge par une infirmière.
- le niveau social, la compréhension.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer sur les côtés.
- emla ?

- où trouver l'information :

- CHU.
- auprès du spécialiste.

- formation sur la prise en charge de la douleur : non peu intéressé, en fin de carrière et déjà beaucoup de choses à gérer, problème du temps en médecine générale.

« j'ai déjà pas mal de soucis et je dois me débattre avec tout un tas de pathologies ».

Grille d'évaluation commune de l'entretien E12.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les ponctions, infiltrations, petite chirurgie.

- prescrits : les infiltrations, actes chez le dermatologue, quelques actes radiologiques (mammographie) *« il y a pleins d'actes douloureux oui ».*

- testés :

- les autosurveillances glycémiques.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

« *non quand on se pique comme cela de manière très ponctuelle on ne peut pas dire que ce soit très douloureux (...). Après j'imagine que quand les gens qui se piquent tous les jours, ils ont une exacerbation des douleurs et donc... la multiplicité des piqûres fragilise les réseaux nerveux au niveau de la pulpe des doigts.»*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- les autosurveillances sont perçues comme douloureux sur la répétition des gestes donc une explication est donnée *« je leur en parle, quand je les pique je leur dit « voilà regardez je vous pique plutôt sur la face latérale des doigts car c'est moins douloureux que sur la pulpe » et leur dis qu'il faut faire comme cela chez eux. ».*
- pour l'insuline, est peu concerné car traitement le plus souvent instauré à l'hôpital.
- les moyens d' évaluation : par l'échelle de 1 à 10 mais peu convaincu *« L'échelle de la douleur c'est quelque chose de subjectif »*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui mais comme le sujet ressort peu, au final n'adapte pas sa pratique. *« bein oui forcément sauf qu'il y a quand même peu de gens qui se plaignent de cette douleur. Il n'y en a pas beaucoup et ne l'abordent pas d'une manière spontanée ».*

b. l'observance du patient

Oui forcément, mais de manière inconsciente.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la routine, le quotidien,
- le niveau social, la compréhension de la maladie.
- la prise en charge par une infirmière.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- piquer sur les côtés,
- emla ?

- où trouver l'information :

- CHU.
- auprès des spécialistes.

-formation sur la prise en charge de la douleur : non peu intéressé, en fin de carrière et déjà beaucoup de choses à gérer, problème du temps en médecine générale. *« j'ai déjà pas mal de soucis et je dois me débattre avec tout un tas de pathologies ».*

ANNEXE 13

Entretien E13.

Interviewer 2 : bonjour peux tu te présenter ?

Dr 13 : je suis médecin généraliste, 25 ans d'installation, médecin générale homéopathique, avec une expérience en gériatrie car j'ai été médecin coordonnateur dans une maison de retraite pendant trois ans, j'avais commencé le diplôme, il ne me manque que le stage, j'ai pas mal de patients diabétiques, qui vont parfois à Proxydiab et puis il y en a quelques uns qui ont accepté de participer au programme de la sécurité sociale Sophia où ils demandent la créatinine, la dernière hémoglobine glyquée, la dernière consultation cardio, ophtalmo, etc … et donc ils nous envoient un récapitulatif, ça permet d'appuyer tout ce qu'on leur demande, après c'est toujours les mêmes qui vont participer.

Interviewer 2 : combien de consultations fais tu par jour ?

Dr 13 : en moyenne 18 à 25 avec vingt minutes par consultation, avec sept à huit visites par semaine. Avec plutôt une population âgée, ou adulte jeune, mais ma parentèle vieillit.

Interviewer 2 : fais tu partie d'un réseau ?

Dr 13 : insuffisance cardiaque, enfin mes patients font partie de réseaux mais moi non. Insuffisance cardiaque et Palliavie avec qui je travaille beaucoup.

Interviewer 2 : penses tu dans ta pratique quotidienne effectuer ou prescrire des actes douloureux ?

Dr 13 : je fais de la mésothérapie, ça peut faire mal, mais je préviens les gens. Alors de temps en temps quand je fais des glycémies capillaires au cabinet les gens disent que ça fait un peu mal. Avec les lancettes à usage unique qui font paraît il plus mal que les stylos autopiqueurs mais voilà je n'ai pas d'expérience.

Interviewer 2 : et pour d'autres actes ?

Dr 13 : oui, les injections de Rocéphine, Solumédrol par exemple je leur dis à l'avance que ça fait mal. Heu, après qu'est ce qu'il y a d'autres qui fait mal, heu le Profénid par exemple dans les coliques néphrétiques, après la voie injectable on y a peu recours. Les enfants quand on utilise la Rocéphine ça doit faire mal aussi, et puis j'ai une dame qui a de l'Extenciline, maintenant on lui fait de la Lidocaïne avec, et elle disait que ça faisait mal.

Interviewer 2 : OK. As tu déjà testé ces actes sur toi même ?

Dr 13 : oui le Solumédrol Intramusculaire, ça fait mal. Pendant une semaine et c'est pas très agréable quoi. Bon après la douleur n'est pas insupportable non plus, cela dure un quart d'heure. Mais tu as mal.

Interviewer 2 : as tu déjà testé des autosurveillances glycémiques ?

Dr 13 : oui je m'en suis fait. Je ne trouve pas ça très douloureux mais je ne m'en fais pas tous les jours. Disons que c'est supportable une fois de temps en temps.

Interviewer 2 : concernant les actes liés au diabète (autosurveillances, insuline) est-ce que tu abordes la douleur ?

Dr 13 : non jamais. Parce que je ne pensais pas que les injections d'insuline faisaient mal. Je n'ai pas de retour négatif. Déjà quand tu fais un passage à l'insuline faut expliquer pourquoi on le fait, comment ça va se passer, expliquer aux gens que ce n'est pas la fin de passer à l'insuline que c'est simplement pour mieux équilibrer leur diabète et prévenir les complications. Donc pour ma part j'occulte complètement la part douloureuse de l'injection, et par méconnaissance je ne sais pas si réellement ça fait mal, et si les patients ne m'en parlent pas... donc je ne peux pas dire à mon patient si cela fait mal ou pas, s'il me posait la question je ne pourrais pas lui répondre. Je serais embêtée pour répondre. Après pour ce qui est de l'autosurveillance ils se le font déjà en général donc ce n'est pas une question qui vient spontanément, car ils se sont déjà autocontrôlés pour qu'on puisse dire tiens il faut mettre de l'insuline, donc ils ne l'abordent pas forcément à la consultation. Enfin il y a quand même

certains patients qui te disent, qui montrent les marques d'insuline quand on les voit en consultation, après ça ne semble pas quelque chose qui les gêne, mais je n'ai jamais posé la question, par méconnaissance.

Mais tu vois hier, j'ai un patient qui ne me demandait jamais de lui prescrire des lancettes et en fait quand je lui ai demandé il m a dit qu'il avait jamais changé depuis des mois, alors comme tu m'avais sensibilisée à ce sujet j'y ai pensé quand il est venu. Et quand je lui ai demandé pour ses lancettes j ai réalisé qu'il ne les changeait jamais et qu'il avait du coup mal à chaque autosurveillance mais qu'il n'avait rien dit.

Interviewer 2 : quels sont tes moyens d'évaluation de la douleur ?

Dr 13 : l'échelle EVA, et on utilisait pour les personnes âgées non communicantes, une échelle par rapport à la toilette, par rapport aux mouvements déclenchés par les soins, je ne sais plus comment elle s'appelle, par rapport au faciès... autrement je trouve que l'échelle EVA elle est pas mal, je l'utilise beaucoup, elle est assez facile et reproductive.

Interviewer 2 : la douleur ressentie par les patients diabétiques lors des gestes va t-elle influencer ta prise en charge ?

Dr 13 : bein le problème c'est comment on peut la modifier, après je n'ai pas les moyens de dire si il y a des aiguilles plus fines peut être... enfin je ne sais pas si les pour les autopiqueurs il y a plusieurs tailles, modèles... j'avoue je ne me suis jamais penchée sur la question. En fait on ne fait que renouveler ce que le patient utilise ou ce que l'infirmière nous demande. Heu je ne sais pas, est ce qu'on va pouvoir mettre un anesthésique local par exemple ? Est ce que ça modifie la glycémie ? J'avoue que je n'ai aucune connaissance la dessus.

Interviewer 2 : mais si un patient vient en décrivant des douleurs vas tu modifier son traitement, rythme de glycémies capillaires... ?

Dr 13 : tout dépend si c'est un patient bien réglé, avec une hémoglobine glyquée bonne, et une injection de Lantus on va éviter de l'embêter. Si il y a plusieurs injections d'insuline on est

bien obligé de gérer en fonction de la glycémie, surtout si il y a de la rapide, donc ça dépend du protocole du patient. Mais c'est vrai que ça doit être pénible de faire trois injections d'insuline plus les autosurveillances... Mais sur un patient non insulinodépendant mais avec juste de la Lantus en complément, moi je me contente de l'hémoglobine glyquée, je ne leur demande pas des contrôles permanents, sauf avant l'instauration de l'insuline. Mais si c'est possible je vais essayer d'alléger.

Interviewer 2 : ça ne va pas te faire repousser une mise sous insuline ?

Dr 13 : non je pense pas mais de toute façon c'est un travail de longue haleine... c'est pas évident. Pour eux c'est la fin, on passe à l'insuline, on est foutu. J'essaye d'expliquer que maintenant ce n'est plus du tout ça, mais faut du temps. J'ai un patient ça fait deux ans ! L'autre jour il me dit « je vois que mon hémoglobine glyquée n'est pas équilibrée, on est au maximum de traitement, je commence à me dire que je serai d'accord avec vous pour l'insuline » donc je lui ai encore laissé un temps de réflexion de trois mois, je lui ai dit que il n'y avait pas péril, de bien réfléchir car quand on commence c'est définitif, mais finalement c'est le patient qui est venu tout seul. Mais c'est en ayant parlé plusieurs fois, que peut être on le ferait, pour dédramatiser. Mais tu peux pas forcer les gens.

Interviewer 2 : quels sont pour toi les facteurs pouvant influencer les gens face à leur diabète ?

Dr 13 : la peur, en fait ils ne les voient pas les complications. Si une complication arrive ils sont obligés mais... on sait que la complication va peut être venir, après une hémoglobine glyquée qui reste en permanence au dessus de 9 alors qu'on est au maximum du traitement médical, c'est une indication.

Interviewer 2 : donc le facteur qui influence le plus le patient face à son diabète c'est la peur ?

Dr 13 : oui, enfin je ne sais pas trop. C'est spécial un diabétique tout de même. Il y en a qui

sont bien disciplinés et d'autres c'est moins évident. Enfin j'essaye de bien expliquer mais après il faut que ça rentre, ce n'est pas simple ! Ça prend du temps le diabète!

Interviewer 2 : connais tu des solutions de prise en charge à ces douleurs ?

Dr 13 : non aucune.

Interviewer 2 : tu les fait tester au cabinet (la technique) ?

Dr 13 : non non plus. En général les patients insulinodépendant au début il y a une infirmière et c'est elle qui va faire les autosurveillances. Après chez les patients qui s'auto-surveillent, heu non. Après quelques fois quand ils ont un soucis avec leur appareil ils me l'apportent au cabinet je regarde, mais autrement non je ne fais jamais de contrôle avec le patient. Quand je mets sous insuline, avant je montrais. J'avais un petit nounours et des stylos de démonstrations, et je montrais mais en général je fais faire un relais infirmier pendant un mois qui leur montre comment ça se passe qui leur explique bien et après ils sont en autonomie. Notamment pour les patients maghrébins quand c'est le mari qui traduit, et bein finalement après le passage infirmier d 'un mois ça ne se passe pas si mal. C'est vrai que moi je ne fais pas et puis je ne maîtrise pas bien la technique. Donc je pense qu'une infirmière est plus à même d'expliquer les choses que moi.

Interviewer 2 : et si tu veux trouver une information sur ces douleurs ?

Dr 13 : je verrai avec l'endocrinologue avec lequel je travaille.

Interviewer 2 : et une formation pourrait t'intéresser ?

Dr 13 : oui si on me proposait une formation. Parce que j'en ai fait des formations sur le diabète on nous en parle pas, absolument pas donc je n'ai pas de réponse à donner, je serai démunie je me renseignerai. Je pense que le spécialiste sait, ou à la consultation de diabétologie au CHU avec les infirmières qui sont à l'hôpital de jour. Mais tu vois nous sommes mal formés. Alors ce que je sais c'est qu'il ne faut pas piquer l'index. Après il y en a qui ont la phobie des piqûres alors là ce n'est pas évident.

Grille d'évaluation de l'entretien E13. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Médecin homéopathe, pas mal de gériatrie (formation de médecin coordinateur).

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : la mésothérapie.

- prescrits : injections, les intramusculaires.

- testés :

- les ASG, une fois de temps en temps *« supportable ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : autosurveillances glycémiques au cabinet *« Avec les lancettes à usage unique qui font paraît il plus mal que les stylos autopiqueurs mais voilà je n'ai pas d'expérience »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- sujet pas abordé *« Parce que je ne pensais pas que les injections d'insuline faisaient mal »,* mais appréhension des patients quand passage à l'insuline *« pour ma part j'occulte complètement la part douloureuse de l'injection »*
- pour les ASG n'a jamais posé la question *« par méconnaissance »* .
- les patients n'abordent pas spontanément la douleur mais cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas : *« j'ai un patient qui ne me demandait jamais de lui prescrire des lancettes et en fait quand je lui ai demandé il m'a dit qu'il avait jamais changé depuis des mois, alors comme tu m'avais sensibilisée à ce sujet j'y ai pensé quand il est venu. Et quand je lui ai demandé pour ses lancettes j ai réalisé qu'il ne les changeait jamais*

et qu'il avait du coup mal à chaque autosurveillance mais qu'il n avait rien dit »

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Pour les ASG, « *si c'est possible je vais essayer d'alléger. »,* pour les injections d'insuline *« ça dépend du protocole d'insuline »*, passage de l'insuline vécu comme la fin par les patients *« foutu », « mais on ne peut pas forcer les gens « .*

b. l'observance du patient : non cité.

- les autres facteurs influençant l'observance.

- la peur des complications.
- *« ça prend du temps le diabète ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions .

- démonstration de la technique avec nounours mais *« je ne maîtrise pas bien la technique. Donc je pense qu'une infirmière est plus à même d'expliquer les choses que moi »*

- où trouver l'information :

- auprès du spécialiste.

- formation sur la prise en charge de la douleur :serait intéressée*, « on ne nous en parle absolument pas » « mal formés »*

Grille d'évaluation de l'entretien E13. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Fait de l'homéopathie, de la gériatrie.

Ses patients sont dans des réseaux : insuffisance cardiaque, Proxydiab, Palliavie.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : la mésothérapie, les autosurveillances glycémiques.

- prescrits : les injectables.

- testés :

- les intramusculaires qui font mal.
- les autosurveillances glycémiques avec peu de douleur mais *« Disons que c'est supportable une fois de temps en temps ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées :

« Avec les lancettes à usage unique qui font paraît il plus mal que les stylos autopiqueurs mais voilà je n'ai pas d'expérience. ».

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- globalement, actes perçus comme non douloureux *« pas de retour négatif ».*
- surtout difficulté de faire accepter le passage à l'insuline *« Donc pour ma part j'occulte complètement la part douloureuse de l'injection, et par méconnaissance je ne sais pas si réellement ça fait mal, et si les patients ne m'en parlent pas ».*
- donc la douleur n'est pas abordée mais *« tu vois hier, j ai un patient qui ne me demandait jamais de lui prescrire des lancettes et en fait quand je lui ai demandé il m'a dit qu'il avait jamais changé depuis des mois, alors comme tu m'avais sensibilisée à ce sujet j'y ai pensé quand il est venu. Et quand je lui ai demandé pour ses lancettes j'ai réalisé qu'il ne les changeait jamais et qu'il avait du coup mal à chaque autosurveillance mais qu'il n'avait rien dit. »*
- les moyens d'évaluation : par échelle EVA.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Ne va pas forcément modifier sa pratique car *« le problème est de savoir comment la modifier »,* mais va essayer d'alléger, selon le protocole du patient *« Mais c'est vrai que ça doit être pénible de faire trois injections d'insuline plus les autosurveillances... ».* Pour l'insuline il s'agit déjà d'un travail de longue haleine car pour les patients insulinothérapie signifie *« la fin ».*

b. l'observance du patient.

Non citée

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la peur quand une complication arrive.
- mais ne sait pas trop quels sont les facteurs *« C'est spécial un diabétique tout de même » « le diabète ça prend du temps ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- *« s'il me posait la question je ne pourrais pas lui répondre. Je serais embêtée pour répondre. » « je serai démunie ».*
- les infirmières.
- ne teste pas au cabinet, avant faisait démonstrations pour insuline.

- où trouver l'information :

- auprès du spécialiste *« il sait (...) les infirmières de l'hôpital de jour également ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur : oui intérêt pour une formation, au cours des formations sur le diabète *« on ne nous en parle absolument pas ».*

Grille d'évaluation commune de l'entretien E13.

1/ Caractéristiques du médecin.

CF annexe 17.

Fait de l'homéopathie/ gériatrie.

Ses patients font partis de réseaux: insuffisance cardiaque, Proxydiab, Palliavie.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : la mésothérapie, les autosurveillances glycémiques.

- prescrits : les injectables.

- testés :

- les intramusculaires qui font mal.
- Les autosurveillances glycémiques avec peu de douleur mais *« Disons que c'est supportable une fois de temps en temps ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : les autosurveillances glycémiques au cabinet *« Avec les lancettes à usage unique qui font paraît il plus mal que les stylos autopiqueurs mais voilà je n'ai pas d'expérience ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- actes perçus comme non douloureux car *« pas de retour négatif »* .
- surtout difficulté de faire accepter le passage à l'insuline *« Donc pour ma part j'occulte complètement la part douloureuse de l'injection, et par méconnaissance je ne sais pas si réellement ça fait mal, et si les patients ne m'en parlent pas ».*
- donc ce sujet n'est pas abordé mais *« tu vois hier, j ai un patient qui ne me demandait jamais de lui prescrire des lancettes et en fait quand je lui ai demandé il m'a dit qu'il avait jamais changé depuis des mois, alors comme tu m'avais sensibilisée à ce sujet j'y*

ai pensé quand il est venu. Et quand je lui ai demandé pour ses lancettes j ai réalisé qu'il ne les changeait jamais et qu'il avait du coup mal à chaque autosurveillance mais qu'il n'avait rien dit. »

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Ne va pas forcément modifier sa pratique car *« le problème est de savoir comment la modifier »,* va essayer d'alléger, selon le protocole du patient *« Mais c'est vrai que ça doit être pénible de faire trois injections d'insuline plus les autosurveillances... ».* Pour l'insuline il s'agit déjà d'un travail de longue haleine car pour les patients insulinothérapie signifie la fin *« mais on ne peut pas forcer les gens ».*

b. l'observance du patient .

Non citée

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la peur quand une complication arrive.
- mais ne sait pas trop quels sont les facteurs.
- *« C'est spécial un diabétique tout de même » « le diabète ça prend du temps ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- *« s'il me posait la question je ne pourrais pas lui répondre. Je serais embêtée pour répondre. » « je serais démunie ».*
- les infirmières.
- ne teste pas au cabinet, avant faisait démonstrations pour insuline.

- où trouver l'information :

- auprès du spécialiste *« il sait (...) les infirmières de l'hôpital de jour également »*

- formation sur la prise en charge de la douleur: serait intéressée, *« on ne nous en parle absolument pas » « mal formés ».*

ANNEXE 14

Entretien E14.

Interviewer 2 : présentation du travail. Peux tu te présenter ?

Dr 14 : je suis installé depuis sept ans, j'ai fait deux ans et demi tout seul, j'ai fait trois ans et demi avec ma femme puis depuis un an en maison de santé multidisciplinaire. Je suis pas mal investi dans le milieu professionnel, je suis maître de stage avec des externes tous les trois mois, des internes en UPL, et des internes en SASPASS. Que dire d'autres, je vois pas mal d'enfants, et une des spécificités de mon exercice c'est que je fais de la psychothérapie, mais j'ai un exercice assez diversifié puisque j'ai pas mal de patients diabétiques, de patients lourds. Cet été il y a eu deux fins de vie chez des patients que j'ai pris en charge quasiment d'emblée dans cette situation. On a quand même des patients, qui comme le disent les remplaçants et les internes, ne sont pas simples à gérer. Après moi je fais de la petite chirurgie programmée, de la psychothérapie d'enfant aussi, on a un pôle qui est tourné sur l'enfance car il y a beaucoup de professionnels de la maison de santé qui travaille sur l'enfance. C'est une particularité forte de mon activité qui me prend un peu près trente pour-cent de mon activité.

Interviewer 2 : combien de consultation fais tu par jour, et le temps par consultation ?

Dr 14 : pour une consultation la base est de un quart d'heure mais j'ai tellement d'exception d'une demi-heure voir trois quarts d'heure, que la moyenne doit être de vingt cinq minutes. Car en gros l'enfant de moins de deux ans c'est une demi heure, les nouveaux patients c'est une demi heure, les patients lourds aussi, toutes les psychothérapies c'est une demi heure, certaines c'est trois quart d'heure et je fais sept à huit consultations de psychothérapie par jour. Mon nombre de consultations est très variable d'un jour à l'autre, avec les jours les plus faibles je vois entre quinze et vingt patients, et sinon ça peut monter facilement jusqu'à trente, avec quelques visites le jeudi matin, en moyenne je dois en faire deux par semaine.

Interviewer 2 : tu exerces donc en milieu... ?

Dr 14 : semi rural, un patelin de 6000 habitants, on est en train de faire le diagnostic de territoire, donc je peux te dire, on est sur un bassin de 38000 habitants en tout, ce qui fait pas mal, mais la particularité c'est qu'on a des gens en plaine, des gens en montagne. Et en montagne on a deux types de population, on a des ingénieurs qui sont très médecines parallèles, bio, et compagnie... et on a des agriculteurs avec pas mal de personnes âgées. Donc on est vraiment à cheval entre la population citadine, et même pour avoir fait des remplacements en ville, on n'a pas une population citadine dans ses comportements. On a une population à mi distance avec sur Domène beaucoup de personnes âgées et de situation de précarité par rapport à la moyenne iséroise. Avec notamment dans la précarité beaucoup de familles mono-parentales, on est à quinze pour-cents de familles mono-parentales, ce qui amène des consultations particulières.

Interviewer 2 : est-ce que tu fais parti de réseaux ?

Dr 14 : non car pour moi c'est un non sens, car un médecin généraliste sinon faut qu'il participe à quinze ou vingt réseaux donc ce n'est pas possible. Le jour où il y aura un réseau centré autour du patient et non autour de la pathologie, ça aura un sens.

Interviewer 2 : tu connais ton pourcentage de patients diabétiques ?

Dr 14 : non, a priori j'en ai pas mal, en tout cas des lourds, deux en dialyse dont un qui est décédé cet été, donc heu, amputé insulinoréquérant, jeune. Heu j'ai essentiellement du diabète de type deux, je dois avoir une diabétique de type un. Comme ça je dirais que sur 377 patients « médecin traitant » déclarés, je dois avoir vingt cinq patients diabétiques, à la louche.

Interviewer 2 : dans ta pratique quotidienne penses tu faire ou prescrire des actes douloureux ?

Dr 14 : j'en fais oui, à travers les vaccinations chez l'enfant, les sutures, les choses comme ça. Je fais de la chirurgie programmée sous cutanée sus faciale donc oui. Mes examens cliniques

le sont parfois quand il s'agit de traumatologie. Donc oui j'en fais quotidiennement.

Interviewer 2 : et en prescription ?

Dr 14 : heu, quand je prescris de l'insuline au patient, oui, quand je prescris des prises de sang. Après j'en prescris beaucoup moins que la moyenne des médecins de l'Isère par rapport à ma population. Et puis parfois certains soins de kiné peuvent être douloureux, en ce moment je suis en rééducation je sais de quoi je parle ! Là on parle de la douleur physique mais après en douleur morale j'en prescris plus. Quand on prescrit un scanner, radiographie ou autre examens complémentaires on prescrit beaucoup de stress avec. Et ça c'est quelque chose à laquelle je suis très sensibilisé et j'essaye d'y sensibiliser les étudiants qui passent ici, et du coup de bien se poser la question de la nécessité de l'examen car on peut induire une grande douleur morale.

Interviewer 2 : as tu testé ces actes sur toi même ?

Dr 14 : j'en ai testé un certain nombre y compris récemment. Ah oui j'avais oublié l'ablation des points car j'ai eu une chirurgie assez récente avec donc ponction lombaire car c'était une rachis anesthésie, bloc fémoral, prises de sang, pause de cathlon, ablation de fils, soins de kiné où on se met debout sur une jambe qui est douloureuse … Donc oui, j'en suis à ma sixième chirurgie en tout, donc je suis passé un certain nombre de fois de l'autre côté de la barrière donc au niveau du stress... Je me suis fait opérer d'un œil donc au niveau du stress c'est ce qui a été le plus compliqué, en gestion de la douleur et compagnie.

Alors il y a ceux que j'ai trouvé douloureux, ceux que j'ai trouvé invasifs dans le sens « agression » et j'en ai vécu aussi par l'intermédiaire de ma fille qui a été hospitalisée et où le côté intrusif et agressif je l'ai ressenti et pas que sur la douleur mais la façon dont les gens rentrent dans la chambre ça peut être une agression aussi.

Interviewer 2 : et concernant les autosurveillances, tu as déjà testé ?

Dr 14 : alors, je me suis déjà fait quelques autosurveillances quand j'étais étudiant et que j'en

faisais aux patients car j'ai travaillé comme aide soignant et infirmier, je m'en suis fait quelques uns et j'ai détesté ça. Une grosse appréhension avant de le faire et j'ai toujours eu horriblement peur des piqûres, c'est ma mère qui me vaccinait quand j'étais gamin, et maintenant c'est moi qui me vaccine, ça commence à passer avec toutes les interventions que j'ai eu, et le doigt c'est particulièrement désagréable et douloureux. Et j'ai toujours été admiratif des gens qui le font régulièrement.

Interviewer 2 : donc c'est un acte que tu considères comme douloureux ?

Dr 14 : oui clairement.

Interviewer 2 : du coup comment abordes tu la douleur liée à ces actes ? Est-ce que c'est quelque chose qui va ressortir lors des consultations ?

Dr 14 : alors, ça ne va pas ressortir dans la consultation mais par contre ça ressort dans ma prise en charge. Après ça naît aussi de l'EBM qui montre que l'hémoglobine glyquée ne doit pas être trop basse, que en terme thérapeutique la seule chose qui ait démontré un intérêt sur la morbi-mortalité c'est l'hygiène de vie au niveau diététique, que les médicaments y comprit l'insuline n'ont pas démontré de baisse de la morbi-mortalité. Donc je reste pas trop interventionniste sur le sujet, je cherche à avoir des hémoglobines glyquées qui ne sont pas trop basses, du coup le risque d'hypoglycémie est faible et du coup je fais peu piquer les patients.

Je le fais en général au démarrage jusqu'à ce qu'on trouve un équilibre puis après quand les choses roulent, si il y a une injection par jour je prescris une glycémie capillaire avant l'injection point barre ! Et si il y a deux injections, heu, je ne suis même pas sûr d'avoir un patient qui en ait deux, parce que je ne suis pas un énervé de la glycémie capillaire instantanée car ce n'est pas la dessus qu'on soigne un diabète. Donc je cherche surtout à éviter les complications, notamment les hypoglycémies, du coup je suis assez peu interventionniste. Mais c'est vrai que je n'ai jamais abordé la question de la douleur.

Interviewer 2 : tu ne l'abordes pas parce que tu ne perçois pas ça comme douloureux ou parce que tu ne vas pas y penser ?

Dr 14 : ah c'est parce que je n'y pense pas. Non car il n'y a pas de raison si à moi ça m'a fait mal, il n'y a pas de raison pour que les patients n'aient pas mal. C'est juste que dans la consultation je suis plus concentré sur la prise de décision médicale et par la relation par ailleurs et c'est vrai que c'est toute la difficulté du métier, le soin n'est pas réalisé devant nous, on n'a pas son monde verbal à ce moment là, son appréhension, sa grimace, un geste de retrait du doigt... donc il y a tout un tas de choses... c'est vrai que quand je vois des soins douloureux je ne réagis pas pareil que quand je ne les vois pas.

Interviewer 2 : et tes patients ne t'en parlent pas ?

Dr 14 : non je n'ai pas un patient qui en a parlé. J'ai eu plus ça sur les injections d'insuline, et à ce moment là j'essaye de voir avec lui comment faire en sorte que la perception de la douleur soit... en fait c'était plus que la douleur, c'était la sensation de régressions, donc après j'utilise des moyens comme on fait pour les enfants, mettre un dessin animé, de la musique... et ça avec les adultes c'est pareil, j'essaye de distraire, et voir avec eux dans ces cas là s'ils ne peuvent pas avoir des stratégies de cet ordre là.

Interviewer 2 : donc c'est plutôt pour l'insuline que tu as eu des retours concernant la douleur ?

Dr 14 : oui sur l'injection, surtout qu'ils ont tendance à faire toujours dans le même site donc j'en profite pour leur rappeler qu'il faut pas oublier de varier les sites. La problématique par rapport à ça c'est que, quand il y a une mise sous insuline, que les diabétologues passent par là, souvent ils nous court-circuitent sur la période d'éducation thérapeutique et ça ça fait parti des choses qu'on voudrait mettre en place à la maison de santé et non pas en éducation thérapeutique mais en éducation à la santé. Ce qui n'est pas tout à fait la même approche, le but c'est pas de leur apprendre comment il faut faire mais c'est de partir de là où ils en sont et

de les aider à s'autonomiser.

Interviewer 2 : quels sont tes moyens d'évaluation de la douleur ?

Dr 14 : l'EVA, le verbal, le non verbal. Après si j'ai un doute j'essaye de faire quantifier. Mais souvent j'ai tendance à majorer plutôt que minorer. J'essaye d'être particulièrement sensible à la douleur des gens ?

Interviewer 2 : tout à l'heure tu m'as dit que ta prise en charge était influencée par les risques d'hypoglycémies, mais la douleur va t-elle influencer ta prise en charge ?

Dr 14 : oui forcément. Surtout quand on sait que le traitement ne va pas forcément être bénéfique pour le patient, en tout cas au long terme, car peut être qu'il est bénéfique sur la qualité de vie car il évite de se sentir dans les choux avec des glycémies élevées, donc heu, je compose beaucoup avec les gens, et pas que autour de l'insuline..

Mais j'ai en tête un patient que j'ai pris en charge, polyvasculaire, diabétique insulinoréquérant, enfin qui n'était pas insulinoréquérant à l'époque et qui est arrivé en me disant qu'il voulait changer de docteur, qu'il en avait marre des « bonbons », et que de toute façon il ne les prendrait pas tous. Donc on a pris son ordonnance, du temps, les médicaments un à un et après je lui ai dit quels médicaments je pensais qu'il était plus intéressant de prendre, on a beaucoup allégé l'ordonnance, trouvé un juste milieu. Et du coup à chaque fois lui il revient et me dit quels médicaments il a pris, et on essaye à chaque fois de trouver le meilleur ajustement et il y a des fois où j'ai arrêté certains traitements car lui ne voulait plus, et j'essayais toujours de voir si le risque n'est pas trop important.

Et quand on a démarré la mise sous insuline, et bein c'est pareil ça ne s'est pas fait en deux coups de cuillères à pot, mais on avait de plus en plus de mal à équilibrer l'hémoglobine glyquée, malgré ses efforts sur le plan diététique... et du coup il n'y a pas eu trop de soucis, et depuis qu'il est sous insuline à priori il n' y a pas de difficultés particulières. Et je pense que c'est essentiellement lié à l'adhésion du fait que j'impose pas, et je dis toujours au patient

quand je donne une ordonnance

« voilà ce que je vous propose »

Interviewer 2 : si c'est une plainte qui te sera rapportée, elle influencera ta prise en charge ?

Dr 14 : ça a toujours influencé, quand j'étais FFI aux urgences, en une semaine je suis devenu le premier prescripteur de morphine et je prescrivais un tiers de la morphine du service.

Interviewer 2 : côté patients, quels sont les facteurs qui, d'après toi, peuvent l'influencer face à son diabète ?

Dr 14 : le fait de prendre/ pas prendre ?

Interviewer 2 : oui, son observance...

Dr 14 : bah sa représentation de ce qu'est le diabète, de la maladie, de l'avenir qu'il imagine, de ce que représente les médicaments, heu on est vraiment plus dans le champ de la représentation, énormément.

Et après c'est la façon dont le médecin va l'aborder, c'est à dire que je ne crois pas du tout au médecin savant qui impose son savoir au patient, moi je me définis comme un accompagnateur, et c'est ce que cherche à faire, et donc quand j'annonce un diabète, ce qui m'est arrivé un certain nombre de fois, je n'y vais pas en une fois. J'annonce l'état de pré-diabète, puis qu'on rentre dans la maladie diabétique et qu'il va y avoir des choses à faire, et voir avec lui ce qu'il entend, comprend et en fonction de ce qu'il dit, et bein j'adapte, avec pour objectif de modifier les règles hygiéno-diététiques mais parfois il faut passer par les médicaments parce qu'ils ne sont pas prêts. Il faut voir leur volonté de changer et petit à petit l'amener à prendre en charge sa santé, à faire leur choix.

Interviewer 2 : penses tu que la douleur est un facteur influençant son observance ?

Dr 14 : forcément, il y a des patients qui ont une peur bleue des piqûres, heu, alors je ne prescris pas forcément les bio, c'est pas évident. Ça peut m'arriver par exemple de ne pas prescrire l'hémoglobine glyquée tous les trois mois mais tous les six. De leur dire que voilà,

quand ils seront stabilisés on passera à tous les six mois, en général ça motive les gens. Après c'est à eux en fait de choisir entre l'agression de la piqûre et la volonté de changer.

Interviewer 2 : quelles solutions connais tu pour la prise en charge de ces douleurs ?

Dr 14 : oui ce que je disais, ce qu'on utilise avec les gamins, de la musique, du visuel, un écran d'ordinateur, la télé, ça peut attirer l'attention et largement diminuer la perception de la douleur. Et puis de savoir pourquoi on fait les choses, la douleur étant bien plus importante quand on comprend pas le bien fondé des choses.

Après c'est changer les sites de piqûre, de presser bien fort pour insensibiliser un peu la zone et piquer après, c'est quand c'est au niveau du ventre ou des cuisse de bien tendre la peau, pas forcément regarder le geste au moment de la piqûre, heu voilà ça va être ce genre de petites choses.

Il peut y avoir l'Emla pour les autosurveillances car pour les injections de toute façon on est trop profond. Je l'utilise pas chez les gamins par exemple sauf quand c'est anxiolytique pour les parents.

Interviewer 2 : donc tu as quand même déjà pas mal de solutions !

Dr 14 : oui c'est aussi notre mode de fonctionnement, on échange beaucoup, ma femme fait beaucoup de pédiatrie, c'est elle qui d'abord a mis de la vidéo, moi j'ai mis deux ans à le faire car je ne voyais pas comment elle l'introduisait, et en fait un jour où je suturais un gamin, à l'entendre hurler elle a fini par venir dans la salle avec moi et elle a mis de la musique et j'ai vu que très simplement il suffisait de mettre de la musique, besoin de ne rien dire, et le gamin s'est calmé instantanément, et j'ai pu finir ma suture sans soucis.

Et depuis ce jour là j'ai vu la pratique, et maintenant je suis entrain de causer avec les parents, il y a de la musique qui démarre, les parents réagissent, le gamin aussi, mais je ne préviens pas, et ça se passe tout à fait naturellement. Et puis chez les plus grands je fais regarder des dessins animés, pendant que je fais le soin... Pour ceux qui acceptent car contrairement aux

chansons, j'ai eu des enfants qui me disaient « non je ne veux pas de dessins animés ».

Après il y a le protoxyde d'azote, mais il faut que je relise des documents là dessus, parce que ça ne semble pas génial sur la douleur. Là j'ai relu un mémoire sur le protoxyde d'azote dans les moments douloureux des IVG et aucune étude ne montre de bénéfices. Par contre il y a d'autres techniques auxquelles je pense, comme l'hypnose, on peut faire des sutures sous hypnose sans aucune anesthésie locale, ça ça me parle bien. Et comme on échange beaucoup entre nous...

Interviewer 2 : donc les solutions viennent aussi de tes collègues ?

Dr 14 : exactement.

Interviewer 2 : et si besoin où penses tu trouver des informations concernant la prise en charge de cette douleur ?

Dr 14 : les infirmières, leurs expériences, elles ont aussi des approches... heu avoir mis en place d'autres choses, imaginer d'autres choses, dans leur pratique, on est preneur ! Toutes les idées, d'où quelles viennent ont la même valeur.

Interviewer 2 : et tu serais intéressé d'être formé à la prise en charge de la douleur ?

Dr 14 : alors sur la théorie, oui...

Interviewer 2 : sur le temps ?

Dr 14 : voilà, je fais déjà beaucoup de formations...

Interviewer 2 : oui, après on se disait que dans les carnets de glycémie il y a pleins d'explications sur plein de choses (la diététique, l'activité sportive, etc...) et très peu sur les techniques, les douleurs, où s'adresser … bon après c'est auprès des patients, mais...

Dr 14 : dans ces cas là c'est plus des fiches d'information patients.

Interviewer 2 : qui leur permettraient de poser la question à leur patient.

Dr 14 : donc là on est plus dans l'éducation à la santé. Et tu peux avoir l'impression d'un truc super, puis après c'est lu par personne. Car la formation où tu vas aller, l'information qui va

rester c'est celle dont t'en ressens le besoin. Un truc qui te vient tout cuit dans le bec en général on ne l'exploite pas. C'est là où je pense que quelque chose formulée sous la fiche « information patient » avec en filigramme l'idée de « je m'adresse aussi au médecin » à mon avis c'est ce qui a de plus pertinent. C'est le genre de truc que tu peux laisser traîner en salle d'attente ou que le médecin peu donner en fin de consultation si il est dans cette démarche. Et si il la donne, et bien il va la lire, l'expliquer, il va prendre conscience, et pour moi ça aura un impact. Dire au patient que c'est un sujet sur lequel le médecin peut avoir des choses à dire et si le patient pose des questions, et bein le médecin il va se positionner pour pouvoir y répondre.

Interviewer 2 : je crois que j'ai oublié de te demander ton âge.

Dr 14 : 42.

Grille d'évaluation de l''entretien E14. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Installé en maison de santé pluridisciplinaire axée pédiatrie, maître de stage internes externes.

30% de pédiatrie dans son activité.

Psychologie, petite chirurgie mais aussi patients polypathologiques.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : vaccinations chez l'enfant, sutures, petits chirurgie, examen clinique traumatologie.

- prescrits : les prises de sang, vaccinations, kinésithérapie source de douleur physique qu'il différencie de la douleur morale qui peut être provoquée par la réalisation d'examens complémentaires (stress).

- testés :

- kinésithérapie.
- ablation de points.
- ponction lombaire.
- A travers l'hospitalisation de ses proches, intrusion dans les chambres vécu comme *« agression »* (« intrusifs »).

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : pour les ASG : *« grosse appréhension » « toujours eu horreur des piqûres » « désagréable et douloureux » « admiratif des gens qui le font régulièrement »*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- sujet pas abordé car n'y pense pas, *« je suis plus concentré sur la prise de décision médicale »*
- *« le soin n'est pas réalisé devant nous (...) on ne voit pas l'appréhension, la grimace » « les patients n'en parlent pas »* pour les ASG *« plus pour l'insuline ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui, *« je cherche à avoir des hémoglobines glyquées qui ne sont pas trop basses donc (...) je fais peu piquer mes patients » « ce n'est pas là dessus que l'on soigne le diabète » « peu interventionniste » « j'essaie d'éviter les complications ». « je n'impose pas » « je compose beaucoup avec les gens et pas que autour de l'insuline »*

b. l'observance du patient

Oui, pour les patients qui ont une *« peur bleue des piqûres ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- *« représentation de la maladie et des médicaments ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information

- les solutions :

- distraire par le visuel, la musique.
- changer de site.
- *« presser fort pour insensibiliser la zone à piquer ».*

- où trouver l'information :

- auprès des infirmières.
- *« échanger avec les collègues ».*

- formation sur la prise en charge de la douleur : serait intéressé mais manque de temps, beaucoup de formations. Pourquoi pas mettre une information destinée aux patient dans la salle d'attente les incitant à en parler avec leur médecin. Peu d'intérêt d'une fiche technique dans le carnet.

Grille d'évaluation de l'entretien E14. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

En maison de santé multidisciplinaire. Précarité, familles mono-parentales, pédiatrie,psychothérapie.

Est maître de stage.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : les vaccins, sutures, chirurgie sous cutanée, l'examen clinique.

- prescrits : l'insuline, prises de sang, la kinésithérapie, les examens complémentaires source de stress *« douleur morale »*.

- testés :

- l'ablation de points.
- chirurgie.
- rachis anesthésie.
- prises de sang.
- Kinésithérapie.
- bloc fémoral.
- souvent *« de l'autre côté de la barrière ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : les autosurveillances glycémiques et il a *« détesté ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- actes perçus comme douloureux avec *« admiratif pour ceux qui le font régulièrement ».*
- mais sujet jamais abordé car n'y pense pas, mais si a mal lui *« pas de raison que les patients n'aient pas mal ».*
- non vu donc pas abordé *« c'est vrai que c'est toute la difficulté du métier, le soin n'est pas réalisé devant nous, on n'a pas son monde verbal à ce moment là, son appréhension, sa grimace, un geste de retrait du doigt (...) c'est vrai que quand je vois des soins douloureux je ne réagis pas pareil que quand je ne les vois pas. »*
- parfois plaintes des patients mais concernant l'insuline. *« court circuité »* par le spécialiste pour l'éducation thérapeutique lors de la mise sous insuline.
- les moyens d'évaluation par EVA, le verbal, non verbal.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Est peu interventionniste mais au final plus pour limiter les hypoglycémies, mais si plaintes de douleur adaptera sa prise en charge car la douleur a toujours influencé sa prise en charge.

b. l'observance du patient

Oui forcément, certains patients ont une peur bleue des piqûres.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- représentation de la maladie, des médicaments, sa vision de l'avenir
- l'attitude du médecin : qui impose son savoir contrairement à l'accompagnateur, la manière dont lui est annoncé la maladie.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- l'éducation, repartir de ce que le patient sait et l'aider à s'autonomiser.
- distraction visuelle et auditive.
- ré expliquer le pourquoi du traitement.
- pincer à la zone d'injection, varier de sites, tendre la peau, ne pas regarder.
- Emla.

- où trouver l'information :

- auprès des autres médecins du cabinet.
- des infirmières, leurs habitudes de pratique.

- formation sur la prise en charge de la douleur : intéressé en théorie mais déjà beaucoup de formations, manque de temps. Finalement plus d'intérêt d'un message incitant les patients à en parler « *fiche information patient* » en salle d 'attente, comme ça si le patient est demandeur le médecin devra se positionner et tenter d'y répondre.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E14.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Installé en maison de santé pluridisciplinaire axée pédiatrie, est maître de stage internes externes.

30% de pédiatrie dans son activité.

Psychologie, petite chirurgie mais aussi patients polypathologiques.

Précarité, familles mono-parentales.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : vaccinations chez l'enfant, sutures, petits chirurgie, examen clinique traumatologie.

-prescrits : les prises de sang, vaccinations, kinésithérapie source de douleur physique qu'il différencie de la douleur morale qui peut être provoquée par la réalisation d'examens complémentaires.

- testés :

- l'ablation de points.
- chirurgie, rachis anesthésie.
- prises de sang.
- Kinésithérapie.
- bloc fémoral.
- est souvent *« de l'autre côté de la barrière ».*

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : pour les ASG *« grosse appréhension » « toujours eu horreur des piqûres » « désagréable et douloureux » « admiratif des gens qui le*

font régulièrement ».

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- actes perçus comme douloureux et est *« admiratif pour ceux qui le font régulièrement ».*
- sujet non abordé car n'y pense pas, mais si a mal lui *« pas de raison que les patients n'aient pas mal ».*
- *« je suis plus concentré sur la prise de décision médicale ».*
- souligne le fait que le geste est réalisé hors du cabinet *« le soin n'est pas réalisé devant nous (...) on ne voit pas l'appréhension, la grimace »*
- *« les patients n'en parlent pas »* pour les ASG *« plus pour l'insuline ».*
- les moyens d'évaluation : par EVA, verbale, non verbal.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui, si plaintes de douleur adaptera sa prise en charge car la douleur a toujours influencé sa prise en charge.

« je cherche à avoir des hémoglobines glyquées qui ne sont pas trop basses donc (...) je fais peu piquer mes patients » « ce n'est pas là dessus que l'on soigne le diabète » « peu interventionniste » « j'essaie d'éviter les complications » « je n'impose pas ».

b. l'observance du patient

Oui forcément, certains patients ont une *« peur bleue des piqûres »*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- la représentation de la maladie, des médicaments, sa vision de l'avenir.

- l'attitude du médecin : qui impose son savoir contrairement à l'accompagnateur, la manière dont lui est annoncée la maladie.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- l'éducation par le médecin, repartir de ce que le patient sait et l'aider à s'autonomiser.
- distraction visuelle et auditive.
- ré expliquer le pourquoi du traitement.
- pincer à la zone d'injection, varier de sites, tendre la peau, ne pas regarder.
- Emla.

- où trouver l'information :

- « échanger avec les collègues ».
- demander aux infirmières.

- formation sur la prise en charge de la douleur :intéressé en théorie mais déjà beaucoup de formations, manque de temps, finalement plus d'intérêt d'un message incitant les patients à en parler *« fiche information patient »* en salle d 'attente, comme ça si le patient est demandeur le médecin devra se positionner et tenter d'y répondre.

ANNEXE 15

Entretien E15.

Interviewer 1 : est-ce que tu peux te présenter ? Ton âge, depuis combien de temps tu es installé, où tu es installé ?

Dr 15 : 35 ans, installé en association en maison de santé pluridisciplinaire à D... depuis 1 an. J'étais installé un an en collaboration au V... juste avant et j'ai aussi été installé un an à la Réunion et autrement des remplacements. Donc ça fait 6 ans que j'ai terminé.

Interviewer 1 : tu es installé en milieu...

Dr 15 : semi rural en cabinet de groupe avec secrétariat et beaucoup d'autres professionnels de santé.

Interviewer 1 : le type de population que tu vois ?

Dr 15 : c'est un peu particulier parce que j'ai hérité d'une patientèle d'un médecin qui partait à la retraite donc j'ai des patients relativement âgés pour une installation récente.

Interviewer 1 : et tu vois combien de patients par jour ?

Dr 15 : euh... J'aurais du me préparer ! J'en vois pas énormément car je fais une demie heure par patient et y a une journée où je travaille pas. Je dois en voir 45 par semaine.

Interviewer 1 : d'accord. Est-ce que tu penses que tu prescris ou que tu effectues des actes douloureux ?

Dr 15 : hélas j'imagine que oui *(rires)*.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 15 : actes douloureux... Tout ce qui est prise de sang ne serait ce que ça, je sais que chez les enfants je vais vachement pensé à ça parce que je me projette et donc j'en prescris moins que certains de mes collègues. Chez les adultes je vais essayer de regrouper au maximum quand il y a d'autres prises de sang à faire. Après y a tout ce qui est ponction, les

arthroscanner des choses comme ça je vais être aussi réticent.

Interviewer 1 : et ce que tu fais toi en actes ?

Dr 15 : ce que je fais moi ? Je pense pas faire grand chose de douloureux. L'examen clinique parfois...

Interviewer 1 : les actes que tu m'as cités, les as tu déjà testés sur toi ?

Dr 15 : les prises de sang oui, et j'ai déjà fait des Dextros...

Interviewer 1 : et tu en as pensé quoi ? Ça t'a paru douloureux ?

Dr 15 : oui on le sent quand même. De l'appréhension aussi, plus d'appréhension même que de la douleur.

Interviewer 1 : OK. En ce qui concerne la douleur des actes liés au diabète comment tu perçois la douleur ressentie par tes patients. Comment tu l'abordes ?

Dr 15 : je crois que je l'aborde pas, je crois pas me souvenir que des patients m'en aient parlé spontanément... J'ai pas souvent posé la question. Par contre spontanément je vais pas faire faire des Dextros tous les jours chez un diabétique de type 2. Y en a pas besoin sauf déséquilibre particulier et je fais passer le message qu'il n'y a pas d'obligation de suivre très précisément sauf indications particulières.

Sur l'insuline car la on parle des Dextros j'ai aucune idée de la douleur, il paraît que c'est pas ou peu douloureux. Je sais pas si c'est réel ou pas et j'ai pas le souvenir que les patients s'en soient plaints.

Interviewer 1 : on ne t'a jamais fait part d'une douleur aux injections ?

Dr 15 : non j'ai pas le souvenir... Sur les sous cut d'HBPM oui, les gens se plaignent que ça fait des hématomes ou qu'ils en ont marre mais sur l'insuline j'ai pas l'impression. Alors après c'est peut être une interprétation, mais est-ce que les gens en parlent pas parce qu'ils pensent qu'ils ont pas le choix ?

Interviewer 1 : peut être oui il y a un certain fatalisme... Alors comment tu évalues la douleur

au cabinet ?

Dr 15 : euh j'utilise pas forcément l'EVA, je le faisais au début mais plus trop. Sauf quand je veux comparer l'évolution ou que j'ai du mal à savoir... J'allais dire si c'est objectif mais c'est jamais objectif la douleur. Je demande plus le ressenti, le côté insomniant, le visage. C'est un peu global, c'est pas très formalisé.

Interviewer 1 : du coup tu m'en as parlé un peu déjà, mais est-ce que tu penses que les douleurs qui peuvent être ressenties par les patients vont influencer ta prise en charge ?

Dr 15 : maintenant que tu m'en parles oui, mais c'était pas forcément conscient. C'était peut être plus l'utilité médicale... mais le côté douloureux va forcément influencer, ce serait une simple bandelette urinaire, j'aurais moins d'appréhension à le faire faire plus souvent. C'est quand même plus le côté un peu invasif quoi...

Interviewer 1 : et tu penses que ça te ferait repousser une mise sous insuline ?

Dr 15 : à cause de la douleur ? Peut être que ça en ferait parti mais je pense que c'est plus complexe que ça. C'est les représentations qu'ont les patients et les propres représentations que je peux avoir moi sur l'insulinothérapie, les contraintes et heu... Je pense qu'il faut plus justement ouvrir le dialogue sur les représentations de l'insuline et pas seulement sur la douleur...

Interviewer 1 : oui oui bien sû .C'est sur que le passage à l'insuline est toujours vécu comme une aggravation, un pas de plus. ça revient souvent d'ailleurs. Quels sont d'après toi les facteurs qui vont influencer l'attitude du patient face à son diabète? Son observance?

Dr 15 :...

Interviewer 1 : qu'est ce qui va faire qu'un patient va être plus observant qu'un autre?

Dr 15 : euh dans les Dextros ?

Interviewer 1 : ou l'insuline.

Dr 15 : J'ai pas d'exemple qui me vient d'une mauvaise observance de l'insulinothérapie...

Après y a des problèmes d'adaptation par manque de connaissance ou par crainte de ce que ça peut faire d'augmenter ou de baisser les doses, notamment chez les personnes âgées à domicile. Si y a plus d'injections par jour peut être, le fait de passer à un schéma à 2 injections au lieu d'une. Le coté contraignant et la douleur potentiellement vont certainement jouer mais...

Interviewer 1 : donc tu penses que le douleur peut être un facteur de non observance ?

Dr 15 : probablement oui, sûrement mais je ne m'étais pas forcément posé la question car j'ai pas l'impression que j'ai des gens qui me disent « j'ai oublié de la faire ou je la fais pas tous les jours ». Pour les ADO, on a quand même des gens qui oublient, qui les prennent pas pour diverses raisons, c'est pas la douleur pour le coup, quoique ça peut être pour une douleur liée à une mauvaise tolérance. Sur l'insuline j'ai pas l'impression ou alors ils me le disent pas, après je pense que dans ce cas là je poserais la question « pour quelle raison ? ». La douleur viendrait forcément sur la table.

Finalement la question de la douleur n'est pas abordée sur l'insuline parce que l'observance est bonne... Par le patient ou par le médecin d'ailleurs.

Interviewer 1 : et oui parce que ce qui intéresse surtout le médecin c'est que le patient suive correctement son traitement finalement … Si on te fait part de douleurs, aurais-tu des solutions, qu'est-ce que tu proposerais?

Dr 15 : sur l'insuline ?

Interviewer 1 : pour les Dextros aussi.

Dr 15 : pour les Dextros, concrètement si c'est trop rapproché, ce qui est souvent le cas, on espace. On réduit au strict minimum. Il y a souvent une marge de ce côté là. Enfin j'ai l'impression. Les patients qui le font en excès parce qu'on leur a dit ou parce qu'ils pensent qu'il faut... Après les patients sous insuline il y a toujours des contraintes médicales, y a besoin de faire des Dextros. Encore que ça dépend du type d'insuline, ça dépend de l'équilibre.

Si il n'y a pas d'insuline rapide, moi j'espacerais surtout.

Après, je me suis jamais posé la question de l'Emla ou pas... Le fait de frotter le doigt paraît-il, sur le Dextro, je ne sais pas par quel mécanisme du coup mais ça diminue la douleur.

Interviewer 1 : oui effectivement ça peut jouer.

Dr 15 : après l'Emla sur les doigts ça risque d'être encore plus contraignant, je suis pas sûr que ce soit...

Interviewer 1 : oui c'est sûr que ça devient compliqué si il faut mettre de l'Emla à chaque fois...

Dr 15 : sur l'insulinothérapie, y a des aiguilles qui sont d'une finesse plus ou mois importante...

Interviewer 1 : est-ce que tu testes la technique au cabinet ?

Dr 15 : de Dextro ? Ça fait longtemps que j'ai pas fait de Dextros au cabinet car j'en vois pas l'utilité en fait. Je vais pas faire un diagnostic de diabète au cabinet, j'ai pas eu de suspicion d'hypoglycémies...

Interviewer 1 : mais est-ce que tu évalues leur technique ?

Dr 15 : ha non, pas récemment en tous cas. À la Réunion je l'ai eu fait parce que les gens sont demandeurs qu'on leur explique mais ils sont tellement encadrés aussi, y a le diabéto, les infirmières. C'est les infirmières qui font tout et c'est vrai qu'une démonstration technique, je l'ai pas souvent fait.

Interviewer 1 : c'est vrai qu'on se repose beaucoup sur les infirmières pour tout ce qui est aspect technique... Si t'as besoin de chercher une information sur le sujet, tu t'adresserais à qui ?

Dr 15 : euh ben maintenant je te demanderai à toi ! *(rires)* T'as fait une recherche biblio et tout, là pour le coup clairement c'est ce que je ferais. Après spontanément les sites où je vais chercher c'est Minerva ce genre de choses, parce que c'est des études de médecine générale

ambulatoire.

Interviewer 1 : donc sur internet ?

Dr 15 : oui ou si sur Prescrire si ils ont fait quelque chose sur le sujet.

Interviewer 1 : non je crois pas... Est-ce que tu aimerais être formé sur le sujet ?

Dr 15 : oui ça peut être une formation brève sur des choses qu'on ne sait pas ou une sensibilisation. Ce qu'on est en train de faire quelque part. Je pense la formation c'est cet échange là déjà. Parce qu'avant même de te voir j'ai commencé à me poser des questions. Je m'étais posé la question de la douleur en tout cas, sans concrètement en parler aux patients, je le ferai peut être là...

Interviewer 1 : en tout cas si on sert déjà à sensibiliser sur cette question là c'est déjà pas mal !

Dr 15 : ne serait ce que cette intervention là, après une formation je sais pas, ne serait-ce qu'une formation dans le cadre d'une sensibilisation sur ce qu'on peut faire techniquement pour diminuer la douleur pourquoi pas.

Interviewer 1 : merci !

Grille d'évaluation de l'entretien E15. Interviewer 1.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

3ème année d'installation 1 an à la Réunion, 1 an en collaboration et la en maison de santé pluridisciplinaire.

Patientèle relativement âgée pour une installation récente.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : examen clinique parfois.

- prescrits : les prises de sang (enfants ++), ponction, arthroscanner.

- testés :

- les prises de sang
- les autosurveillances glycémiques.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : « *on le sent quand même », « plus de l'appréhension que de la douleur ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- pour les ASG *« plus de l'appréhension que de la douleur »*,.
- pour les injections d'insuline *« il paraît que c'est peu ou pas douloureux »*.
- pas abordé ni par lui ni par les patients *« je ne crois pas avoir le souvenir qu'on m'en ait parlé spontanément » « est ce que les gens n'en parle pas parce qu'ils pensent qu'ils n'ont pas le choix ? ».*
- les moyens d'évaluation : n'utilise pas trop EVA sauf pour être objectif *« mais c'est jamais objectif la douleur ».*

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique.

Pas de façon consciente mais limite le nombre d'ASG au strict nécessaire. *« le coté douloureux va forcément influencer, ce serait une simple bandelette urinaire j'aurais moins d'appréhension à le faire »*.

Pour l'insuline le fait de repousser va plus être lié aux représentations que lui ou les patients peuvent en avoir.

b. l'observance du patient

Oui elle peut influencer mais n'a pas d'exemple de patients ayant une mauvaise observance à l'insuline à cause de la douleur *« la question de la douleur n'est pas abordée sur l'insuline*

parce que l'observance est bonne... Par le patient ou par le médecin d'ailleurs. »

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- le nombre d'injections.
- la *« méconnaissance »* .
- ou crainte d'une augmentation ou diminution des doses.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- espacer les ASG.
- limiter le nombre d'injections.
- *« frotter le doigt ».*
- Emla ?
- changer d'aiguille.

- où trouver l'information :

- nous !
- ou site internet (minerva, études de médecine ambulatoire).

- formation sur la prise en charge de la douleur : pourquoi pas, surtout pour une *« sensibilisation »* au problème.

Grille d'évaluation de l'entretien E15. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

A pris la suite d'un médecin donc patientèle plutôt âgée.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : l'examen clinique parfois.

- prescrits : les prises de sang surtout chez les enfants, les arthroscanners.

- testés :

- les prises de sang.
- les autosurveillances glycémiques.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : les autosurveillances glycémiques avec plus de l'appréhension que de la douleur.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- aucune idée de si l'insuline fait mal ou pas.
- sujet non abordé avec des patients qui ne posent pas la question mais peu demandeur d'autosurveillances glycémiques chez le diabétique de type 2 et rappelle au patient les indications de la surveillance.
- pas de plaintes des patients vs pour les sous cutanées ou héparine.
- se demande si pas de plaintes de la part des patients car ils pensent qu'ils n'ont *« pas le choix »* ?
- les moyens d'évaluation : par EVA, faciès, conséquence sur le sommeil, évaluation générale.

- la douleur influençant?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui, maintenant *« qu'on en parle, probablement de manière inconsciente »,* est influencé par le caractère invasif *« je prescrirais plus s'il s'agissait d'une bandelette urinaire ».* Mais cela est plus complexe qu'une douleur isolée car à ses propres représentations.

b. l'observance du patient

La douleur est citée comme très probable facteur influençant, elle viendrait forcément si « *je demandais pourquoi ? »* (insuline non faite), mais l'observance est bonne, donc finalement on ne pose pas la question de la douleur.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient.

- manque de connaissance.
- peur de modification des posologies.
- contraintes.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- espacer les autosurveillances et limiter au strict minimum.
- Emla ?
- frotter la zone
- taille de l'aiguille du stylo d'insuline
- peu d'évaluation de la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- *« à toi ».*
- revues, internet.

- formation sur la prise en charge de la douleur : intérêt oui pour une sensibilisation à ce sujet et les techniques pour l'améliorer, déjà avant de faire l'entretien s'est du coup posé plus la question.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E15.

1/ Caractéristiques du médecin.

Cf annexe 17.

Un an à la Réunion, un an en collaboration et la en maison de santé pluridisciplinaire.

Patientèle relativement âgée pour une installation récente.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale.

- effectués : l'examen clinique parfois.

- prescrits : les prises de sang surtout chez les enfants, ponction, arthroscanner.

- testés :

- les prises de sang.
- les autosurveillances glycémiques.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : *« on le sent quand même », « plus de l'appréhension que de la douleur ».*

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète.

- comment est-elle perçue ? Est-elle abordée ?

- aucune idée de si l'insuline fait mal ou pas *« il paraît que c'est peu ou pas douloureux ».*
- sujet non abordé avec des patients qui ne posent pas la question mais lui est peu demandeur d'autosurveillances glycémiques chez le diabétique de type 2 et rappelle au patient les indications de la surveillance.
- pas de plaintes des patients vs pour les sous cutanées ou héparine.
- pas de plaintes mais *« est ce que les gens n'en parle pas parce qu'ils pensent qu'ils n'ont pas le choix ? »*
- évaluation par EVA, faciès, conséquence sur le sommeil... évaluation générale.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui, maintenant *« qu'on en parle, probablement de manière inconsciente »,* influencé par le caractère invasif *« le coté douloureux va forcément influencer, ce serait une simple bandelette urinaire j'aurais moins d'appréhension à le faire ».*

Pour l'insuline le fait de repousser va plus être lié aux représentations que lui ou les patients peuvent en avoir.

b. l'observance du patient

Elle viendrait forcément si je demandais *« pourquoi ? »* (insuline non faite), *« la question de la douleur n'est pas abordée sur l'insuline parce que l'observance est bonne... Par le patient ou par le médecin d'ailleurs. ».*

- les autres facteurs influençant l'observance du patient ;

- le manque de connaissance.
- la peur de modification des posologies.
- contraintes.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions.

- espacer les autosurveillances et limiter au strict minimum.
- emla ?
- frotter la zone.
- la taille de l'aiguille du stylo d'insuline.
- peu d'évaluation de la technique au cabinet.

- où trouver l'information :

- nous !

- Ou site internet (minerva, études de médecine ambulatoire), revues internet.

- formations sur la prise en charge de la douleur : intérêt oui pour une sensibilisation à ce sujet et les techniques pour l'améliorer, déjà avant de faire l'entretien s'est du coup posé plus la question...

ANNEXE 16

Entretien E16

Interviewer 1 : est ce que tu peux te présenter ? Ton âge, depuis combien de temps t'es installée, ton mode d'installation...
Dr 16: Je suis médecin généraliste femme, j'ai 33 ans, je suis installée depuis 2011 donc c'est ma 3ème année, seule en milieu urbain.

Interviewer 1 : tu vois quel type de population ?

Dr 16: je vois une population très hétéroclite, variée, c'est à dire que je m'occupe aussi bien de personnes âgées, un peu de tous milieux je pense, d'origines, je fais un peu de pédiatrie et de gynéco, voilà, du suivi de maladie chronique...

Interviewer 1 : et puis tu es à mi temps...

Dr 16 : oui je suis à mi temps à l'unité mobile de soins palliatifs au CHU tout à fait.

Interviewer 1 : est ce que tu fais partie d'un réseau ?

Dr 16 : alors, oui celui qui s'appelle le REPOP 38, c'est un réseau dédié à la surveillance de l'obésité chez les enfants. J'ai une patiente incluse dans le réseau.

Interviewer 1 : est ce que tu penses que tu effectues ou que tu prescris des actes douloureux dans ta pratique quotidienne ?

Dr 16: oui.

Interviewer 1 : lesquels ?

Dr 16: les prises de sang essentiellement je pense... Après au niveau des traitements, est ce qu'il y a des traitements douloureux ? Ça dépend oui...

Interviewer 1 : sinon dans les actes que tu fais au cabinet ? Est ce que tu as des gestes douloureux ?

Dr 16: oui les vaccins, c'est pas un moment agréable je pense. Tout ce qui est injectable en fait. Après y a des petits soins, les sutures les points mais c'est pas très fréquent.

Interviewer 1 : est ce que tu as déjà testé ces actes ?

Dr16: les vaccins oui, je me fais vacciner donc je peux avoir une idé...

Interviewer 1 : et tu as trouvé ça douloureux ?

Dr 16: c'est désagréable, de la à dire que c'est douloureux... J'ai pas d'exemple de gens qui se sont plaints par la suite, je pense que c'est très lié à l'acte effectivement. Si ça peut être accompagné d'hypnose de relaxation d'un environnement calme, ça se passe souvent mieux quand même.

Interviewer 1 : et en ce qui concerne les ASG et les injections d'insuline qu'est ce que t'en pense ?

Dr 16: J'y suis sensible en fait. Contrairement aux infirmières, c'est mon ressenti hein, qui passe de façon très systématique chez les personnes âgées à faire 3 dextros par jour avec des protocoles d'insuline rapide qui ne sont plus trop adaptés, j'hésite pas à prendre en compte la part de la douleur lors des dextros et des injections d'insuline et à alléger un petit peu les choses quand ça peut l'être.

Interviewer 1 : comment t'abordes cette question de la douleur avec tes patients ?

Dr 16: ben je leur demande si ça fait mal en fait.

Interviewer 1 : et ça tu le fais régulièrement ?

Dr 16: oui chez tous mes patients diabétiques, je le fais pas à chaque fois, mais je me suis fait au moins une idée au moins une fois en leur demandant et dans les réponses que j'entends les gens ne sentent plus que ça fait mal. J'ai pas de retour de personnes qui se plaignent d'avoir mal pendant les Dextro.

Interviewer 1 : et lors des injections ?

Dr 16: aux injections non. En fait je me suis plutôt focalisé sur le dextro en lui même car ayant essayé c'est pas...c'est douloureux quand même, mais j'ai l'impression que les gens ils ont les doigts cartonnés au bout ils sentent plus trop, il s'y sont fait et y a plus de douleur.

C'est pas remis en question en tous cas...

Interviewer 1 : donc toi t'abordes la question mais spontanément les patients ne le font pas.

Dr 16: spontanément les patients ne le font pas non.

I**nterviewer 1 :** d'accord. Par quel moyen t'évalues la douleur ?

Dr 16: euh j'utilise beaucoup l'échelle numérique en fait, je dis aux gens de côter leur douleur, j'utilise pas trop l'échelle visuelle pour les enfants.

Interviewer 1 : tu as déjà un peu abordé les choses tout à l'heure mais du coup ces douleurs qui peuvent être ressenties par tes patients vont influencer ta prise en charge à toi ?

Dr 16 : oui.

Interviewer 1 : dans le sens où tu peux alléger un traitement?

Dr 16 : oui ou une surveillance glycémique 3 fois par jour...

Interviewer 1 : est ce que tu repousserais une mise sous insuline ?

Dr 16 : non, si c'est nécessaire non.

Interviewer 1 : et quels sont les facteurs qui d'après toi peuvent influencer le patient vis à vis de son diabète, de son observance ?

Dr 16 : les principaux facteurs d'observance des patients sous insuline ?

Interviewer 1 : ou qui se font des ASG ?

Dr 16 : la principale motivation moi je pense que c'est de contrôler leur maladie et l'évolution des complications de mon point de vue...

Interviewer 1 : la connaissance de la maladie ?

Dr 16 : oui, si c'est quelque chose de pas très grave, la surveillance elle est d'autant plus légère, si c'est quelqu'un qui a compris les risques ils se donnent beaucoup plus les moyens.

Interviewer 1 : est ce que tu penses que la douleur peut être un facteur de non observance ?

Dr 16 : jusqu'à maintenant je pensais pas que ça puisse l'être.

Interviewer 1 : si on te fait part de douleurs qu'est ce que tu peux leur proposer comme

solutions ?

Dr 16 : à l'injection d'insuline classiquement de changer de site d'injection, de varier en fait. Je sais que pour les ASG y a des aiguilles plus fines mais pour les injections d'insuline je sais pas, mais je me renseignerais...

Interviewer 1 : tu t'adresserais à qui pour te renseigner ?

Dr 16 : directement au laboratoire je pense. Par exemple au labo qui fait la lantus. Je regarderai et puis j'appellerai pour savoir si y a des produits plus adapté ou des aiguilles plus fines.

Interviewer 1 : et est ce que tu serais intéressée par une formation ou être formée?

Dr 16 : non je pense pas. Vis à vis du retentissement que ça peut avoir … J'ai l'impression que c'est fait malgré tout, j'ai pas beaucoup de problème d'observance lié à ça, ce n'est pas un problème dans ma pratique donc je vois pas l'utilité de passer un temps de formation dessus sachant qu'on peut adapter, alléger, changer les sites, mettre des aiguilles plus fines, après y a certainement encore des subtilités mais bon...

Interviewer 1 : c'est déjà bien, t'as déjà pas mal de solutions.

Dr 16 : Après on peut mettre à la limite un patch d'emla on peut tout imaginer... c'est vrai que dans tout ce qui est soins locaux, ulcère, escarre, bien sur on prescrit des soins douloureux, c'est évident. Ça ça m'interpelle beaucoup plus...

Interviewer 1 : c'est tout merci

Grille d'évaluation de l'entretien E16. Interviewer E1.

1/ caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

Jeune installée. Population variée, hétéroclite

Est à mi temps à l'Unité mobile de soins palliatifs.

2/ **Thème : actes douloureux en médecine générale**

- effectués : vaccins, suture, tout ce qui est injectable.

- prescrits : prise de sang, soins locaux d'ulcères ou d'escarres

- testés:

- vaccins.
- les autosurveillances glycémiques « *c'est douloureux quand même* ».

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : pas d'élements.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est elle perçue ? Est elle abordée ?

- « *j'ai l'impression que les gens ils ont les doigts cartonnés au bout ils sentent plus trop, il s'y sont fait et y a plus de douleur* »
- y est sensible, demande aux patients « *si ça fait mal* ». pas de retour de patient qui se plaignent de la douleur.
- utilise l'échelle numérique.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique :

Oui *« j'hésite pas à prendre en compte la part de la douleur lors des dextros et des injections d'insuline et à alléger un petit peu les choses quand ça peut l'être »*

Mais ne repousserai pas une mise sous insuline *« si c'est nécessaire ».*

b. l'observance du patient.

N'a pas d'influence.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient

- la compréhension de la maladie *« contrôler leur maladie et l'évolution des complications ».*

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

-les solutions :

- varier les sites d'injection.
- changer d'aiguille.
- Emla.

-où trouver l'information :

- directement auprès du laboratoire.

-formation sur la prise en charge de la douleur : pas intéressée car pas de retentissement sur l'observance des patients « *pas un problème dans ma pratique* »

Grille d'évaluation de l'entretien E16. Interviewer 2.

1/ Caractéristiques du médecin :

Cf annexe 17.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : vaccins, injections, soins, sutures.

-prescrits :prises de sang, quelques traitements.

testés :

- les autosurveillances glycémiques.
- vaccins.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : « *y est sensible* » et la prend en compte.

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est elle perçue ? /Est elle abordée ?

- perçue comme importante à aborder mais pas de plaintes des patients et souvent réponse négative et notion d'habitude de la part du patient «*doigts cartonnés*».
- abordée à chaque fois, avec échelle numérique.

- la douleur influençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui avec diminution du nombre d'autosurveillances glycémiques, mais ne retardera pas une mise sous insuline.

b. l'observance du patient

La douleur n'influencerait pas.

- les autres facteurs influençant l'observance du patient

- motivés par l'évolution.
- les complications.
- la compréhension de la maladie.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- changer de sites pour l'insuline.
- pour les autosurveillances taille de l'aiguille.
- Emla.

- où trouver l'information :

- auprès des laboratoires pharmaceutiques.

- formation sur la prise en charge de la douleur: est peu intéressée car pas d'incidence sur l'observance et donc sa pratique.

Grille d'évaluation commune de l'entretien E16

1/ Caractéristiques du médecin:

Cf annexe 17.

Patientèle diversifiée .

Est à mi temps à l'unité mobile de soins palliatifs.

2/ Thème : actes douloureux en médecine générale

- effectués : vaccins, injections, sutures.

- prescrits : prises de sang, soins locaux d'ulcère et d'escarre.

- testés :

- les vaccins.

- quand insulinothérapie et autosurveillances citées : les autosurveillances glycémiques « *c'est douloureux quand même* ».

3/ Thème : la douleur et les actes liés au diabète

- comment est elle perçue ? Est elle abordée ?

- perçue comme importante a aborder mais pas de plaintes des patients et souvent réponse négative et notion d'habitude de la part du patient*« j'ai l'impression que les gens ils ont les doigts cartonnés au bout ils sentent plus trop, il s'y sont fait et y a plus de douleur » ;*
- y est sensible, demande aux patients *« si ça fait mal ».*
- abordée à chaque fois, avec échelle numérique.

- la douleur inflençant ?

a. le médecin généraliste et sa pratique

Oui « *j'hésite pas à prendre en compte la part de la douleur lors des dextros et des injections*

d'insuline et à alléger un petit peu les choses quand ça peut l'être ». Mais ne repousserait pas une mise sous insuline « *si c'est nécessaire* ».

b. l'observance du patient

Pas d'influence sur l'observance

- les autres facteurs influençant l'observance du patient

- motivés par l'évolution.
- les complications.
- la compréhension de la maladie.

4/ Thème : la douleur, quelles solutions, rechercher l'information.

- les solutions :

- varier les sites d'injection.
- changer d'aiguille.
- Emla ?

- où trouver l'information :

- directement auprès du laboratoire.

- formation sur la prise en charge de la douleur : peu intéressée car pas de retentissement sur l'observance des patients « *pas un problème dans ma pratique ».*

ANNEXE 17

	Genre			Localisation			Activité		
	Homme	Femme	Âge	Rural	Semi-rural	Urbain	Consultations par jour	Temps par consultation (min)	Durée d'installation (année)
E1	1	0	52	0	1	0	25	20	25
E2	0	1	50	0	0	1	20	20	28
E3	0	1	32	0	1	0	25	30	2,5
E4	1	0	53	0	0	1	27,5	15	16
E5	1	0	64	0	0	1	25	15	30
E6	0	1	52	0	1	0	20	20	23
E7	0	1	48	0	1	0	25	20	14
E9	1	0	37	0	1	0	22,5	20	8
E8	1	0	39	0	1	0	25	20	8
E10	1	0	60	0	0	1	22,5	20	30
E11	0	1	33	0	1	0	5	20	0,06
E12	1	0	60	0	0	1	20	25	30
E13	0	1	50	0	0	1	21,5	20	25
E14	1	0	42	0	1	0	22,5	20	7
E15	1	0	35	0	1	0	12,5	30	1
E16	0	1	33	0	0	1	22,5	20	3
Somme	9	7		0	9	7			
Moyenne			46,3				21,3	20,9	15,7
Écart Type			10,6				5,5	4,2	11,5
Médiane			49				22,5	20	15,0

ANNEXE 18

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Présentation du travail au médecin interrogé. Description de l'enregistrement et de la retranscription anonyme.
2. Présentation du praticien : son âge, le nombre d'années d'installation, nombre de consultations par jour, le temps passé par consultation, le type de population soignée, le lieu de travail (rural…), appartiennent-ils à un réseau ?
3. Pensez vous effectuer ou prescrire des actes douloureux dans votre pratique quotidienne ? Lesquels ?
4. Avez-vous testé ces actes sur vous même ? Les avez vous trouvé douloureux ?
5. Et en ce qui concerne les actes liés au diabète comment abordez-vous la douleur avec vos patients ?
6. Si n'aborde la question de la douleur, pourquoi ?
7. Quels sont vos moyens d'évaluation de la douleur ?
8. Les douleurs ressenties par le patient lors de ces actes influencent-elles votre prise en charge ? (repoussez-vous la mise sous insuline, adaptez vous la fréquence des ASG ?)
9. Quels sont, d'après vous, les facteurs pouvant influencer l'attitude du patient face à son diabète ? La douleur en fait elle partie ? (travail lieu, appréhension, oublis, remboursement SS, peur du résultat, temps, ras le bol des contraintes).
10. Connaissez vous des solutions pour la prise en charge des douleurs ?Lesquelles ? Est-ce que vous évaluez la technique d'injection ou d'ASG au cabinet ?
11. Si non savez-vous où aller trouver l'information ? À qui vous adresser ?Aimeriez vous être informé sur la prise en charge de cette douleur ? Ou y être formé ?