

Entretien 1 : le 19/06/2018 à 12h00, durée 27 min.

Investigateur : Est-ce que vous vous rappelez là d'une situation récente où vous avez dû prendre en charge une personne âgée douloureuse?

Médecin 01 : Euh, oui assez récemment, oui. Faut que j'arrive à retrouver. Je peux regarder sur mon agenda.

Investigateur : Oui oui.

Médecin 01 : Euh, sujet âgé douloureux, euh, ça remonte à...euh, hier.

Investigateur : Est-ce que vous vous rappelez de la consultation? Qu'est-ce qui s'est passé?

Médecin 01 : Oui oui. C'est une petite mamie, je vais vous dire exactement, parce que je suis allé la voir à la maison hier chez elle. C'est une petite patiente de, euh, 81 ans, qui a malheureusement pas mal de pathologies, et euh, qui a, euh, des douleurs surtout arthrosiques, lombaires et d'une hanche gauche qui lui font extrem...enfin qui la font souffrir. Et, malheureusement elle est récusée pour la chirurgie pour une histoire d'(non compréhensible).

Investigateur : Et comment est-ce que vous avez abordé la consultation du coup?

Médecin 01 : Alors en fait c'était le motif de consultation, c'est pour ça qu'elle m'a fait venir. C'est une dame que je suis depuis une longue période, à qui j'avais essayé pas mal d'antalgiques et qui malheureusement compte tenu de son âge et de ses comorbidités tolère assez mal les PALIERS II, euh donc du coup c'est pour ça qu'elle me faisait revenir, et c'était un petit peu compliqué quoi, voilà.

Investigateur : D'accord, est-ce qu'il y a des choses qui vous ont plu dans la consultation, ou ...?

Médecin 01 : Alors oui, à la fois, j'ai pas de trop de...euh, voilà euh, les antalgiques c'est des trucs que j'utilise assez souvent donc euh voilà. Euh, le seul truc, et c'est vrai que ça nous met un peu en difficulté, c'est que ce sont des douleurs chroniques et qui malheureusement euh, lui dureront toute sa vie et euh, les effets indésirables de pleins de médoc nous gênent donc quand elle a des crises un peu aiguës là, j'y arrive parce que je lui donne un peu de CORTISONE à visée antalgique, ça marche assez bien. Mais malheureusement, je peux pas lui faire ça toute sa vie donc du coup, euh, rapidement on est amené à se revoir. Euh, voilà.

Investigateur : Du coup vous avez l'impression que l'ensemble des thérapeutiques, ça...Il y a quand même une limite chez elle?

Médecin 01 : Exactement, chez elle particulièrement. Étant donné qu'on ne peut pas traiter l'étiologie de ses douleurs, euh, on fait juste du traitement symptomatique, et évidemment on est pas très bon parce que, euh, ba voilà,euh. C'est un cataplasme sur une jambe de bois, quoi, enfin.

Investigateur : Et donc vous avez commencé par quelle thérapeutique chez elle?

Médecin 01 : Alors, elle, elle a des PALIERS I tout le temps, elle a toujours son paracétamol trois fois par jour, euh, ça se passe assez bien. Elle a, chez elle, parce que c'est ses infirmières qui viennent lui préparer ses médicaments, des gouttes de TOPALGIC qu'elle prend, euh, de façon, euh, épisodique. Elle demande à ses infirmières qui lui donnent 15 gouttes de TRAMADOL, euh. Ça marche relativement bien mais elle est assez rapidement avec des effets indésirables. Et puis que surtout de temps en temps elle a des accès douloureux qui sont pas soignés...qui sont pas traités, pas suffisamment traités. Et donc du coup quand c'est comme ça elle prend..., elle prend pas d'ANTI-INFLAMMATOIRE NON STÉROÏDIEN compte tenu de son âge et de sa pathologie cardiaque, je lui donne, euh, de la CORTISONE. Hier elle a pris, euh, j'ai pas l'ordonnance là parce qu'elle est restée chez elle...Elle a pris, euh, 40 mg de PREDNISOLONE pendant 3 jours, puis 20 mg pendant 3 jours, puis encore 10 pendant 3 jours. Là je sais que sur 10-15 jours elle va être bien quoi.

Investigateur : **D'accord. Et vous avez des habitudes de prescription du coup spécifiques chez le sujet âgé?**

Médecin 01 : Alors oui, c'est vrai que j'utilise beaucoup plus les ANTI-INFLAMMATOIRE STÉROÏDIENS, quand, euh. Alors mes habitudes de prescription c'est effectivement quand c'est des PALIERS II, c'est euh, d'utiliser, euh, le TRAMADOL, euh par habitude, le TRAMADOL ou la CODÉINE, mais c'est assez souvent le TRAMADOL, euh, petite dose quand ils peuvent prendre, enfin ça dépend un peu de leurs âges et puis de leurs poids quand ils peuvent prendre un seul comprimé, je leur donne un comprimé d' d'IXPRIM, comme ça il, euh (Toux), des posologies de TRAMADOL pas trop énormes et puis sinon je donne en gouttes. Quand il y a...en fait le problème des prises en gouttes c'est qu'il faut qu'il y ait des infirmières à la maison, parce que euh, avec leurs âges, c'est impossible. Donc ou bien ils prennent un comprimé d'IXPRIM ou dix gouttes de TRAMADOL si j'ai quelqu'un.

Investigateur : **Est-ce que vous pensez qu'il y a, à contrario, des médicaments dans des paliers qui sont inadaptés chez le sujet âgé?**

Médecin 01 : Non, non j'utilise des PALIERS III aussi, euh, c'est pareil, les MORPHINIQUES, c'est dans des conditions un peu particulières, quand c'est des douleurs que je sais extrêmement chroniques et tout ça j'essaye de m'en passer, euh, mais effectivement, oui, non, les MORPHINIQUES à petite posologie c'est un petit peu plus rare, objectivement, euh.

Investigateur : **Il n'y a pas de médicament que vous arrêtez d'utiliser?**

Médecin 01 : Comme ça j'en vois pas, mais euh...non j'utilise préférentiellement plus du TRAMADOL que de la CODÉINE mais il n'y a pas de limite.

Investigateur : **Donc c'est plutôt les paliers I, II voire III?**

Médecin 01 : Euh, oui.

Investigateur : Et les médicament plus ciblés comme les antiépileptiques, les antidépresseurs?

Médecin 01 : Que j'utilise plus ou moins chez le sujet âgé?

Investigateur : Ouais

Médecin 01 : Alors ça oui, par contre, euh, ils ont plutôt classiquement de la MIANSERINE, les petits sujets âgés quand ils ont besoin quand ils ont besoin de...euh, rarement des ISRS, et puis quasiment jamais les autres.

Investigateur : Et à visée spécifiquement antalgique?

Médecin 01 : Ah non, ah pardon, là j'étais plutôt à visée antidépresseur, Alors, alors, à visée antalgique, euh, c'est vrai que j'utilise assez rarement les antidépresseurs à visée antalgique, mais euh,...(longue hésitation), euh, non, c'est vrai que je le fais rarement.

Investigateur : D'accord, du coup, globalement, tout ce qui existe dans la pharmacie ça vous semble plutôt efficace ou plutôt adapté?

Médecin 01 : Ouais c'est surtout la posologie qui fait, euh. Tout doux quoi.

Investigateur : D'accord. Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui influencent la prescription?

Médecin 01 : (hésitation, inspiration)

Investigateur : La classe? ou...?

Médecin 01 : (réflexion), il y a quand même oui, mais ça c'est...enfin si c'est quand même spécifique au sujet âgé, ce qui influence plus ma prescription c'est d'utiliser des vieux trucs, des vieux médicaments, euh, qui sont depuis assez longtemps sur le marché, dont on connaît un peu plus les effets indésirables. C'est clair que, euh, les sorties là, euh, il y a, euh, de toute façon c'est tout le temps quasiment interdit chez le sujet âgé, les nouveaux sorties ou ils couplent, les ANTI-INFLAMMATOIRE avec des PALIERS II, et tout ça, bof, j'utilise jamais.

Investigateur : Vous n'utilisez jamais les associations?

Médecin 01 : Les associations c'est super merdique, à part quand même le le, l'IXPRIM.

Investigateur : Est-ce qu'il y a des choses qui freinent votre prescription? Qui vous empêche de prescrire?

Médecin 01 : Non alors, je sais pas, si fonction rénale ou fonction hépatique et tout ça. C'est pour ça que je fais souvent attention. Après ça dépend aussi, il y a plein de fois aussi, où je passe au delà, parce que on est quasiment dans du soin palliatif, ou en tous cas dans du soin de confort, et effectivement c'est le confort des grands mères qui passe avant, ou des grands pères d'ailleurs, qui passe avant, un...une éventuel altération de leurs fonctions. Parce que je sais qu'ils ont une espérance de vie qui est assez faible, et du coup...

Investigateur : Et pour revenir à cette consultation, euh, est-ce qu'il y a des choses qui vous déplaît dans les consultations douleur spécifiquement au sujet âgé?

Médecin 01 : Non et là pour revenir au sujet d'hier là, cette petite mamie, c'est pas que ça me déplâit ou que ça me plaît pas, c'est que effectivement il y a quand même une sensation de pas faire le boulot dans son ensemble parce que du coup, euh, elle, elle souffre, alors, euh, c'est relatif. Elle habite au deuxième sans ascenseur, elle arrive à monter de temps en temps, mais bon il y a des jours ou c'est compliqué, il faut que sa voisine lui monte ses courses et tout ça, et...et bon ba voilà. Il n'y a pas de solution et voilà. Ce qui est assez pratique dans les consultations de médecine générale, c'est les gens qui viennent pour un truc et qui repartent, et ils sont guéris et voilà. Là effectivement ce qui met un peu en échec ou en difficulté, euh, les médecins, enfin en tout cas moi, quand on est thérapeute, c'est qu'il y a un côté, un petit peu, on repousse le problème à un peu plus loin et puis on sait que le problème initial reste là quoi. Et c'est vrai que chez le sujet âgé on traite vachement plus souvent les douleurs chroniques que les douleurs aiguës, alors souvent c'est des douleurs aiguës avec une composante chronique, mais voilà c'est quand même plus souvent une douleur chronique, alors on sait que c'est un sujet qui va être abordé. Moi j'ai l'impression que chez les petites mamies, euh voilà, ou les petits papys que je soigne, c'est que effectivement c'est leurs douleurs, j'ai l'impression d'avoir entendu quinze fois ce qu'ils me racontent.

Investigateur : Donc toutes les douleurs en gros, elles se ressemblent?

Médecin 01 : Non mais cette mamie elle est récusée, ça fait, euh six mois ou un an, ça fait, euh, où elle me parle de ses douleurs, où on les traite, on y arrive. Elle est d'ailleurs assez bien soulagée, relativement, parce qu'elle a son autonomie qui est conservée. Mais par contre effectivement, à chaque fois que je la vois, j'aborde ou je lui pose la question de ses douleurs. A chaque fois qu'on aborde le sujet, j'ai l'impression d'être au point mort, parce que, ba moi dans ma tête j'ai fait le tour, elle, elle a besoin de l'exprimer sa douleur, elle a besoin qu'on en discute. Ce que je fais volontiers, je lui explique, et à chaque fois elle repart avec un traitement de cure aiguë et son traitement chronique. Ça se passe assez bien, mais effectivement, moi j'ai l'impression d'être au point mort, parce que voilà, j'ai fait le tour. Je sais qu'on traitera pas la cause de ses douleurs.

Investigateur : Et du coup, vous vous y prenez comment pour l'évaluation de la douleur?

Médecin 01 : Alors ça dépend, parfois, alors euh, je fais pas d'échelle numérique à chaque fois, mais le plus classique c'est l'échelle numérique, enfin pour les personnes âgées qui sont à domicile en règle générale, ils sont assez autonomes, donc ils ont l'autonomie de me faire une échelle numérique, euh...

Investigateur : Ça vous arrive d'utiliser d'autres échelles?

Médecin 01 : Ouais j'ai dans ma sacoche une échelle, euh, deux fois par an, une échelle analogique, mais c'est deux fois par an quand je me galère avec mon échelle numérique. L' EVS c'est plutôt dans les maisons de retraite par les aides soignantes ou par les infirmières qui sont à domicile.

Investigateur : Et les autres échelles: QDSA, schéma corporel, algoplus, doloplus...vous dans votre pratique, est-ce que vous vous en servez?

Médecin 01 : Euh non jamais, ALGOPLUS et DOLOPLUS c'est plutôt les infirmières dans les maisons de retraite

Investigateur :Et le DN4?

Médecin 01 : le DN4, quasiment jamais, parce que les douleurs neuropathiques, en fait je connais les deux trois items, et je débute les traitements ad hoc, euh... directement. Donc c'est EVA de temps en temps, échelle numérique au quotidien quoi, et puis, euh les autres c'est pas moi qui les fait, c'est les paramédicaux.

Investigateur : D'accord

Médecin 01 : Mais par contre c'est, euh, c'est moi qui les demande, et c'est les paramédicaux qui les font, à domicile il y a un petit cahier, ou sinon les infirmières elles m'envoient un texto.

Investigateur : Et en cabinet? Comment est-ce que vous les trouvez ces échelles?

Médecin 01 : Euh...

Investigateur : Elles sont utiles? Faciles à utiliser?

Médecin 01 : Euh je ne les utilise pas. Utiles oui, faciles à utiliser, euh, oui. Elle sont assez chronophages. J'ai l'impression et c'est probablement pas à tort que, euh, du coup, euh bon l'intensité de la douleur, bon c'est toujours pratique ça. Le fait de discriminer une douleur par excès de nociception ou une douleur neuropathique, j'ai quasiment pas besoin d'échelles. En connaissant les patients ou bien l'étiologie de la douleur, euh je veux dire les zona, bon bah voilà. Et en connaissant, euh, un peu l'évolution et tout ça, avec deux trois questions...Mais je les recherche sans utiliser d'échelles. Juste le type...brûlure picotement fourmillement et puis voilà j'arrive à discriminer les douleurs.

Investigateur : Et est-ce que les patients d'eux-mêmes décrivent leurs douleurs?

Médecin 01 : Extrêmement mal, particulièrement...enfin les douleurs par excès de nociception, les douleurs arthrosiques et tout ça, euh, oui assez classiquement ils décrivent, mais les douleurs neuropathiques....ils savent pas forcément répondre

Investigateur : On reste toujours dans l'évaluation, est -e qu'il y a une part de subjectivité dans l'évaluation pour vous?

Médecin 01 : Ah oui, et oui oui (rire) je voulais dire je l'assume. Non mais oui oui effectivement, il y a une part de subjectivité et puis il y a une part aussi de, euh, j'écoute plus ou je traite plus des douleurs que je sais, euh, chroniques et je sais qu'on s'en sortira pas, que des douleurs très très aiguës, typiquement une otite et je sais que en vingt quatre heures avec le traitement étiologique de leurs trucs, ils seront soulagés. Mais c'est vrai que pour les douleurs aiguës, où je sais que ça va être vite traité, je m'attarde pas... Je fais jamais une échelle visuelle ou d'échelle numérique chez des

gens qui ont des douleurs de type, ORL, enfin des trucs aigus. Même en gériatrie, les douleurs de type diverticulaires, les petites mamies que je traite, je sais qu'elle sont sous antibio, je sais que dans quarante huit-soixante douze heures, maximum une semaine l'affaire est pliée, euh. Je m'attarde pas trop sur la douleur, je leurs file des antalgiques mais effectivement, des PALIERS I, des PALIERS II, en fonction, mais je ne m'ennuie pas avec des échelles.

Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des préjugés sur l'évaluation de la douleur?

Médecin 01 : Alors spécifiquement au sujet âgé, euh, oui, euh, je sais pas, j'ai pas de réponse

Investigateur : On a l'impression que c'est un motif fréquent de consultation, que les douleurs peuvent se ressembler

Médecin 01 : Oui, oui, c'est fréquent, et les douleurs se ressemblent, enfin bon j'ai pas les pourcentages comme ça, mais les sujets âgés ont tous des douleurs (sourire). Ils ont tous des douleurs si on leurs pose la question. Je leur pose toujours la question. De base dans la consultation il y a le moral, la douleur. C'est les deux trucs dans la consultation ou ils n'y coupent pas. Alors après ils me répondent ou pas. Il y a des patients, ils me répondent, « ah oui oui j'ai mes douleurs, mais c'est comme d'habitude ». En gros j'ai pas besoin de vous, circulez, il n'y a rien à voir. Et puis il y a ceux qui s'épanchent un peu et effectivement, là on fait des échelles et puis voilà.

Investigateur : Et est-ce que des fois la douleur se manifeste sur des formes un peu plus atypiques, où le patient ne dit pas spontanément j'ai mal, où c'est un des motifs cachés de consultation?

Médecin 01 : Motif caché en gériatrie, j'ai pas l'impression en gériatrie, par contre, euh, ba classiquement, euh, ils décrivent pas des douleurs et puis ba en fait ils ont des rétention d'urines, euh, ou des fécalomes ou des trucs comme ça, et là ils parlent pas de leurs douleurs. Ça oui effectivement c'est surtout des étiologies un peu différentes oui.

Investigateur : Et dans ses situations là, vous dans votre pratique vous pensez à la douleur dans des situations un peu atypiques.

Médecin 01 : Oui oui oui, évidemment, encore une fois c'est plus de trouver la cause et de la traiter.

Investigateur : Euh est-ce que vous vous rappelez de votre vision de la douleur du sujet âgé quand vous avez commencé votre exercice?

Médecin 01 : Euh oui (rire), ça fait pas longtemps, ça fait deux ans et demi trois ans que je suis installé donc, euh oui je me rappelle, je pense pas avoir changé, mais j'ai pas beaucoup de recul

Investigateur : Vous avez eu des formations sur la douleur? la gériatrie?

Médecin 01 : Alors gériatrie douleur oui parce que j'ai fait un stage de gériatrie, et euh, j'ai fait une thèse sur la douleur, mais voilà, c'est tout neuf ça. Mais je n'ai pas fait de formation depuis.

Investigateur : Est-ce que vous avez personnellement vécu des situations de douleur? ou ressenti la douleur?

Médecin 01 : Assez peu, oui (rire), j'ai eu une ou deux fractures, mais non.

Investigateur : C'est pas quelque chose qui à modifié votre pratique?

Médecin 01 : oh, non, euh, parce que j'ai pas souffert beaucoup.

Investigateur : Du coup vous disiez que la douleur était un motif de consultation fréquente, encore plus chez le sujet âgé, que les douleurs sont un peu similaires. Est-ce que vous pensez qu'on pourrait dire: "la douleur c'est un peu un synonyme du mot âgé"?

Médecin 01 : Euh, oui, je veux bien être d'accord avec ça. Sujet âgé égal douleur, c'est extrêmement fréquent en tous cas. Par contre c'est ce que je disais, c'est pas forcément pour eux un motif de consultation, c'est même pas forcément, euh, j'allais dire un problème. En tous cas il y en a, euh, ils y en a plein, parce que j'aborde la question systématiquement " comment ça va les douleurs?; avez vous des douleurs ? où, vous plaignez-vous de douleurs?" Il y en a pas mal qui répondent, « euh oui oui, j'ai mal dans mes épaules », ou « les douleurs arthrosiques j'ai ça depuis dix ans », et voilà, en gros, « ne vous occupez pas de ça ». Alors je mets des huiles essentielles ou je ne fais rien et ça va très bien.

Investigateur : Donc si le patient lui ne s'en plaint pas spontanément...?

Médecin 01 : Et ba moi je ne suis pas intrusif. Je ne lui dis pas vous êtes sûr que vous ne voulez pas de médicaments, vous êtes sûr que vous ne voulez pas de thérapeutiques ou une séance de kiné, des machins....euh, si c'est pas un problème pour vous, c'est pas un problème pour vous. Voilà

Investigateur : Est-ce que vous pensez que la situation du médecin traitant qui suit la situation au long court, qui connaît le patient depuis longtemps c'est un avantage pour prendre en charge la douleur?

Médecin 01 : Oui bien évidemment, et surtout en fait pour l'historique, c'est-à-dire que des antalgiques, il n'y en a pas des milliers, quoi, une fois qu'on connaît le tour un peu de base, euh, moi j'ai pleins de patients qui sont pas complètement soulagés parce qu' on a fait ce choix là par rapport aux effets indésirables des PALIERS II souvent...Enfin ba voilà, je sais bien que madame truc elle souffre, sur son échelle visuelle elle est à deux/trois, ou sur son échelle numérique, et je sais que je la ramènerai jamais mieux que ça quoi.

Investigateur : Il y a un côté fatalité dans la douleur du sujet âgé?

Médecin 01 : (sourire) Et bas j'ai pas de traitement étiologique, donc je fais en sorte que son quotidien soit correcte. Faire son beau jardin et puis voilà.

Investigateur : D'accord, euh, est-ce que l'exercice ambulatoire avec une consultation limitée dans le temps...

Médecin 01 : (spontanément). C'est un frein, ça c'est clair. Bah c'est mon frein aux échelles. C'est pour ça que je les utilise pas. J'ai jamais le temps, je suis toujours en retard. Euh, oui ça fait parti des raisons pour lesquelles, euh oui, j'utilise pas les échelles. J'utilise assez peu les échelles même en

dehors des douleurs. Il y a quand même pour les dépressions, et puis ba pour les MMS, enfin les trucs cognitifs. A part la dépression et les troubles cognitifs j'utilise assez peu les échelles.

Investigateur : Et sur une consultation portant sur un autre sujet, est-ce qu'il y a la place de faire un petit encart sur la douleur?ou?

Médecin 01 : Ouais, ouais, dans quasiment toutes les consultations du sujet âgé, pour leurs trucs chroniques, les renouvellements de traitements, leurs surveillances sanguines ou ces trucs là, là il y a une pensée pour la douleur. Après pour un motif, précis, genre une plaque d'eczéma, il n'y a pas forcément la douleur qui apparaît, mais après dans leur suivi chronique, oui il y a toujours la douleur qui apparaît.

Investigateur : D'accord. Et aujourd'hui, la douleur on l'entend partout, à la télé, c'est une préoccupation nationale, euh, on sait que la population vieillit, qu'on aura plus en plus de sujets âgés à traiter. Ça devient une préoccupation de la médecine gériatrique. Qu'est-ce que vous en pensez?

Médecin 01 : C'est très bien, c'est une très bonne chose. Et il y a un petit truc qui est assez effrayant, c'est qu'on communique pas mal, c'est surtout les médias, puis pas mal de films sur les dépendants à la CODÉINE notamment chez le sujet jeune. Mais j'ai plusieurs patients qui ont été réticents à des prescriptions de codéine à ce sujet là. Qui me disent "ah ba non vous n'allez pas me donner de la CODÉINE, vous avez vu au États-Unis, il y a des millions de gens qui sont dépendants et tous ça". Je leur dis mais attendez ça dépend comment c'est utilisé et puis vous voyez c'est sous prescription. On réévaluera votre douleur, on vous donne enfin, des petites doses, enfin, et puis on verra comment ça évolue.

Investigateur : Ça arrive que ce soit le patient qui soit réticent à la prise d'antalgique?

Médecin 01 : Effectivement, ça arrive, c'est les patients qui ont entendu parler de la codéine et qui viennent avec cette angoisse, enfin cette angoisse non, quand je propose la prescription ça va.

Investigateur : Et vous pensez que dans l'observance derrière ça y joue?

Médecin 01 : A ba oui, évidemment. C'est sûr et de toute façon je prescris quasiment jamais quand je sens que les gens ne sont pas adhérents à la prescription, parce que je sais qu'ils n'observeront pas. Du coup on trouve un terrain d'entente. Parfois c'est complètement débile, parce que ils ne veulent pas, être, euh, accro, euh, à la codéine, donc je leur file de la LAMALINE et c'est de l'opium et il n'y a aucune raison que ce soit moins... mais bon. Voilà, parfois c'est...c'est un leurre mais bon. J'ai essayé.

Investigateur : Est-ce que vous pensez que du coup, euh, après tout ce qu'on a évoqué là, ça soit le médecin généraliste qui soit le mieux placé pour évaluer la douleur chez le sujet âgé?

Médecin 01 : Ah, alors euh, évaluer...Euh prendre en charge de façon globale oui, mais évaluer pas forcément, c'est ce que je disais à propos des...euh, ça se fait de plus en plus, je pense que ça se

serrait génial pour notre profession, ça serrait que ce soit les paramédicaux qui évaluent pour une bonne partie la douleur en tous ça qui fassent les réévaluations, parce que c'est variable dans le temps. Euh, surtout à cause du facteur temps. C'est ce qu'on disait toute à l'heure. Moi mon exercice idéal ça serrait d'avoir, euh, une ou deux infirmières tout le temps avec moi, pour pouvoir multiplier mes salles de consultations, et pour pouvoir, euh, avoir plus de temps auprès des patients. Mais l'exercice de la médecine libérale n'est pas du tout adapté, je ne peux pas faire ça. Je peux pas employer deux infirmières pour évaluer mes petites mamies, aller les voir à domicile, et puis faire un peu d'ergothérapie, euh, enfin voilà. Ça c'est impossible, mais c'est sûr que ça aiderait.

Investigateur : Est-ce que vous avez d'autres choses qui vous viennent à l'esprit sur le sujet?

Médecin 01 : Non comme ça rien. C'est vrai que les échelles d'évaluation je ne les utilise jamais. Euh, en médecine générale, le nerf de la guerre c'est quand même que les choses cotées. Les échelles d'évaluation de la douleur ne le sont pas encore, on a pas de cotation spécifique, on ne peut pas se permettre de passer une demi heure ou trois quarts d'heure, euh, à le faire. Euh, pour la psychiatrie, la dépression ça a été coté, ça a tout changé, parce que maintenant, voilà. Moi j'ai des patients qui ont des problèmes psychologiques et tout ça. Du coup je leur dis ba faudrait faire une échelle de dépression. Les gens reviennent pour ça, c'est un acte qui est coté, et puis, euh, ba du coup il n'y a pas de soucis. C'est pas le cas pour la douleur, et c'est sûr que ça peut être une perte effective.

Investigateur : D'accord. Très bien, je pense que, euh, on a fait le tour de toutes mes questions

Médecin 01 : Magnifique (rire)