

Entretien 3 : le 20/06/2018 à 15h00, durée 35 min.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez me parler d'une situation récente où vous vous êtes posée la question de la douleur chez le sujet âgé?

Médecine 03 : Euh, oui bah, j'ai plusieurs...euh, par exemple là j'ai deux patientes qui ont 90 ans, donc qui sont âgées (rire), euh, qui ont des douleurs d'arthrose lombaires et de genoux, et qui sont récusées pour la chirurgie à cause de l'âge...et puis la patiente elle a pas forcément envie de se faire opérer non plus. Sauf que,...enfin c'est le même tableau pour les deux. Elles ont très mal, dès qu'elles bougent. Donc c'était pas facile au début, il y en a une qui est sous anticoagulants oraux donc on peut pas mettre d'ANTI-INFLAMMATOIRES, et de toute façon elles sont un peu trop âgées. Donc pour l'une j'ai essayé la MORPHINE qu'elle a pas vraiment toléré parce que ça la rendait beaucoup trop somnolence. L'autre supporte mais forcément ça ne soulage pas complètement. Donc moi je suis un peu démunie...Elles ont compris que de toute façon, on pouvait pas faire grand chose, mais euh, elles sont quand même demandeuses d'un peu de soulagement, mais moi je sais pas quoi faire quoi (rire).

Investigateur : Comment est-ce que vous abordez la consultation? Quand le motif c'est la douleur.

Médecine 03 : bah c'est pas facile. Ça c'est pas facile parce que finalement mon discours ça revient toujours un peu au même, c'est bah qu'est-ce que je vais pouvoir faire de plus pour vous. Pas grand chose, donc euh, c'est sûr que j'essaye de leur demander si c'est une douleur nouvelle? Si quelque chose de plus s'est ajouté, on sait jamais. Mais, euh, on voit souvent, bah oui mais " j'ai mal, j'ai mal, même la nuit". bah oui je sais bien mais...mais voilà. Je sais bien que c'est pas facile. Alors je leur dis bah ce traitement là on peut pas vous le mettre, celui-là on l'a déjà essayé et vous l'avez pas supporté, celui-là si on l'augmente vous allez dormir encore plus et elle dit " à bah oui mais non je veux pas dormir". Donc c'est vrai que c'est un peu compliqué. Donc au final bah voilà, comme elles ont compris, enfin (hésitation) elles comprennent que on peut pas faire grand chose, mais...elles sont un peu dans une situation toute les deux ambiguës car elles sont demandeuses...

Investigateur : Elles vous en reparle à chaque fois

Médecine 03 : Oui c'est ça, à chaque fois. Quand je leur demande comment ça va, bah c'est toujours les douleurs, les douleurs, les douleurs. Mais bon...

Investigateur : Il y a une raison particulière qui vous a fait penser à ces deux consultations là?

Médecine 03 : bah parce que c'est vrai que, euh, ces deux personnes que je vois assez souvent pour le renouvellement, et il y en a une particulièrement qui m'appelle très souvent, euh, pour une visite à la maison "j'ai trop mal, je peux plus marcher". Donc on essaye de faire passer la crise

douloureuse en augmentant un peu le TRAMADOL ou les choses comme ça, mais bon c'est pas forcément facile.

Investigateur : Et vous, ça vous fait ressentir quoi de vous trouver dans une situation comme ça? Qui est un peu bloquée?

Médecine 03 : bah oui, bah moi je me sens pas...je me sens démunie, vraiment démunie. Je comprends leurs douleurs, je compatis, mais euh, je me creuse la tête mais je vois pas de solution,...de solution miracle, et je leur dis, il n'y a pas de solution miracle. De toute façon les douleurs, elles seront toujours là mais, euh, on essaye de les atténuer et ça n'a pas l'air de fonctionner beaucoup. Mais c'est vrai que oui, je suis pas à l'aise. Parce que, je réfléchis, mais je vois pas de solution.

Investigateur : D'accord, et est-ce que dans d'autres situations, vous vous posez la question de la douleur? Même si le patient ne l'énonce pas forcément? Ou alors il y a un autre symptôme, quelque chose d'un peu atypique qui vous fait poser la question de la douleur?

Médecine 03 : Quand le patient ne m'en parle pas spontanément?

Investigateur : Oui, est-ce que vous vous allez la chercher?

Médecine 03 : Ça dépend. (rire). ça dépend un peu des patients, parce qu'il y en a euh...(hésitation)

Investigateur : Qu'est ce qui pourrait vous orienter vers la douleur?

Médecine 03 : (réflexion). bah un patient qui ne sort plus de chez lui, qui se replie sur lui, euh, qui voilà, qui devient ou qui change d'humeur, qui devient un peu plus triste. Là je vais peut être creuser un peu. Est-ce que vous avez mal quelque part? Pourquoi vous ne sortez pas?

Investigateur : Et dans ces situations là, est-ce que vous utilisez des choses pour évaluer la douleur? Ou est-ce que vous demandez simplement?

Médecine 03 : Euh non, bah (soupir). Je leur demande tout simplement, après je vois un peu aussi au faciès si il sont...avec les échelles là...J'utilise pas l'échelle ALGOPLUS là en elle même, mais voilà, je regarde un peu si ils ont les yeux un peu froncés...

Investigateur : C'est plus de la pratique clinique?

Médecine 03 : Oui voilà. Plus quelque chose dans l'attitude que plutôt sortir la grille et regarder.

Investigateur : Il n'y a pas d'échelles que vous utilisez habituellement?

Médecine 03 : Après si de temps en temps, je leur demande ente 0 et 10 là, l'EVA, mais voilà, c'est tout.

Investigateur : Et les autres échelles? vous vous en servez dans votre pratique?

Médecine 03 : Non. Non. Non.

Investigateur : Pourquoi?

Médecine 03 : Parce que je les maîtrise pas assez, je les connais pas assez (rire)

Investigateur : Est-ce que vous leurs trouvez des défauts?

Médecine 03 : J'ai pas le réflexe non plus non chez les personnes âgées. Après ce que je vois au cabinet, en général, elle communique bien. Après dans les EHPAD c'est les infirmières. Déjà elles, elles les utilisent plus. Donc elles vont me dire, on a fait une échelle de cotation de la douleur. Bon bah voilà, je regarde effectivement ce qu'elles ont coté. Mais non c'est vrai, j'ai pas le réflexe. C'est vraiment une question de réflexe.

Investigateur : Et c'est quelque chose qui c'est inscrit dans votre habitude. Ou alors c'est quelque chose que vous avez essayé avant et vous ne trouvez pas ça adapté à la pratique?

Médecine 03 : bah disons que euh, je vois pas (silence), euh, oui non j'ai jamais vraiment essayé (rire)

Investigateur : Je peux vous en montrer si vous voulez?

Médecine 03 : Oui

Investigateur : Donc les échelles simple, EVA, EVS, EN et puis le schéma corporel, les échelles de qualité de vie, les échelles d'hétéro-évaluation, des échelles plus complexes...

Médecine 03 : Non mais c'est vrai que les échelles d'auto évaluation là ça pourrait être utile effectivement mais...déjà on les, enfin je les connaît pas

Investigateur : Et vous pensez un c'est adapté à un exercice ambulatoire?

Médecine 03 : Après le truc c'est que il y a souvent plusieurs, euh, quand le patient il vient pas spécifiquement pour sa douleur, il vient pour son renouvellement, et il y a pleins d'autres choses à voir et c'est vrai que...bon après c'est un peu le temps qui manque toujours. Voilà, ou alors faudrait vraiment qu'ils viennent uniquement pour faire le point sur sa douleur. Là par exemple pour ma petite dame, euh, celle qui supporte bien la MORPHINE, j'ai augmenté récemment les doses et je l'ai revue une semaine après et euh, je lui demande comment ça va et elle me dit "j'ai toujours mal" et puis son fils qui était à coté dit " oui mais moi je trouve quand même que c'est mieux parce que, euh, quand tu te lèves pour aller aux toilettes, euh, des fois tu oublies ta canne" Donc il se dit (rire) que c'est bon signe qu'elle a un petit peu moins de douleur. Et peut-être que effectivement avec un questionnaire plus objectif, on pourrait voir une amélioration et le montrer au patient. bah regardez là vous aviez tant de points, là vous avez ça, donc c'est mieux. C'est vrai que spontanément, ils disent tous, bon bah je vois pas trop de différences.

Investigateur : Et du coup, quand vous vous reposez la question de la douleur, quand vous chercher à l'évaluer, finalement, le sujet âgé il ne décrit pas bien sa douleur? ou alors les douleurs se ressemblent? D'un patient à l'autre c'est toujours un peu la même chose?

Médecine 03 : Ça c'est vrai qu'ils ont du mal à décrire la douleur. Vous avez mal comment? "bah j'ai mal point".(rire). Donc c'est vrai que c'est pas toujours évident d'évaluer.

Investigateur : Et là vous me parlez de subjectivité dans l'évaluation de la douleur? Est-ce que pour vous c'est une part importante dans l'évaluation?

Médecine 03 : Bah oui. Parce que c'est quand même le patient qui ressent sa douleur. C'est lui qui vit avec. C'est pas moi. Moi je peux la coter avec des chiffres, mais c'est lui qui a sa qualité de vie impactée par la douleur, donc c'est aussi principalement sur lui qu'il faut se...enfin pour moi, je me base surtout sur son ressenti à lui. Il y a des gens qui ont des douleurs et qui ont vraiment de vraies raisons d'avoir mal mais finalement il dit "bon bah ça va, ça me dérange pas, de toute façon j'aime pas jardiner, c'est quand je marche que j'ai mal et je préfère rester chez moi". Après peut-être que aussi, ils ont modifié leur qualité de vie en fonction de leur douleur. Enfin comme ils disent .."on fait avec". Et puis il y en a d'autres qui...ça les embête vraiment.

Investigateur : Et est-ce que vous de votre côté il y a une part de subjectivité dans l'évaluation?

Médecine 03 : Ah bah (soupir). Oui je pense un peu quand même. Euh je pense un peu parce qu'il y a des gens où on sait très bien qu'ils ont l'habitude de se plaindre, tout le temps, tout le temps, tout le temps, donc euh, c'est vrai que on va peut être moins... pas moins les écouter mais les écouter plus de loin ou euh, et je sais très bien, il y a des gens il faut que j'évite de poser la question comment ça va. Parce que sinon, euh, "à bah j'ai mal là, là, là, là" et on tourne en rond parce qu'on avance pas. Donc euh, oui (rire). Il y a des gens je sais qu'il vont pas se plaindre pour rien donc si ils ont mal c'est que vraiment ça les gêne, et qu'il y a quelque chose. D'autres bon bah, ils vont se plaindre un peu tout le temps. Donc forcément leur douleur je vais moins me focaliser dessus quoi.

Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des préjugés sur la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé?

Médecine 03 : Euh je pense, (réflexion)...

Investigateur : Ils serraient de quel type?

Médecine 03 : bah je sais qu'on est plus réticent, un peu des fois à mettre des MORPHINIQUES ou des choses comme ça. Même nos patients eux-mêmes sont réticents dès qu'on leurs parle de morphine en disant " non j'en veux pas". Oui on est plus, euh, réticent, même si moi je suis installée depuis peu, et le médecin que j'ai remplacé donc qui est partie à la retraite, elles étaient très très réticentes sur la MORPHINE et les personnes âgées. Et moi, nouvelle école entre guillemets, j'en mets un petit peu plus facilement, en étant plus attentive, en mettant des doses plus petites. Mais peut-être que je pense quand même que j'ai peur entre guillemets d'augmenter trop la morphine. Je vais m'arrêter avant d'avoir finalement atteint la dose efficace. Je vais m'arrêter avant, je vais dire bah non on va pas augmenter plus parce que ça marche pas tant pis.

Investigateur : Et les patients de leurs côtés aussi ont des réticences?

Médecine 03 : Oui. Et puis euh, des fois, ils veulent pas de morphine, ça va les faire dormir. Ça va leur faire prendre du poids, euh. Ça va les shooter. Ils ont vraiment l'image de la morphine étant le traitement de dernier recours en soins palliatifs quand on est vraiment en fin de vie. Donc c'est vrai

qu'il y en a beaucoup qui sont réticents. Quand on leurs explique que c'est juste pour la douleur, que on va y aller progressivement, ça passe mieux mais...

Investigateur : Vous me parliez du temps de consultation tout-à-l'heure. Vous m'aviez dit que c'était pas forcément adapté?

Médecine 03 : Oui c'est ça, ou faut vraiment dire au patient, bah écoutez vous revenez la semaine prochaine et on parle que de votre douleur. et on réfléchit à quoi mettre sur votre douleur. Mais c'est vrai que quand il faut faire la tension, le traitement, la douleur, puis autre chose parce qu'il tousse, plus, euh. Bon bah du coup ça commence à faire beaucoup de choses.

Investigateur : Et est-ce que ça vous arrive que vous ayez des patients qui demande à vous revoir juste pour parler de la douleur?

Médecine 03 : (rire) non, Ils vont pas le demander spontanément, ils voudraient qu'on fasse tout d'un coup. Après des fois, moi je leur dis et j'essaie de gagner du temps aussi. Je leur dis bah écoutez, je vous mets euh ça comme traitement et on se revoit la semaine prochaine et on en rediscute.

Investigateur : Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a beaucoup de gens âgés douloureux dans votre patientèle?

Médecine 03 : bah oui (soupir) à plusieurs degrés de douleur, mais euh oui quand même. Oui. Que ce soit des douleurs mécaniques d'arthrose, ou après des personnes qui ont des douleurs de cancer ou de plaie ouais. Oui oui il y en a quand même un peu.

Investigateur : Vous pensez que le mot douleur pourrait être synonyme du mot âgé?

Médecine 03 : Non, non quand même pas, parce que il y a aussi des gens jeunes qui sont très douloureux.(rire). Non non pas du tout. C'est vrai que plus on avance en âge, plus il y a de raisons d'être douloureux. Mais j'ai aussi un petit couple de 92 ans et ils n'ont pas de douleurs. Ils vont très bien quoi, mais ils sont moins nombreux que les autres. Ah c'est partagé quoi...ah, oui je dirai que plus il sont âgés plus ils ont de raison d'avoir d'être douloureux.

Investigateur : On dit que être médecin traitant ça offre une place privilégiée par rapport au patient. Est-ce que ça peut être aussi compliqué dans la prise en charge de la douleur?

Médecine 03 : Bah non j'ai pas l'impression, que ça gêne. A part peut-être le fait d'avoir moins de temps pour l'évaluer et moins de compétences parce qu'on connaît pas toutes les échelles. Euh, après on connaît les gens effectivement, on sait dans quelles conditions ils vivent, on connaît leurs habitudes, on sait si ils sont plutôt du genre à sortir, à bricoler, à jardiner, ou si ils sont plutôt du genre casanier et ça permet aussi de d'évaluer leurs ressentis vis à vis de la douleur, de mieux gérer. De voir si il y a un petit moins bien. Et on connaît la famille, les enfants qui peuvent aussi nous dire si elle est mieux ou moins bien. Non je pense pas que ce soit un problème.

Investigateur : Et dans les situations où les douleurs chroniques où les patients reviennent vous voir, où en fait on peut pas leur proposer grand chose au niveau de la douleur.

Médecine 03 : Alors la oui, effectivement. Là, le patient il désespère. Il dit "trouvez quelque chose". Ouais après on peut peut-être éventuellement...y peut perdre un peu...pas confiance mais...

Investigateur : Est-ce que vous vous sentez isolée dans ces situations là en tant que médecin généraliste?

Médecine 03 : bah c'est vrai que il y a des situations ou j'aimerais avoir accès plus facilement au médecin de la douleur. Mais ils sont un peu débordés.

Investigateur : Vous avez déjà essayé d'envoyer un patient en consultation douleur?

Médecine 03 : Oui, bah j'ai des patients qui sont suivi, mais ils sont âgés. Mais c'est vrai qu'ils sont absolument débordés les médecins de la douleur. C'est compliqué. Est c'est vrai que, euh, je sais pas si leur envoyer quelqu'un de 85 ou 90 ans....J'ai pas l'impression entre guillemets...je vais pas dire que c'est une perte de temps, mais euh, des fois je me dis il va peut être pas pouvoir faire grand chose de plus. Parce que c'est de l'arthrose et il va peut être pas...Il va le voir une fois et puis il va lui dire la même chose que moi donc ça sert à rien de l'envoyer. Mais oui c'est sûr que l'on se sent un peu isolé parce que...parce que quoi faire? Quoi faire c'est ça!

Investigateur : Et dans la prise en charge, est-ce que vous pensez que les thérapeutiques que l'on a aujourd'hui sont efficaces chez le sujet âgé?

Médecine 03 : bah ça dépend sur quels genres de douleurs. Mais c'est quand même parfois compliqué parce que c'est vraiment la tolérance. Les problèmes de tolérance, de confusion. Et ou d'interaction avec les autres traitements. Donc non je pense pas que ce soit des traitements faits pour les personnes âgées. C'est vraiment pas l'idéal mais il n'y a que ça. (rire)

Investigateur : Est-ce que pour vous il y a une classe thérapeutique qui serait la plus adaptée pour vous?

Médecine 03 : bah ça reste quand même pour la douleur chronique la (réflexion) la MORPHINE, parce que le TRAMADOL ça reste quand même assez confusiogène. La morphine on peut quand même l'adapter, on a plusieurs formes, on a le DUROGESIC ou les comprimés, euh, ouais, ou le PARACÉTAMOL tout ça.

Investigateur : Donc pour vous ça serait les paliers II qui seraient les moins adaptés.

Médecine 03 : bah ouais, la CODÉINE, euh, ouais, des fois ça suffit pas, voilà c'est vraiment...Après c'est vraiment la tolérance. Et puis il n'y a pas trente six mille dosages. Donc c'est ça marche ou ça marche pas quoi.

Investigateur : Et les antidépresseurs ou antiépileptiques à visée antalgique?

Médecine 03 : Oui, oui ça m'arrive

Investigateur : Est-ce qu'il y a des facteurs qui influencent votre prescription? Ça peut être le patient, des facteurs externes, ou même vous?

Médecine 03 : Hum (réflexion)

Investigateur : Est-ce qu'il y a des choses qui vous incitent à prescrire un traitement antalgique?

Médecine 03 : bah le niveau de douleur exprimé, et l'impact sur sa vie quotidienne. Si il me dit, non bah je gère, bon bah on va rester sur du PARACÉTAMOL tout ça. Si ça l'handicape plus on va augmenter un petit peu. Et après c'est sa capacité à gérer le traitement aussi. Parce que ceux qui sont à la maison sans infirmière. Je pense qu'il vaut mieux que ce soit des prises fixes pour pas qu'ils se mélangent les pinceaux. Toute façon, à la demande...ils font pas à la demande (rire). Matin midi soir, voilà. Si on leurs dit vous avez le droit un de plus si vous avez mal, ils vont pas le prendre. Et après oui, ses antécédents. un patient qui à déjà des soucis de constipation je suis un peu réticente à lui ajouter un traitement qui constipe. Le problème c'est que un traitement qui constipe pas, il n'y en plus beaucoup.

Investigateur : Est-ce que de votre point de vue, il y a d'autres limites plus générales dans la prise en charge de la douleur en médecine générale?

Médecine 03 : Après c'est quand on connaît pas bien l'étiologie de la douleur. Quand on connaît pas la cause, on peut pas la traiter efficacement. Faut pas se servir des anti-douleurs comme cache-symptômes et cacher autre chose qui pourrait être plus embêtant. Après, euh, bah voilà c'est aussi la participation du patient, son observance, sa capacité à comprendre les choses.

Investigateur : La douleur chez le sujet âgé c'est une nouvelle préoccupation de la médecine gériatrique. Qu'est-ce que vous en pensez?

Médecine 03 : bah je pense que oui, c'est utile, parce que un patient âgé trop douloureux, je pense que ça peut le limiter dans son maintien à domicile, ça peut accélérer des fois l'institutionnalisation, une grabatisation, alors que si on arrive à le soulager il peut rester un peu plus longtemps autonome et euh, c'est mieux pour lui et c'est mieux pour tout le monde. Donc oui je pense que c'est bien. C'est important à prendre en charge. Et les personnes âgées pour moi, il leurs faut une qualité de vie la meilleure possible, parce qu'il sont plutôt dans la dernière partie de leur vie. Et, ils ont le droit à être confortable, à être bien. Et au contraire, justement, il faut pour qu'ils puissent finir leurs vies plus tranquillement.

Investigateur : Est-ce que vous pensez que c'est le médecin traitant qui soit le plus à même d'évaluer la douleur dans un premier temps?

Médecine 03 : bah dans un premier temps, oui mais après c'est vrai que quand il y a des...si les patients euh...après si l'avis du médecin gériatre peu aussi être intéressant. Parce que nous on les connaît bien mais on peut parfois aussi par le reste de leurs pathologies. Et le médecin gériatre, lui,

il a plus l'expérience de la personne âgée. Il a une vision peut être un peu plus globale. Il s'intéresse d'avantage à l'autonomie, tout ça.

Investigateur : Et dans la prise en charge? même question

Médecine 03 : Euh, (silence)

Investigateur : Parce que finalement c'est lui qui voit le patient le plus souvent.

Médecine 03 : bah oui oui oui, c'est ça. Pour évaluer l'efficacité, la tolérance, bah oui oui, c'est quand même le médecin généraliste qui va être le plus à même. Parce que le gériatre il va pas voir le patient tous les 15 jours pour la tolérance ou l'efficacité.

Investigateur : Dans un monde idéale, la prise en charge optimale du patient âgé douloureux? vous la verriez comment?

Médecine 03 : Ah dans un monde idéal (rire), Euh, a bah oui, il faudrait prendre vraiment bien le temps de l'interroger, de remplir les questionnaires de qualité de vie, tout ça. Euh, discuter avec son entourage aussi. Si il s'en plaint à la maison, si il a réduit ses activités. Ça serrait bien aussi d'avoir une consultation anti-douleur pour voir si en dehors des traitements médicamenteux on peut mettre en place d'autres choses...de la kiné, des petites massages, des choses comme ça. Et pouvoir les...et puis voir des traitements qui ne constipent pas, qui ne rendent pas somnolents, qui ne les rendent pas confus et qui marche bien. C'est sûr, ça c'est idéal, mais bon...On en est pas là.

Investigateur : Est-ce que vous avez d'autres réflexions à faire sur le sujet? Quelque chose qui vous vient à l'esprit?

Médecine 03 : bah moi je considère pas la douleur, comme quelque chose de normal ou comme quelque chose d'acceptable en disant euh, bon bah c'est normal vous êtes vieux, vous êtes âgés, c'est normal d'avoir mal. NON. Je suis pas de cette avis là. Mois je suis de l'avis d'essayer en tous cas. Ou de soulager un petit peu, même si on aura pas d'efficacité à 100%, qu'il n'y a pas de traitement miracle. Qu'ils auront toujours un peu de douleurs. Mais si on peut améliorer un petit peu sans euh dégrader à coté leurs qualités de vie et sans amener trop d'effets secondaires. Mais pas comme parfois,...Il y a peu être certaines personnes...D'ailleurs les personnes âgés elles le disent elle même, hein, "mais c'est normal j'ai 90 ans, c'est normal que j'ai mal". Oui, d'accord, vous avez des raisons d'avoir mal mais, on peut peut-être faire quelque chose.

Investigateur : Vous avez l'impression que la fatalité personne âgée = douleur, elle est plus ancrée chez le patient que chez le médecin.

Médecine 03 : Ouais, que chez moi en tout cas, oui, oui. Et d'ailleurs c'est ceux-là qui disent, " c'est normal j'ai beaucoup travaillé, c'est normal" et c'est ceux-là qui veulent pas de morphine d'ailleurs. Ils sont un peu, c'est ça, fatalistes.