

**Entretien 4 : le 21/06/2018 à 14h40, durée 18 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?**

**Médecin 04 :** Euh, oui j'avais un patient grabataire avec une démence sévère, euh, quasi non communicant sur lequel je suis intervenue en EHPAD, et par hasard je suis tombée pendant les soins de toilette. Et, c'est vrai qu'il était très crispé et qu'il me semblait douloureux ou alors de l'angoisse, et comme il verbalisait pas du tout c'était pas évident de savoir si on était sur une situation d'angoisse d'appréhension de mobilisation ou si on était sur de la douleur.

**Investigateur : Et comment est-ce que vous avez abordé la situation?**

**Médecin 04 :** Euh, alors j'ai demandé à l'équipe déjà de surveiller les échelles de douleur sur les soins et en dehors de soins, et j'ai mis en place les deux composantes, c'est-à-dire que j'ai mis un traitement anxiolytique léger et un antalgique avant les soins, et une surveillance pour voir si il était plus confortable. Au final, il était plus confortable. J'ai pas su quelle composante j'avais soulagé, mais au final le patient était mieux et ne semblait plus souffrir au moment des soins en tout cas.

**Investigateur : Il y a une raison particulière pour que cette consultation-là vous vienne en tête?**

**Médecin 04 :** C'était la plus récente, (rire), c'était il y a quelques jours.

**Investigateur : Est ce que il y a d'autres situations clinique qui vous font poser la question de la douleur chez le sujet âgé?**

**Médecin 04 :** Alors, euh, le sujet qui présente des troubles du comportement inhabituels évidemment. Euh quelqu'un bah...trouble du comportement que ce soit agitation, agressivité, apathie, ou autres chez la personne âgée. Quelqu'un qui l'exprime clairement, bah avez-vous des douleurs etc. Et sinon le faciès d'attitude du corps et du visage également.

**Investigateur : Et vous trouvez ça plus fréquent chez le sujet âgé les formes atypiques de présentation de la douleur?**

**Médecin 04 :** Euh ça va dépendre des pathologies du patient avant et de sa capacité à verbaliser les choses. Euh, à partir du moment où il y a des troubles cognitifs et une démence, il faut être plus sûr, rechercher la douleur par d'autres expressions que par une expression verbale simple. Quand la personne âgée est capable de le dire " oui j'ai des douleurs" ou "non j'en ai pas".

**Investigateur : Et dans votre vie de tous les jours, de votre vie de médecin généraliste, comment est-ce que vous vous y prenez pour évaluer la douleur chez le sujet âgé?**

**Médecin 04 :** Euh, bah des échelles telles que les ALGOPLUS chez les non-communicants ou DOLOPLUS. et après si c'est quelqu'un qui est capable de verbaliser bah c'est les questions habituelles oui/non, de 0 à 10 ou alors une ÉCHELLE ANALOGIQUE.

**Investigateur : Et c'est des échelles que vous arrivez à intégrer facilement dans votre pratique en cabinet?**

**Médecin 04 :** Alors moi c'est des échelles que je maîtrise, donc j'arrive à les faire. Euh en cabinet, euh, oui. C'est plus dur parfois dans les EHPAD à ce que ce soit fait ou surveiller régulièrement pendant ou en dehors des soins et d'avoir le retour dessus ça c'est difficile.

**Investigateur : Quand ça part d'une prescription c'est plus difficile?**

**Médecin 04 :** Voila, d'avoir le retour, que ce soit fait vraiment. Et parfois, on a l'impression aussi alors que ça devrait pas euh, on voit bien que les échelles sont pas les mêmes selon les personnes qui les a réalisées à chaque fois. Alors que normalement une échelle c'est censé être stricte.

**Investigateur : Qu'est ce qu'elle vous apporte dans votre pratique ces échelles?**

**Médecin 04 :** bah une confirmation oui ou non qu'il y ait une douleur. Ne pas se fier que sur un ressenti. Et puis après c'est quand on met le traitement en place, c'est de voir si il a un impact ou si il agit sur l'échelle.

**Investigateur : Est-ce que vous leurs trouvez des limites, ou des côtés non pratiques?**

**Médecin 04 :** bah parfois certaines sont longues ou avec des côtés plus complexes. Ou parfois d'autres plus simples comme l'ALGOPLUS mais qui ne sont pas toujours adaptées à tous les patients.

**Investigateur : Est-ce que vous vous rappelez de votre vision de la douleur du sujet âgé quand vous étiez jeune médecin?**

**Médecin 04 :** Pas aussi évoluée que maintenant. Quand j'ai commencé, je n'avais pas cette notion de toutes les manifestations que peut prendre une douleur chez quelqu'un. Oui c'était avez- vous mal oui/non, de 0 à 10...voilà pour moi c'était ça. Après je connaissais les différents types de douleur. Que ce soit les différents types de douleur, que ce soit somatique ou autres. Mais euh, par rapport à la personne âgée, je pense que j'ai progressé.

**Investigateur : Et qu'est ce qui vous a fait aller dans ce sens là?**

**Médecin 04 :** Euh, plusieurs choses, j'ai lu là-dessus, j'ai eu une petite expérience en gériatrie, euh, voilà et puis des connaissances avec des amis qui on fait des thèses de gériatrie et des choses comme ça. c'était des choses qui m'intéressaient et puis j'aime bien la gériatrie. Notamment la douleur, le confort, la bien-traitance chez les personnes âgées, c'est des domaines qui m'intéressent.

**Investigateur : Vous personnellement vous avez fait l'expérience de la douleur?**

**Médecin 04 :** Ah oui, ça m'est arrivé oui.

**Investigateur : Est-ce que vous pensez que ça a changé votre pratique?**

**Médecin 04 :** bah quand c'est des douleurs qu'on a déjà eues, on comprend plus euh, voilà ce que ça peut être. Une douleur articulaire quand on a déjà eue, ou une sciatique, on comprend plus le fait que ce soit difficile de se mobiliser, mais comme tout.

**Investigateur : Ça renforce l'empathie qu'on peut avoir pour un patient âgé douloureux?**

**Médecin 04 :** Oui mais après, j'espère que même si j'avais pas connu de douleur j'aurais cette empathie là quand même, parce que ça fait parti de notre métier quand même.

**Investigateur : Est ce que vous pensez que dans l'évaluation de la douleur, il y a une part de subjectivité qu'on peut avoir nous en tant que médecin ?**

**Médecin 04 :** Malheureusement je pense que oui. Alors qu'on voudrait maintenant avoir des critères vraiment objectifs pour pas se tromper et être sûr...mais je pense que des fois on peut être subjectif. On peut aussi facilement dire oh bah ça c'est encore des douleurs articulaires, d'arthrose, ou bah voilà, il n'y a rien à y faire. Sauf que bon on peut pas laisser quelqu'un dans la douleur aujourd'hui avec tout les moyens que l'on a pour évaluer. Faut au moins essayer au maximum de soulager pour la patiente ou le patient son quotidien quoi.

**Investigateur : Et ça vous arrive d'avoir des patients qui ont des douleurs chroniques, qui sont difficiles à équilibrer ?**

**Médecin 04 :** Oui ça arrive.

**Investigateur : Et vous ressentez quoi quand vous êtes face à ces patients là?**

**Médecin 04 :** Euh, bah déjà on essaye plusieurs choses, et si vraiment on y arrive pas on se sent frustré parce qu'on a pas réussi à les soulager. C'est quand même difficile, et puis après dans ces cas là, je vais me tourner vers des équipes « douleur », le centre anti douleur, voilà, on va faire appel à d'autres personnes.

**Investigateur : C'est quelque chose que vous faites fréquemment?**

**Médecin 04 :** Quand je suis dans des situations complexes, oui. Ou des situations où c'est pas justement... où on est sûr de l'angoisse, sûr de la douleur. Et s'aider des équipes de soins palliatifs. La douleur c'est important.

**Investigateur : Et dans votre expérience vous avez un retour positif sur la prise en charge pluri-professionnelle?**

**Médecin 04 :** A bah oui dans des cas complexes, oui on a besoin d'être à plusieurs. Et puis ça nous rassure nous aussi sur le fait de pas se tromper, et de pas laisser quelqu'un souffrir.

**Investigateur : Au patient vous lui expliquez quoi quand la douleur persiste? Quand les médicaments marchent peu?**

**Médecin 04 :** Euh, bah je vais lui dire...ça dépend si c'est la première consultation voilà, si on arrive à plusieurs consultations, à plusieurs traitements et que j'y arrive pas. Je vais lui dire je suis désolée, j'ai pas réussi à trouver une solution aujourd'hui pour vous soulager mais faut pas qu'on laisse tomber et là je vais l'adresser à quelqu'un et je vais trouver d'autres solutions et de prendre des avis pour pas qu'il se sente abandonner et le laisser seul avec sa douleur.

**Investigateur : Euh, est-ce que vous pensez aussi qu'il y a une part de préjugé dans l'évaluation de la douleur de la part du médecin?**

**Médecin 04 :** Je pense que souvent on peut en avoir, euh, oui. Ça c'est de l'arthrose, de toute façon je peux rien y faire, ou ah c'est long, c'est encore ces douleurs neuropathiques, voilà. Il y a des fois lorsque l'on arrive pas à soulager on peut se dire bah c'est bon...On peut avoir envie de laisser tomber, ce qui est plus facile que de continuer euh, à chercher quoi. Mais des préjugés oui aussi avec certaines personnes qui vont avoir aussi, euh, c'est pas bien, mais des syndromes dépressifs, ou qui ont beaucoup de plaintes multiples. On peut parfois être lassé. Ce qui est pas bien mais euh, (soupir), écouter d'une oreille et plus vraiment rentrer dans la plainte de ce qu'on va voir toutes les semaines ou tous les 15 jours avec des plaintes multiples, euh qui reviennent soit plusieurs fois, soit qui changent à chaque fois. Bon des fois il y a, même si on veut pas, des fois il y a une certaine lassitude, oui ça arrive.

**Investigateur : Est-ce que vous pensez que de manière globale, en médecine générale, (euh), la douleur du sujet âgé elle serait plutôt sous évaluée? ou sur évaluée?**

**Médecin 04 :** Sous évaluée!

**Investigateur : Vous pensez que ça vient d'où?**

**Médecin 04 :** Hum, un manque de connaissances ou de formations sûrement? à la base. Ouais voilà, d'informations, comment dire, pour attirer l'attention des praticiens là-dessus. Et puis un manque de temps aussi, le fait de courir beaucoup, euh. Ça peut être le facteur, et un manque d'intérêts pour la gériatrie peut être (sourire).

**Investigateur : Et-ce que dans votre patientèle âgée, la douleur est fréquente?**

**Médecin 04 :** Oui

**Investigateur : Est-ce que vous avez l'impression que l'on pourrait dire que le sujet âgé par définition est douloureux?**

**Médecin 04 :** Non pas systématiquement, ça dépend de ses maladies ou de ses problèmes. Comme pour l'adulte classique, après on retrouve plus de douleurs, surtout ce qui est douleurs articulaires, douleurs de dos, voilà, ça c'est quand même plus fréquent.

**Investigateur : Et du coup au niveau de la thérapeutique sur ces pathologies là, l'arsenal que l'on a aujourd'hui est efficace?**

**Médecin 04 :** (silence) C'est individuel ça aussi, la réponse au médicament, la tolérance. Il y a aussi une grosse part d'interactions médicamenteuses qui font que parfois on est limité.

**Investigateur : C'est ça qui vous gêne dans la pratique chez le sujet âgé ?**

**Médecin 04 :** Oui , il y a parfois des douleurs, on sait que elles répondraient aux ANTI-INFLAMMATOIRES, mais qui sont pas utilisés à cause de leur fonction rénale, ou alors ils sont

sous KARDEGIC, voilà, ou, et puis après quand on passe sur il y a tous les effets secondaires aussi qu'on retrouve plus fréquemment, les constipations, les confusions, euh, voilà.

**Investigateur : Et selon vous, le médicament ou la classe thérapeutique qui serait le plus adapté au sujet âgé?**

**Médecin 04 :** Alors moi je reste sur les classique PALIER I, PALIER II, PALLIER III. Je suis très PARACÉTAMOL, après j'aime bien le TRAMADOL parce que avec le TOPALGIC GOUTTE, on peut l'introduire progressivement, et puis si ça suffit pas MORPHINE.

**Investigateur : Et le médicament qui serait le moins adapté?**

**Médecin 04 :** Euh, bah tout ce qui est CODÉINE, etc et les ANTI-INFLAMMATOIRE qui pourtant seraient utiles souvent mais...

**Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs qui influencent votre prescription?**

**Médecin 04 :** Ma prescription pour la douleur?

**Investigateur : Oui**

**Médecin 04 :** Le type de douleur, l'intensité de la douleur, les antécédents du patient et les médicaments qu'il à déjà. et insuffisance rénale ou hépatique.

**Investigateur : Vous avez la position du médecin généraliste, le médecin central chez le patient. Est-ce que vous pensez que cette position est un atout pour la prise en charge de la douleur? Ou est-ce que c'est plus compliqué?**

**Médecin 04 :** Ça peut être les deux (sourire), ça peut être les deux je vous dis, parce que certains patients, juste parce qu'on les voit souvent, juste en rentrant dans la chambre on va sentir qu'il y a une douleur, qu'il est inconfortable parce qu'on a l'habitude de le voir, de voir qu'il est crispé ou autres. Euh puis d'autres fois, cette lassitude de voir la patiente, je sais pas ça fait dix fois qu'on la voit pour la même douleur de genou et qu'on arrive pas, voilà, là ça peut être un...plutôt quelque chose de négatif ou une perte de chance parce que on peut aussi avoir tendance à laisser tomber ce qui est pas bien. Et euh, on tourne en rond. C'est pour ça qu'il faut savoir relayer quand on y arrive plus ou quand on a pas de solution.

**Investigateur : Et c'est quelque chose que vous arrivez à avoir facilement ça le relais, ou transmettre la main?**

**Médecin 04 :** C'est complexe parce que aujourd'hui beaucoup de spécialistes ou euh, voilà, les délais de consultation des fois on a six mois. Et entre temps, on essaye de trouver des solutions, on essaye de limiter parce que eux aussi sont débordés de travail. Et puis la personne âgé n'est pas toujours prioritaire malheureusement dans notre système de santé. Je pense, c'est un avis personnel.