

Entretien 10 : le 03/07/06/2018 à 16h00, durée 23 min.

Investigateur : Est-ce que vous avez en tête une situation récente ou vous vous êtes posé la question de la douleur?

Médecin 10 : Euh, là tout de suite, maintenant, hum, oui, enfin...J'en ai plusieurs, après euh, qui me vient comme ça en tête, pas particulièrement.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez m'en décrire une?

Médecin 10 : Euh, bah, pas plus tard que hier, euh, une poussée de chondrocalcinose au niveau d'un poignet, euh, un poignet bien inflammatoire, avec chez une dame qui doit avoir de tête comme ça 80 ans avec pleins d'antécédents, pleins de médicaments, donc des interactions possibles, donc, euh, après, par rapport à la prise en charge de la douleur, c'est pas encore trop compliqué. Là c'est vraiment la situation qui me vient à l'esprit. Après euh, après oui j'ai un monsieur que j'ai pris en charge en EHPAD, en soins palliatifs pour un cancer du pancréas. Alors sujet âgé, il devait avoir, euh, euh, c'était un peu plus complexe. Il devait avoir dans les 70 ans je dirais, euh, donc euh, là on tape plutôt sur des morphinique etc..ou là cette fois ci on fait appel aussi à l'équipe mobile de soins palliatifs, le réseau ressource pour gérer ces douleurs qui sont assez compliquées donc voilà.

Investigateur : Et dans la douleur de tous les jours chez le sujet, comment est-ce que vous entamez la consultation?

Médecin 10 : Euh, dans la douleur de tous les jours ? Déjà savoir le retentissement sur la vie quotidienne, euh, comment ils tolèrent la chose. Après on utilise divers échelles de douleur, ça dépend. Mais euh, le retentissement sur la vie quotidienne, euh, le retentissement sur le plan psychologique aussi si on parle douleur aiguë ou douleur chronique. C'est pas la même chose non plus. Euh, quoi d'autre euh...

Investigateur : Comment est-ce que vous abordez la consultation ? Est-ce que vous utilisez des échelles?

Médecin 10 : Ouai alors ça dépend, alors après voilà, chez le sujet âgé, euh, qui est capable, qui n'a pas de troubles cognitifs, alors c'est l'échelle, euh, je sais plus, je confonds à chaque fois les deux, c'est l'échelle qui va de 0 à 10 c'est l'EV...(hésitation) S?

Investigateur :N (numérique)

Médecin 10 : N voilà, celle qui va de 0 à 10 c'est l'EVN ou échelle visuelle numérique et il y a (hésitation) l'EVS, euh, échelle visuelle (euh)...je sais plus

Investigateur : J'ai amené plusieurs exemples, qu'est-ce que vous utilisez vous habituellement?

Médecin 10 : Habituellement j'utilise surtout l'EVN, hein. Et chez le sujet présentant une démence, plutôt des échelles euh, ALGOPLUS, voilà.

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

Médecin 10 : De tous les jours, pour ce qui est de l'ALGOPLUS c'est pas forcément évident, euh, avant moi je travaillais à l'hôpital donc euh, on arrivait quand même facilement à évaluer la douleur en (hésitation) avec plusieurs outils. Donc ça c'était simple. Aujourd'hui c'est pas forcément la même pratique que à l'hôpital. On est pas forcément tout le temps là. Au niveau des soins, etc, on est pas forcément présent, donc euh, et ce qu'on a aussi à faire à des personnes qui savent gérer, utiliser de manière adéquat ces échelles, donc euh bon, c'est pas forcément la même chose, c'est pas forcément...c'est peut-être un peu plus difficile moi je dirais.

Investigateur : D'accord, Vous trouvez ça moins adapté pour la médecine générale? La médecine de tous les jours?

Médecin 10 : Euh, pour ce que qui est de l'EVN tout dépend de la personne qu'on a en face de soi mais c'est assez simple.

Investigateur : Ça vous sert dans votre consultation?

Médecin 10 : Ah oui ça me sert, oui oui tout a fait.

Investigateur : Qu'est-ce que vous pensez de l'évaluation des symptômes douloureux en médecine générale?

Médecin 10 : C'est à dire?

Investigateur : Quel est votre ressenti? Votre position ?

Médecin 10 : Euh, ba par rapport à l'utilisation des outils, euh, entre l'ALGOPLUS et l'EVN et puis il y a une autre qu'on utilise. J'ai plus le nom en tête. Bon c'est peut être, ça paraît quand même en médecine générale, ça paraît un peu plus, euh....Dés qu'on prend en charge des patients qui ont des troubles cognitifs etc, là de toute manière c'est plus compliqué la prise en charge de la douleur. Pour les sujets qui savent interpréter leurs douleurs, là c'est plus simple.

Investigateur : D'accord. Est-ce que vous leurs trouvez des limites à ces échelles?

Médecin 10 : Euh, (souffle), je serai pas trop dire, des limites euh? Comme ça là, non il n'y a rien qui me vient

Investigateur : Est-ce que dans la prise en charge du sujet âgé qu'est-ce qui est le plus important pour vous? C'est les échelles, l'interrogatoire du patient?

Médecin 10 : Oh ba non non c'est l'interrogatoire, faut pas rester bloqué sur une échelle. Faut se fier à ce que le patient va nous raconter, mais je pense que ça fait parti d'un tout.

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

Médecin 10 : Euh, (réfléchit) quand j'ai commencé, j'avais pas les notions de tout ce qui pouvait exister comme outils d'évaluation de la douleur. Bon et puis je pense aussi qu'il y a l'expérience qui fait aussi que lorsqu'on commence c'est pas toujours évident. La douleur, à la fac elle est abordée

mais l'évaluation de la douleur c'est pas ce qui ressort en premier à mon sens dans la formation. Mais voilà, quand on commence de toute manière on est un peu pommé quoi.

Investigateur : Et vous avez l'impression que votre vision elle à évolué?

Médecin 10 : Ah oui oui complètement.

Investigateur : Et qu'est-ce qui l'a fait évoluer?

Médecin 10 : Ba moi ayant bossé à l'hôpital., j'ai travaillé avec des médecins aussi qui étaient diplômés, qui avaient le DU de douleur, donc ça ça permet de beaucoup apprendre sur le tas. Et puis on apprend un petit peu de ses erreurs, et on apprend à être un peu plus rigoureux face à la douleur et à l'évaluation de la douleur, et à faire les choses plus adéquate, adapté.

Investigateur : Vous parliez des erreurs dans la prise en charge?

Médecin 10 : (soupir). Je pense les premières erreurs c'est des erreurs d'évaluation, de se dire euh, si il exprime pas sa douleur c'est qu'il a pas mal et c'est faux. Si on prend par exemple chez les schizophrènes que l'évaluation de la douleur est complètement différente euh, que chez une personne qui n'est pas schizophrène, qu'elle soit âgée ou pas, euh. La personne schizophrène va pas euh, comment dire, présenter sa douleur comme une personne qui n'a pas de troubles schizophréniques, euh...je sais plus ou on en était. (rire)

Investigateur : Vous me parliez des présentations un peu atypique sde douleur en fait.

Médecin 10 : Oui c'est ça. Que ce soit le patient euh, ayant je sais pas une maladie d'Alzheimer un peu évoluée, c'est toujours compliqué. Donc euh, il y a l'expérience aussi, il y a savoir quand utiliser les échelles. Et autant utiliser une EVN c'est facile, autant, une ALGOPLUS, faut être formé. C'est pas en sortant de la fac, même en sortant de euh, mes années de médecine générale en tant qu'interne mais ALGOPLUS j'en avais jamais entendu parler. C'est un truc tout bête mais voilà...

Investigateur : Vous pensez que cette formation là, cette forme de compagnonnage dans vos années hospitalières vous a éclairé un peu et vous a fait vous rendre plus curieux sur la douleur?

Médecin 10 : Oui oui complètement, et ça m'a permis de voir la douleur là où elle était difficilement dépestable

Investigateur : Comme la confusion, les changements de comportement?

Médecin 10 : Oui oui complémentent parce que la confusion chez le sujet âgé ça peut être pluri-factorielle et la douleur en fait partie. La personne âgée ne va pas forcément dire les choses, euh, exprimer les choses comme une personne de 30 ans quoi.

Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'il y a une part de subjectivité chez vous, sur l'évaluation de la douleur?

Médecin 10 : (souffle) Alors ça je sais pas trop, c'est subjectif (rire) je sais pas trop...Je pourrais pas dire le contraire, oui peut être c'est possible.

Investigateur : Est-ce que vous avez des situations avec des patients douloureux chroniques qui reviennent vous voir à chaque consultation, avec la même plainte, pour laquelle au final, on se retrouve démuni?

Médecin 10 : Ouais, ouais, j'en ai, pas beaucoup

Investigateur : Comment est-ce que vous abordez la consultation?

Médecin 10 : Bah déjà pas essayer de minimiser un peu la plainte récurrente qui revient, parce que c'est que ça leurs bouffe la vie quand même, donc faut essayer de trouver une solution, et puis bah si je l'ai pas bah, je demande soit à un centre anti-douleur, ce genre de chose. Je demande, euh, ça peut aussi passer par la prise en charge, euh, psychologique, ça peut...

Investigateur : C'est des choses dont vous avez l'habitude?

Médecin 10 : Euh, pas trop, si on parle de la médecine générale, moi je suis installé depuis septembre, donc j'ai pas encore trop de...enfin j'ai bossé pendant 6-7 ans à l'hôpital. et avant j'ai fait pas mal de remplacements, ce qui fait que euh, j'ai pas une grosse expérience de la prise en charge de la douleur chronique du sujet âgé en médecine libérale. Voilà. Donc, euh...

Investigateur : Dans un monde idéal, vous pensez qu'elle pourrait s'organiser comment en médecine générale?

Médecin 10 : Dans un monde idéal? la prise en charge globale? Ba pluri-disciplinaire quoi, ça serait là-dessus parce que euh, avec les centre anti-douleurs essayer d'avoir des rendez vous plus rapidement ça serait bien.

Investigateur : Vous pensez que le centre anti douleur c'est adapté pour le sujet âgé? Vous arrivez à les envoyer?

Médecin 10 : Très peu euh, j'ai quelques patients qui sont allés en centre anti-douleurs, mais pas beaucoup donc euh, vu le peu de patient, j'ai peu de recul mais euh, pour moi voilà, c'est dans un monde idéal on est d'accord. Si on arrive pas à prendre en charge une douleur, on demande à des confrères des avis, après le centre anti douleurs, c'est l'idéal parce que c'est multidisciplinaire aussi donc euh ça permet un petit peu d'articuler la prise en charge globale (réflexion) dans, euh un même coin.

Investigateur : Et au niveau thérapeutique, est-ce que vous avez l'impression que l'arsenal qu'on a aujourd'hui il est adapté chez le sujet âgé?

Médecin 10 : Ouai je pense que c'est adapté, tout en sachant qu'il faut adapter chaque traitement au sujet âgé et qu'il faut pas tout utiliser et euh, prendre en compte l'aspect de l'âge, l'aspect de l'insuffisance rénale, ça c'est sur le plan purement médicamenteux, après en dehors de ça, il y a tout ce qui est purement paramédical. Tout ce qui est kiné, ergo, psychomotricienne qui est assez simple

ne SSR, mais qui n'est pas facile à mettre en oeuvre en médecine générale. Donc sur le plan médicamenteux, c'est assez facile, on peut, après, tout ne tourne pas forcément autour du médical, et ça c'est pas simple. Alors après faut les adresser euh, à l'hôpital., en SSR...

Investigateur : C'est plus compliqué?

Médecin 10 : Pas forcément, mais bon, si on veut éviter euh, les hospitaliser pour une prise en charge de douleur chronique, euh, c'est pas simple de traiter la douleur chronique dans ces cas là, en libéral, si on veut, euh, comment, dire, faire intervenir des paramédicaux etc. C'est pas forcément ce qu'il y a de plus simple.

Investigateur : Et au niveau thérapeutique, ça serait quoi la classe la plus adaptée chez le sujet âgé? ou le médicament?

Médecin 10 : Euh, ba ça dépend, de la douleur, euh...

Investigateur : Selon votre expérience?

Médecin 10 : Si on parle vraiment des antalgiques, euh, PALIER I, PALIER II, PALIER III, euh, on commence par le PALIER I, si ça marche pas, on part sur du PALIER II, mais là on comme à y aller en marchant sur des œufs parce que si on prend le TRAMADOL euh, déjà on donne à mi-dose et euh, pas donner trop fort d'un coup. Après si on attaque sur du PALIER III, le DUROGESIC par exemple ça peut être intéressant, mais euh, c'est des patch, ça diffuse dans la peau, chez le sujet âgé euh, l'état cutané et pas forcément, euh, optimal, on sait pas trop ce qui diffuse, et si on veut mettre en place des MORPHINIQUES euh, il vaut mieux commencer par des petites doses en titrant tranquillement, mais à des petites doses quoi, tout en sachant qu'il y a des effets secondaires derrière quoi, que ce soit état confusionnel, constipation, fécalome, ce genre de chose. Donc c'est bien euh par exemple quand la personne est entourée, qu'il y a quelqu'un avec elle, ou si c'est pas possible demander à ce qu'une personne paramédicale, une infirmière puisse passer pour donner les médicaments, évaluer la douleur.

Investigateur : Ça c'est une aide dans votre prise en charge, le passage à domicile?

Médecin 10 : Ça peut oui, oui, oui tout-a-fait. Quand l'aidant n'est pas présent, quand la personne est toute seule, si elle-même a du mal à gérer d'autant plus avec des médicaments qui peuvent être un peu fort, c'est bien qu'il y aie une personne avec un regard extérieur, un regard du quotidien et voir si les choses se passent bien

Investigateur : D'accord. Est-ce que à l'inverse il y a un médicament qui serait pour vous pas adapté ou que vous n'utilisez pas?

Médecin 10 : Euh, qu'est-ce que je pourrais pas utiliser chez la personne âgée? euh, silence...Après oui, c'est vrai que si on parle de douleur neuropathique aussi parce qu'on a, euh, les douleurs neuropathiques on peut faire plein de choses avec aussi, c'est pareil, euh, je sais pas trop quel est le

médicament que je n'utiliserai pas, euh, les anticholinergiques chez les personnes âgées on oublie mais euh non j'en ai pas forcément en tête, tout dépend de la situation et puis euh, voilà.

Investigateur : D'accord, est-ce qu'il y a des situations où vous sentez bloqué?

Médecin 10 : Ouais, ouais, ça peut arriver.(silence).Ça peut arriver auquel cas je demande un avis quoi.

Investigateur : Vous allez vers un avis spécialiste?

Médecin 10 : Oui, ça peut être un avis rhumato, mais comme c'est des gens euh, que je prends en charge ou qui avait déjà été pris en charge auparavant par un médecin généraliste qui était parti à la retraite etc...Les gens qui ont déjà un suivi derrière, qui peuvent avoir un suivi rhumato, qui peuvent un suivi en centre anti-douleur c'est déjà un peu plus facile entre guillemets. Après une personne qui n'a pas de suivi derrière, une prise en charge de douleur, ba euh, tout dépend du type de douleur euh. Après euh c'est des avis qu'on peut demander auprès d'un neurologue, d'un rhumatologue, etc. On est à Caen, on est pas non plus esseulé quoi, ça va.

Investigateur : Est-ce que vous pensez que votre position de médecin généraliste, celui au centre de la vie du patient, c'est une aide ou c'est un frein dans la prise en charge de la douleur.

Médecin 10 : Bah, c'est forcément une aide oui.

Investigateur : C'est le fait de connaître le patient?

Médecin 10 : Oui oui, forcément. Et puis tout l'historique qu'il y a derrière, médical ou bien la vie personnelle de la personne quoi.

Investigateur : Est-ce que vous vous avez déjà eu à faire face à la douleur personnellement?

Médecin 10 : Non, non, non

Investigateur : OK, on va pas explorer ça. Euh, Vous m'aviez parlé de formation en douleur.

Médecin 10 : Ah non non j'ai pas de formation, c'était mon travail à l'hôpital. où j'ai travaillé avec un médecin qui avait sa capacité douleur donc euh voilà, on partait déjà sur une bonne base de prise en charge et ça permettait de euh, pour moi en tous cas ça m'a appris beaucoup de choses

Investigateur : Vous pensez que c'est une formation utile au médecin généraliste?

Médecin 10 : Oui oui oui je pense oui. Alors je l'ai pas passé par défaut de temps, mais je pense que oui oui, c'est bien. Et puis, enfin quand moi j'étais à la fac, alors je sais pas comment ça se passe maintenant, comment est enseignée la prise en charge de la douleur à la fac, mais euh, j'ai pas un grand souvenir comme quoi c'était une part hyper importante. Peut être que je me trompe mais j'ai l'impression que c'était pas énorme. La douleur c'est quand même un vaste sujet.

Investigateur : Est-ce que vous pensez que la consultation gériatrique serait un atout dans le prise en charge de la douleur?

Médecin 10 : Euh, ba oui, oui oui, bien sûr, oui

Investigateur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des limites en médecine ambulatoire sur la prise en charge de la douleur?

Médecin 10 : Euh, ouais, ouais, je pense que c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est que la prise en charge de la douleur, ça ne se résume pas que au médicament. Donc euh, c'est peut-être là où il faut l'intervention de différents acteurs et on sait qu'en médecine de ville c'est plus compliqué, ça met plus de temps, c'est pas toujours évident, enfin voilà quoi