

Entretien 11 : le 07/07/2018 à 12h45, durée 31 min.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez me parler d'une situation récente où vous avez eu à faire face à la douleur du sujet âgé?

Médecin 11 : Hum, (silence), que je retrouve un cas précis...hum, oui hier.

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

Médecin 11 : Oui, c'est marrant, c'est une dame, euh, fonctionnelle, mais qui malgré tout son côté fonctionnel (rire), elle s'est cassée le col du fémur, elle a été réopérée, elle a re-pété sa prothèse, a re-pété son fémur sur sa queue de prothèse, enfin un montage de haut en bas de la jambe et qui m'est arrivée sortant d'un SRR d'ailleurs. Hum, je crois qu'elle les avait tellement bien usés là-bas que je crois qu'il avait tout essayé. Même la MORPHINE ne la calmait pas. Donc je l'ai envoyée faire une radio quand même, et la radio était normale, enfin sans particularités malgré son montage chirurgical. Et, elle avait des plaintes extrêmement importantes et ouais bon je lui ai fait une EVA. Mon interne était passé avant lui en faire et il semblerait qu'elle aie eu le même discours avec lui que avec moi déjà. Et euh, c'était hier, donc non calmée par les ANTALGIQUES de PALIER II et I, donc je l'ai mise sous morphine une semaine pour voir si ça la calme, elle est dans un autre contexte que celui qu'elle a eu en SSR, je me suis dit on verra bien.

Investigateur : Et le motif de consultation c'était la douleur?

Médecin 11 : Oui, oui c'était la douleur.

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

Médecin 11 : Ouai, ouais, ba chez la personne âgée démente surtout. C'est vrai que bon voilà, euh, personne âgée démente, je suis pas très à l'aise devant la douleur. Je sais pas si quelqu'un est à l'aise parce que je suis pas sûr que les critères d'évaluation que l'on ait, soient toujours bien objectifs. Donc c'est vrai que dans ces cas là, je me fie plus aux personnels soignants qui entourent la personne âgée et aux infirmières d'EHPAD que à moi-même, ou à la famille enfin voilà. Aux gens qui vivent au quotidien. Parce que c'est vrai que nous sur une consultation ou une visite, en un quart d'heure/vingt minutes on a beau avoir des critères qui sont, euh, qui sont...(réflexion) à mon sens pas très objectifs, euh, je pense que c'est plus le personnel qui vit à ses côtés au quotidien, enfin les aidants ou le personnel d'ailleurs, qui sont capables d'évaluer la douleur.

Investigateur : Qu'est-ce qui vous alerte dans ce que le personnel vous rapporte? Qu'est ce qui vous fait vous poser la question de la douleur?

Médecin 11 : Ba parce que eux, ils l'interprètent comme étant des accès douloureux souvent. Soit par des prostrations, par des cris qui sont habituels, soit par des mimiques, soit euh voilà.

Investigateur : Et eux, vous savez comment est-ce qu'ils évaluent la douleur dans les EHPAD?

Médecin 11 : Ba ils ont leurs grilles, je sais plus comment elle s'appelle d'ailleurs. Comme je vous l'ai dit, je suis pas intéressé. Moi les grilles je n'en veux plus, donc je vais pas me faire chier. J'ai soixante ans, vous venez voir un vieux docteur. Vous venez voir un vieux docteur qui n'a plus envie de se faire chier à apprendre des grilles d'évaluation de la douleur, qui quand je les ai regardées quand même ne me paraissent pas franchement objectives. Non mais encore une fois je pense que c'est au quotidien, ils voient bien si la personne souffre, si elle est prostrée, si elle a des accès douloureux, si elle crie enfin, quand ils connaissent la personne âgée je pense que c'est facile de savoir ou pas. De la même façon hein, moi mes patients que je suis depuis très très très longtemps, que j'ai vu vieillir. Je suis plus à l'aise avec eux et je suis plus à même d'apprécier si vraiment ils ont des douleurs quand je les ai connus avant, bien, valides, ou euh, enfin voilà je les connais. Je sais si il sont un peu fonctionnels ou pas fonctionnels, enfin bon il y a plein de choses.

Investigateur : C'est votre expérience personnelle qui prime?

Médecin 11 : Oui tout-à-fait. C'est certainement pour ça que je suis plus à l'aise dans les EHPAD et que je n'ai plus envie d'y aller hein. J'y vais plus d'ailleurs.

Investigateur : Ça vous met dans une situation inconfortable?

Médecin 11 : Ouais, ouais et puis je me demande à quoi ça sert de les entasser là dedans quoi. Si ce n'est à apporter du fric et à pas savoir quoi faire de ces vieux quoi. Voilà. Ils faut peut-être que la société repense la façon de voir vieillir ses vieux. Non mais c'est vrai, il faut peut-être permettre... enfin voilà, c'est un autre problème, mais c'est insupportable, insupportable, autant les piquer avant quoi. Non mais ce que je dis est vrai quoi, plutôt que de faire rentrer en EHPAD, dans un mouiroir un mec qui est avec sa couche, qui va du fauteuil au lit, qui voit plus rien de la journée, bon, ba faut peut être prendre les bonnes décisions avant, parce que moi un jour si je suis comme ça je sors le (incompréhensible).

Investigateur : Vous pensez que la prise en charge à ce niveau est difficile?

Médecin 11 : Ah la prise en charge chez le dément complet comme on en voit maintenant. dans les EHPAD, parce que à 2500 ou 3000 balles le mois, il y a pas beaucoup de français qui peuvent se le payer hein, euh, mis à part les fonctionnaires qui ont une bonne retraite, à part eux, euh voilà, d'ailleurs on en voit de plus en plus arriver dans les EHPAD. Ils ont moins travailler, ils sont moins fatigués, ils vieillissent plus vieux et ils ont une bonne retraite qui leurs permet de compenser, mais on en voit de, enfin bon voilà, il n'y a pas beaucoup de, donc quand ils arrivent dans les EHPAD c'est que les familles ne peuvent plus les garder.

Investigateur : Et vous avez l'impression que c'est fréquent la douleur dans les EHPAD?

Médecin 11 : Ouais, ouais (sans grande conviction). J'ai pas l'impression enfin je dirais pas qu'elle est pas bien pris en charge. Si j'aime pas les EHPAD, c'est pas par rapport au personnel, parce que je

trouve que le personnel est assez dévoué en EHPAD, enfin ceux que je rencontre moi. Je pense qu'ils se sont pas trompés de voie eux en tous cas. Mais euh, oui j'aime l'impression que oui voilà.

Investigateur : Est-ce que vous avez l'impression que la douleur peut être sous évaluée? Que l'on peut passer à coté?

Médecin 11 : Oui, oui, oui, oui, on peut..elle peut être sur évaluée aussi. Alors bon bien sûr., il y a tout le cortège douleur, anxiété, dépression, enfin voilà euh et c'est difficile de faire la part des choses, parce que je pense que quand on est dément il doit encore rester quelque chose je suppose. Enfin c'est ce que j'ai cru ressentir chez certaines personnes, des émotions, et c'est vrai que ça doit être vachement anxiogène quoi. Donc c'est vrai que la triade douleur-anxiété-dépression c'est difficile de faire la part des choses mais bon je pense que la douleur est quelque fois sous évaluée. Dans les EHPAD particulièrement, j'ai envie de dire aujourd'hui, je pense que on est peut être dans l'excès inverse. Je vois bien avec les gens qui sortent du CHU par exemple, on est plus dans la sur-évaluation et la sur-prise en charge de la douleur. On voit des gens arriver du CHU avec des antalgiques assez importants, et ils diront la même chose de nous par rapport au ANXIOLYTIQUES ou aux ANTIDÉPRESSEURS hein. La bataille, euh, déjà, euh, je sais pas si vous voulez faire gériatrie, mais c'est pas une spécialité qui devrait exister.

Investigateur : D'accord

Médecin 11 : Vraiment. Déjà, c'est une spécialité où malgré tout, je trouve que c'est pas l'avenir de la médecine quoi. Moi j'aime bien voir des médecins qui voilà, et jtrouve qu'on devrait avoir des capacités en gériatrie comme ça se faisait avant. Être neurologue et avoir une capacité en gériatrie, être médecin généraliste et avoir une capacité en gériatrie euh, mais faire que de la gériatrie et de la gérontologie euh, ba oh, c'est évident qu'il y a une prise en charge particulière de la personne âgée mais faire que de la gériatrie, voilà, bon, on a l'impression de se retrouver avec euh, moi je suis vieux, j'ai l'impression de me retrouver avec la guerre des pédiatres il y a quelques années à l'hôpital quand les pédiatres étaient très nombreux à l'hôpital et en ville où ils tiraient sur les médecins généralistes. Et puis après on a vu les pédiatres diminuer et là ils ont commencé à avoir besoin de nous et voilà. Et la on revoit une guerre apparaître avec les sages-femmes qui trouvent que les médecins généralistes sont très très mauvais en gynécologie-obstétrique, ce qui est peut être vrai pour certains d'ailleurs. Et qui tirent à boulet rouge parce que maintenant elles ont des cabinets de ville, et c'est vrai que la guerre avec les gériatre, enfin il y a encore pas trop de gériatres en ville, mais avec les gériatres hospitaliers où effectivement quand ils arrivent, ils trouvent qu'il n'ont pas les bons anxiolytiques, trop d'anxiolytiques, trop de machins, et on les voit ressortir nous avec trop d'antalgiques, de machins, de trucs, parce qu'on a l'impression qu'ils ont eu une prise en charge vraiment sur tout, et ù euh, ba voilà, peut-être que à l'hôpital que le coté douleur, peut-être que

nous on voit trop le coté euh, anxiété, ou pour calmer les gens, enfin il faut bien dire les choses comme elles sont quoi, hein c'est vrai.

Investigateur : Vous pensez qu'il y a une discordance dans l'analyse de la douleur?

Médecin 11 : Ah ouais, vraiment, entre l'hôpital et ouais, il y a vraiment une discordance. Je trouve, hein.

Investigateur : D'accord

Médecin 11 : Moi je trouve que, euh, quand on est hospitalier en gériatrie, on devrait être obligé de faire au moins une journée en EHPAD par semaine. Au moins, et là je pense qu'il y aurait vraiment une relation plus intéressante entre l'hôpital et la ville. Parce que honnêtement la gériatrie en hospitalier et la gériatrie en EHPAD c'est pas la même quoi.

Investigateur : D'accord

Médecin 11 : Et puis c'est vrai que les délais d'hospitalisation en gériatrie sont devenus tellement dissuasifs que c'est presque insupportable quoi, voilà. Maintenant il va bientôt falloir faire avec les gériatres comme on fait avec les autres spécialistes. Faire un courrier pour voir si le mec peut être vu pour le faire hospitaliser.

Investigateur : On va juste repartir sur l'évaluation de la douleur, vous me disiez que les échelles c'était pas votre truc, vous les pensez même pas objectives?

Médecin 11 : Ouai je les pense pas toujours objectives, non je les pense pas objectives

Investigateur : Et au cabinet, vous vous fiez à quoi pour évaluer la douleur?

Médecin 11 : Ba ici au cabinet, je vois pas beaucoup de déments ici donc...

Investigateur : Et juste sujet âgé, 75 ans et plus?

Médecin 11 : Euh, ba encore une fois on les connaît nos personnes âgées. On sait si ils ont vraiment mal ou si ils ont pas vraiment mal. Et puis quelque fois une échelle d'évaluation de la douleur tout simplement, hein, de 1 à 10. Avec les gens ici, oui, quand j'ai besoin de l'évaluer, parce que je sais pas trop, ou pour un suivi après, c'est avec l'échelle d'évaluation hein. Je ne me sers que de cet outil là. Et puis effectivement la connaissance de la personne quoi. Ou quelque fois à l'inverse, on peut se planter.

Investigateur : Et les patients comment décrivent-ils leurs douleurs quand ils viennent vous voir?

Médecin 11 : C'est très variable mais en règle générale, je pense qu'ils la minimisent un petit peu quoi. Sauf les douleurs, aiguës, les accès aiguës voilà, mais la douleur chronique, enfin pas tous parce qu'il y en a qui l'exagère au contraire, mais je pense que une grande majorité, plus de 50% des patients âgés minimisent leurs douleurs parce qu'ils trouvent que c'est normal d'avoir mal en vieillissant.

Investigateur : D'accord, et vous pensez que ce message vient d'où?

Médecin 11 : Ba, il vient de, euh, du bon sens, parce que moi c'est vrai que, euh, ba ce matin, tiens, quand je me suis levé, j'ai eu le coup un peu bloqué quoi, ba voilà j'ai de l'arthrose cervicale, j'ai pris un DOLIPRANE, et puis voilà, cela dit je vais bien quoi. Enfin voilà, aussi un peu de bon sens quoi. Parce que ça aussi je pense que c'est un dialogue, il y a des douleurs qui ne sont pas normales, mais il y a des douleurs qui sont liées au vieillissement naturel quoi. Alors on peut les prendre en charge ou ne pas les prendre en charge quoi. Je pense que si elles sont handicapantes dans la vie de tous les jours, il faut les prendre en charge, mais bon. Vous voyez mon cou ce midi il va bien quoi, pourtant j'ai de l'arthrose quoi. Est-ce que c'est pour ça qu'il faut faire tous les examens possibles et imaginables? Voilà, mais je pense que de bon sens les gens ont plutôt tendance à minimiser leurs douleurs parce qu'ils disent, voilà on a 70 ans - 75 ans c'est normal d'avoir un peu mal quelque part.

Investigateur : D'accord, vous avez l'impression que les patients acceptent volontiers la fatalité de la douleur?

Médecin 11 : Oui oui de la douleur. Si c'est pas handicapant dans la vie de tous les jours. Parce que bon, ba c'est que quand vous avez 75 ans, vous n'allez pas non plus faire un footing de 10km, peut être quelque fois allez faire du vélo, mais bon voilà, vous allez adapter votre sport à la douleur, si vous avez mal à un genou vous allez peut-être plus faire du vélo ou des grandes randonnées, enfin vous voyez. Non je pense qu'ils la minimisent plutôt en général oui.

Investigateur : Et dans la prise en charge, vous pensez que les patients attendent quoi?

Médecin 11 : Ils attendent qu'on leur donne une explication de leurs douleurs. Ça c'est important. "J'ai mal là, c'est quoi?" Donc euh, faut étayer avec des examens complémentaires si il le faut. Et on le voit bien de tout de façon ici "Ah ba c'est que de l'arthrose (avec un air joyeux) bon, bah laissez tomber quoi". Mais si vous voulez on peut peut-être vous envoyer à un rhumato euh, "il va faire quoi?" Ba je dis vous n'êtes pas encore à l'heure de la prothèse donc ça va peut-être être des infiltrations, il va vous donner des médicaments oui. Bon ba c'est bon, c'est pas la peine quoi. On le voit bien souvent qu'ils ont ce discours là. Une fois qu'ils savent que quand c'est de l'arthrose, bon bah c'est de l'arthrose. Ce qu'ils les intéresseraient, c'est qu'on les empêche d'avoir de l'arthrose. Mais une fois que l'arthrose est là, pour l'instant ils l'acceptent.

Investigateur : Ils pensent qu'il n'y a pas de moyen possible de les soulager?

Médecin 11 : Bah, c'est pas qu'il n'y a pas de moyen, c'est que euh, ba ils sont dans la réalité quoi, ils disent, est-ce que je vais prendre des médicaments tous les jours, parce que c'est bien de ça dont il s'agit quoi. Hein, est-ce que je vais me faire une injection d'acide hyaluronique qui va coûter 200 balles maintenant non remboursée, est-ce que ça nécessite une infiltration, est-ce que ça nécessite de la kiné, mais il va falloir aller m'enquiquiner, 20 séances chez le kiné parce que ça va pas se résoudre comme ça, est-ce que ça va vraiment m'améliorer? Non il y a un truc dans la douleur chronique arthrosique du sujet âgé, ça ils aiment bien et ça c'est vrai que ça passe bien, c'est les

cures (rire). Ça ils aiment bien, parce que, ils partent en vacances quoi en gros et ils vont vachement mieux en rentrant.

Investigateur : D'accord.

Médecin 11 : Parce qu'ils ont rencontré des gens, ils en ont vu qui avaient vachement plus mal que eux. Puis ils se sont vidés un peu la tête. Et ça les cures, je trouve qu'ils sont plus demandeurs de cure que la normale.

Investigateur : Vous pensez que l'intérêt dans la prise en charge, elle est ailleurs que dans les médicaments? ou l'efficacité?

Médecin 11 : Pour la douleur non invalidante oui. Bah bien sûr. Parce que bah, il y en a quand même déjà pas mal qui sont poly-médicamentés. Ils voient ça eux aussi euh, voilà. Et puis dans la réalité de notre quotidien, euh, on voit bien que, il y a bien 80%, enfin 80 j'en sais rien enfin, un grand nombre de patients pour lesquels le PARACÉTAMOL suffit largement, une fois qu'ils ont compris que si ils ont mal ils en prennent un matin midi et soir, et que effectivement si ils en prennent pas le midi c'est normal, ça dure pas 12 heures, donc c'est normal, ils auront mal dans l'après midi, et que si ils ont pas mal la nuit, c'est pas la peine d'en prendre le soir. Une fois qu'il ont bien compris ça, et ba souvent le PARACÉTAMOL, c'est quand même magique hein, pour la plupart des douleurs j'entends bien hein.

Investigateur : Oui, oui. Pour vous ça serait le médicament le plus adapté chez le sujet âgé?

Médecin 11 : Ba ouais jusqu'à preuve du contraire. Ça coûte pas chère, ça fait pas de mal, sauf si on fait une intoxication, et donc voilà, euh, ouais.

Investigateur : Et le médicament le moins adapté?

Médecin 11 : Ah (heureux) vous voulez que je vous dise? Le TRAMADOL (sourire). Le TRAMADOL quand il est donné par les services d'urgences un peu n'importe comment, hein, euh, (interruption téléphone 20 secondes). Le TRAMADOL, euh, quand il est donné par les gériatres, il est très bien donné souvent, parce qu'il est donné à dose filée, on commence par les gouttes et tout. Mais le TRAMADOL donné par les services d'urgences, ça c'est magique quoi. Ça nous vaut pas mal d'appels, beaucoup d'effets secondaires, euh, voilà. Euh, voilà, ça c'est pas adapté, euh. Et puis la MORPHINE c'est quand même à manier avec précautions quoi. Mais euh, de la même façon, moi je me rappelle, enfin elle était pas très âgée, enfin quand même 70 ans. Une chieuse, elle est infirmière, enfin une infirmière retraitée. Ancienne directrice, donc qui pense tout savoir. Qui avait mal au dent, donc qui est allée voir SOS dans le week-end machin et tout et qui a terminée à 4h00 du matin aux urgences du CHU. Ça devait faire chier tout le monde, et surtout l'interne, et comme elle est déjà chieuse personnellement si vous voulez, euh, elle est quand même repartie avec de l'OXYCONTIN. Et donc le matin, elle a bouffé son OXYCONTIN, le matin elle a voulu se lever, elle s'est cassée la gueule dans les escaliers, elle s'est pété le fémur. Donc voilà maintenant, je lui

dis vous avez des raisons de bouffer des médicaments.(rire). Non mais c'est vrai que la MORPHINE c'est quand même à manier avec précautions, c'est vrai.

Investigateur : D'accord

Médecin 11 : Alors, ce que je dirais, j'ai peut être complètement tord, mais ce que je dirais c'est que il y a quand même des personnes âgées, même si on considère que toute personne âgée a une insuffisance rénale, il y a quand même des personnes âgées qui ont des fonctions rénales normales. Et c'est vrai que chez ces personnes âgées qui ont des fonctions rénales normales, même si une personne âgée n'a jamais une fonction rénale normale. Et ba on le voit bien, notamment, lorsqu'ils ont des poussées arthrosiques aiguës, hein, la magie des ANTI INFLAMMATOIRE NON STÉROÏDIENS sur des durées courtes. Mais qu'on ne donne plus parce qu'on ose plus en donner, parce qu'ils ont tous un IEC, un diurétique, ils ont un rein pas normal, un machin. Alors on a l'impression que cette génération de médecins dont vous faites parti, et vous avez probablement raison, par rapport à la nôtre où on a largué ça manu militari, et on a foutu des néphropathies, c'est évident, hein, mais on faisait pas attention, on faisait pas attention. Moi je me rappelle, les douleurs d'arthrose, quand on a commencé médecine, on avait ce recul par rapport aux AINS, et on leurs foutait des piqûres de FELDEN, ou de PROFENID comme ça. Il y avait l'effet magique de la piqûre, hein euh, plus que le...enfin bon bref, et c'est vrai que quand on donne (incompréhensible) des ANTI INFLAMMATOIRES, mais, ils revivent.

Investigateur : Ils revivent

Médecin 11 : Ah ouais, faudrait peut être trouver le médicament, le plus apparenté aux ANTI-INFLAMMATOIRE, qui soit le plus compatible avec une fonction rénale, bon ba voilà.

Investigateur : D'accord. Vous me parliez du moment où vous avez commencé la médecine. Vous vous rappelez de la vision de la douleur que vous aviez chez le sujet âgé à l'époque?

Médecin 11 : Alors, ouais, ouais, je m'en rappelle bien et j'avais l'impression que on traitait pas moins bien la douleur que maintenant. On était beaucoup plus réservé parce que, parce que, euh, on traitait, on traitait, on traitait la douleur, euh, avec des ANTI-INFLAMMATOIRES, qu'il fallait certainement pas utiliser. On a certainement foutu des insuffisance rénales hein, mais ça les calmait bien. On prenait en charge assez rapidement avec des PALIERS II, à l'époque il y avait un médicament qui s'appelait DIANTALVIC qui était magique, qui était magique hein. C'était un excellent antalgique, d'ailleurs il l'était tellement vendu que il a peut-être était victime de son succès aussi celui là. Et puis moi, je, je, on avait pas les MORPHINES de maintenant, euh, mais on avait c'est vrai, quand on prescrivait de la MORPHINE c'était du SULFATE de MORPHINE donc c'était moins facile. Donc c'est vrai que on donnait moins de morphine que maintenant. Mais parce que les présentations étaient pas faciles. On avait pas de comprimés, on avait pas de gélules. On avait que des gouttes, des potions magiques préparées en pharmacie, ou des injectables. Donc vous voyez, ça

limitait quand même la prise en charge. Donc oui on la traitait bien, mais sans les morphiniques. Mais on utilisait plus d'AINS, donc c'est vrai que, moi, alors ça c'est vrai, moi, j'avais plus l'impression de mieux soulager mes vieux patients arthrosiques, il y a 30 ans avec des AINS que maintenant. avec des effets secondaires visibles en tous cas moins importants. Parce que c'est vrai qu'une personne âgée arthrosique avec une arthrose invalidante... Vous essayez vous verrez, trois jours d'AINS, ils ont l'impression de revivre quoi. Avec peu d'effets secondaires collatéraux, pas de somnolence, pas de constipation. Parce que c'est ça aussi, tous les effets secondaires collatéraux des PALIER II et III, c'est quand même coton hein.

Investigateur : Et dans l'évaluation vous vous rappelez?

Médecin 11 : Ah ba ouais, il n'y avait pas d'échelles donc c'était au jugé (rire). Mais on avait plus le temps d'entendre les gens que maintenant. C'est-à-dire que la médecine d'il y a 30 ans, on avait moins d'examens complémentaires, il y avait un temps clinique qui représentait quasiment 80-90% de la consultation. Et donc, euh, maintenant, il y a un temps clinique qui représente même pas 10% de la consultation. Combien de gens, on voit ici, revenir de chez le spécialiste, quelque'il soit, mais ça doit être pareil avec certains de mes confrères généralistes, parce que je commence à l'entendre chez les jeunes, et qui disent, "Oh ba il m'a pas examiné, il m'a pas fait allonger, il a regardé un peu les radio, on a parlé un peu et puis au revoir à bientôt hein". Voilà, hein. A l'hôpital vous savez bien, euh, moi j'ai des copains qui sont radiologues à l'hosto, ou à Baclesse, on reçoit les bons de radio, et on se dit c'est complètement n'importe quoi. On se demande si il a examiné son patient, c'est pas possible. T'as mal là, on fait une écho, on t'examine pas quoi euh.

Investigateur : Vous pensez que aujourd'hui la médecine comme elle est organisée ça rend difficile la prise en charge?

Médecin 11 : Ah ba oui, parce qu'il n'y a plus ce temps d'examen clinique et d'interrogatoire parce que peut être que les gens n'ont pas le temps, hein, tout simplement, mais parce que moi je suis un vieux, j'ai encore gardé ce temps là.

Investigateur : D'accord. Est-ce que vous pensez que votre rôle de médecin généraliste, celui qui est au centre de la vie du patient, ça peut aussi vous gêner dans la prise en charge de la douleur?

Médecin 11 : (silence). Non.Non. Ou à l'exception des patients, des grands fonctionnels pour lesquels quelque fois on peut sous évaluer la douleur.

Investigateur : Quand vous parlez de fonctionnel, ça veut dire?

Médecin 11 : Bah vous savez ceux qui se plaignent toujours de tout là. Ceux qui ont mal partout, tout le temps, euh. J'en ai vu un ce matin, à chaque fois que je le vois, je lui me dis bon ba voilà, il vient en consultation euh...je sais même plus pourquoi il venait ce matin. Bon bref, peu importe, et puis il a mal au pied, il a mal à la gorge, il a mal à l'oreille, il a mal au dos, il a mal là et voilà. Et

c'est vrai que cela quand on est leur médecin depuis longtemps, au bout d'un moment, il faut comprendre que on a tendance à moins bien les entendre, enfin, les écouter, hein. Et quelque fois on peut passer à coté de prise en charge de douleur normale, je dirais que pour 80% des gens on est les mieux placés. Mais il y en a certains pour lesquels on est pas les mieux placés, ça c'est vrai. En tous cas dans les véritables maladies chroniques, oui on est les mieux placés.

Investigateur : D'accord

Médecin 11 : Et on peut se passer d'échelles d'évaluation quand on connaît bien notre patient.

Investigateur : OK.