



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les internes de médecine générale lillois et la prise en charge du
patient douloureux chronique**

Leurs difficultés rencontrées en pratique et leurs attentes concernant leur
formation initiale

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2014 à 14h
au Pôle Formation
Par Victor Broch

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles Lebuffe

Monsieur le Professeur Patrick Lerouge

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michel Cunin

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DMG	Département de Médecine Générale
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FG	Focus Group
HAS	Haute Autorité de Santé
IMG	Interne de Médecine Générale

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	6
I.Type d'étude et population étudiée	6
II.Recherche bibliographique	6
III.réalisation d'un canevas d'entretien	6
IV.Echantillonnage.....	7
V.Déroulement des entretiens.....	7
VI.Analyse des données	7
RÉSULTATS.....	8
I.Caratéristiques des focus group	8
II.Analyse des entretiens	9
A.Contexte de l'expérience des internes	9
1.Difficultés liées au statut d'interne	9
2.Difficultés liées aux rapports avec les praticiens expérimentés	9
3.Difficultés liées aux terrains de stage.....	10
a)Stages hospitaliers.....	10
b)Stages ambulatoires.....	11
B.Difficultés de la prise en charge du patient douloureux chronique	12
1.Situations de départ complexes.....	12
2.Difficultés liées au diagnostic	12
3.Difficultés liées à l'évaluation de la douleur.....	13
4.Difficultés liées à la relation avec le patient.....	14
5.Difficultés pour aborder la dimension psychologique.....	16
6.Difficultés d'abord de la dimension sociale et familiale.....	16
7.Difficultés liées à la prise en charge thérapeutique.....	18
a)Traitements médicamenteux.....	18
b)Opioïdes forts.....	19
c)Thérapeutiques non-médicamenteuses.....	20
8.Difficultés liées aux relations avec les différents intervenants.....	20

a)Structures spécialisées de la douleur.....	21
C.Regards sur la formation initiale.....	22
1.Considérations sur le fond	22
2.Considérations sur la forme	24
a)Intérêt pour un mode d'enseignement participatif.....	24
b)Intérêt pour certaines modalités d'enseignement.....	25
c)Intérêt pour la présence d'intervenants.....	25
d)Intérêt pour l'échange d'expérience.....	26
DISCUSSION.....	28
I.Discussion de la méthode.....	28
A.Choix du type d'étude	28
B.Constitution de l'échantillon et des focus group.....	29
C.Forces et limites de l'étude	29
1.Biais de sélection.....	29
2.Biais de réalisation.....	29
II. Discussion des résultats.....	30
A.Le contexte d'exercice particulier des internes.....	30
B.Des difficultés à toutes les étapes de la prise en charge.....	31
1.Lien entre les difficultés thérapeutiques et les difficultés relationnelles.....	31
2.Un abord psychologique mal cerné.....	32
3.Persistance de frein à la prescription	33
4.Faible utilisation des échelles d'évaluation.....	34
5.Limites des possibilités de recours	34
C.Attentes concernant la formation initiale.....	35
1.Intérêt pour un élargissement du champ de l'enseignement	35
2.Intérêt pour un enseignement interactif et participatif.....	35
D.Comparaison aux autres études du projet DOLMEN.....	36
CONCLUSION.....	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES.....	42
Annexe 1 : Canevas d'entretien	42
Annexe 2 : Verbatim du quatrième focus group	45

RÉSUMÉ

Contexte : Si la douleur aiguë a une fonction physiologique, la douleur chronique constitue un phénomène pathologique aux dimensions multiples : physiologique, psychologique, et sociale. Sa prévalence élevée en fait un problème de santé publique dont les pouvoirs publics se sont saisis en lançant plusieurs plans de lutte contre la douleur. Le rapport d'évaluation du dernier plan préconisait d'intégrer un enseignement spécifique pour les étudiants de troisième cycle médical. L'élaboration d'un tel enseignement pour les internes de médecine générale pourrait tenir compte de leurs difficultés et de leurs attentes. Peu d'études existent sur ce sujet. Cette étude explore les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale et leurs attentes concernant leur formation initiale

Méthode : Il s'agissait d'une étude exploratoire, qualitative, par focus group d'internes en médecine générale de la faculté de médecine de Lille. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. Les données ont été analysées de manière thématique avec un double codage.

Résultats : Six focus groups ont été réalisés, réunissant quarante internes. Des difficultés à tous les niveaux de prise en charge ont émergé : thérapeutique, relationnel, psychologique et social. Le statut et le contexte d'exercice des internes entraînaient des difficultés. Un grand nombre de difficultés étaient attribuées à une formation insuffisante sur les différentes dimensions de la douleur chronique. Les internes montraient un intérêt pour un enseignement de mode participatif se basant sur leur expérience.

Conclusion : Les difficultés rencontrées par les internes participants pourraient être en rapport avec la confrontation de leur culture biomédicale à un problème multidimensionnel et complexe. Une approche biopsychosociale permettrait-elle de surmonter ces difficultés ? Les attentes des internes concernant leur formation semblaient conforter l'évolution d'un paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage pris par l'enseignement de médecine générale.

INTRODUCTION

Selon l'*International association for the Study of Pain* la douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. (1) La douleur est donc un phénomène complexe et subjectif.

La douleur peut avoir une fonction physiologique d'alarme lorsqu'elle est aiguë, la chronicité lui fait perdre cette fonction. La douleur chronique est alors un phénomène purement pathologique. (2)

La définition de la douleur chronique ne fait pas l'objet d'un consensus précis (3). En 2008 la HAS proposait cette définition : Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsqu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance, ou récurrence, au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois.
- Réponse insuffisante au traitement.
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. (4)

Cette définition a l'avantage de mettre l'accent sur la diversité des dimensions de la douleur chronique : temporelle, fonctionnelle, relationnelle, et sociale. De cette approche multidimensionnelle découle la constitution d'un syndrome douloureux chronique.

La variabilité de la définition de la douleur chronique est sans doute en partie à l'origine des différences entre les résultats des études épidémiologiques sur le sujet. Dans une étude portant sur la population française publiée en 2008 (5), 31.7% des interrogés avaient déclaré souffrir quotidiennement d'une douleur depuis plus de trois mois. Un retentissement sur la vie quotidienne avait été allégué par 20 % d'entre eux. Une étude européenne (6) publiée en 2006 révélait que 7 millions de français souffraient de douleurs chroniques, soit 15% de la population.

La douleur chronique est un problème de santé publique dont les pouvoirs publics se sont saisis en lançant, à partir de 1998 trois plans nationaux d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Le dernier plan (2006-2010) s'est articulé sur quatre axes dont l'amélioration de la formation initiale des professionnels de santé. (7) Parmi les avancées à mettre au crédit de ce plan on notait la création du DESC « Médecine de la douleur et médecine palliative » accessible aux internes de médecine générale. Le Haut Conseil de la Santé Publique, dans son rapport d'évaluation de ce plan préconisait d'intégrer un enseignement spécifique de la douleur dans les cours de DES. (7)

Cette préconisation peut sembler particulièrement pertinente en ce qui concerne le DES de médecine générale. En effet, les internes de médecine générale seront, dans leur pratique future, au cœur de la prise en charge des patients douloureux chroniques, d'autant qu'une faible proportion de ces derniers est suivie par un spécialiste de la douleur. (6)

L'élaboration d'un tel enseignement, ou son amélioration quand il existe déjà, dans le cadre du DES de médecine générale, devrait tenir compte de la complexité de la douleur chronique. Il paraît opportun de se fonder sur plusieurs connaissances pré-requises. Notamment il serait utile d'avoir connaissance des difficultés que rencontrent les internes de médecine générale dans la prise en charge du patient

douloureux chronique. Il serait également intéressant de connaître le regard qu'ils portent sur l'enseignement relatif à ce sujet. Or ces deux thèmes ont été peu abordés.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était d'explorer les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale dans la prise en charge de la douleur chronique et leurs attentes concernant leur formation initiale sur le sujet

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude qualitative, exploratoire, par la méthode des entretiens collectifs, ou focus group, menés sur une population d'internes en médecine générale.

La méthode des focus group consiste à recueillir des données en réunissant et en faisant débattre plusieurs participants concernés par le sujet de l'étude. (8)

II. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de plusieurs moteurs de recherche sur internet : Pub Med, Cismef, Google Scholar, Google, Catalogue Elsevier Masson et Catalogue SUDOC.

La gestion des références retenues a été réalisée avec le logiciel Zotero.

III. réalisation d'un canevas d'entretien

Le canevas d'entretien semi-structuré, comportait dix questions ouvertes. Il a été élaboré à partir d'une revue de la littérature disponible sur le sujet en tentant de couvrir le thème abordé. Il était destiné à favoriser l'échange entre les participants. Il pouvait être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin. Le modérateur n'était pas tenu de s'y conformer strictement, la priorité étant donnée à la richesse des débats.

IV. Echantillonnage

Etaient inclus dans l'étude les internes de médecine générale de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

V. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu à la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille, au pôle formation, durant la pause de milieu de journée lors d'enseignements dirigés.

Les entretiens étaient filmés, les internes participants en étaient informés, l'anonymat leur était garanti. Par sécurité un enregistrement audio était également réalisé.

Le premier entretien était animé par un modérateur différent du chercheur qui tenait le rôle d'observateur. Les suivants ont été animés par le chercheur seul.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données avec un focus group supplémentaire pour vérifier celle-ci.

VI. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement.

Un codage ouvert et un codage axial des verbatim obtenus ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR Nvivo9 permettant une analyse thématique.

Le codage a fait l'objet d'une triangulation avec un deuxième chercheur, interne en médecine générale.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des focus group

Six focus group ont été réalisés de février à novembre 2013 rassemblant au total 40 internes appartenant à la faculté Henri Warembourg de Lille, de trois promotions différentes. Sept internes étaient issus de la promotion Hercek, 19 internes de la promotion Jenner et 14 internes de la promotion Koch. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes avec un Sex Ratio H/F de 12/28.

Les caractéristiques de chaque focus group sont reproduites en tableau n°1

Tableau n°1 : Caractéristiques des focus group

<i>Focus group</i>	<i>Date</i>	<i>Promotion</i>	<i>Nombre de participants</i>	<i>Nombre d'hommes/nombre de femmes</i>
1	7 février 2013	Hercek	7	0/7
2	28 mars 2013	Jenner	7	0/7
3	16 mai 2013	Jenner	5	2/3
4	6 juin 2013	Jenner	7	1/6
5	20 juin 2013	Koch	8	6/2
6	7 novembre 2013	Koch	6	3/3

Note : les internes de la promotion Hercek ont débuté leur internat en 2010, ceux de la promotion Jenner en 2011, et ceux de la promotion Koch en 2012.

II. Analyse des entretiens

A. Contexte de l'expérience des internes

1. Difficultés liées au statut d'interne

La condition même d'interne engendrait plusieurs difficultés de prise en charge : préjugés négatifs des internes quant à leurs capacités, manque de crédibilité face au patient et rapport ponctuel et difficile à établir avec celui-ci.

« En tant qu'internes les patients ils ont pas toujours confiance en nous »

(FG1, IMG5)

« À chaque stage on change de statut [...] on ne connaît pas les gens » (FG1,

IMG7)

2. Difficultés liées aux rapports avec les praticiens expérimentés

Les rapports avec les médecins plus expérimentés, praticiens hospitaliers ou maîtres de stage, pouvaient être problématiques.

La variabilité des pratiques selon les praticiens, dont certaines étaient jugées péjorativement, pouvait désorienter les internes dans leurs réflexions.

« chaque chef a son protocole douleur » (FG1, IMG7)

« J'avais un médecin comme ça, il injectait des produits de mésothérapie en intra articulaire » (FG4, IMG20)

Les internes pouvaient se sentir livrés à eux-mêmes.

« Les chefs, ils sont un petit peu agacés, et, donc, du coup, ils envoient l'interne gérer le truc. » (FG5, IMG39)

Ou un désaccord sur la prise en charge laissait l'interne en porte-à-faux.

« On n'est pas forcément d'accord avec lui et si lui il tranche qu'il faut mettre ça, on est obligé de le suivre. Ou on monte au clash mais ça marche pas tout le temps. » (FG1, IMG5)

Les internes relaient les préjugés et les jugements péjoratifs vis-à-vis des patients douloureux chroniques, qui émanaient parfois des médecins plus expérimentés.

« Le med' gé' nous le dit... « Bon alors lui je t'explique c'est un chiant... » »

(FG3, IMG19)

3. Difficultés liées aux terrains de stage

a) Stages hospitaliers

Les internes de médecine générale effectuaient la plus grande part de leur internat en milieu hospitalier. Ce cadre leur apparaissait généralement peu propice à la prise en charge de la douleur chronique.

Les internes notaient que la douleur était rarement le sujet de préoccupation principale lors d'une hospitalisation. Les médecins hospitaliers pouvaient être peu enclins à s'occuper du problème, ou ne pas avoir les compétences requises.

« Moi je suis en cardiologie, c'est vrai que c'est un petit peu ... le cœur, le reste, ils s'en chargent pas trop... (Rires) la douleur, ils savent pas trop.» (FG4, IMG23)

Plusieurs obstacles à une bonne prise en charge étaient évoqués :

- Le manque de temps.
- Une pratique hospitalière trop directive.
- Un déficit de communication avec le patient.
- Le caractère ponctuel d'une hospitalisation ne permettant pas une prise en charge sur le long terme.

Cet état de fait s'illustre particulièrement par les situations vécues dans les services d'urgences. Les internes y prenaient en charge des patients douloureux chroniques lors d'accès aigus. Mais le service d'urgence était aussi le dernier recours de certains patients pour lesquels aucune solution satisfaisante n'avait été

trouvée en amont. Les internes se retrouvaient dans la situation paradoxale de devoir donner une réponse immédiate à un problème chronique.

« On est aux urgences, il est 23 heures, il y a plein de monde, c'est blindé, et puis quand quelqu'un vient avec une douleur qui dure depuis trois ans... » (FG5, IMG33)

b) Stages ambulatoires

Les internes considéraient généralement la pratique ambulatoire plus adaptée à la prise en charge de la douleur chronique.

Cette meilleure adaptation était notamment due au caractère durable de la prise en charge, à la meilleure connaissance du patient, à une relation médecin-malade mieux établie, et à des maîtres de stage plus disposés à échanger sur le sujet.

« On peut plus en discuter avec notre prat' » (FG1, IMG5)

L'enthousiasme pour les stages ambulatoires était toutefois tempéré par le fait que les internes étaient en supervision directe ou simple spectateur de la pratique du médecin.

« C'est compliqué parce [...] c'est pas vraiment notre patient à nous... » (FG1, IMG5)

La compétence sur le sujet pouvait varier selon les médecins.

« C'est mon ancien prat [...] à six mois de la retraite et qui ne savait pas non plus gérer les douleurs... c'était surtout neuropathique » (FG4, IMG22)

La trop grande proximité avec le patient ou la trop longue durée de la prise en charge pouvait aboutir à une impasse.

« Ça peut arriver parfois que le médecin traitant connaissant trop bien la patiente, le patient, ou s'impliquant un peu émotionnellement passe peut être à côté de quelque chose » (FG2, IMG13)

B. Difficultés de la prise en charge du patient douloureux chronique

1. Situations de départ complexes

Les internes intervenaient souvent sur des situations anciennes et complexes où la douleur envahissait tous les aspects de la vie du malade. Plusieurs types de prises en charge par plusieurs intervenants avaient déjà été menées de manière infructueuse.

« Parce que je pense que, au bout d'un certain nombre d'années [...] ils se définissent avec cette douleur. Ça fait partie d'eux » (FG6, IMG37)

« Elle était passée par tous les centres de la douleur de la région ils avaient beaucoup de mal à la calmer » (FG1, IMG1)

2. Difficultés liées au diagnostic

La connaissance d'un diagnostic étiologique avéré pouvait faciliter la prise en charge de la douleur chronique, tant du point de vue du soignant que de celui du patient. Or, souvent les symptômes exprimés par le patient ne concordaient pas avec un diagnostic précis et paraissaient parfois incongrus. L'étiologie des douleurs exprimées restant occulte.

« Elle avait une douleur partout à gauche

(Animateur: de l'hémi corps gauche ?)

C'est ça, une « totalgie » » (FG3, IMG15)

Ce défaut d'explication physiopathologique aux plaintes douloureuses, ainsi que la suspicion de recherche de bénéfices secondaires, pouvaient amener des internes à douter de leurs véracités ou à leurs attribuer une origine psychique.

« Quand on arrive plus du tout [...] c'est vrai qu'on dit que c'est la part psychologique » (FG2, IMG9)

« À partir du moment où t'as des bénéfiques secondaires je pense qu'à un moment donné après avoir passé deux mois ou trois mois à rester chez toi payé par la sécu [...] tu te tournes voir ton médecin tu fais « ah j'ai tellement mal » » (FG3, IMG16)

Cependant la plupart critiquaient ces *a priori* négatifs et prenaient le parti de croire le patient et de traiter la douleur en tout état de cause.

« Faut aussi faire attention à pas mettre d'étiquette. C'est pas parce qu'on n'arrive pas à calmer une douleur que ça veut dire que cette douleur n'existe pas, que c'est forcément psy » (FG1, IMG1)

« Il me semble que la première chose qu'on puisse faire, c'est croire les gens qui ont mal. » (FG5, IMG28)

« Pourquoi ces patients on les traiterait moins bien ? » (FG1, IMG7)

3. Difficultés liées à l'évaluation de la douleur

Si les internes reconnaissaient des difficultés dans l'évaluation des douleurs chroniques, ils affirmaient peu utiliser les échelles d'évaluation de la douleur. Cette faible utilisation était mise en rapport avec leur méconnaissance des échelles, leur trop grande diversité et le temps nécessaire à leur réalisation.

« Moi à part l'EVA ou l'ECPA je connais pas grand-chose » (FG4, IMG26)

« Il y en a trop » (FG3, IMG15)

« En hospit' t'as le temps de faire ça mais pas en médecine de ville... » (FG3, IMG18)

Leur pertinence en pratique faisait l'objet de doute. Elles ne paraissaient notamment pas adaptées à la complexité de la prise en charge de la douleur chronique.

« C'est une douleur globale, donc c'est pas qu'un chiffre qui va nous aider » (FG4, IMG20)

Toutefois certains affirmaient se servir de certaines échelles ou évoquaient la possibilité de s'inspirer de certaines d'entre elles. La simplicité et la rapidité de réalisation paraissaient alors être les critères de choix.

« Peut-être pas le remplir totalement mais regarder les items qui sont dedans, pour essayer de se faire une idée un peu [...] s'en inspirer, voir un peu ce qui peut t'orienter » (FG4, IMG20)

Les internes s'en remettaient fréquemment à l'observation globale du patient voir à leur appréciation instinctive.

« En le voyant tu sais si ça va mieux ou pas... un peu au feeling... » (FG3, IMG16)

4. Difficultés liées à la relation avec le patient

Si les internes considéraient que la relation avec le patient jouait un rôle important dans la prise en charge de la douleur chronique, cette relation était souvent décrite comme difficile.

Le patient pouvait se montrer très demandeur ou exigeant.

« Elle appelait dix fois par seconde pour... à chaque fois des douleurs différentes » (FG2, IMG11)

« Ils sont exigeants parce qu'ils ont eu affaire à beaucoup de médecins donc du coup la thérapeutique que tu proposes ils vont dire « je l'ai déjà eue elle marche pas » » (FG3, IMG17)

A l'inverse il pouvait exprimer de la lassitude, de la résignation ou un désintérêt pour la prise en charge.

« Au bout d'un moment ils sont stables quoi, ils arrêtent de s'en plaindre, limite c'est presque nous qui allons dire « mais vous avez encore mal il faudrait peut-être faire de la kiné » « ouais mais non ça ne m'intéresse plus » » (FG3, IMG15)

Les internes avaient parfois l'impression d'une mise en échec de la prise en charge par le patient.

« On sentait de la revendication... et que tout ce qu'on pouvait proposer rien ne fonctionnait de toute façon... » (FG2, IMG11)

La prise en charge des patients douloureux chroniques était souvent considérée comme coûteuse en temps.

« Tu prends plus de temps, tu te mets en retard... » (FG3, IMG18)

Les internes exprimaient parfois des *a priori* sur certains types de patients.

« J'ai du mal avec les lombalgiques » (FG3, IMG15) *« les fibromyalgiques moi ça m'énerve »* (FG3, IMG18)

Les internes évoquaient fréquemment des situations où les difficultés de prise en charge entraînaient une dégradation de la relation, une diminution de l'empathie, voire un rejet du patient.

« Mais l'énervement parce qu'on est dépassé dans ce cas-là mais c'est... On a pitié du patient, et à côté de ça, des fois, je pense pas être un mauvais médecin de sentir l'énervement, parce que le patient m'énerve vraiment, il m'énerve ! » (FG4, IMG20)

Certains évoquaient les conséquences psychologiques potentielles pour eux-mêmes.

« Des fois c'est difficile parce que du coup j'ai une implication émotionnelle qui est peut-être trop importante par rapport au patient [...] et finalement parfois je me trouve moi-même en difficulté psychologique » (FG2, IMG9)

La plupart des internes se sentaient peu formés à l'établissement de la relation avec le malade douloureux chronique.

« C'est cette empathie. On nous explique pas [...] comment montrer au patient qu'on a bien compris qu'il avait mal ou qu'il avait des problèmes. Tout ça, je sais pas

faire ; ça s'apprend sur le tas. On nous l'apprend pas. Je trouve ça dommage. » (FG6, IMG38).

5. Difficultés pour aborder la dimension psychologique

La majorité des internes étaient convaincus de la nécessité d'une prise en charge globale de la douleur chronique. L'abord de l'aspect psychologique devait être concomitant à l'abord de l'aspect organique. Cependant ils considéraient avoir été peu formés à cet aspect de la douleur chronique.

« On n'a aucune formation de psychologue. Or la psychothérapie de soutien c'est clairement le rôle du médecin généraliste... » (FG2, IMG9)

Une des principales difficultés évoquées était d'arriver à aborder l'aspect psychologique avec le patient, celui-ci pouvant considérer cette approche comme un rejet de sa plainte.

« Mais ce qui est difficile, c'est y penser et le prendre en compte sans que le patient ait l'impression qu'on dit qu'il n'a pas mal. » » (FG4, IMG20)

A fortiori il était encore plus difficile de faire accepter l'intervention d'un psychologue, ou d'un psychiatre.

« Tu l'envoies chez le psy le mec il va pas bien le prendre ! » (FG3, IMG16)

Bien que beaucoup pensaient que ces praticiens avaient leur place dans la prise en charge du patient, les internes s'interrogeaient sur la nature et sur la place de leur intervention.

« A partir de quel moment tu vas te dire : « Allez, il faut que je fasse intervenir un psychologue ». C'est ça la question. » (FG6, IMG38)

6. Difficultés d'abord de la dimension sociale et familiale

Les internes éprouvaient des difficultés dans la gestion des conséquences sociales de la douleur chronique, notamment l'inaptitude au travail.

« C'est le plus... limite le plus compliqué quoi ! C'est quand on se rend compte...on commence à s'apercevoir que ça sera plus possible pour la personne de ... de tenir son poste actuel et que là on rentre dans des démarches euh...enfin moi je m'y perds encore» (FG1, IMG1)

Les internes déclaraient éprouver des difficultés à se repérer dans les différentes démarches à initier sur le plan social et à effectuer les formalités administratives.

« La différence entre les invalidités, les aménagements de poste tout ça... je trouve que c'est hyper complexe.»(FG1, IMG1) «Il y a toujours des petits couacs : une date qui correspond pas, la sécu qui réclame quelque chose... » (FG2, IMG9)

L'attribution d'arrêts de travail pouvait poser problème aux internes. Les demandes injustifiées de certains patients étaient fréquemment évoquées. La subjectivité du syndrome douloureux, la suspicion de recherche d'un bénéfice secondaire, la crainte de favoriser un passage à la chronicité étaient à l'origine de la difficulté de déterminer l'arrêt de travail adapté.

«Enfin j'ai toujours du mal à mettre un arrêt de travail je me dis toujours est-ce que c'est justifié, est-ce que c'est pas justifié...et dans la douleur chronique c'est encore plus difficile parce que effectivement tu te dis est ce que l'on ne l'entretient pas ? Est-ce que il en rajoute pas ? Enfin en même temps c'est subjectif donc c'est impossible de savoir... » FG2, IMG8)

Le médecin du travail était considéré comme un recours utile par les internes. Cependant dans la pratique, les relations avec cet intervenant étaient faibles ou inexistantes.

« Il y a un manque de communication... nous on a déjà écrit au médecin du travail, enfin...par l'intermédiaire du patient mais...on a jamais eu de retour quoi, sauf le patient ce qu'il nous retransmettait » (FG1, IMG5)

La souffrance d'un patient pouvait avoir des conséquences sur les membres de sa famille et l'attitude de certains proches pouvait poser problème.

« Il y avait sa femme, qui était peut-être plus exigeante, etc. aussi qui était très angoissée. » (FG3, IMG24)

« Il y a des conjoints qui n'écoutent pas du tout l'autre, en disant : « Non, arrête de te laisser aller. T'as pas mal. » » (FG3, IMG22)

7. Difficultés liées à la prise en charge thérapeutique

a) Traitements médicamenteux

Au cours de leur pratique les internes rencontraient des difficultés dans l'adaptation du traitement médicamenteux. Les principaux écueils étaient l'obtention difficile d'un soulagement complet, la survenue d'effets secondaires, le mésusage des médicaments.

« On galérait...à équilibrer les gens. Même sous morphine, ils se plaignaient tout le temps d'avoir mal » (FG6, IMG37)

Si les internes prétendaient avoir une relative bonne connaissance théorique des classes médicamenteuses disponibles dans le traitement de la douleur, leur manipulation en pratique (posologie, nom des molécules, gestion des effets secondaires) restait problématique.

« Les effets secondaires, est-ce qu'après, ils s'y habituent ? Ben je sais pas non plus. » (FG4, IMG20)

La méconnaissance de la manipulation des médicaments pouvait entraîner une réticence à instaurer un traitement optimal.

« J'ai l'impression qu'on est parfois un peu trop frileux à leur prescrire des choses... un peu par méconnaissance... euh... vraiment de... de la molécule en elle-même » (FG6, IMG35)

Les dosages importants des médicaments prescrits à quelques patients pouvaient poser question aux internes. La crainte d'une escalade thérapeutique était une préoccupation récurrente.

« Il y en a qui se baladent avec du Lyrica® et du Neurontin® à des bonnes grosses doses et t'as envie de leur dire « ça fait dix ans que tu l'as, est ce qu'on peut diminuer ou pas... » » (FG3, IMG16)

Ils estimaient avoir été formatés à limiter leur prescription.

« J'ai vraiment l'impression qu'on nous dit « attention à l'escalade thérapeutique, faut pas augmenter » je ne dis pas qu'il faut donner des morphiniques à tout le monde mais finalement soulager... » (FG2, IMG8)

b) Opiïdes forts

Les internes évoquaient les représentations négatives que suscitaient les opioïdes forts dans la population générale.

« La morphine en fait ça renvoie à la mort, ça renvoie à l'addiction ... » (FG3, IMG19)

Eux-mêmes n'étaient pas tous exempts de préjugés négatifs. La prescription d'opiacés revêtait un caractère particulier dans l'esprit des internes qui pouvaient s'y montrer réticents. Cette réticence était majorée dans le cas de sujets jeunes.

« C'est pas possible de laisser sous grosses doses de morphine cette fille de 17 ans » (FG2, IMG14)

La survenue d'une dépendance ou d'effets secondaires étaient les craintes les plus fréquentes.

« Je me pose la question, c'est de savoir si un patient par exemple tout seul si on initie un traitement par morphinique en ville, est-ce qu'on va le laisser tout seul à la maison, en sachant qu'on ne sait pas s'il va faire un surdosage ou pas, et qu'il va

faire... enfin décompenser quand on sera parti, quoi. Ça, ça me fait peur ! » (FG4, IMG22)

Les modalités de prescription n'étaient pas toujours connues des internes.

« *Et les morphiniques c'est à délivrance hospitalière uniquement ou ...?* » (FG3, IMG24)

Certains préféraient déléguer la prescription.

« *On préfère peut-être que ce soit les spé qui introduisent la morphine...* » (FG3, IMG18)

c) Thérapeutiques non-médicamenteuses

Les internes estimaient leur pratique trop basée sur les traitements médicamenteux.

« *Peut-être aussi qu'on a tendance, en tant que médecin, à se focaliser direct... sur une prise en charge médicamenteuse* » (FG6, IMG36)

S'ils reconnaissaient l'utilité de la prise en charge non-médicamenteuse dans la douleur chronique, leur connaissance de cette prise en charge leur paraissait insuffisante.

« *Comment prescrire de la kiné... quelle kiné...c'est un peu théorique mais les indications de la balnéothérapie par exemple... les cures thermales est ce que machin, oui, non, à qui ? Pourquoi ? Comment ? Les ergothérapeutes...* » (FG3, IMG15)

8. Difficultés liées aux relations avec les différents intervenants

S'il paraissait important de pouvoir travailler avec d'autres intervenants médicaux ou paramédicaux, les internes évoquaient une méconnaissance des structures, des référents médicaux et paramédicaux susceptibles de prendre en charge les patients douloureux chroniques.

« D'habitude quand on sait pas, on a des ressources hein, on sait à qui demander, on finit toujours par trouver plus ou moins la solution, mais là y avait pas de... Derrière y avait rien quoi. » (FG1, IMG1)

a) Structures spécialisées de la douleur

Les internes déclaraient mal connaître le rôle et le fonctionnement des structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

« Réellement, je sais même pas ce qu'ils font. » (FG6, IMG38)

Peu avaient eu l'expérience d'adresser un patient dans une de ces structures. En revanche leur action était jugée positive par ceux qui y avaient eu recours. Cependant dans quelques cas, cette prise en charge n'avait pas semblé apporter de progrès.

« Elle était déjà allée une fois et en fait, au centre antidouleur ils lui ont fait une piqûre et puis ils ont rien fait d'autre donc elle veut pas y retourner, pour elle ça n'avait servi à rien... donc on se sentait un peu démuni... » (FG3, IMG18)

Certains restaient réservés quant à l'utilité réelle de ces structures.

« Quand on a déjà tenté pas mal de choses, finalement le centre anti douleur peut pas toujours proposer beaucoup plus que ce qui a déjà été fait » (FG5, IMG28)

Les difficultés conséquentes aux délais de ces structures étaient souvent évoquées.

« La seule chose qu'on connaît, c'est le délai, en fait. On sait qu'il y a six mois d'attente et donc, les patients on leur propose ça, et ils savent... enfin, ils disent : « Ma douleur, c'est tout de suite. » » (FG6, IMG36)

Du fait d'éventuelles déconvenues, des internes soulevaient la nécessité de modérer les attentes trop enthousiastes des patients vis-à-vis des bénéfices d'un passage en centre de traitement de la douleur.

« Faut six mois pour avoir un rendez-vous donc ça va être le top et ils s'imaginent qu'ils vont sortir de là... je pense qu'il est aussi de notre rôle de les prévenir qu'il n'y a pas de miracle non plus au centre de la douleur quoi... » (FG2, IMG9)

C. Regards sur la formation initiale

Les internes étaient conscients de la difficulté à élaborer un enseignement exhaustif aux vues de la complexité du sujet et de la diversité des situations

« On ne peut pas être exhaustif. Comme on l'a dit tous les patients sont différents tout ça... donc là c'est tout on ne peut pas faire le tour. » (FG2, IMG9)

1. Considérations sur le fond

Les internes estimaient avoir reçu une formation théorique médico-technique suffisante lors du second cycle. Toutefois quelques internes étaient favorables à un rappel de connaissances lors du troisième cycle, arguant du fait que l'absence d'application des connaissances favorisait leur oubli.

« Enfin moi perso j'ai beaucoup oublié parce que je n'ai pas prescrit » (FG3, IMG15)

Les internes éprouvaient des difficultés à appliquer en pratique leurs connaissances théoriques. Ils étaient demandeurs d'un enseignement axé sur une vision pratique

« Mais je m'attendais plus à ce qu'ils nous apprennent des choses pratiques, que de nous répéter de la théorie » (FG4, IMG20)

L'enseignement de troisième cycle devait être, pour eux, l'occasion d'aborder d'autres dimensions.

« Img5 le profil psychologique... »

Img6 Adapter la prise en charge au profil du patient... aux hypothèses diagnostiques... au contexte...

Img2 communication... négociation... explication... Je pense que pendant l'internat on est quand même plus en contact avec le patient. C'est nous qui prenons en charge le patient, du coup c'est à nous d'expliquer, de communiquer, de gérer des difficultés de communication, d'acceptation, de dénis » (FG1, IMG5, 6, 2)

Les internes manifestaient un intérêt pour les thérapeutiques alternatives (ostéopathie, hypnose, acupuncture, homéopathie...).

« Par exemple les ostéopathes dans les douleurs lombaires chroniques... les patients en général les retours que j'ai eus c'était plutôt des bons retours... » (FG3, IMG19)

Cet intérêt était toutefois modéré par l'absence d'assise scientifique et la crainte de dérives potentielles.

« Qu'ils nous prouvent les bénéfices. Sinon, moi je suis assez réticent... » (FG5, IMG31) « Je serais ravi d'envoyer un patient voir un mec comme ça si ce n'est pas un charlatan qui lui prend 120 euros la séance » (FG3, IMG16)

Une meilleure formation sur ces formes de soins était souhaitée .Cette formation aurait permis, notamment, d'orienter le patient parmi les différents thérapeutes et de limiter ainsi les dérives.

« Mais au-delà des études enfin, tout ça, il faudrait au moins qu'il y ait un... que ce soit reconnu par l'Etat, enfin quelque chose pour que ... au moins qu'on puisse les envoyer et les informer. » (FG5, IMG29)

2. Considérations sur la forme

a) Intérêt pour un mode d'enseignement participatif

De manière générale un enseignement sur un mode exclusivement vertical, où le professeur ne ferait que délivrer des connaissances aux élèves, n'était pas souhaité par les internes.

Au cours de leur troisième cycle, certains des internes avaient suivi un enseignement basé sur un long rappel de connaissances suivi de l'étude de cas cliniques. Cette modalité ne leur semblait pas pertinente d'autant qu'elle était similaire à celle du second cycle.

« On a survolé tout ce qu'on nous avait appris pendant notre externat. On nous a rappelé palier 1 palier 2 palier 3 l'EVA les autres échelles qui existent... Et finalement j'en ai rien retenu. » (FG1, IMG6)

D'autres internes avaient suivi un enseignement différent. Dans une première partie les internes devaient formuler les interrogations inspirées par les situations cliniques authentiques qu'ils avaient vécues. Ces interrogations donnaient lieu à une recherche documentaire réalisée le jour même. La seconde partie était consacrée à une discussion autour des résultats de la recherche avec la participation éventuelle d'un intervenant spécialiste.

Pour la plupart, les internes jugeaient positivement l'accent mis sur l'autonomie de formation et l'implication dans l'enseignement.

« Ce qui est intéressant, c'est qu'il faut qu'ils nous prennent pour des adultes, en fait, qu'ils nous responsabilisent » (FG5, IMG28)

De plus les internes qui n'avaient pas suivi cette forme d'enseignement paraissaient demandeurs d'une forme similaire.

« Peut-être, ce qui serait bien, je sais pas, diffuser sur intranet, qu'on puisse le bosser un peu avant et qu'après, exposer des situations cliniques, avec le cours qui est sur intranet, pouvoir répondre à nos questions » (FG4, IMG25)

Cependant cette approbation était relativisée par quelques internes. Certains évoquaient des problèmes dus à une certaine immaturité de leur part.

« Bon, c'est pas qu'on n'est pas très sérieux... on se retrouve autour d'une table pour travailler... c'est de notre faute... mais c'est pas un format qui favorise la concentration » (FG6, IMG36)

D'autres restaient demandeurs d'une dose de transmission verticale des connaissances.

«J'ai peur aussi[...] que ce soit au niveau connaissances, très nettement insuffisant, et que derrière, on n'ait pas un petit cours pratique qui nous permette de... d'appliquer quelque chose concrètement dans ces situations-là. » (FG6, IMG39)

b) Intérêt pour certaines modalités d'enseignement

Certaines modalités de formation étaient évoquées par les participants : jeux de rôles, enregistrements vidéo de consultation.

« Si on pouvait partir d'une vidéo d'une consultation je pense que ce serait beaucoup plus simple » (FG2, IMG9)

« En ED on avait fait des jeux de rôle moi j'avais trouvé ça pas mal mais autour de moi ils étaient moins convaincus (rires) mais moi j'avais trouvé ça pas mal quand même» (FG2, IMG13)

c) Intérêt pour la présence d'intervenants

Les participants étaient favorables à la présence d'un intervenant spécialiste au côté de l'enseignant de médecine générale.

« Donc moi je pense que c'est intéressant d'avoir un médecin généraliste et un spécialiste » (FG3, IMG19)

Toutefois ils observaient que certaines interventions ne s'adaptait pas au cadre de la médecine générale.

« - Par contre t'en as ils sont à côté de la plaque quoi.

- Ouais ils reprennent la prise en charge hospitalière... » (FG3, IMG18, 19)

Dans les faits, cette présence des spécialistes aux enseignements de médecine générale n'est pas systématique. Les internes le déploraient.

« Nous on n'a pas eu d'intervenant l'après-midi donc bon... on a préparé des questions auxquelles on n'a pas eu forcément de réponse » (FG2, IMG9)

Des internes voulaient élargir ce principe à l'intervention de professions paramédicales, de thérapeutes alternatifs, voire de patients.

« Et c'est vrai que ça serait intéressant d'avoir justement un kiné, lors de nos ED » (FG2, IMG13)

« Par exemple les ostéopathes dans les douleurs lombaires chroniques... les patients en général les retours que j'ai eus c'était plutôt des bons retours. » (FG3, IMG19)

« Je me disais ce serait peut-être intéressant euh... de voir des patients, parce que ce serait en-dehors d'un cadre euh... de soins » (FG6, IMG37)

d) Intérêt pour l'échange d'expérience

L'échange d'expérience permettait aux internes d'enrichir leur pratique au quotidien.

« Là où on apprend beaucoup c'est en stage. Parce que on a tel médecin qui nous dit je fais comme ça...alors après il y a le risque que ce qu'il fasse ça ne soit pas une bonne chose. Mais en couplant les connaissances théoriques et ce que lui fait... » (FG2, IMG8)

Se fonder sur l'expérience des internes était une demande fréquente.

« Il y avait six situations cliniques, et on devait choisir celle qui nous posait le plus de problème. Mais non, c'est pas ça ! C'est pas celle-là qui nous pose problème, c'est celle qui m'a posée problème dans mon histoire » (FG4, IMG20)

Dans un même temps les internes manifestaient de l'intérêt pour l'expérience de leurs enseignants.

« T'as un mec en face de toi t'as envie de dire « ce que tu as fait ça nous intéresse... t'es installé depuis vingt ans ou trente ans... ton expérience nous intéresse, nous ce que l'on veut savoir c'est comment tu gères les petits problèmes du quotidien qu'on ne trouve pas dans les bouquins » » (FG3, IMG16)

La plupart des internes auraient voulu fonder leur enseignement de troisième cycle sur cet échange d'expérience.

« Un prof qui aurait une petite formation et qui tournerait un petit peu, réorienter, vérifier que chacun parle un petit peu, que chacun raconte son expérience, un peu comme toi tu le fais... je trouve ça plus intéressant que les ED comme on les fait habituellement... » (FG3, IMG16)

L'échange qu'ils avaient eu pendant les entretiens paraissait à certains un bon exemple de ce qui pourrait être fait pendant les enseignements.

« Focus group c'est bien comme forme... » (FG3, IMG16)

DISCUSSION

Des difficultés à tous les niveaux de prise en charge ont émergé : thérapeutique, relationnelle, psychologique, et sociale. Le statut et le contexte d'exercice des internes entraînaient des difficultés. Un grand nombre de difficultés étaient attribuées à une formation insuffisante sur les différentes dimensions de la douleur chronique. Les internes montraient un intérêt pour un enseignement de mode participatif se basant sur leur expérience.

I. Discussion de la méthode

A. Choix du type d'étude

Si la douleur chronique est un sujet largement traité, à notre connaissance peu de publications existent sur les difficultés que rencontrent les internes de médecine générale vis-à-vis de cette problématique. Dès-lors une étude exploratoire paraissait opportune.

De plus le sujet abordait une réalité complexe, une étude qualitative était donc particulièrement pertinente dans cette optique.(9)(10)

Une étude par observation aurait demandé des moyens (durée de l'étude, nombre d'observateurs...) dont nous ne disposions pas.

La méthode des focus group par la dynamique de groupe, l'émergence de points de vues et d'expériences diverses qu'elle engendre, était intéressante pour

explorer les ressentis, les représentations, les expériences et les opinions des internes sur le sujet. (8)

B. Constitution de l'échantillon et des focus group

La diversité des points de vue étant un facteur de qualité de l'étude (8), les internes de médecine générale étaient recrutés sur la base la plus large possible. Aucun critère d'exclusion n'a donc été retenu.

Pour éviter l'apparition de leader d'opinion, les focus groups ont été constitués d'internes de la même promotion.

C. Forces et limites de l'étude

L'étude portait sur un sujet peu traité dans la littérature médicale.

Le double codage (triangulation) réalisé séparément par un autre interne en médecine générale a permis une meilleure objectivité. La mise en commun des deux codages a mis en évidence une concordance dans 75% des codes.

Le caractère qualitatif de l'étude ne permet pas de dégager des résultats reproductibles mais permet l'émergence de pistes de réflexion. (9)

L'étude a porté sur le point de vue des internes de médecine générale. Ce point de vue est à mettre en parallèle avec celui d'autres acteurs dans le domaine de la douleur chronique et de la formation médicale.

1. Biais de sélection

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat après exposé du thème des entretiens. Il est possible que ces participants aient eu un intérêt pour le sujet supérieur à celui de la population étudiée.

2. Biais de réalisation

Il n'a pas été réalisé le même nombre de focus group pour chaque promotion.

Suite à un désistement le troisième focus group ne comportait que cinq participants. Les focus group doivent comporter idéalement de six à huit participants (8)

Par manque de moyens humains les focus group étaient animés par le chercheur à l'exception du premier. L'animateur doit idéalement être différent du chercheur (8)

Le déroulement des focus group lors de la pause du midi imposait une limite temporelle. Cependant aucun focus group n'a été interrompu avant son terme.

II. Discussion des résultats

A. Le contexte d'exercice particulier des internes

Les internes signalaient le caractère peu propice de leur mode d'exercice à l'abord de la douleur chronique.

La durée des stages ambulatoires était jugée trop courte pour instaurer une relation suffisante avec le patient et la supervision directe du maître de stage était un frein à l'appropriation de cette relation. La prise en charge de la douleur chronique semblait être mise de côté en milieu hospitalier, or les internes de médecine générale y effectuent la majorité de leurs stages.

Pour autant une augmentation de la durée et de la proportion des stages ambulatoires ou une généralisation des stages en supervision indirecte (S.A.S.P.A.S.) pourraient-elles permettre un meilleur abord de la douleur chronique ?

La sensibilisation, déjà engagée (7), du monde hospitalier au problème de la douleur pourrait permettre une évolution de la situation.

Dans quelle mesure les *a priori* négatifs exprimés par certains médecins séniors influencent-t-ils les internes de médecine générale dans leurs propres représentations des patients douloureux chroniques ?

B. Des difficultés à toutes les étapes de la prise en charge

Les internes étaient confrontés à la complexité de la douleur chronique au cours de leur pratique. Ils découvraient les multiples aspects de la problématique, autres que celui médicoteknique acquis au cours de leur formation initiale.

A tous ces niveaux de prise en charge les internes exprimaient des difficultés et un besoin de formation. Une étude relevait déjà en 2002 des difficultés et des besoins de formation similaires chez les médecins généralistes (11).

1. Lien entre les difficultés thérapeutiques et les difficultés relationnelles

Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques avaient un retentissement dans l'attitude des internes face au patient : obstacle à l'empathie, difficulté à croire le patient ou attribution d'une origine psychique aux troubles.

L'identité médicale est la conviction du médecin d'appartenir à un groupe professionnel et d'agir comme les autres membres de ce groupe. Cette identité médicale se forge chez l'étudiant en médecine par la connaissance biomédicale et la maîtrise des techniques thérapeutiques. C'est une identité technique, scientifique, efficace.(12) La remise en cause de cette identité par la confrontation à une problématique intrinsèquement complexe, subjective et non curable pourrait expliquer ces difficultés d'empathie.

La confrontation du soignant, et du patient, aux limites du pouvoir médical, est sans doute une autre explication à la fragilité de la relation médecin-malade.

Comme le suggère Dominique Bouckenaere, ces difficultés pourraient être surmontées par la révision de l'optique de la prise en charge de la douleur chronique : passer du modèle biomédical classique à un modèle biopsychosocial. (13)

Le modèle biopsychosocial est une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie (14). En pratique les thérapeutiques comprendront, outre les actions visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psycho-sociaux perçus comme participant au problème de santé. Les croyances et attentes du patient influençant directement les résultats des traitements, sa participation sera recherchée. (14)

Le modèle biopsychosocial crée une relation intersubjective entre le malade et le soignant. Les manifestations douloureuses du premier ne sont plus tenues de correspondre à un processus physiopathologique prédéfini. Le second ne doit pas fournir exclusivement des réponses situées dans le registre du « faire » (13).

Ce changement de modèle, pour autant qu'il soit intégré par le soignant et par le patient, pourrait-il permettre de passer au-delà des difficultés relationnelles évoquées par les internes ?

Comme un des participants, Dominique Bouckenaere évoque également le risque d'être submergé par sa propre détresse, ce qui peut déterminer une détresse en cascade chez les deux protagonistes.

2. Un abord psychologique mal cerné

Les internes dénonçaient leur manque de formation pour aborder l'aspect psychologique de la douleur chronique. Ce déficit avait été exprimé par des médecins généralistes dans une étude précédente(11). Il existait bien un item du programme de l'ECN consacré aux bases psycho-pathologiques de la psychologie médicale (item 47) mais les internes ne le mentionnaient pas. Celui-ci n'apparaît d'ailleurs plus dans le nouveau programme (15). Si les mots « soutien » ou « prise en charge psychologique » sont un classique des copies d'internat(16), l'abord de

cette problématique ne semble pas se faire de manière transversale au cours de la formation médicale.

Les questionnements de certains internes sur le moment opportun de l'intervention d'un psychologue révélaient la vision qu'ils avaient de la prise en charge psychologique. Celle-ci apparaissait comme un appoint à la prise en charge médicale, correspondant à un cas de figure particulier, nécessitant le cas échéant l'intervention d'un spécialiste paramédical ou médical. Cette manière de voir est observée chez d'autres praticiens (17). Cela traduit sans doute une faible intégration du modèle biopsychosocial, où la prise en charge psychologique serait complémentaire et concomitante aux autres dimensions de la prise en charge.

3. Persistance de frein à la prescription

Les principes généraux des traitements médicamenteux étaient connus des internes, mais leurs modalités d'application restaient problématiques. L'étude a mis en évidence la persistance de méconnaissances, d'appréhensions et de représentations négatives relatives aux différents traitements médicamenteux plus particulièrement en ce qui concerne les opioïdes forts. Une précédente étude mettait en évidence des lacunes dans le maniement des opioïdes par les médecins généralistes (18). Une autre étude retrouvait, chez des médecins généralistes, un frein à la prescription d'opioïdes forts dans 30% des cas de douleurs non cancéreuses par crainte de la survenue d'une dépendance (19). En 2014 la thèse soutenue à la faculté de médecine de Lille par Dana Bucur portait sur les difficultés de prise en charge de la douleur chronique chez les médecins généralistes. Elle retrouvait une difficulté de manipulation des thérapeutiques ainsi que la réticence à l'instauration de traitements antalgiques chez les sujets jeunes (20).

Comment expliquer cette persistance d'a priori négatifs : s'agit-il d'un déficit de formation ou d'une imprégnation par la pratique d'autres médecins ?

4. Faible utilisation des échelles d'évaluation

A l'exception des échelles simples (échelle numérique, EVA), une faible utilisation et une méconnaissance des différents outils de diagnostic et d'évaluation de la douleur par les internes ressortaient des entretiens. Cette faible utilisation était mise en évidence chez les médecins généralistes pour des raisons analogues en 2002(11). La thèse soutenue par Dana Bucur (20), retrouvait une utilisation faible des échelles d'évaluation considérées comme peu adaptées à la douleur chronique. Comme dans la présente étude, il est apparu que l'évaluation se faisait par l'appréciation subjective du médecin.

La validité en soins primaires de ces échelles est l'objet de débat, L'étude contrôlée de Pouchain et al. montrait que l'utilisation des échelles validées comme l'EVA n'apportait pas de bénéfice aux patients en termes de soulagement de la douleur en soins primaires (21). Cependant leur utilisation reste recommandée par la HAS (4). La conception d'outils dédiés à la médecine générale est-elle nécessaire ? Qu'en est-il de l'appréciation subjective du soignant : dans quelle mesure celle-ci est-elle efficace pour évaluer la douleur du patient ?

5. Limites des possibilités de recours

Les internes évoquaient le manque de référent auquel adresser leurs patients. Cette relative solitude était évoquée par les médecins généralistes dans la thèse de Dana Bucur. (20)

Une partie des internes soulignait la nécessité de modérer les attentes trop importantes des patients par rapport à la consultation d'un centre spécialisé de la douleur. Une étude réalisée au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève révélait que la moitié des patients attendait un soulagement complet ou une guérison de leur douleur.(22) Cela renvoie encore aux limites du pouvoir médical et à leur acceptation par les patients

C. Attentes concernant la formation initiale

1. Intérêt pour un élargissement du champ de l'enseignement

Les internes évoquaient la possibilité d'être formés sur les différents aspects, autres que médicotechnique, de la douleur chronique. Ils marquaient souvent un intérêt pour les médecines alternatives et complémentaires, relativisé toutefois par leur manque d'assise scientifique. Le débat sur ces thérapies reste ouvert en France. Certaines font l'objet d'un début de reconnaissance à l'instar de l'ostéopathie (23). Certains font remarquer que l'abord holistique de la personne qu'elles préconisent est en adéquation avec l'approche globale du patient douloureux (24). Au regard de la proportion importante de patients y faisant appel, une formation sur le sujet est-elle opportune?

2. Intérêt pour un enseignement interactif et participatif

Les internes exprimaient leur intérêt pour la présence d'un intervenant spécialiste durant les enseignements et regrettaient leur absence en pratique. Ce problème était soulevé par le HCSP dans son rapport d'évaluation. (7) Certains DMG appellent des paramédicaux à intervenir durant les enseignements sur la douleur(25) cette option suscitait l'intérêt des internes interrogés dans l'étude.

Depuis quelques années l'enseignement de la médecine générale en France passe d'un « paradigme d'enseignement » à un « paradigme d'apprentissage » (26). Cette pédagogie fonde la construction des connaissances de l'étudiant sur les questions qu'il se pose à partir de contextes professionnels authentiques. Ces questions font l'objet d'un travail de recherche et d'apprentissage, en interaction avec les pairs et le professeur. Le professeur est perçu avant tout comme un facilitateur et comme un modèle.

Les attentes des internes par rapport au mode d'enseignement en troisième cycle et face à ce changement de paradigme demeuraient ambivalentes. Quelques-

uns souhaitaient le maintien, dans une certaine mesure, d'une transmission verticale d'un savoir théorique. Ce souhait était motivé par une faible confiance dans leurs propres connaissances et leur autonomie d'apprentissage. Les résistances des internes face à ce changement avaient d'ailleurs déjà été observées par des enseignants (27). Mais pour la majeure partie la nécessité d'un schéma d'enseignement différent semblait s'imposer. Baser l'enseignement sur le vécu des internes, substituer les connaissances pratiques au savoir théorique, bénéficier de l'expérience de l'enseignant, étaient des requêtes récurrentes. Les aspirations des internes semblaient se tourner plus vers l'acquisition de compétences que de connaissances. Ceci semble donc appuyer le tournant pris ces dernières années.

D. Comparaison aux autres études du projet DOLMEN

Cette étude fait partie du projet DOLMEN, qui s'articule autour de trois axes, les difficultés de prise en charge de la douleur chronique, éprouvées par les médecins généralistes, les internes de médecine générale et les attentes des patients. Une thèse de méthode similaire à la présente étude et portant sur le même sujet a été soutenue à Grenoble en juillet 2013. Elle retrouvait des résultats similaires :

- Difficultés liées au statut d'interne.
- Difficultés dans la manipulation des thérapeutiques.
- Difficulté d'évaluation.
- A priori négatifs concernant les douleurs sans étiologie ou psychosomatiques.
- Méconnaissances et difficultés dans la prise en charge non médicamenteuse.
- Intérêt ambivalent pour les thérapies alternatives.
- Besoins hétérogènes concernant la formation, mais aspiration à l'acquisition de compétences.
- Insuffisance de formation en psychologie médicale.

Certains éléments étaient plus marqués dans la thèse grenobloise : Le besoin exprimé par les internes d'établir une limite entre des phénomènes organiques et psychologiques. Si les internes lillois se questionnaient sur l'intrication de tels phénomènes et que la psychologisation de certains symptômes était retrouvée, la volonté de séparer clairement les deux dimensions n'émergeait pas. Cette différence est peut-être à mettre en rapport avec des différences dans les parcours des internes.

D'autres thèses similaires sont en attente de soutenance, la compilation et la comparaison de leurs résultats permettront de dégager des données plus étayées et de définir des pistes de réflexion pour l'élaboration de l'enseignement dédié à la douleur chronique aux internes de médecine générale.

CONCLUSION

La douleur chronique est un problème de santé publique. Sa nature complexe et multidimensionnelle, sa nécessaire approche pluridisciplinaire, placent le médecin généraliste au cœur de sa prise en charge. L'enseignement dispensé aux internes de médecine générale est donc un enjeu important. L'élaboration de cet enseignement est en cours, cette étude peut y apporter une contribution.

Cette étude a permis de mettre en lumière certaines difficultés rencontrées par les internes de médecine générale dans la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques ainsi que leurs attentes concernant l'enseignement du sujet.

De manière générale les internes se sentaient peu aptes à aborder cette réalité complexe et multidimensionnelle. Les connaissances qu'ils avaient acquises au cours de leur formation initiale ne semblaient pas les avoir suffisamment préparés à ces situations. Le milieu dans lequel ils exerçaient ne paraissait pas non plus permettre une appréhension satisfaisante du problème de la douleur chronique

Si cette étude ne prétend pas être exhaustive et ne concerne que le point de vue des internes de médecine générale elle ouvre plusieurs champs de réflexion.

Réflexions sur la pratique médicale : Les difficultés de prise en charge peuvent conduire à repenser l'approche du patient douloureux chronique dans une perspective plus globale. Elles induisent un questionnement sur les limites du pouvoir médical et sur l'opportunité de réfléchir au rôle du soignant : places de l'accompagnement, de l'écoute et de l'empathie concomitantes aux démarches curatives, intégration dans une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Réflexions sur la formation des internes de médecine générale : il paraît souhaitable d'établir un enseignement spécifique fondé sur l'acquisition de compétences plutôt que de connaissances, en se basant sur le vécu des internes. Toutefois les modalités optimales d'un tel enseignement restent à définir.

Le projet DOLMEN comporte plusieurs thèses, certaines en cours de réalisation. Ce projet s'articule autour de trois axes autour de la douleur chronique : difficultés de prise en charge, formation médicale et attentes des patients. Les connaissances générées par ce projet permettront à terme une meilleure prise en charge de la douleur chronique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. H. Merskey et N. Bogduk. *International Association for the Study of Pain | Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. IASP; 1994 [cité 22 nov 2012]. Disponible sur: http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Publications/FreeBooks/Classification_of_Chronic_Pain/default.htm*
2. *La douleur [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. [cité 11 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/la-douleur>*
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé A. *ÉVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE AMBULATOIRE [Internet]. 2004 [cité 28 sept 2012]. Disponible sur: http://www.apl-npdc.fr/IMG/pdf_deformation_pied_recos.pdf*
4. Haute Autorité de Santé AUNDE. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 [cité 28 sept 2012]. Disponible sur: http://www.santedevel.org/biblio/pdf2/has/avis/2006/10/synthese_tox_botulique_face_v_u_fm.pdf*
5. Bouhassira D, coll. *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136:380-7.*
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-287.*
7. Haut conseil de la Santé Publique. *Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. 2011 mars [cité 19 sept 2012]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf*
8. Moreau A, Villars PD, Grenoble CHU. *Méthode de recherche : s'appropriation de la méthode du focus group. Rev Prat-Médecine Générale. 15 mars 2004;18(645):382-4.*
9. Aubin-Auger I, coll. *Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.*
10. Pope C, Mays N. *Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1 juill 1995;311(6996):42-5.*
11. Liard F, Chassany O. *Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale - EM|Premium. Douleurs. avr 2002;3(2):69-73.*
12. Assal J-P. *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité : Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge [Internet]. EMC. 1996 [cité 26 août 2014]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/10543/resultatrecherche/11>*

13. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade - Cairn.info. *Cah Psychol Clin.* 2007;(28):167-83.
14. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine Sport.* 11 août 2010;Volume 258(28):1511-3.
15. Programme du deuxième cycle des études médicales [Internet]. APNET : Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique. 2013 [cité 18 juin 2014]. Disponible sur: http://apnet.univ-lille2.fr/fileadmin/Damien_APNET/nouveau_ECN/APD_ANNEXE_MEDECINE_31_janvier.pdf
16. Fiche méthodo : comment bien organiser vos réponses aux cas cliniques ECN | Le blog de Malik, interne en médecine [Internet]. [cité 18 juin 2014]. Disponible sur: <http://blog.letudiant.fr/medecine-examen-classant-national/fiche-methodo-comment-bien-organiser-vos-reponses-aux-cas-cliniques-ecn/>
17. Bioy A. Lorsque les médecins de la douleur font de la psychologie... - Cairn.info. *J Psychol.* 2007;(246):35-9.
18. Emery C, George B, Gomas J-M. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL - EM|Premium. *Douleurs.* 2005;6(6):366-73.
19. Serra É, Marchand F, Mimassi N, Ganry H. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2014;172(4):323-9.
20. Bucur D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes ? [Faculté de médecine de Lille]: Lille2; 2013.
21. Pouchain D, Huas D, Gay B, Avouac B. Echelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique. *Rev Prat-Médecine Générale.* 30 sept 2002;16(585):1299-303.
22. Cedraschi C, Pignet V, Allaz A-F, Desmeules J, Dayer P. Quelles sont les attentes des patients souffrant de douleurs chroniques référés à un centre multidisciplinaire de la douleur? *Médecine Hygiène.* .(57):1478-80.
23. Fagon J-Y, Viens-Bitker C. Rapport sur les medecines complémentaires à l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris [Internet]. AP-HP; 2012 mai [cité 18 juin 2014]. Disponible sur: http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/11/files/2012/07/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
24. Nègre I. Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* juin 2013;14(3):111-8.
25. Miqyass L. Evaluation du contenu et des modalités d'enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale en France [Internet]. Paris Diderot Paris 7; 2013 [cité 20 août 2014]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20enseignement%20douleur%20L%20M.pdf>
26. Jouquan J, Bail P. . À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale.* 2003;4:163-75.
27. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille ? *Exercer.* 2010;21(90):15-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien

Tout d'abord on propose à chaque participant de se présenter : son prénom, son âge, le stade de sa formation, le stage où il exerce en ce moment, s'il a déjà reçu l'enseignement de troisième cycle sur la douleur chronique.

On commence par une entrée en matière à la fois simple et large de manière à favoriser la remémoration des expériences vécues par les participants et à créer une émulation.

« Pour commencer nous allons faire un tour de table. Est-ce que chacun d'entre vous peut nous faire part d'un cas où il aurait eu à prendre en charge un patient souffrant de douleur chronique et nous dire quel difficultés éventuelles il a rencontré dans cette prise en charge ? »

A l'issue de ce tour de table, si un thème, évoqué plus bas ou non, émerge particulièrement l'animateur devra relancer la discussion sur ce point. L'observateur note les thèmes qui n'auraient pas été prévus par le guide d'entretien afin de les proposer à la discussion plus tard.

Si aucun thème n'émerge on relance l'entretien :

« Est-ce que vous vous souvenez de cas où le diagnostic étiologique était difficile ? En quoi était-ce difficile ? »

« Certain patients ont un traitement antalgique parfois très important et malgré cela la douleur persiste. Est-ce qu'il vous est arrivé de vous sentir dépassé dans vos moyens thérapeutiques? »

« Comment évaluez-vous une douleur chronique ? »

« Dans le champ biomédical ou biotechnique est ce que vous avez rencontré d'autre problème ? »

A ce stade l'animateur ou l'observateur peuvent proposer d'approfondir certains points évoqué au cours de l'entretien.

Ensuite on reprend le fil.

« Chez ces patients souffrant de douleur chronique, avez-vous rencontré des difficultés pour prendre en charge certains aspects autres que le symptôme douloureux en lui-même ? »

Là encore on reprendra d'abord les thèmes émergents.

« La dimension psychologique est importante dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique, par exemple beaucoup d'entre eux sont déprimés, l'avez-vous remarqué ? Est-ce la une problématique majeure de la prise en charge ? »

« Conflit professionnel ou reclassement, mise en invalidité, arrêt de travail prolongé, conflit avec le médecin-conseil... les patients souffrant de douleur chronique ont souvent des problèmes sociaux comment les abordez-vous ? »

« Les difficultés de traitement, le fait que l'on trouve rarement une solution idéale pour les patients amènent parfois ceux-ci à douter du corps médical, est ce que vous avez remarqué le type de difficultés que ça pouvait créer dans la relation médecin-malade ? »

« Dans le champ du psycho-social est ce que vous avez remarqué d'autres problématiques qui pourraient survenir ? »

L'animateur ou le modérateur pourront proposer d'autres points à approfondir.

« Est-ce que vous connaissez les structures spécialisés qui existent dans le domaine de la douleur chronique ? Est-ce que vous avez déjà adressé un patient à ce genre de structure ? Leurs apports vous semblent-ils bénéfiques ? »

« Est-ce que vous vous souvenez de vos ED et de vos cours sur la douleur chronique ? Qu'est-ce que vous en avez retenu ? Est-ce qu'il y a des situations de la pratique réelle pour lesquelles vous ne vous sentiez pas suffisamment formés ? »

Une dernière fois l'animateur ou le modérateur peuvent proposer un point à approfondir.

« Est-ce qu'il y a autres choses sur ce sujet de la douleur chronique dont vous auriez aimé parler ? »

Si pas de réponse on conclue en remerciant les participants.

Annexe 2 : Verbatim du quatrième focus group

Animateur Ce qu'on peut faire peut-être, c'est que vous vous présentiez... dites votre prénom... votre

promo... je crois que vous êtes tous en promotion Jenner, où est-ce que vous êtes en stage en ce moment, si vous faites des DU... si vous faites des DESC... à quoi vous vous destinez, si vous vous destinez à la médecine générale ou autre, voilà... Je t'en prie, tu peux commencer...

Img20 Alors Je m'appelle Yaëlle. Je suis originaire de la fac d'Amiens à l'origine. J'ai choisi de faire méd gé et j'adore ça... Je veux m'installer en libéral, en cabinet, je ne sais pas exactement dans quel type de pratique encore. Actuellement, je suis en pédiatrie à Lens et c'est très bien. Pour info, si vous voulez passer en pédiatrie, c'est très bien... (rire)

Animateur D'accord

Img21 Moi, c'est Angélique, originaire de Lille. Actuellement en cours séjour gériatrique à Salengro. Pareil... je me destine à la médecine de ville mais... j'ai fait un stage en soins pal, et j'aimerais garder un pied à l'hôpital pour continuer à faire du soin pal tout en faisant une activité libérale...

Animateur D'accord...

Img22 Moi, c'est Nadia, promo Jenner aussi... euh la actuellement, je suis en stage en pneumologie à Douai, et je me destine aussi à la médecine en cabinet, en libéral.

Img23 Moi, c'est Sonia. Je suis en ce moment en cardio à Roubaix. Je viens de passer le DU des personnes âgées, et j'aimerais bien et m'installer et peut-être ...avoir aussi un pied... en gériatrie... faire les deux.

Img24 Moi c'est Charlotte. Je fais partie de la promo Jenner. Je suis actuellement en stage de gériatrie aux Bâteliers et plus tard donc c'est pareil, exercice en libéral, et aussi j'ai passé aussi le DU des personnes âgées, donc si je pouvais peut-être garder un pied aussi à l'hôpital dans un premier temps, ce serait pas trop mal.

Img25 Moi, c'est Nelly moi j'ai un parcours un peu atypique. J'ai commencé par un DES de psy, donc j'ai fait un stage de psy adultes, après j'ai passé 6 mois...un semestre au COL en psycho-oncologie dans le service de soins palliatifs. Après, j'ai fait un semestre en médecine légale, parce que je voulais faire le DESC de médecine légale, mais c'est un peu compliqué à vivre donc j'ai fait un droit au remord vers la médecine générale, et voilà donc là je suis en stage chez le praticien. Et puis j'aimerais m'installer et puis après je sais pas, je...

Animateur donc t'installer en médecine générale ?

Img25 en médecine générale oui

Animateur et La médecine dans laquelle tu... ?

Img25 bah c'est-à-dire qu'à Lille c'était un petit peu difficile. On m'a autorisée à m'inscrire au DESc, on m'a validé un semestre de DESc... mais il n'y avait pas de place pour une femme à Lille en médecine légale...(rire)

Animateur ah ! D'accord. Ok, très bien.

Img25 Voilà, donc on me l'avait clairement dit quand je suis arrivée dans le service ... donc ... ce que je voulais faire c'est de la médecine générale au départ, mais le DESC de médecine légale n'était pas ouvert aux internes en médecine générale, à Lille en tout cas... donc j'ai fait le DES psy au départ. Voilà...

Animateur D'accord, OK.

Img25 mais j'ai rien perdu

Img26 Marc, promotion Jenner, aux urgences à Dunkerque. Je me destine à la médecine générale en cabinet.

Animateur D'accord. Ok. Très bien.

Img20 et ce que j'ai pas dit, moi, Yaëlle, c'est mon DU, qui est d'homéopathie...

Animateur d'homéopathie d'accord... Euh, alors, pour commencer, on pourrait faire un tour de table. Est-ce que vous-mêmes dans vos pratiques, au cours de vos stages, ça peut être en ambulatoire, ça peut être dans le monde hospitalier, est-ce que vous avez une expérience qui vous revient à l'esprit euh... de patients qui souffraient de douleurs chroniques, et qui vous auraient posé souci ? Voilà... Qui veut ...?

Img21 Bah moi, je veux bien. J'étais au semestre précédent à Seclin. J'avais fait en fait... donc c'était une dame qui venait parce qu'elle avait été opérée pour... au niveau vertébrale, au niveau de la L 5, et depuis, suite à une hernie discale, elle avait des douleurs neuropathiques très importantes au niveau de la jambe droite. Elle était pas soulagée du tout par les médicaments de son médecin traitant. Son médecin traitant l'avait mise, donc, elle était sous morphine ; elle était sous Totalgic(?) aussi, euh, et sous Lyrica, mais des doses faramineuses ; elle était je crois à 300 mg fois 3 par jour. Et j'avoue que... enfin d'après la description de ses douleurs, ça paraissait plus, pas paroxystique, mais plutôt continu ses douleurs ... donc moi, comme j'étais passé en soins pal , heureusement ça m'a aidé parce que sinon je trouve que dans le suivi de notre formation, c'est bien beau d'apprendre des diagnostics, les douleurs neuropathiques, paroxystiques, on met ça... mais comme on ne l'applique jamais... et donc, du coup en fait... bah j'ai essayé de lui mettre du Laroxyl , au départ ça fonctionnait pas trop, et puis j'ai essayé de me tourner vers l'équipe mobile de soins palliatifs de Seclin qui me dit « elle est pas cancéreuse, donc on ne s'en

occupe pas », super... mais on a un référent spécialiste de la douleur, je l'appelle, il me dit « écoute, moi là j'ai pas le temps de passer, je peux pas clairement, rapproche-la d'un centre de la douleur ». Sauf que cette dame, elle pleurait dans son box tellement elle avait mal, je me suis dit « C'est pas possible, il faut que je fasse quelque chose ». Donc je rappelle l'équipe mobile de...le secretariat de gériatrie...de soins pal pardon qui me dit « bah oui il y a des centres de la douleur, il y a Huriez, il y a Salengro, mais les délais sont de trois à six mois... » ben oui mais cette dame-là, je l'ai dans mon box, elle pleure de douleur...

Animateur c'était au urgences hein ? excuse moi..

Img21 oui...qu'est-ce que je fais ? « Ben vous pouvez vous rapprocher du centre de la douleur de Douai » bon j'appelle à Douai, ah ben oui, mais on était au mois d'Avril, pas avant fin juin, sa consultation. Moi, cette dame, elle a mal, qu'est-ce que je fais ? La seule solution que j'ai trouvé, c'est de rappeler dans mon ancien service, à Tourcoing, parce que Guillaume qui est là-bas, mon chef, il est super, il est disponible et tout ça, et c'est lui qui m'a dit « tu lui mets ça, tu mets autant de gouttes de Laroxyl, son Lyrica c'est beaucoup trop important, tu lui diminues ses doses, sa morphine tu fais ça... » Sinon, j'avais aucun interlocuteur. L'anesthésiste, spécialiste de la douleur à Seclin ne voulait même pas me donner des conseils, alors que cette dame, elle en pouvait plus !

Animateur D'accord. Toi, tu as fait quoi au final ?

Img 21 Ben du coup, en fait, donc il fallait effectivement lui mettre du Laroxyl, 15 gouttes... euh 10 gouttes le matin, 15 gouttes le midi, 10 gouttes le soir, diminuer ses doses de Lyrica, parce que 300 mg fois 3 par jour, c'était juste énorme et je crois que la dose maximale... je sais plus ce qu'il m'a dit Guillaume, c'est 2 à 300 mg par jour. Elle n'était pas sous Topagic, il me semble que j'avais dit apparemment qu'elle était sous Topagic mais elle n'y était pas. Il m'a dit d'introduire du Topagic parce que

le Topagic a quand même une petite action sur la douleur neuropathique et d'adapter ses doses de morphine, mais sinon, c'est vrai que...

Img20 Est-ce que tu as pu avoir des nouvelles de la dame ?

Img21 Non... mais après du coup, je lui ai quand même conseillé de prendre rendez-vous dans un centre de la douleur et surtout, j'ai bien noté les consignes à son médecin de ne pas augmenter le Lyrica à ce point là

Animateur Tu as réussi à la soulager sur le coup ?

Img21 Oui, en fait au départ, le temps que l'infirmière lui donne son Laroxyll et que moi je prenne un temps fou à passer tous mes coups de fil, quand je suis revenue dans son box, le sourire jusque-là en disant le Laroxyll, super...

Animateur Donc, c'est plutôt valorisant comme expérience ?

Img21: Oui, oui, mais si j'avais pas été en stage, j'aurais jamais pensé au Laroxyll....

Animateur C'est quelque chose que vous ressentez, ça, des fois, par rapport à ces patients, le manque de référent, de référent, de personnes, quand je dis référent, c'est des personnes ressources ?

Img20 J'ai pas autant d'expérience qu'Angélique, je pense sur les douleurs, je ne saurais pas trop dire, mais c'est vrai que je pense qu'on n'a pas trop de référent dans ce domaine, parce que c'est assez récent encore de s'occuper de la douleur, mais dans les services en général les médecins, nos chefs sont dépassés et demandent tout de suite d'aller demander un coup de main sauf que j'imagine qu'ils sont sollicités par tous les services et ils sont pas assez nombreux.

Animateur d'accord...

Img 23 Moi, je dirais à Roubaix, il y a le chef de centre de soins palliatifs, Mr Klein, qui aussi va dans les différents services pour adapter les thérapeutiques

antalgiques et ... Roubaix est un assez petit hôpital du coup je trouve qu'il est quand même assez disponible il donne assez facilement son avis....sur ses...

animateur Sur ses pratiques, à Roubaix

Img 20 Là on parle du milieu hospitalier, quand on est à l'hôpital, on trouve des référents, mais en ville, j'ai pas encore fait de rempla, mais à mon avis c'est assez compliqué !

Img 20 A part, comme Angélique, justement, elle est passé dans un service de soins pal, demander à ses anciens formateurs, à ses anciens seniors, je vois pas comment je pourrais faire pour avoir des informations en ville , et ça, on ne nous l'a pas vraiment appris d'ailleurs dans nos cours.

Animateur Qu'est-ce que tu veux dire «qu'on n'a pas appris » ?

Img 20 Ben, on ne nous a pas dit à qui est-ce qu'on pourrait s'adresser, est-ce qu'il y a des centres spécifiques de la douleur, on s'est juste contenté de nous apprendre pendant six heures ce qu'on avait appris pendant l'externat sur quatre items, quoi. On nous a juste répété les quatre items, point barre. Enfin, c'est ce que j'en ai ressenti

Img 24 C'est vrai que l'ED était peut-être un peu trop superficiel. On a reparlé des différents traitements, mais peut-être pas en profondeur. On a revu les différents paliers, douleurs nociceptives, douleurs neuropathiques, mais c'est vrai que moi, les douleurs neuropathiques, j'ai pas forcément l'habitude, donc Laroxyl, Lyrica, tout ça...

Img 25:moi, dans mon ancien semestre au CHU quand je faisais mes gardes à swingedaww il y avait aussi des patients très douloureux qui avaient des cathéters tout ça, et qui étaient pas forcément bien soulagés, mais on avait un petit fichier avec les numéros de téléphone de garde de qui appeler parce que à swingedaww il n'y a pas *** , il y avait le numéros du cardio et le numéro du gastro , mais il n'y

avait pas de numéro de médecin de la douleur... donc, en pleine nuit, si j'avais enfin, j'avais l'anesthésiste mais il y avait pas forcément de médecin de la douleur... mais de la douleur neuropathique avec les cathéters et tout ça euh...c'était hyper compliqué à gérer, quand on ne l'a jamais vu

Img 20 C'est-à-dire qu'on nous dit que les urgences, c'est des urgences vitales et ça fait depuis le début de notre externat qu'on nous dit qu'il y a une autre urgence qui nécessite que les gens consultent, c'est la douleur. Sauf que le problème, c'est qu'on nous dit que c'est une urgence mais on n'a personne pour nous aider dans ce cas-là, quand on est aux urgences et que quelqu'un vient là pour ça... on essaye de se débrouiller tout seul, et puis si on y arrive pas, ben on est tout seul, toujours tout seul, en fait !

Img 22 Moi, j'ai eu le cas aussi, c'est mon ancien prat qui est proche de la retraite, en fait à six mois de la retraite et qui ne savait pas non plus gérer les douleurs c'était surtout neuropathique. En fait, je trouve que c'est vraiment le souci principal, les douleurs neuropathiques. Il y avait un monsieur qu'on était allé voir en visite. C'était un monsieur qui était artéritique diabétique, il avait été amputé des 2 jambes, et il avait vraiment des douleurs du membre fantôme, et on lui avait essayé... enfin, il avait rien comme traitement, en fait, et il s'en plaignait. Et moi, j'ai demandé à mon prat si on avait essayé de lui mettre un traitement par, je sais pas, Laroxyl ou quelque chose. Il a dit : « Oui, il a eu du Laroxyl, mais il ne l'a pas toléré, du coup on l'a arrêté » et on ne lui a rien mis d'autre. Il ne lui a même pas proposé le centre de la douleur ni quoi que ce soit, il a complètement éludé la question et il est parti, et le monsieur, il est resté avec ses douleurs. Moi, je me sentais super mal parce que je savais pas quoi faire, je savais pas quoi dire non plus. Je me voyais pas trop aller contre mon prat, surtout devant le patient, mais je me suis dit : « Là, on se sentait vraiment impuissant, quoi. La douleur, euh... »

Img 20 Moi, j'ai une amie qui est dans ce cas-là, c'est pas un patient, c'est une amie qui s'est fait une névralgie cervico-brachiale, il y a plus d'un an maintenant, et qui a toujours des douleurs séquélaires et plusieurs fois, je lui ai dit : « Tu devrais dire à ton généraliste, comme elle habite pas tout près de chez moi et que je suis qu'interne, au départ je lui ai dit ben tu passes par ton généraliste, tu as des douleurs séquélaires(?) », il l'a mise sous Topalgic au début, en fait elle a surdoser le Topalgic, elle a fini en centre de désintox pour se désintoxiquer du Topalgic, quand même, pendant 48 /72 heures ! et son généraliste il a rien mis derrière, et ça fait 10 mois qu'elle a des douleurs, des décharges électriques, des douleurs neuropathiques, et elle sait pas quoi faire. Et donc, régulièrement, elle m'en parle donc moi j'essaye d'instaurer des trucs. Ben, là, du coup, j'ai essayé le Lyrica, pour moi, elle le tolère pas et à mon avis... enfin elle est somnolente, elle se sent dans le pâté toute la journée, ben je crois que ça va être compliqué de lui laisser le Lyrica, mais en même temps, est-ce que le Lyrica... enfin je sais pas, est-ce que ça peut disparaître après la symptomatologie ? Les effets secondaires, est-ce qu'après, ils s'y habituent ? ben je sais pas non plus. Qu'est-ce que je vais mettre si elle le tolère pas, ben je sais pas non plus et je me dis : « Elle a notre âge, elle va pas commencer à avoir des douleurs neuropathiques, maintenant, à vie, alors qu'elle est informaticienne, quoi. » Sur une névralgie cervico-brachiale, et je sais pas quoi faire...(rire) et là c'est encore pire parce que c'est une amie, et je me sens vraiment, mais vraiment impuissante et que j'ai l'impression, je sais qu'elle me tiendra pas pour responsable mais que, elle va se dire « ben elle est nulle », ben non en fait, mais je cherche mais j'ai pas l'information...

Img 23 Mais c'est vrai que, enfin pendant les cours, on nous reedit les paliers tel médicament pour chaque palier mais d'une manière pratico-pratique, ben on nous apprend pas, ben voilà, des choses comme ça . Est-ce que ces effets, ils passent,

est-ce qu'il faut s'acharner, continuer en disant : « Vous inquiétez pas, ça va passer » enfin, c'est pareil, on n'a pas eu trop d'expérience d'en prescrire ni même avant, et du coup, on ne sait pas trop comment l'introduire et ça on nous apprend pas trop non plus... et même dans n'importe quel service, ils savent pas... a part les médecins spécialisés dans la douleur. je pense qu'après les autres, tout ce qui est Lyrica, laroxyll ils savent pas trop. Moi je suis en cardiologie, c'est vrai que c'est un petit peu... le cœur, le reste, ils s'en chargent pas trop... (rire) la douleur, ils savent pas trop.

Quand je suis arrivée au début de mon stage, il y avait une patiente, elle était sous les 3 paliers antalgiques, quoi ! ben je dis ben non... j'ai fait le tri sinon, y'a personne qui s'occupe de ses antalgiques

Img 20 C'est pareil, sur le plan de la douleur autre que neuropathique, qui, je pense est le problème qu'on rencontre le plus souvent, il y a un problème sur le plan de la douleur gérée par les morphiniques. Je me souviens, j'étais à Tourcoing en même temps qu'Angélique, on s'est beaucoup croisé avec l'équipe de soins palliatifs, et on avait, j'étais en médecine interne, et on avait énormément de patients cancéreux qu'ils ne pouvaient pas prendre dans leur service parce qu'ils n'avaient pas assez de place, donc régulièrement on hébergeait des patients, on voyait l'équipe tous les jours à peu près, et il y a des choses que j'ai appris sur le surdosage en morphinique que j'aurais jamais su avant en me disant « Ben je continue à augmenter les doses et puis ça va aller » et en fait Guillaume il m'avait dit « Non, non, faut arrêter parce que là, elle présente tel signe, tel signe, il faut arrêter d'augmenter, on va trouver autre chose », et ça, même ça, on me l'avait jamais dit et je l'aurais jamais su si on me l'avait pas expliqué. Et j'aurais continué à augmenter la morphine et on se serait trouvé dans des situations qu'on voit régulièrement avec un patient qui est en train de surdoser, et qui devient dépendant. Et on en voit qui

arrivent à l'hôpital et comment expliquer au généraliste, comment lui en vouloir, alors qu'on ne le savait pas ?

animateur D'accord ... Quel genre de signe tu voyais ?

Img 20 Il y avait le myosis très très très serré, mais je pensais pas que le fait qu'il soit serré voulait dire qu'il fallait pas augmenter. Pour moi, ça voulait dire qu'il était imprégné, mais ça voulait pas dire qu'on pouvait pas augmenter les doses, notamment...

animateur D'accord...

Img 22 Pareil, moi, je me pose la question, c'est de savoir si un patient par exemple tout seul si on initie un traitement par morphinique en ville, est-ce qu'on va le laisser tout seul à la maison, en sachant qu'on ne sait pas s'il va faire un surdosage ou pas, et qu'il va faire... enfin décompenser quand on sera parti, quoi. Ça, ça me fait peur ! Donc, les morphiniques en ville, j'ai quand même peur d'initier les traitements de ce côté-là...

Img 21 c'est surtout s'il se passe quelque chose d'aigu, enfin les gens ils ont qu'à faire une infection, et se mettre en insuffisance rénale, pour gérer le morphinique en ville, voilà

Img 24 : et les morphiniques c'est à délivrance hospitalière uniquement ou ...?

Img 25: Tu fais une ordonnance sécurisée...

Img 20 Est-ce que le morphinique, je viens de réaliser... comme en toxico, comme le subutex par exemple, est-ce qu'on pourrait dire si on a peur de ce dont tu parles, de faire une délivrance quotidienne, ou est-ce qu'on pourrait faire ça comme pour les...

Img 25: De toute façon, déjà, quand tu prescrites tes patchs de durogésic, tu le prescrites pour 28 jours, mais c'est une délivrance en 2 fois ...?

Img 25: c'est pas pour 28 jours, les délivrances ?

Animateur Tu peux faire une délivrance unique pour 28 jours

Img 25: Ah ouais ? Moi je croyais qu'au bout de 14 jours, ils retournent à la pharmacie pour rendre les patchs utilisés, pour qu'ils puissent...

Animateur Maximum, c'est 14 jours, si je dis pas de bêtises, pour les produits de substitution c'est le subutex et la méthadone, mais les morphiniques antalgiques, c'est pour 28 jours, enfin de mon expérience...

Img 25: Oui, moi, je marque QSP 28 jours, mais il me semblait que ...

animateur Il faut préciser : « délivrance unique »

Img 25 : D'accord. Après, de toute façon, on adapte au patient, je pense

Img 21 Après c'est pareil, il y a des prescriptions morphiniques, enfin en cours on nous a parlé de l'ordonnance, de la manière dont il fallait la rédiger, et tout ça... ?

Img25 je ne suis pas sure

Img26 non

Img20 C'est dommage parce que la seule chose qu'il aurait fallu faire parce que sur le plan théorique c'est ce qu'on apprend pour l'ECN, c'est la seule chose qui compte le plus dans nos points pour nos, dans nos items... et ils nous ont bassiné avec les classes qu'il faut mettre dans les douleurs neuropathiques, sans nous détailler laquelle on met dans quel cas, et pour tel patient, qu'est-ce qui serait mieux en fonction des effets secondaires... Ils nous ont bassiné avec les antidouleurs, il faut les augmenter palier par palier. Ben, j'ai pas besoin d'être en deuxième année d'internat pour savoir ça. Et j'espère que je le sais avant quand même ! et ceux qui le savent pas, il y a un problème, mais on ne va pas s'amuser à retourner an arrière pour les gens qui savent pas, des bases, quoi ! et à côté de ça, ils nous ont pas refait une histoire d'ordonnance, ils nous ont pas réexpliqué l'ordonnance sécurisée en détail. Par exemple, tout bêtement, voilà, je fais des rempla, je fais comment, moi,

pour faire des ordonnances sécurisées, alors que je ne suis pas encore thésée. Si je fais des rempla, comment je fais pour avoir des ordonnances sécurisées, alors que je ne suis pas thésée, par exemple. C'est tout con, mais je ne sais pas, on ne me l'a pas dit

Img 23: bah tu prend celle de ton...

Img 20: Ben ouais, mais on me l'a pas dit, ça paraît évident mais... ça peut paraître évident quand on me l'a dit, mais si on me l'a pas dit, je sais pas

Img 25: Enfin, je sais pas, tu trouves, quand tu te renseigne...

Img 20 Oui, ça c'est vrai, mais c'est le genre de choses qu'ils auraient pu nous dire plutôt que de nous remettre de la théorie. En cherchant, on trouve, mais je m'attendais plus à ce qu'ils nous apprennent des choses pratiques, que de nous répéter de la théorie, alors que, sur les 6 heures de temps, ils avaient le temps de nous dire ce genre de choses

Animateur t'es peut-être pas tout à fait de cette avis ?

Img 25: Non, enfin, moi, je sais que...enfin, je me suis renseignée vu que je vais commencer à faire des remplacements, enfin, tout est assez bien expliqué en général. Qu'on va utiliser les ordonnances du médecin qu'on remplace... si je dis pas de bêtise, y'a son tampon qu'on va utiliser, enfin, je l'ai croisé...

animateur C'est quelque chose qui vous fait peur comme ça, la prescription morphinique ?

Img 26 Personnellement, non.

animateur Non, c'est quelque chose qui... non. Vous avez remplacé, vous, personnellement ?

Img 26 Non mais j'ai déjà fait plusieurs instauration de morphinique, notamment chez les personnes âgées, quand j'étais en soins de suite et rééducation, pour des douleurs post-op... des douleurs... n'importe quel type de douleurs qui

nécessitaient un palier 3 et... enfin voila c'est comme tout médicament, on évalue l'efficacité, la tolérance, et puis...

Img 23 Mais tu les avais en hospitalisation

Img 22 Il y a une surveillance qui est là et que tu n'as pas en ville

Img 26 Ouais, mais comme tout traitement. Enfin tu peux donner un traitement pour X ou Y, effet secondaire il se mets en rétention aigue d'urine enfin, tu peux pas...

Img 20 Je suis un peu comme toi

Img 26 Ouai tu vois... ça me fait pas peur. Moi, ça me fait pas peur. C'est comme là, je suis aux urgences, j'ai dû... ben y'a des patients qui ont mal, on les titre en morphine, oui, on pense dépression respiratoire, ceci cela, mais... si ça existe, si c'est autorisé, et s'il faut le faire, ben il faut le faire, après...

Img 20 On y va progressivement

Img 26 D'abord des patients qui ont été, euh... pour des personnes qui ont des douleurs, on va pas dire forcément très aigues, voilà, au bout de quelques jours, on essaie palier 1, palier 2, on peut augmenter très vite. S'ils ont atteint les 30 mg de Tramadol... si tu commences à aller sur du ? du 20 ou 30 mg par jour, si tu fais l'échelle de conversion...Ça fait pas une énorme augmentation, donc je trouve que...

Img 20 Quitte à prescrire juste pour 48 heures en les revoyant 2 jours après

Img 26 ouiAprès, on peut les revoir le lendemain, 2 jours après...

Img 23 Après, c'est peut-être à force de prescrire, euh, voilà, tu es plus rassuré et tout, et, pareil au début, on

Img22 Moi, j'ai jamais fait en ville

Img 26 Après, oui, ça arrivera certainement qu'il y aura un pépin, mais après c'est l'aléa thérapeutique. Non, mais il faut se donner les moyens. Si quelqu'un qui

est fragile, qui est isolé, on va pas lui mettre, on va pas lui instaurer un traitement par morphinique pendant 28 jours, à grosse dose, d'un seul coup. C'est du cas par cas...

C'est vrai qu'il y a une espèce de mythe du morphinique, comme quoi il faut faire attention, etc...Oui. Comme tout médicament d'ailleurs.

Img 23 Après, je pense, dans les douleurs chroniques, il faut pas se baser non plus que sur la thérapeutique quoi, il y a aussi la prise en charge globale et un peu psychologique de la personne, parce que le médecin est peut-être vite débordé dans les thérapeutiques, il va peut-être pas voir au final, c'est peut-être pas trop, si ça réagit pas aux médicaments, c'est peut-être que c'est autre chose...

animateur Tu as des exemples de ça ?

Img 23 Non, j'ai pas d'exemple particulier, mais je pense que, voilà. Je pense aussi en consultant de la douleur, ils prennent cet aspect-là aussi, qu'on n'est pas habitué nous de faire, mais ...

Animateur c'est quelque chose que vous prenez en compte ça ? l'aspect autre que médicamenteux, autre que purement physiologique ? Oui ?

Img 20 Je pense qu'on y pense. Mais ce qui est difficile, c'est y penser et le prendre en compte sans que le patient ait l'impression qu'on dit qu'il n'a pas mal. Parce que c'est pas qu'il a pas mal, mais c'est quand même fréquent que le patient dise :« Mais, euh, je suis pas fou docteur, mais ben si, il y a bien quelque chose qui va pas, j'ai mal ». Mais on n'a pas dit qu'il avait pas mal, on a juste dit que, peut-être, il y avait une autre part d'explication à votre douleur, qu'on ne peut pas traiter par médicament. C'est très très difficile de faire comprendre ça au patient, et le côté psychologique de la douleur et de toute autre pathologie en médecine, c'est encore quelque chose d'assez tabou pour les patients, qu'ils n'arrivent pas à accepter.

animateur Tu voulais ?

Img 26 Non, ben moi c'est... Je pense qu'on le fait aussi inconsciemment, euh, quand on est chez le prat, un patient qui vient pour renouveler son traitement, puis on voit qu'il a des antalgiques pour des douleurs chroniques, notamment des fibromyalgies, tout ça, et puis les personnes disent qu'elles souffrent avec un grand sourire, qu'elles ont l'habitude et puis que voilà, quoi. Voilà, quoi, si on était cohérent, si on était bête et méchant, voilà, avec une échelle numérique, c'est supérieur à 6 on met des morphiniques et point barre. Après, je pense qu'on prend en compte de façon inconsciente...

animateur Oui. Est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez, quelque chose que vous connaissez, les méthodes d'évaluation ? Est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez ?

Img 23 Moi, aux urgences, oui.

animateur Aux urgences ? Dans le cadre de la douleur chronique, je précise.

Img23 oh oui bah non

Img 26 Non.

Animateur Comment vous évaluez les douleurs, alors chez un douloureux chronique ?

Img 20 Je pense que c'est à force de connaître le patient, et qu'on finit par le connaître, et c'est bien beau les EVA. Aux urgences, c'est bien pour voir s'il est mieux soulagé avant et après le buprénorphine dans une colite néphrétique... en ville on va pas lui demander à chaque fois, chez quelqu'un qui a une sciatique avec des douleurs chroniques... on va pas lui demander à chaque fois qu'on le voit : « elle est à combien votre douleur aujourd'hui ? » On va dire : « Bon, les douleurs, par rapport à d'habitude ? » il sait très bien que ça va être le but de la consultation... on va dire, on va essayer de faire ça au feeling quoi. C'est des choses qui ont été inventées par des spécialistes, pour des spécialistes.

(rire)

Ben quoi, c'est vrai ?

Img 26 Ou après on peut voir la gêne dans les activités de la vie quotidienne...

Img 24: Oui.

Img 22 Après, aussi un peu, dans l'aspect psychologique, c'est que, en général, la douleur chronique, c'est une espèce de bénéfice secondaire, et les gens ont peur de dire qu'ils ont plus mal ou ils ont l'impression qu'il y aura plus trop d'intérêt, enfin qu'on leur portera moins d'intérêt s'ils disent qu'ils ont plus mal, alors ils vont dire : « Oui, j'ai encore un peu mal », alors que la douleur s'est améliorée globalement. Je pense qu'il y a cette notion de bénéfice secondaire qu'il faut pas oublier chez certains patients...

Animateur Tu as des exemples, enfin des exemples ou des...

Img 22 Oui. J'avais un jeune homme, justement, qui avait été fort malade quand il était jeune et il était toujours plus ou moins patraque. C'était pas forcément de la douleur, mais il avait toujours plus ou moins des soucis, et, à chaque fois, il disait, maximisait à fond, limite il fallait appeler les secours quand il avait un peu mal au ventre, mais le truc, c'est aussi qu'il faut leur parler, alors, je sais pas, de chose et d'autre, de leur vie quotidienne, et, à partir du moment où on voit qu'il nous répond normalement et qu'il n'y a plus rien, d'un seul coup, qu'il n'y a plus de douleur, qu'il y a plus rien, bon, je pense que là, on peut aussi...

Img 21 C'est comme pépé et mémé qui ont l'habitude d'avoir tous les mois leur paracétamol, si on leur met pas sur leur ordonnance, ça va pas quoi...

Img 20 De toute façon, l'évaluation de la douleur en ville, elle est pas basée exclusivement là-dessus, parce que c'est une douleur globale donc c'est pas qu'un chiffre qui va nous aider, c'est déterminer euh, parce que le patient il va dire : « Oui, j'ai mal, j'ai mal », on va dire « Oui, mais par rapport à la dernière fois, vous me

disiez au travail c'était dur. Combien vous teniez de temps sur l'ordinateur ou pour faire une balade ? » et c'est là-dessus qu'on va se baser. C'est ça qu'on va décrire dans notre interrogatoire, l'amélioration sur tous les gestes du quotidien.

animateur Sachant qu'il y a l'EVA et qu'il y a d'autres échelles qui existent, qui sont peut-être plus adaptées, justement à ce que vous dites, à la vie quotidienne, il y a des choses dont vous avez connaissance ou...

Img 26 Moi à part l'EVA ou l'ECPA je connais pas grand-chose

Img20 Celles de pédiatrie, euh, même en pédiatrie, ça fait un mois que j'y suis, je ne les ai jamais utilisées. J'ai jamais vu les pédiatres l'utiliser, alors moi...

Img23 On nous a jamais appris ces échelles, euh

Img20 ***des échelles de dépendance peut-être, mais on ne les a pas apprises

Img 21 Mais ça en 3ème cycle, tu les vois aussi ?

animateur Est-ce que c'est des choses que vous pourriez utiliser de manière générale, des échelles plus complètes ?

Img22 En ville, euh...

Img 20 C'est une question plus pratique. Il y en a qui aiment bien les échelles et les cotations et c'est pas un tort ou un bien de les utiliser ou de ne pas les utiliser. Moi, c'est pas mon truc

Img 23 Et puis c'est vrai, comme tu disais euh, sur un suivi en ville, on connaît vite le patient, on arrive en deux-trois questions, on peut savoir si c'est pire ou si c'est mieux, enfin...

Img20 c'est l'impression qu'on a... Après, le problème, c'est qu'on n'est pas encore ambulatoire, donc on peut difficilement dire notre pensée, parce qu'on...

animateur Enfin, vous êtes quand même déjà une expérience vous avez tous fait le stage chez le médecin généraliste... Et puis, il y a votre expérience hospitalière aussi hein...

Img 20 Et même sur une semaine d'hospitalisation, quand les patients, on les voit quand même, il y a un moment donné, on finit par comprendre si vraiment aujourd'hui ils ont plus mal qu'hier et... On commence à se rendre compte quel est le pourcentage de part psychologique et de part vraiment physique à la douleur ; au bout d'une semaine d'hospitalisation, si on leur demande tous les jours

Img 21 Après, tu as l'effet inverse, t'as là je vois t'a un monsieur dans le service qui a un escare sacrée

animateur excuse moi parle un peu plus fort, sinon on t'entendra pas.

Img 21 Le monsieur, pour pas déranger, il dit toujours qu'il a pas mal, mais, et c'est donc, moi, je lui mettais rien de particulier avant ses pansements parce qu'il disait... On appuyait sur son escarre : « vous avez mal ? » « Non non non », et puis c'est quatre ou cinq jours après, l'infirmière qui me dit : « Ecoute, moi je lui ai fait son pansement. Pendant que je lui faisais son pansement, je lui demandais s'il avait mal, il disait non, et l'aide-soignante qui était de l'autre côté, qui a vu le faciès du patient, elle a dit : « Il douille à fond, il faut lui mettre quelque chose quoi ». Les gens qui veulent toujours, comme les petits vieux qui veulent leur paracétamol, et puis tu en as d'autres qui, pour pas déranger, pour pas...

Img 20 C'est là qu'il faut garder en tête, sans forcément les connaître par cœur, les échelles d'évaluation de la douleur, chez les gens qui ne peuvent pas s'exprimer ou aussi chez les gens qui ne veulent pas s'exprimer, mais sans forcément la connaître, mais on sait à peu près à quoi ressemble le visage de quelqu'un qui souffre et la manière dont il va se comporter.

Animateur D'accord...

Img23 Moi j'ai déjà eu un cas à peu près similaire d'une patiente âgée en gériatrie pareil, qui était là pour une escarre qui évoluait pas bien et qui disait : « non, j'ai pas mal, toujours avec le sourire ». A la limite, c'était décalé par rapport à la

situation, enfin elle avait une sclérose en plaque aussi enfin bref...et du coup j'insistais tous les jours savoir au niveau moral, au niveau douleur, et au début « non, non, non, tout va bien ». Je me disais « Il y a quand même quelque chose » et, à force d'insister, elle a quand même, elle s'est mise à pleurer, et elle a dit : « non, j'en ai marre, enfin, j'en peux plus, j'ai mal ». Enfin, il faut quand même pouvoir aller jusqu'au bout quand on a un doute

Img 20 Mais tu l'as senti qu'il y avait quelque chose qui allait pas.

Img 23 Oui, oui. Elle avait un comportement inadapté, que ce soit...Avec tout ce qui lui arrivait, elle pouvait pas avoir un sourire comme ça et, euh...

Animateur On parle des profils, là. Quand vous pensez à un patient qui souffre de douleurs chroniques, vous pensez à quel profil de patient ? tu rigolais ?

Img26 non non

Animateur ben vas-y, hein...

Img 26 Je pense euh... aux fibro...myalgiques

(rires)

Animateur Aux fibromyalgiques, ouais... C'est quelque chose, comment vous gérez ça, les fibromyalgiques ? C'est quoi votre attitude ?

Img 26 Pour l'instant, c'était géré chez le praticien donc, ben voilà. On change pas les habitudes, ça fait des années qu'ils sont suivis, ils ont déjà eu plusieurs traitements, ben enfin on continue la même chose... Les patients se sentent fatalistes, voilà nous en une consultation, on va pas révolutionner le monde. Donc, après, quand ça sera à nous de les suivre...

Img 20 ça va être autre chose

Img 26 Ouais...

Img 23 Je pense qu'il y a deux types de patient. Il y a ceux qui sont basés sur : « J'ai mal tout le temps, je me plains et je suis toujours fatigué », et les autres qui si

ils ont des douleurs vont continuer. C'est peut-être ceux-là qui sont plus difficiles à évaluer au niveau de la douleur

Img 20 Ce qui est difficile, c'est de la comprendre, leur douleur. Enfin, on essaye de la comprendre, mais il y a des douleurs qu'on n'a jamais eu encore, et un patient cancéreux qui me dit : « J'ai super mal », et on dit que les douleurs osseuses, c'est atroce, ben ça veut dire quoi « atroce » en fait ?

Parce que je sais pas ce que c'est qu'une douleur osseuse atroce et j'arrive pas à me rendre compte, et je me dis : « ça doit être horrible ! » J'essaie de me mettre à leur place et de trouver ce que je pourrais faire pour eux et j'essaie de me dire : « Ben, quels sont les mouvements de tous les jours que je pourrais faire pour avoir moins mal, si j'avais mal à tel endroit ? » Mais j'ai jamais eu de névralgie comme ma copine, j'ai jamais eu de douleur osseuse de cancer, et c'est très très subjectif, la douleur. C'est très difficile de comprendre la douleur du patient, même si on essaye

animateur Est-ce que vous croyez systématiquement, ou est-ce que vous vous sentez obligé de croire systématiquement les gens qui vous disent qu'ils ont mal ?

Img20 Je m'efforce à y croire systématiquement parce que, s'il a mal, il a forcément inconsciemment quelque part une douleur, même si je l'explique pas organiquement, mais j'essaie de me rappeler qu'il a mal, sans savoir pourquoi.

Img 23 Bon, et puis après, il faut chercher quel type de douleur, et déceler la part psychologique qu'il y a, même s'il y a des fois où on se dit...

Animateur c'est une attitude que vous avez tous ?

Img 26 Après, il faut toujours la prendre en charge, après, y croire, c'est...

Img23 C'est autre chose

Img 24 : C'est une plainte avant tout, donc c'est une plainte à prendre en compte, même si elle est pas organique. Il y a bien.... une source de problème

Img 20 Mais là, actuellement oui...

Img 24: Je dis juste que le patient, il va pas se plaindre s'il a rien, enfin, je pense qu'il y a un souci s'il vient consulter pour une plainte, c'est qu'il y a un souci, même s'il est pas forcément médical....

Img20 Des fois, c'est juste lui expliquer pourquoi il a mal et qu'elle va disparaître. Actuellement, en pédiatrie, quand je passe aux urgences, ce qui m'énerve, mais en même temps elles y sont pour rien, ce qui m'énerve, c'est les demoiselles qui viennent et qui vont commencer à avoir leurs règles, et qui viennent parce qu'elles ont mal au ventre. Et si on n'approfondit pas l'interrogatoire d'emblée, on va partir direct sur un bilan pour s'assurer que ce ne soit pas une appendicite, pour peu qu'elles aient mal à droite, alors là, ça y est, c'est foutu, on est parti pour quatre heures aux urgences pour des douleurs de règles. Et elles m'énervent ! mais en même temps, je leur en veux pas qu'elles m'énervent parce que j'en ai eu aussi des douleurs de règles et la première fois, si personne ne vous a expliqué que c'est normal d'avoir mal parce que les ovaires sont en train de sortir les ovules, et que dans deux jours, t'auras plus mal, et comment faire pour avoir moins mal sans forcément prendre de médicaments, ben, elle va revenir à répétition la gamine. Mais elle a mal, c'est sûr, sinon, elle ne serait pas là... sans forcément trouver des médicaments pour la calmer

animateur Ça vous arrive souvent d'être épuisés, enfin... pas encore, mais ça vous est déjà arrivé de vous sentir complètement dépassés par des patients qui avaient mal ?

Img25 Ben j'ai pas trop d'expérience, donc je peux pas trop dire mais je pense qu'on peut être épuisé, oui

animateur Pas forcément... mais quand vous étiez en médecine générale, du coup pour des cas comme ça...

Img25 : Dans le cadre d'une HAD pour des patients en soins pal, c'est vrai qu'on peut être dépassé, je pense

Animateur c'est-à-dire ?

Img25 Ben... c'est un patient qui exprime sa douleur, qui est sous morphine

Et qu'on augmente les doses et... qu'on est à la dose maximale, et qu'on sait qu'on peut pas aller plus loin, et on ne sait pas quoi faire, et le patient est là en disant : « Je souffre, je souffre, laissez-moi mourir. » c'est dur, mais... il y a tout un soutien, mais après, ça suffit pas le soutien pour soulager la douleur. Enfin, nous on a déjà été dépassé

Img20 Mais l'énervement parce qu'on est dépassé dans ce cas-là mais c'est... On a pitié du patient, et à côté de ça, des fois, je pense pas être un mauvais médecin de sentir l'énervement parce que le patient m'énerve vraiment, il m'énerve, et le problème, c'est qu'il y a une part de : « il m'énerve pour de vrai », et, en même temps, je suis impuissante parce qu'il se tortille et je ne sais pas quoi faire ! Donc là, j'avais une gamine aux urgences qui avaient des douleurs de coliques depuis... très étrangement depuis une semaine, alors que sa grand-mère avait été hospitalisée en psychiatrie pour dépression. C'est surprenant que la gamine se mettait à avoir mal au ventre comme ça, et elle venait aux urgences, et j'étais incapable de faire quoi que ce soit. Je ne savais pas quoi faire ; la gamine s'endormait devant moi, et dès que je venais vérifier son ventre, elle se mettait à hurler et à gesticuler dans toute la salle, et j'étais complètement dépassée mais, à côté de ça, elle m'énervait, mais vraiment quoi, je ne savais plus quoi faire. C'était assez compliqué comme sentiment. Je ne savais pas quoi faire pour cette gamine, et la maman était très très anxieuse euh, c'était une gamine qui avait été adoptée à l'âge de quatre ans, elle en avait huit.... Il y avait un contexte social et psychologique pas évident dans la famille, et moi, j'étais dépassée aux urgences par la situation, et, à côté de ça, j'avais qu'une

envie, c'était de la mettre dehors tellement elle m'énervait, mais en même temps, je me sentais, euh, je sais pas si j'étais énervée par le fait que j'avais envie de la mettre dehors, ou par le fait que, justement, j'avais l'impression d'être mauvais médecin à être comme ça.

animateur ça vous est déjà arrivé ce genre de ...pas forcément ce cas-là mais de vous sentir poussés dans vos retranchements ?

Img22 Des gens qui simulent des douleurs, oui, ça arrive assez souvent

Mais c'est vrai que nous, on nous apprend pas forcément à gérer des gens qui simulent. On aimerait bien avoir des cachetons genre placebo, pour qu'ils soient contents et que nous aussi, on soit content, mais euh, ouais...

Img 23 Tu peux le faire... Moi, j'ai déjà donné des placebos pour améliorer des douleurs

Img 22 Mais en ville, tu mets quoi ?

Img23 Non, pas en ville

Img 23 J'ai un médecin qui avait prescrit*** placebo

Il y avait une pilule bleue le matin, une pilule rouge le soir, avec du glucose. Il avait mis la couleur et le glucose, et le patient, ça lui allait, et ça soulageait réellement le patient....

Img20 Et il savait qu'il y avait rien dedans, le patient ?

Img23 ...Puisque c'était marqué sur l'ordonnance, mais après, il était peut-être pas bien placé pour comprendre...

Animateur Vous pouvez mettre « mica panis » sur votre ordonnance

Img26 et ça s'écrit ?

Animateur M-i-c-a p-a-n-i-s. ça veut dire "mie de pain" en... latin.
Normalement, le pharmacien comprend

(rire)

Img 20 Bon à savoir. Mais aux urgences, c'est compliqué parce qu'on n'a pas ?

Img 26 Moi, j'ai une expérience aux urgences. Un monsieur qui, bon, soixante-dix ans, diabète multi compliqué, enfin bon bref, un patient assez lourd, dialysé, qui a été amené par sa fille à minuit et demi parce que ça faisait un mois qu'il avait mal. Il avait commencé les morphiniques il y avait trente-six heures, et donc il venait parce que ça n'allait plus et que voilà, il avait trop mal.

Il avait mal partout par exemple, il avait mal aux épaules, au niveau des chevilles, c'était pas musculaire, c'était pas articulaire, il y avait rien et, euh, donc, ce qu'on a fait, c'est qu'on l'a soulagé avec titration morphinique ; il a eu son SERESTA et une fois qu'il...donc, ça a été miraculeux, il avait plus du tout mal, et une fois que c'était ça, on a pu parler de, voilà, des comportements psychologiques qu'il y avait, et puis, une fois qu'il était calmé, qu'il était calme, j'ai dit, « ben voilà, vous sembleriez, vous aviez mal, mais vous sembleriez en plus anxieux. Qu'est-ce que vous en pensez ? » Et puis il m'a dit : « Oh ben, je suis de nature anxieuse, etc » et puis après, en en reparlant à tête reposée, j'ai dit : « oui, vous aviez mal, mais le fait d'être anxieux, ça doit augmenter votre ressenti de la douleur etc... et après, ce qu'il est devenu, je ne sais pas, mais en tout cas, il était soulagé, et j'ai marqué... dans mon courrier au médecin traitant comme quoi, le petit Témesta, en plus de la titration avait fait son effet. J'en ai parlé aussi à sa fille qui l'accompagnait...

animateur C'est un patient qui avait quelque chose d'organique à la base ?

Img 26 Il avait un diabète de type II multi-compliqué depuis plusieurs années. Je pense que, oui, il pouvait avoir des douleurs neuropathiques. Il avait une escarre qui trainait depuis huit ans... donc oui, il devait avoir des douleurs, c'est clair et net. mais après, qu'est-ce qui fait qu'il allait consulter un jour à une heure du matin alors que ça fait un mois que ça dure ? Je sais pas. mais en tout cas... voilà, est-ce que le

fait de traiter l'anxiété, en plus de la douleur euh, et puis après de, justement, de faire un petit flash-back, est-ce que ça peut être utile. Peut-être, au cas par cas...

Animateur Tu voulais dire quelque chose ?

Img 23 Je voulais dire que, je pense qu'on aura tous des patients en ville où on sera amené à être dépassés par les évènements, mais il vaut mieux savoir qu'est-ce qu'on en fait, vers qui on les adresse, et voilà, je pense qu'il y en a qui ne seront jamais satisfait de notre prise en charge de côté-là, quoi...

Animateur C'est quelque chose que vous abordez avec un certain fatalisme, finalement ?

Img 21 Ah, ben oui. Et puis, même nous, enfin, je veux dire, on est capable de dépassement face à quelqu'un de douloureux, mais quand nous-même, psychologiquement, on ne va pas bien, on n'a pas envie de prendre ces gens-là en charge. Ils nous soûlent « vous avez mal ? oui ? bon, ben allez, tiens, prends ça, et puis fous-moi la paix », parce que, pas parce que je suis dépassée face à sa douleur, mais parce que c'est pas le moment, on ne peut plus et du coup...

Img20 Et puis, inconsciemment, des fois, on compare les douleurs qu'ils ont par rapport à des douleurs qu'on a eu, et on ne sait pas la douleur que eux ils ressentent, mais nous on se dit : « Quand j'ai fait ma colique néphrétique, par exemple, j'étais pas comme ça, il va pas me raconter de bobards, c'est n'importe quoi ! » On a envie de penser ça, même si tout le monde n'a pas la même douleur, on y pense quand même. « Bon, lui, il me fatigue, moi, j'étais pas comme ça. Je suis pas allée aux urgences, parce que j'avais mal, je me suis débrouillée toute seule. J'ai pas dormi de la nuit, je suis allée voir mon généraliste, n'importe quoi », c'est... on compare quand même à notre vécu

Img 26 Après, moi, ce que j'essaye de plus en plus de faire, c'est de prévenir les patients, parce que je pense que, dans la douleur, il y aussi un petit côté de peur,

et voilà, tout ce qu'on ne connaît pas, forcément on en a peur et ça majore l'anxiété, ça majore le vécu, et dire à un patient : « Oui, c'est normal qu'il a mal parce que c'est comme ça, qu'on donne un traitement, que ça évolue, et qu'il peut avoir mal pendant plusieurs jours », avoir un côté rassurant, ça peut peut-être aussi avoir un ...

animateur Mmm...

Img 26 Je sais pas si le recul...

Img20 ça rejoint ce que je disais tout à l'heure sur les ados qui venaient pour leurs douleurs de règles, qu'elle me fatiguent, mais il faut être franc, en même temps, si elles n'ont pas une maman qui leur a dit : « Ben, tu sais, c'est normal, tu vas avoir un peu mal, surtout au début, et puis après, ça va passer, et on va faire ça pour que tu n'aies pas mal ». Forcément, si elle continue à courir au foot et qu'elle a mal, ben oui, c'est logique, c'est le jour où elle a mal quoi, et il faut qu'elle y aille plus mollo, mais si on lui dit pas, elle le saura jamais

Img 21 Moi, j'ai le cas dans le service. J'ai une dame avec un zona auriculaire, donc c'est à gauche et c'est psychologique... pourtant... elle a ses patch de VERSATIS qu'il faut qu'elle 12 heures/24, mais non... c'est psychologique, il faut qu'elle ait son patch tout le temps, tout le temps, tout le temps. Donc on lui a prescrit un patch 24/24, mais...Et en plus, au départ, ben voilà, pour moi, c'était logique de lui mettre son patch 12 heures sur 24, et t'arrives dans la chambre, je lui avais prescrit dans la nuit t'arrive dans la chambre elle a sa boîte de patch de VERSATIS « oh j'avais trop mal docteur, je me le suis collé », mais c'est pas grave ça lui fait du bien...

Img20 Dans la douleur, régulièrement on voit des traitements qui n'existent pas, qui marchent... J'avais un médecin comme ça, il injectait des produits de mésothérapie en intra articulaire. Ce n'est pas prévu du tout pour marcher, et ben ça marchait. Donc, la dame, elle avait mal, donc une fois de temps en temps, il lui faisait

son injection de mésothérapie dans le poignet et pas de façon superficielle, parce que chez elle, c'est ce qui marchait. Bon, ben, c'est cool, c'est bien, ça la soulage

animateur Qu'est-ce qu'il lui injectait comme produit ?

Img 20 Ben, y'avait déjà, euh, il injectait euh, il y avait un peu d'AINS dedans, je crois, en tout cas, c'était pas un truc dangereux pour la santé, hormis le fait qu'il y ait une injection qui puisse être potentiellement infectieuse, il n'y avait pas de danger à lui injecter quelque chose

animateur mouais..

l'ensemble du groupe est dubitatif

Img 20 C'était surprenant, j'avais halluciné. Moi, je vais pas faire ce genre de chose, mais c'est tout, un jour, il l'avait fait, il en pouvait plus, il avait dû essayer ça un jour, avec, euh, enfin, je sais pas, je sais pas pourquoi c'est venu, mais voilà, il l'a fait, c'est cool, ça marche. Elle a 80 ans de toute façon...

Img24 fait une moue de desapprobation

c'est pas...je suis d'accord, c'est pas top

animateur boah elle fera son arthrite sceptique...

Im 20 Mais, écoute, voilà, c'est, je sais même pas s'il lui faisait en intra-articulaire, mais ça marche

animateur Oui, mais de toute façon, oui. Effectivement, des fois, on est...

Est-ce que ça vous est déjà arrivé, comme ça, de constater une sorte d'équilibre précaire ou des choses comme ça, mais qui, quand vous étiez en stage chez des généralistes, des traitements qui vous paraissaient un peu aberrant, un peu « imaginaire » ?

Img 20 Celui-là, il était bien

animateur Oui, c'est vrai, celui-là, il est pas mal ... c'est pas un truc que vous avez remarqué ?

Img 20 Lui, c'était l'exemple typique que j'avais vu dans mon stage chez le prat, et les stages que j'ai fait pendant que j'étais externe, c'est le meilleur qui soit ressorti. J'avais vraiment pas compris ce qu'il faisait... C'était drôle.

animateur Et dans le cadre de la médecine générale, comme ça, dans vos stages, est-ce que vous avez l'impression que c'est des choses qui sont bien gérées, les douleurs chroniques, ou ça vous pourrait être amélioré, par rapport au milieu hospitalier ?

Img 20 C'est un peu délicat de répondre à cette question, parce que les prat qui nous forment, ils sont pas de la même génération que nous, et les prat actuels, ils ont pas le même âge non plus, et nous, on a été formé à ça, et on n'est pas encore... on n'est pas encore praticiens en ville. Et alors que les médecins, il y a 15 ans, la douleur, c'était pas quelque chose qu'on abordait pour eux... donc je pense que c'est moins bien pris en charge que ce qu'on pourrait faire, mais c'est normal, c'est parce qu'ils ont pas été formés pour.

Animateur C'est quelque chose que vous avez constaté, ça ?

Img 20 Qu'ils ne connaissent pas les douleurs neuropathiques. Beaucoup de médecins ne savent pas exactement comment ça se traite. Moi, j'en ai vu pleins... en fait, on les verra pas dans nos prats... on les verra pas dans la pratique de nos prat justement parce que, eux, ils ont été remis à jour, mais, euh...

Img 23 Bon, après, c'est pareil en hospitalier, ils ne savent pas non plus... à part les plus jeunes... les plus jeunes qui se sont formé à ça... C'est vrai que je pense, les plus jeunes, on est plus sensibilisé.

Img21 Ou ils n'ont pas envie. On a vu pas mal de fois un praticien hospitalier, « oh ben son médecin généraliste, il verra bien ». C'est pas son problème, au médecin hospitalier

Animateur ouai... t'avais cette impression...

Img 25: C'est-à-dire que, dans le cadre d'une douleur chronique, le médecin généraliste qui verra le patient tous les mois, c'est forcément lui qui va gérer son traitement, qui va le changer, et qui aura le retour de la prescription qui aura été faite à l'hôpital, donc après... donc, je pense que le praticien hospitalier, il va pas se lancer non plus dans un nouveau traitement enfin... Il peut l'instaurer, mais il sait très bien que ce n'est pas lui qui...

animateur ça vous est déjà arrivé de prendre des initiatives comme ça sur la douleur chronique, sur des gens qui souffraient, que vous avez vu en milieu hospitalier... en médecine générale ?

Img 21 Moi, j'ai fait une tentative. Je savais très bien que si je pouvais... après, j'en avais parlé aux urgentistes, avec ma chef... Elle m'a dit qu'elle-même, elle avait été dépassée, alors qu'elle a qu'une quarantaine d'années... et qu'à la limite, elle n'aurait pas été jusqu'à appeler quelqu'un. Ben moi, c'est parce que je connaissais Guillaume, mais sinon...

animateur D'accord...Bon... les gens qui souffrent de douleurs chroniques, il n'y a pas que des vieux qui ont de l'arthrose, des gens qui souffrent d'un cancer, il y a aussi des gens que vous pouvez voir qui sont à l'âge d'être actifs, et qui ont une famille, qui ont des enfants... on sait que les douleurs chroniques, ça peut avoir un retentissement familial, un retentissement social...Est-ce que c'est des choses auxquelles vous avez été confrontés, est-ce que c'est des choses pour lesquelles vous avez trouvé que vous avez éprouvé de la difficulté à...parce que dans ces problèmes sociaux, même dans ces problèmes familiaux parfois, c'est quelque chose dans lequel vous avez un rôle à jouer, en tant que médecin généraliste. Est-ce que c'est quelque chose qui peut vous avoir posé problème, éventuellement ?

Img 20 ça pose sérieusement problème ! C'est l'exemple de l'amie dont j'ai parlé au tout début...

Animateur L'exemple de ?

Img 20 ...L'amie dont j'ai parlé au tout début, elle est jeune, et puis, ben oui, ça pose problème, parce que je sais pas quoi faire pour elle, et puis, elle est informaticienne, donc elle est en train de chercher du boulot, et que, comment elle va réussir à trouver du boulot avec ça ? Et que je ne sais pas quoi faire pour l'aider ! et elle est loin d'être la seule et... en plus, elle a vraiment une symptomatologie, mais il y a des gens qui ont des douleurs qu'on ne sait pas expliquer, qui peuvent être juste des douleurs psychologiques bien ancrées, et on est encore plus dépassé que dans une douleur qu'on peut vraiment expliquer... sur le plan organique.

Img 24: Moi j'ai...au cours de mon stage chez prat l'an dernier, il y avait un monsieur qui devait avoir une cinquantaine d'années, qui avait un néo, et donc, il avait des enfants qui devaient encore avoir une dizaine d'années, etc, et il avait sa femme, donc voilà, tout le monde vivait à la maison, et, en fait, lui, il était assez dur, en fait c'était assez difficile de savoir s'il avait mal, donc, il était assez dur, il prenait beaucoup sur lui-même et, de l'autre côté, il y avait sa femme, qui était peut-être plus exigeante, etc... aussi qui était très angoissée, et qui, elle, aurait plutôt tendance à nous dire qu'elle voyait son mari avoir mal et ****C'était assez difficile, aussi, enfin, voilà, parfois, les familles sont peut-être un peu trop présentes... ça peut jouer aussi

animateur C'est intéressant ce que tu dis parce que dans notre formation, on est par exemple, on t'apprend à soigner les gens, à évaluer leur douleur en leur posant tout un tas de questions. Souvent, en médecine générale, on se retrouve à soigner un patient, mais un patient avec des familles, avec sa femme qui vient en consultation avec. Est-ce que c'est des... Est-ce que vous avez déjà vu ce genre de problème ? Ouais ?

Img 21 Mais après, tu disais que le monsieur était dur et qu'il ne voulait pas dire et sa femme disait « mais si, dis-le », et parfois, tu as l'inverse. Tu as la personne qui

ne va pas bien, qui se plaint tout le temps, qui a mal partout, et le conjoint qui dit : « C'est bon, arrête un peu. »

Animateur Et c'est quoi votre attitude par rapport à ça ? Parce que c'est compliqué finalement ... Comment vous ?

Img 20 C'est pas facile, mais je pense qu'il faut essayer de traiter les deux, entre guillemets, à part, parce qu'il faut bien traiter, dans le sens où le conjoint, ou la conjointe, a également une douleur, en fait, qu'il exprime en lui disant ça, soit c'est l'épuisement...

Img 23 C'est une plainte.

Img 20 non mais une plainte dans le sens où ça va être... c'est une douleur psychique dans ce cas-là. Si tu veux mais, ou une plainte... mais pour moi, c'est la même chose. Dans le cas d'Angélique, c'est l'épuisement et... non mais c'est vrai que c'est pas évident. Il y a toujours une douleur chez la famille, aussi inconsciente, il fait traiter tout, mais bon...

Img 22 Je suis pas forcément d'accord, parce que tu sais, il y a des gens qui n'ont pas de compassion. Il y a des conjoints qui n'écoutent pas du tout l'autre, en disant : « Non, arrête de te laisser aller. T'as pas mal. » Dans ce cas-là, il faut dire gentiment au conjoint que c'est le patient qui dit s'il a mal ou pas, c'est pas à l'autre de dire. Tu vois, je ne pense pas qu'il y ait toujours une bonne écoute, tu vois ?

Img 23 En même temps, dans le fait de dire : « Arrête de te plaindre », ça peut être aussi une souffrance parce qu'il en peut plus

Img 22 Moi, c'était souvent des choses comme ça. Des femmes, moi je dis, c'était une femme avec son mari, assez autoritaire, lui, il était toujours un peu renfermé sur lui-même, et, dès qu'il disait quelque chose, la femme, hop... elle venait le reprendre : « Oh non, arrête ! » Moi, je le voyais plus comme ça, pas comme une

souffrance de la femme, mais comme quelqu'un qui n'a pas de compassion et qui ne sait pas ce que c'est que d'avoir mal....

(interruption technique)

Animateur Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur ces patients qui souffrent de douleurs chroniques ? Est-ce que qu'il y a des choses qui vous interpellent ?

Img26 Ben, ça dépend, c'est... J'ai l'impression que ça va être vraiment au cas par cas... qu'il n'y a pas de règle. Enfin, une règle, c'est toujours de la prendre en compte, la prendre en charge, après, si on la prend en charge de façon médicamenteuse, psychologique, chirurgicale, par le mépris, on la prendra en charge.

Img23 C'est très bien dit !

Img26 Non, mais ça arrivera certainement.

Img23 Ben oui...

Img20 Après, il y a une règle, c'est qu'on n'est pas tout seul, c'est qu'on n'est pas non plus le seul généraliste de la ville et qu'il y a des patients, on sait, on comprend très vite qu'on arrivera jamais à les suivre parce que le contact passe pas, parce que je sais pas quoi d'autre. Il faut savoir dire « stop », et peut-être qu'un autre médecin y arrivera là où nous, on n'a pas réussi et vice versa.

Img21 moi je me vois mal virer un patient en lui disant : « Ben, écoutez, allez voir quelqu'un d'autre parce que moi ... »

Img20 ça, c'est autre chose...

Img26 Tu peux lui dire, euh...

Img25 Je pense que le patient, s'il n'est pas satisfait, il ira de lui-même...

Img26 Tu peux lui dire : « Je ne suis pas le médecin qui vous convient »

Img20 Peut-être qu'en lui... Je pense que, souvent, ils s'en rendent compte, mais après, ceux qui s'en rendent pas compte, on peut leur dire ...

Img26 Moi, je l'ai vu faire, un patient... il était diabétique, ça n'allait pas du tout, il en faisait qu'à son idée, et le médecin lui dit : « Ben, écoutez, on ne va pas pouvoir continuer comme ça, je vous propose des traitements, ça ne vous va pas, je ne pense pas être le médecin qui vous convient, donc je pense qu'on va arrêter tous les deux. Je vous imprime votre dossier médical et puis vous allez voir mon confrère », etc...

Img21 Et il a réagi comment ?

Img26 Ben, le patient, ben voilà, ça faisait déjà quelques consultations que c'était tendu. Là, mon praticien, il est resté extrêmement calme, il a dit « Je ne vous conviens pas, je pense que ma façon de vous prendre en charge ne vous convient pas, moi je ne peux pas vous proposer autre chose, malheureusement, si je ne peux pas vous soigner, je pense que c'est peut-être mieux que vous alliez voir un autre médecin ». Il a fait ça avec calme et puis, euh...

Img24 Et comment il a réagi ?

Img23 C'est bien de pouvoir se dire que tu ne peux pas tout faire, et si ça ne va pas, ben...

Img24 Il est revenu ? Il est pas revenu ?

Img26 Non, il n'est pas revenu... Après, oui, faut le faire ! Faut l'avoir vu aussi. Faut l'avoir vu...

Animateur Il faut adresser systématiquement, quand vous dites, il faut adresser systématiquement à un confrère, nommément, parce que sinon, vous êtes pas dans les clous... Bon, on va peut-être parler des ED...enfin des ED... de votre enseignement de manière générale. Est-ce que vous avez tous eu l'ED sur la douleur chronique ici?

Img25 Non, je ne l'ai pas eu.

Animateur Tu ne l'as pas eu ?

Img20 Oh ben, c'est une grande rigolade...

Animateur C'est une grande rigolade ? C'était quoi, c'était le séminaire de deux fois trois heures ?

Img20 Oui, c'était la journée de cours de deux fois trois heures sur la douleur. Du coup...

Animateur ouai ?

Img20 En gros, je crois que j'ai peut-être même le cours là, dans mon ordinateur, parce que je viens en cours avec le PC, et je note ce qui est intéressant. Je note, là, sur ce cours-là, ça doit être le seul où j'ai fait une page des choses qu'on a appris et qui servent à rien... et puis je dois avoir trois lignes des choses que j'ai vraiment apprises aujourd'hui. Je crois qu'il y a trois trucs que j'ai appris sur six heures de cours. J'ai réécrit en énorme qu'il fallait absolument que je prescrive un laxatif avec les morphiniques...

Img21 Enfin, moi, limite, euh, c'était sur les facteurs de risque cardiovasculaires, le jeu de l'après-midi où, enfin, c'est bon, on n'a plus trois ans, enfin en plus, ça marchait par points : je vous pose une question, celui qui répond, il a un point. Ouais, chouette...

Img20 Oui, il y avait des points...

Animateur Sur la douleur chronique ?

Img21 Non, sur les facteurs de risque.

Img23 Sinon, oui, sur la douleur chronique, c'était un catalogue, c'était pas pratique, quoi.

Img26 On a eu un algologue...

Img21, 22,23... : Un quoi ?

Img26 Un algologue : le spécialiste de la douleur qui est venu

Img23 Ah bon, c'était pas un anesthésiste ?

Img26 Si, si, mais lui il bossait qu'au centre antidouleur. Je crois qu'il s'occupait plus des blocs et je crois que lui, enfin, il s'occupait... du bloc neuro-chir, mais pour toutes les opérations qui étaient pose de stimulateur, etc...

Img25 Est-ce que l'anesthésiste que vous avez vu vous a parlé de traitements autres que médicamenteux ?

Img26 Non

Img25 Par exemple, je sais pas, la dernière fois, j'ai vu un reportage, par exemple sur la mise en place de l'hypnose maintenant pour les anesthésistes dans les gros centres, et qui fonctionnait très bien sur le traitement de la douleur, ben voilà, on sait que ça existe et l'anesthésiste qui est venu, peut-être, je ne sais pas, s'il vous en a pas parlé, c'est que ça ne se fait pas à Lille peut-être.

Img26 Il nous a parlé un peu de physiopathologie... enfin sur certains... sur tout ce qui était essentiellement post-opératoire, les douleurs post-opératoires. C'était sympa, des choses qu'on ne connaissait pas, mais c'était plutôt de la physiopathologie.

Img23 Enfin, post-opératoire, c'était pas trop la ville, quoi...

Img26 Ouais, mais après, ils reviennent chez eux, et il comprend pourquoi, s'ils ont mal, c'est ...

Img20 Ouais, ce qui est marrant, c'est d'apprendre que... il me semble que le cours qu'on a eu a été fait par l'un des profs que la plupart des étudiants préfèrent, et quand j'ai appris ça, j'ai été assez surprise, et je me dis que ça doit pas être évident non plus de faire un cours théorique sur la douleur...

Animateur Je n'ai pas compris ce que tu as voulu dire...

Img20 Ce que je veux dire, c'est que j'ai appris que la personne qui avait fait le cours, c'était Dr Calafiore et que Dr Calafiore, on est quand même nombreux à adorer assister à ses cours, et moi, ce jour-là, je me suis fait chier, mais vraiment, et c'est là que je me suis dit : «En fait, c'est pas si simple que ça de faire un cours, parce que d'habitude, ses cours sont supers »

Img23 Oui, mais c'est la base, c'est le Power Point, après, tu as vraiment le... tu peux avoir le même Power Point dans deux groupes différents, c'est vraiment l'intervenant qui va tout changer.

Img26 Mais, euh, là, dans ce cours-là, on nous avait demandé comment... ça devait être le Neurontin... Comment est-ce que ça s'introduisait, quelle posologie, quel palier, tout ça, et on a eu des réponses. Je ne sais pas si vous, vous l'avez eu ou pas ?

Img20 Je ne me souviens pas, franchement, je ne me souviens pas, mais je ne suis pas d'une grande assiduité en cours, moi tu sais ...

Img26 Parce que, pour ce cours-là, je me souviens qu'on avait eu quel médicament introduire, à quelle dose, les avantages de tel traitement par rapport à tel autre traitement...

Animateur Donc, pour toi, c'était plutôt un cours intéressant C'était plutôt quelque chose qui t'a apporté... ?

Img23 Pas six heures...

Animateur Pas six heures. C'est quoi le principal grief que tu ferais à cet ED ?

Img26 Moi, c'est de rester extrêmement pratique. Parler des molécules...

Animateur Ce qu'il faut faire, tu veux dire ?

Img26 Parler de molécules : dans quelle douleur les mettre, quel palier, quelle posologie, etc... Et puis après, ce qu'on disait, s'il y avait des choses techniques à savoir en ville, des choses comme ça...

Img20 Et tout bêtement, parler de notre vécu, comme là, ce qu'on vient de faire. On a aussi appris des choses en discutant ensemble, alors je sais que quand on est trente en ED, ça doit pas être facile à faire... mais je me souviens, je crois, que la plus grande blague de ce cours, c'était des situations cliniques. Il y avait six situations cliniques, et on devait choisir celle qui nous posait le plus de problème. Mais non, c'est pas ça ! c'est pas celle-là qui nous pose problème, c'est celle qui m'a posée problème dans mon histoire, et pas un patient qui me téléphone au cabinet parce qu'il a mal au ventre : « Quelles sont les questions que vous vous posez là-dessus ? », « Ben, là, excuse-moi, franchement, quand tu me dis ça comme ça, je ne m'en pose pas quoi, des questions ». Ce n'est pas ça qui m'inquiète, c'est de savoir ce que je vais faire chez un patient chez qui j'ai utilisé ça, ça, ça et ça, et pas des questions sur une seule phrase que vous m'avez donné sur un petit cas clinique... Ça, c'était, je me croyais externe, et encore, même pas externe, et j'étais limite l'impression d'être en P2 ou en D1, et qu'on me demandait de réciter mon cours d'examen clinique sur la douleur...

Img23 Après, ce qu'ils ont fait avec les différents cas cliniques, c'est essayer de balayer un peu toutes les douleurs dont ils voulaient nous parler, donc, c'était peut-être bien, mais c'est vrai qu'on répondait par un médicament, et on n'approfondissait pas. Enfin, mais la réponse, nous on la savait, c'est juste que nous, on veut en savoir plus, et on est resté à nos connaissances. On n'a pas appris plus que ce qu'on ?

Img20 Et on n'a pas dit vraiment où est-ce qu'on pouvait trouver les réponses à nos questions qui n'avaient pas trouvé de réponse. Parce qu'il y en a toujours, mais là...

animateur Si vous deviez faire l'ED vous-mêmes ?

(rires)

Img20 C'est là que je rejoins ce que je disais tout à l'heure ; c'est facile de critiquer mais je ne sais pas comment on fait pour faire un cours

Img23 On ne sera jamais prof...

Animateur Non, mais sans vraiment établir non plus un plan d'ED sur quel niveau ça devrait se placer, à votre avis ? Sur quel principe on devrait adopter ?

Est-ce que ça devrait être plus interactif... est-ce que ça devrait être, je ne sais pas ? Est-ce qu'on pourrait changer le contenu ? Est-ce qu'on pourrait changer la manière de faire l'ED sur ce thème de la douleur chronique ?

Img20 Je pense, déjà, s'ils veulent garder le principe des cas cliniques qui n'est pas une mauvaise idée en soi, il faut que ce soit par petits groupes, comme d'autres fois on fait en cours où on choisit un cas clinique en en discutant ensemble, où on choisit une situation qui a posé problème aux étudiants, et à force de chercher, on finit par en trouver. La preuve, on en a discuté pendant une heure. Plutôt que de nous mettre des petits cas cliniques comme ça sur lesquels on ne sait pas quoi se poser comme question.

Img 24 Il y a des profs qui changent leurs modalités d'ED. Michel CUNIN maintenant, il n'impose plus les cas cliniques. Il fait faire des petits groupes et il demande à chacun de ramener un cas clinique et voilà... On se base sur nos problèmes à nous, en tout cas ça s'est passé la dernière fois...

Img26 Bravo Michel !

Animateur Il serait content...

Img 24: Les cas cliniques qui étaient sur le diaporama. Il a fait : « Je ne veux pas de ceux-là », il a éteint son ordi, et on a travaillé sur les nôtres...

Animateur ça c'est quelque chose qui vous semble profitable ?

Img 25: Ben, c'est bien parce qu'on expose nos cas cliniques. Après, là, je vois l'autre... qu'on est en train d'avoir sur le suivi des enfants, c'est des cas cliniques qui

nous sont imposés mais ça nous fait nous poser des questions aussi, parce qu'au final, on ne sait pas répondre à tout, donc, enfin...

Img20 Après, je crois qu'il y a un principe de base qui m'échappe complètement dans l'ensemble qu'ils ont, c'est le fait de s'approprier le cours d'un autre. Je pense que s'approprier le cours d'un autre prof, c'est quelque chose de quasi impossible, et à part les très très bons professeurs qui savent le faire, à mon avis, c'est très difficile de s'approprier un cours. Ce serait presque mieux qu'il y ait un cours différent par ED, fait par le prof qui doit le faire, plutôt que de devoir se baser uniquement sur le Power Point qui a été fait par un autre, qu'il est très difficile de s'approprier, parce que là, sur le cours qu'on a actuellement nous, tout à l'heure le prof il fait : « Bon, je ne sais pas ce qu'il a fait là, il était dans son délire, donc il avait plus qu'à passer les diapos parce que, franchement, il ne savait pas quoi dire sur les diapos. C'est dommage...

Img25 C'est un interne, je pense, qui lui a fait son cours. Il a dit : « En gros, j'avais un peu la flemme, et j'ai pas été payé pour ça, donc, c'est un interne qui a fait le cours ». Et, sur une des diapos, il était quand même marqué : « Le diabète va doubler en 2010 », donc, on est quand même en 2013, et la diapo, c'était : « Va doubler en 2010 ». C'était pas forcément mis à jour, mais après, c'est tout. Moi, je pense qu'il découvrait le Power Point en même temps que nous, et puis...

Img20 Le fait que le prof découvre le Power Point, c'est pas évident, et je pense que, si on lui disait : « bon, ben voilà, tu fais un cours sur la douleur, on te donne ça comme base de Power Point, mais il y a quatre diapos, les diapos les plus intéressantes, les plus importantes, et après, tu fais ce que tu veux. Déjà, il serait obligé de se plonger dans le cours un peu avant, parce que je ne vois pas comment on peut s'approprier le Power Point de quelqu'un au jour le jour.

Img25 C'était un chef de clinique enfin, qui l'a fait, je ne sais plus ce qu'il a dit, mais c'était pas lui qui l'avait fait...

Img23 Pas aussi long...

Animateur Pas aussi long ?

Img23 au bout de 6 heures, enfin...

animateur Par contre ce que tu disais. Est-ce que tu penses qu'on peut faire un cours, faire le tour du sujet de la douleur chronique ?

Img23 alors oui c'est...Pas aussi long que ceux de maintenant. Après, ça peut être aussi long mais plus intéressant, mais là, au bout de 6 heures... Il y a peut-être juste une heure d'intéressante sur les six donc on décroche vite, et dès que c'est de l'info importante...

Animateur Tu décroches...

Img 25 Peut-être, ce qui serait bien, je sais pas, diffuser sur intranet, qu'on puisse le bosser un peu avant et qu'après, après, exposer des situations cliniques, avec le cours qui est sur intranet, pouvoir répondre à nos questions, enfin, je sais pas...

Img21 Pouvoir faire un genre de groupe d'échange des pratiques à chaque...

Img26 Michel va être content !

Img23 On l'a fait ...

animateur Vous avez fait quoi ?

Img23 On avait un cours sur la dyspnée et en fait, le matin, on avait le cas clinique, l'exposé, les questions... et puis l'après-midi, on cherchait un peu des choses sur Internet, mais au final, ce qui ressortait, on a refait des choses qu'on savait peut-être déjà et enfin, je sais pas si...

Img20 L'exemple typique de l'organisation un peu bizarre aussi que j'ai, c'est un des premiers cours qu'on a fait, je ne me souviens même plus sur quoi... si : la

dépendance et la gestion de la dépendance des patients en milieu libéral. Déjà, on a fait trois heures de cours le matin, sur les trois heures de cours du matin, déjà il y avait deux heures et demie où on nous expliquait comment gérer un patient en milieu hospitalier. Ça, c'était formidable parce qu'on était en milieu ambulatoire avec un spécialiste qui est venu nous expliquer la gestion d'un patient dépendant en milieu hospitalier, et il nous a jamais marqué sur son petit graphique, il n'y avait même pas le nom du médecin généraliste sur le graphique. Et à la fin de la première demi-journée, il nous a demandé qu'est-ce qu'on attendait pour l'après-midi, donc on a rempli le tableau là comme ça, on a rempli toute la hauteur du tableau avec des questions. L'après-midi, à 14 heures, il s'est pointé, il a fait : « Bon, ben, on va pas répondre à ces questions-là, en fait... » « pardon ? » « ben oui, parce qu'en fait, c'est pas ce qui est au programme » « C'est super, mais dans ce cas-là, ça sert à rien de me demander ce dont je voulais qu'on parle » « On va parler d'autre chose, et ça, vous le verrez un autre jour ». « Non, mais ça tombe mal, parce que c'est aujourd'hui qu'on a la question, donc c'était aujourd'hui qu'il fallait répondre, qu'il fallait trouver le temps pour y répondre. » Après, c'est le seul qui l'a fait, d'habitude ils répondent à nos questions, à nos attentes. Ce jour-là j'étais un peu surprise.

Animateur Est-ce que quand vous êtes... je reviens à nos... face à des patients qui souffrent de douleurs chroniques, est-ce qu'il y a un moment où vous dites : « ça, je sais pas, et ça j'ai pas été formé » ? On parlait un petit peu des médicaments ... à visée nerotropique

Img25 Je pense qu'on n'est jamais mieux formé qu'en pratique, euh, donc, je pense que, même si vous aviez cours, je sais pas, il y a combien de mois, mais en situation, vous allez quand même rechercher dans votre carnet je suppose, la posologie, bon, ben, là, ça va... alors que si on l'a prescrite, je pense que quand j'écris, je retiens ce que j'ai prescrit.

Img23 Le nom des médicaments, on les connaît et on sait à peu près ce qu'il faut mettre dans quelle situation, mais c'est peut-être comment l'instaurer qu'on ne sait pas trop, qu'on n'a pas appris.

Animateur Par exemple, dans les autres groupes, ils parlaient par exemple des méthodes de prescription non-médicamenteuses, de la kiné, des choses comme ça. Est-ce que c'est des choses pour lesquelles vous êtes un peu au point, ou ... ?

Img20 Non, pas trop.

Animateur Est-ce que c'est des choses pour lesquelles vous pensez qu'il faudrait bénéficier d'un enseignement, ou est-ce que vous pensez qu'on apprend en pratique ?

Img24 : Ben, c'est vrai qu'après, enfin, la kiné, on n'a pas...

Animateur Pas forcément la kiné, ça peut être tout, au niveau, par exemple, des démarches administratives, les mises en invalidité, les adaptations de poste, très large quoi...

Img 24 Je pensais que ça serait bien d'avoir une formation là-dessus.

Animateur ça serait intéressant. Sur quoi ?

Img20 ...qu'ils abordent dans notre fameux cours sur la dépendance, et on lui a demandé ce genre de choses ou les différents matériels médical qu'on pouvait prescrire pour les patients qui avaient du mal à se baisser ou des choses comme ça, ou pour lutter contre certaines douleurs, je pense qu'il y a aussi... il nous a dit : « ça vous verrez ça plus tard ». C'est cool mais quand ? par exemple...

Img23 ça peut être intéressant

Img26 Oui.

Animateur Qu'est-ce qui pourrait vous intéresser d'autre comme... Des choses pour lesquelles vous vous êtes trouvé en difficulté ?

Img21 Tout bêtement, c'est la seule fois où on l'a fait pour le diabète ; c'était pour remplir la feuille euh...

Img 24 De prise en charge à 100% ?

Img20 On l'a fait qu'aujourd'hui

Img21 Et c'est tout con, mais une feuille de soin, moi, je suis arrivé chez mon prat', il m'a dit : « Tiens, je te donne la feuille de soins », euh...

Img20 J'ai pas eu deux prat' qui me l'ont rempli pareil. Sur les trois, y'en a pas deux qui me l'ont rempli pareil ; ça, c'est assez fort.

Animateur feuilles de soins ALD tu veux dire ?

Img21 Non, non, une feuille de soin

Animateur Une feuille de soin pour les facturations...

Img21 Les trucs basiques, vraiment de médecine générale, je trouve qu'on n'est pas...

Animateur Vous arrivez un petit peu à les voir en stage de médecine générale ou ?

Img20 Oui, oui, mais c'est ce que je dis, y'a pas deux prat' qui vont remplir la feuille de la même manière, donc...

Img23 C'est comme les prescriptions de séances de kiné ; moi, j'avais deux prat', il y en avait un qui disait : « Je ne mets pas le nombre de séances, c'est le kiné qui verra », et l'autre qui mettait le nombre de séances, enfin...

Img20 Avec ce qu'il fallait...

Après, tout ce qu'on dit là sur la réalisation des ED, comme les GEP ou les groupes d'échange, ce serait génial, sauf qu'il faut pas oublier un truc, c'est nous on n'est qu'un petit groupe, qu'on n'a pas tous les mêmes attentes dans un cours, et moi j'ai l'impression des fois que, dans notre groupe de cours, il y en a qui sont ravis de ce qu'on a appris, et c'est très bien pour eux, et je pense qu'on fait pas partie des

mêmes, parce qu'il n'empêche que sur les trente personnes du groupe, nous, on a été deux à dire oui pour ça...

Animateur merci encore...

Img20 donc on doit pas avoir tous les mêmes attentes, les mêmes ambitions... ça doit pas être la même population

Animateur oui ça fera parti des biais ... Donc, ce que vous reprochez à, si je comprends bien, à l'ED, c'est d'être un peu trop théorique, c'est ça ? Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous reprochez ?

Img20 Qu'ils fassent trop de rappels su ce qu'on a fait pendant l'externat, mais ça, c'est pas spécifique à la douleur, c'est dans beaucoup d'ED. Ils se ciblent sur les rappels, alors que si on se base sur ce que l'on fait depuis le début de notre carrière, depuis le début de notre formation, on est passé interne, on est censé apprendre des choses qu'on n'a pas appris avant, parce que, sinon, on n'en serait pas arrivé à ce stade-là. Et il y a peut-être des gens qui n'ont pas bossé pour le concours d'internat, je suis désolée pour eux s'ils n'ont pas appris les bases, et qu'ils doivent réapprendre. Cela dit, il y en a dans le tas qui ont bossé et qui savent. Tout ce dont on leur parle, ils le savent déjà, et on n'est pas, je ne pense pas qu'on soit 10% de la promo à savoir ce dont on nous a parlé pour le concours.

Animateur Est-ce qu'il y a d'autres choses, essentiellement ça, mais ?

Img 25 Moi, j'ai pas eu l'ED, mais je pense euh, ça serait bien qu'on ait des personnes ressources à contacter si jamais on est confronté à quelque chose qu'on ne sait pas gérer, je ne sais pas si c'est par secteur ou...

Animateur savoir... dans l'enseignement, qu'on vous dise qui contacter ?

Img25 Oui, même en pratique ... on laisse... je ne sais pas, on dit : « Il faut, par exemple, aller voir un rhumato », ben oui, mais quel rhumato ? Je ne sais pas. Moi, je voudrais savoir à qui je dois l'adresser

Animateur Après, c'est un petit peu compliqué...

Img25 Mais pour la douleur, je ne sais pas si les prat' connaissent un médecin de la douleur...

Animateur Est-ce que vous savez un petit peu comment c'est organisé tout ça, les centres de la douleur, les unités de la douleur, tout ça ?

Img23 On ne nous en a même pas parlé dans l'ED.

Animateur Non, vous ne savez pas comment adresser, vous n'avez pas d'expérience précise là-dessus ?

Img25 par exemple le docteur Klein à Roubaix enfin...je le connais aussi parce que j'ai fait plusieurs stages à Roubaix...

Img26 Après, c'est un peu difficile. Moi j'ai bossé en cabinet de ville, il y en a deux qui vont aller à Bailleul, d'autres au Touquet, d'autres à Dunkerque, c'est un peu difficile de...

Img23 Mais au moins savoir comment ça fonctionne et comment tu les adresses.

Img 25 Est-ce que si c'est pas un réseau, est-ce que... comment l'utiliser ? Si on a un rendez-vous deux ou trois mois après, est-ce que c'est dans toutes les unités d'hospitalisation ou est-ce qu'il y a des secteurs d'urgence pour les urgences de la douleur. Moi, je sais pas si ça existe, euh, parce qu'on a beau adresser quelqu'un avec un n° de téléphone***

animateur Dans d'autres ED...euh dans d'autres ED... dans d'autres focus group ils parlaient d'une ouverture sur des... dans cette optique de la douleur chronique... d'une ouverture sur tout ce qui est... on va dire... médecine parallèle, c'est-à-dire l'homéopathie, l'acupuncture, la sophrologie... Est-ce que c'est des choses qui vous intéresseraient, ou ?

Img26 Moi ça m'intéresse pas d'en pratiquer, mais oui, ça peut être bien. J'ai des patients qui sont répondeurs. L'important, c'est de soulager le patient. S'il est soulagé par l'acupuncture ou par la sophrologie...

Img23 Ta question, c'était : est-ce que ça nous intéresserait d'avoir des cours dessus ?

Animateur Oui, enfin, des cours, pas forcément un cours sur ça, mais dans le cadre de la douleur chronique, qu'il y ait une ouverture sur ça...

Img26 Oui.

Img25 Moi je parlais de l'hypnose parce que je pense que ça peut être hyper intéressant, et je pense qu'il faut être réceptif à ça. Mais pourquoi pas utiliser la sophrologie, je pense que ça a fait ses preuves, et moi, mes prat', ils adressent des gens chez des sophrologues en ville quand ils ne savent pas gérer... l'ostéopathie, et ça fonctionne.

Img26 Moi je savais pas, par exemple, que pour les manipulations par les ostéopathes, par exemple pour la colonne, il fallait avoir des radios, des choses comme ça. Est-ce qu'il y a des mises en garde spéciales à faire en fonction des patients, des pathologies... Je pense que ça peut être bien...parce que l'ostéopathie ça rend des services, mais il faut savoir aussi les indications, les contre-indications...

Img20 Après, c'est pas non plus évident, dans le sens où on sait à peu près tous... Je pense qu'on sait à peu près toutes quelles sont les médecines parallèles qu'on a, mais, euh, après, on ne va pas toutes les aborder. Et ça, c'est justement l'objectif des DU, pour les aborder en détail, je pense.

Img23 Oui mais si t'es pas sensibilisé à la base, comment tu veux ?

Img26 Oui, il faudrait en parler, je pense.

Animateur D'autres choses qui vous viennent à l'esprit ?

Donc, il faudrait que ça soit quand même plus basé sur la pratique, sur l'expérience, si je résume, et que ce soit... que ça parte aussi plus de votre expérience. Ça, ça vous intéresserait ?

Img21 Après, chacun a des expériences différentes, et c'est vrai que quand... si... je sais pas moi, je vais exposer un cas... les réponses vont m'intéresser parce que ça m'a concernée, mais après, les autres, bof, se sentir concernés...

Img 25 Je pense qu'en ville, tu auras des situations que tu seras susceptible d'avoir ...

Img20 Tu peux avoir des questions que d'autres n'auront pas, et d'autres poseront des questions sur ta situation, c'est le principe des GEP, quoi. On ne peut pas prendre le cas clinique de chaque étudiant c'est possible. De toute façon, comme il y a toujours des étudiants qu'on va dire « actifs » dans l'ED, il va toujours y en avoir un qui sera ravi d'en proposer un, et, à côté de ça, il y aura toujours des étudiants qui seront inactifs. Soit ils n'en ont rien à fiche, soit ce jour-là, ils n'ont absolument aucune question à se poser parce qu'ils n'auront jamais eu la situation, et ça va s'équilibrer.

Animateur Bon, est-ce que quelqu'un a encore quelque chose à dire ?

...

Je vais vous libérer. Merci infiniment.

AUTEUR : Nom : Broch

Prénom : Victor

Date de Soutenance : 13 novembre 2014

Titre de la Thèse : Les internes de médecine générale lillois et la prise en charge du patient douloureux chronique.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

**Mots-clés : Douleur chronique – Médecine Générale –Interne – Formation médicale
- Etude qualitative**

Résumé :

Contexte : Si la douleur aiguë a une fonction physiologique, la douleur chronique constitue un phénomène pathologique aux dimensions multiples : physiologique, psychologique, et sociale. Sa prévalence élevée en fait un problème de santé publique dont les pouvoirs publics se sont saisis en lançant plusieurs plans de lutte contre la douleur. Le rapport d'évaluation du dernier plan préconisait d'intégrer un enseignement spécifique pour les étudiants de troisième cycle médical. L'élaboration d'un tel enseignement pour les internes de médecine générale pourrait tenir compte de leurs difficultés et de leurs attentes. Peu d'études existent sur ce sujet. Cette étude explore les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale et leurs attentes concernant leur formation initiale

Méthode : Il s'agissait d'une étude exploratoire, qualitative, par focus group d'internes en médecine générale de la faculté de médecine de Lille. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. Les données ont été analysées de manière thématique avec un double codage.

Résultats : Six focus groups ont été réalisés, réunissant quarante internes. Des difficultés à tous les niveaux de prise en charge ont émergé : thérapeutique, relationnel, psychologique et social. Le statut et le contexte d'exercice des internes entraînaient des difficultés. Un grand nombre de difficultés étaient attribuées à une formation insuffisante sur les différentes dimensions de la douleur chronique. Les internes montraient un intérêt pour un enseignement de mode participatif se basant sur leur expérience.

Conclusion : Les difficultés rencontrées par les internes participants pourraient être en rapport avec la confrontation de leur culture biomédicale à un problème multidimensionnel et complexe. Une approche biopsychosociale permettrait-elle de surmonter ces difficultés ? Les attentes des internes concernant leur formation semblaient conforter l'évolution d'un paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage pris par l'enseignement de médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Professeur Gilles Lebuffe, Professeur Patrick Lerouge,

Docteur Michel Cunin