

### EP03 DOULEUR OU HANDICAP : QUI PÈSE LE PLUS DANS LA BALANCE DE LA SOUFFRANCE ?

F. Henry<sup>(1)</sup>, F. Clère<sup>(1)</sup>, E. Boujassy<sup>(2)</sup>, M. Perriot<sup>(1)</sup>, A.C. D'Abadie<sup>(3)</sup>

1. Consultation pluridisciplinaire de la douleur, Châteauroux, France.

2. Centre Hospitalier, La châtre, France.

3. Étudiante en quatrième année de Psychologie, I.P.S.A., Angers, France.

**Objectif :** Les structures de prise en charge de la douleur chronique reçoivent des patients adressés par leur médecin traitant du fait de la répétition d'une plainte incessante : « *je souffre* ». Comment appréhender alors cette plainte que le patient posera dès le premier entretien ? Nous questionnerons ici la définition classique de la douleur et en chercherons les implications en terme de prise en charge psychothérapeutique.

**Description :** La plainte douloureuse peut être analysée par le prisme de trois vécus en constante interaction : le vécu sensoriel, le vécu émotionnel et le vécu de la perte ou de handicap. En effet, l'installation d'une douleur chronique vient perturber l'homéostasie globale en confrontant le sujet à un vécu de perte réelle ou à venir. La forte intensité des expériences sensorielles et émotionnelles est la plus rapportée spontanément. Il n'en va pas de même pour le vécu de handicap dont l'expression et probablement l'intensité reste très variable d'un sujet à l'autre. Notre premier entretien insiste donc sur le décryptage de cette plainte comprise d'une façon plurielle, afin d'en apprécier au mieux la configuration subjective. Cette analyse permet alors au patient d'évoquer le sens qu'il donne à sa plainte et d'en préciser les attentes en termes de prise en charge. L'expérience nous montre que, quelle que soit la pathologie organique en cause, la prédominance d'un vécu de handicap sur les autres vécus nécessite une adaptation de la prise en charge. Il convient notamment d'éviter toute escalade thérapeutique sur le plan médicamenteux.

**Conclusion :** Dans notre expérience, la plainte douloureuse ne se résume pas systématiquement à l'intrication entre une expérience sensorielle et une expérience émotionnelle. Le vécu de handicap est également à évaluer. Nous proposons de l'envisager en termes de ressources cognitives et comportementales mobilisables pour faire face aux expériences sensorielles et émotionnelles désagréables. Face à une forte contribution de ce vécu à la plainte douloureuse nous privilégions donc une approche cognitivo-comportementale (réadaptation) à une approche plus humaniste (empathie, soutien psychologique).

### EP04 ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE ADULTE DE COCHIN

F. Lecomte<sup>(1)</sup>, C. Lafoix<sup>(1)</sup>, L. Leconte<sup>(2)</sup>, B. Dousset<sup>(2)</sup>, O. Soubrane<sup>(2)</sup>, G. Vidal-Trecan<sup>(1)</sup>, A. Belbachir<sup>(1)</sup>

1. CLUD, Centre Hospitalo-Universitaire Cochin Saint Vincent de Paul, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris 14<sup>e</sup>, France.

2. Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalo-Universitaire Cochin Saint Vincent de Paul, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris 14<sup>e</sup>, France.

Évaluation de la douleur en chirurgie viscérale adulte par une enquête standardisée de 4 jours répétée 4 fois en 2006 avec questionnaire standardisé et analyse du dossier du patient par des experts. Sur 103 opérés interrogés à J1 (98 % du total), la chirurgie était programmée (dans 91 % des cas), à ciel ouvert (85 %), sous AG (95 %), locale (2 %) ou rachianesthésie (3 %). 76 % disaient avoir reçu un encouragement à signaler la douleur et 52 % une information, orale chez 73 % et/ou écrite chez 50 % avant l'intervention. La douleur préopératoire (33 % des patients) était la plus intense du séjour dans 10 % des cas. Tous les opérés ont eu un traitement antalgique entraînant 23 % d'effets indésirables. Autres actions antalgiques : rassurer (74 %), prévenir (41 %), expliquer (33 %), repositionner (19 %) et médicament avant douleur induite : 14 % (malgré 74 % de douleur induite). 42 % des patients ressentaient la douleur comme le symptôme le plus pénible. Les facteurs liés aux 78 % des patients soulagés : qualité de l'information (jugée bonne dans 86 % des cas) et utilisation d'une échelle validée (57 %). 85 % des patients étaient satisfaits. Une fréquence d'évaluation > 3/jour augmentait le soulagement (44 % des patients) et la satisfaction du patient (p = 0,006). Un délai de traitement de plus de 15 minutes (22 % des cas) augmentait l'insatisfaction (p = 0,026). Analyse du dossier anesthésique : 71 % d'analgésiques per-opératoire, 72 % de prescription de surveillance antalgique en SSPI, évaluée à l'entrée et/ou à la sortie des patients chez respectivement 75 et 61 %. La prescription des antalgiques en post-opératoire était datée et signée chez 94 % et respectait les indications, contre-indications et posologies dans 91 % des cas. Une large majorité des patients s'estime satisfaite mais la douleur reste en post-opératoire un facteur important d'inconfort influencé par son évaluation qualitative et quantitative. La tenue des dossiers anesthésiques répond dans une proportion importante aux exigences actuelles.

### EP05 ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE ADULTE DE COCHIN

F. Lecomte<sup>(1)</sup>, S. Eleni Dit Trolli<sup>(1)</sup>, P.R. Burgel<sup>(2)</sup>, J. Lacroque<sup>(2)</sup>, D. Dusser<sup>(2)</sup>, G. Vidal-Trecan<sup>(1)</sup>, A. Belbachir<sup>(1)</sup>

1. CLUD, CHU Cochin, Paris, France.

2. Service de Pneumologie, CHU Cochin, Paris, France.

Enquête « un jour donné » répétée 5 fois (en 2005-2006) par des enquêteurs formés avec un questionnaire standardisé utilisant des échelles validées (EN et EVA). 177 personnes auditées (âge moyen