



FACULTÉ DE MÉDECINE



Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke



CENTRE REGIONAL DOULEUR EN SANTE MENTALE ET AUTISME

*Avec vous, pour la Vie*

***LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR***  
***AURA 77, 6 Mai 2014***

**Djea SARAVANE, MSc, MD**

**Chef de Service-Directeur de l'Enseignement**

**Membre Associé CHUS Sherbrooke-Canada**



Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

# CONFLITS D'INTERETS

- **JE N'AI AUCUN CONFLIT D'INTERET**



# AUTISME

- Désigne un ou des Troubles Envahissants du Développement ( TED) affectant la personne dans 3 domaines principaux:
  1. Anomalies de la communication verbale et/ou non verbale
  2. Anomalies des interactions sociales
  3. Centres d'intérêt restreints et stéréotypies

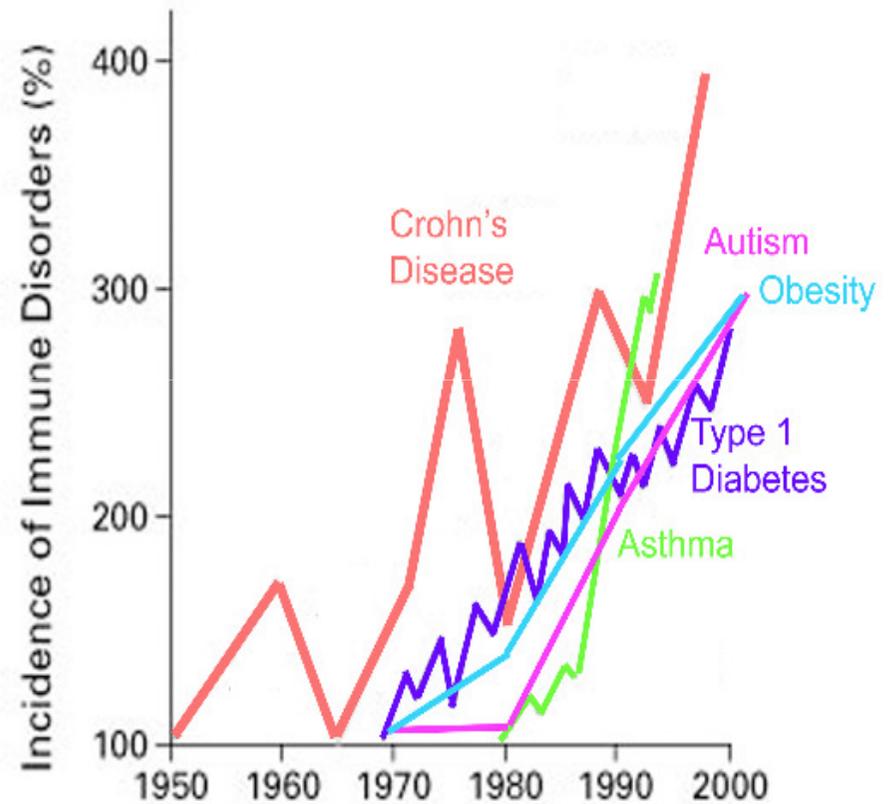
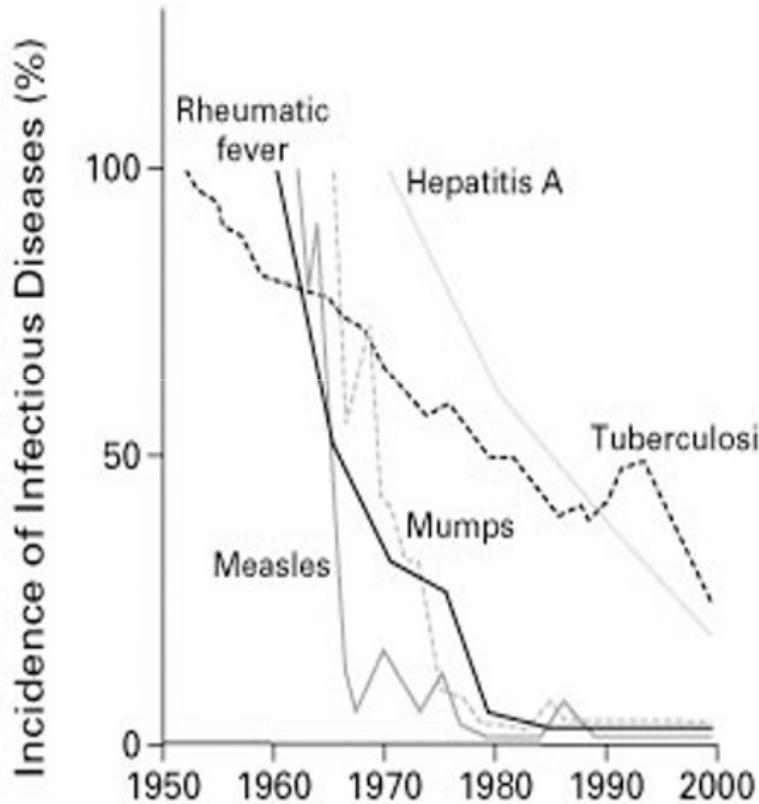
# PREVALENCE

- **1 naissance sur 2000 en 1960**
- **1 naissance sur 150 en 2012**
- Taux a explosé depuis quelques années et ce en raison:
  - *des modifications des critères de diagnostic*
  - *de l'amélioration du repérage et de la connaissance de ce handicap par les professionnels de services spécialisées dans l'élaboration de diagnostic*

# PREVALENCE

- 67 millions de personnes autistes dans le monde
- Dont au plus 600000 en France
- 70% des personnes atteintes d'autisme: déficience intellectuelle associée
- 3 personnes autistes sur 4: sexe masculin

# The Fall and Rise of Disease Prevalence in the last 50 years



Bach , J NEJM 2002;347:911-920, California Department.of Social Services, CDC  
Slide Courtesy of Bernard Kinane MD

# CLASSIFICATION

## ➤ CIM 10

**TED:** trouble envahissant du développement

7 sous catégories dont l'autisme est le prototype

## ➤ DSM-5

**TSA:** trouble du spectre autistique

Une seule catégorie, approche dimensionnelle: la variation continue de l'intensité des symptômes cardinaux décrit la sévérité du trouble

# CONSTATS

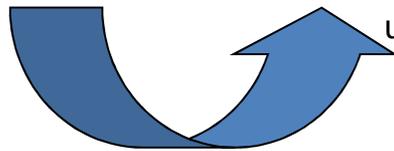
- Les personnes avec autisme bénéficient trop rarement de bilans médicaux sérieux, approfondis et réguliers. Leur comportement rend souvent difficile l'examen médical. Pour autant, il n'y a pas suffisamment de rigueur de la part des professionnels en ce domaine.
- La prise en charge médicale d'une personne autiste est une obligation déontologique autant qu'une évidence scientifique



# Le trouble du comportement

On parle de trouble du comportement si une ou plusieurs des caractéristiques suivantes est présente :

- Comportement dangereux pour la personne elle-même
- Comportement dangereux pour les autres
- Comportement qui empêche de façon significative l'intégration ou l'éducation de la personne (facteur d'exclusion, interfère avec les apprentissages)



Tout comportement inhabituel n'est pas forcément un trouble du comportement

# Les fonctions des troubles du comportement :

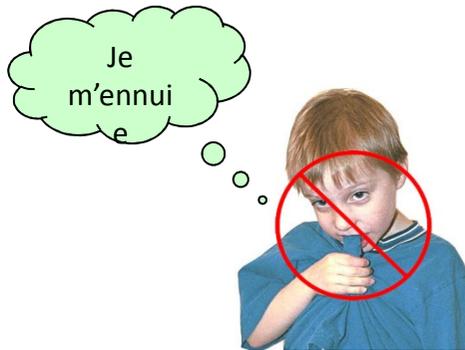
1. Obtenir l'attention
2. Communiquer ou obtenir un désir
3. Évitement ou réduction des demandes
4. Autostimulation
5. Frustration ou réduction du stress
6. Comportement réactif
7. Douleur



# Quand l'enfant n'a pas d'autres moyens de communication...



Quand l'enfant ne peut utiliser le langage pour communiquer, il se sert « d'outils » à sa disposition, l'insuffisance de son système de communication est un des facteurs clés des troubles du comportement de l'enfant autiste.



70% des personnes atteintes d'autisme sont dyscommunicantes



# PAROLES

- « Etre le parent d'un enfant autiste signifie comprendre tout cela et bien plus encore , il faut aussi comprendre et accepter qu'il est difficile pour les autres de comprendre.
- L'enfant autiste ne présente aucune anomalie physique, son handicap est de vivre différemment parce qu'il perçoit différemment »

# La douleur bâillonnée



# DOULEUR: LES QUESTIONS

- Ressentent-ils la douleur ou sont-ils insensibles à la douleur?
- Les troubles du comportement traduisent ils la douleur?
- L'auto-mutilation: signe de la douleur?
- Comment peut on évaluer la douleur?

# THEORIES

- **Expression faciale:**

- augmentation de la mimique faciale lors des prélèvements veineux , Nader et al, 2004

- spécificités des mimiques faciales aux prélèvement veineux pour l'expression de la douleur mesurée par l'échelle Child Facial Coding System (CFCS), Messmer et al, 2008

# THEORIE DES OPIOIDES

- **Dosage des opioïdes chez les autistes:**
  - Résultats:
    - ° Augmentation du taux des bêta endorphines par rapport aux enfants normaux( Ross)
    - ° Diminution de ce taux ( Gillberg)
    - ° Pas de différence de taux ( Japon)

Résultats différents selon certaines variables, en particulier lors de dosage biochimique, les résultats dépendent des kits utilisés: dosage du C ou N terminal, augmentation du C et diminution du N terminal chez l'autiste / par rapport à l'enfant normal

# THEORIE DES OPIOIDES

Tordjman et al

- **Etudier la réactivité à la douleur de l'autisme et ses relations avec les conduites auto-agressives**
- Méthodo: Autiste( n: 78) et contrôle ( n:120), appariés sur le sexe, âge et la puberté
  - évaluation clinique: échelles conduites auto et hétéro- agressives, rythme cardiaque
  - évaluation biologique: dosage des neuro-hormones, sérotonine, cortisol urinaire et salivaire

# THEORIE DES OPIOIDES

## Tordjman et al

- Evaluation clinique par:
  - les parents
  - l'équipe soignante
  - lors de la prise de sang
- Rythme cardiaque :
  - mesure à l'arrivée à l'hôpital
  - immédiatement avant la prise de sang
  - immédiatement après la prise de sang dans la même position
- Réponse au stress: axe sympathique, axe hypothalamo-hypophysaire
- Résultats: ***Apparente diminution de la réactivité comportementale à la douleur dans les 3 situations d'observation***

# PERCEPTION DE LA DOULEUR

- HYPOTHESES:
  - Dissociation paradoxale dans l'autisme:
    - ° absence de réponses comportementales de réactivité à la douleur
    - ° absence d'expression émotionnelle
    - ° absence de réflexe de retrait ( ex de l'avant bras à la pique)
    - ° réponses neuro- végétatives importantes: tachycardie réactionnelle à la pique , augmentation du taux de nor-adrénaline plasmatique par rapport au témoin

L'absence de composante d'expression de la douleur ne signifie pas qu'il ne ressent pas la douleur

# PERCEPTION DE LA DOULEUR

- HYPOTHESES:
  - l'apparente analgésie observée est moins en rapport avec une réelle analgésie endogène qu'en rapport avec les troubles autistes:
    - ° trouble de la communication verbale et non verbale
    - ° trouble de l'image du corps
    - ° trouble de la symbolisation

# Douleur et autisme

- L'autisme ne semble pas souffrir lorsqu'il se blesse, lorsqu'il se mutile.
- Ne sait-il pas manifester ?
- Ne perçoit-il pas la douleur ?
- N'en a-t-il pas l'expérience ?
- Ses perceptions, ses sensations sont différentes des nôtres.

# Douleur et autisme

- Apparente insensibilité à la douleur dans l'autisme
- Observations cliniques:
  - absence de réflexe de retrait nociceptif face à des situations aversives, comme par exemple l'absence de réflexe lors d'une brûlure, pouvant traduire des troubles quand à la perception de la douleur

# Douleur et autisme: Observations

- Conduites hétéro-agressives d'apparition brutale dirigées vers les personnes( mord, frappe son entourage ) ou les objets ( jette les objets, les casse ) immédiatement après ou dans les minutes qui suivent une stimulation douloureuse survenant de façon fortuite ( brûlure, coupure... )

## Douleur et autisme: Observations

- L'enfant alarme son entourage par son changement de comportement : gémissement, pleurs ou devient anormalement prostrée. Parents confrontés à des situations où l'enfant paraît souffrir ( cris répétés, geignements ) et où ils sont obligés de passer en revue toutes les causes possibles de cet état de détresse ( douleurs dentaires, abdominales, otites...) au point de donner dans le doute des antalgiques qui calment l'enfant

# PERCEPTION DE LA DOULEUR

- La perception de la douleur est perturbée, avec parfois des présentations atypiques:
  - **Cris sans problème d'inconfort**
  - **Agressivité**
  - **Automutilation**
  - **Troubles du sommeil**
  - **Explosion violente inexplicquée**

# AUTO-MUTILATION

- Les hypothèses :
  - Tentative de stimuler la libération d'endorphines
  - Réponse à la frustration
  - Réponse à la douleur avec une incapacité d'expression typique de la douleur
  - Causes multifactorielles provoquant un dysfonctionnement dans le traitement des signes environnementaux  $\Rightarrow$  sensations incompréhensibles : seul langage de l'autiste.

# LES DIFFICULTES

- **Dépistage des signes d'alerte:**
  - difficulté de communication
  - manque fréquent d'expression de la douleur
  - ou son expression sous un masque trompeur: trouble du comportement
- **Attente avant l'examen: ( stress)**
  - intolérance au changement
  - difficultés de compréhension et d'anticipation
- **Examen clinique: obstacles**
  - hypersensibilité sensorielle ( bruits, tolérance , tactile...)
  - angoisses
  - difficultés à localiser et à décrire la douleur
  - incompréhension des consignes et explications

# DOULEURS HABITUELLES

- **Symptômes gastro-intestinaux:**
  - douleur abdominale
  - douleur thoracique
  - constipation etc...
- **Douleurs dentaires et faciales:** caries : se cogne la tête
- **Céphalées:** se taper la tête
- **Douleurs ORL:** otites: se frappe les oreilles
- **Douleurs des règles et syndrome prémenstruel**
- **Douleur liée à la crise d'épilepsie:** prévalence de 30% chez les enfants et passe à plus de 60% chez les adultes

# SUIVI

## DES PERSONNES AUTISTES

- Attention particulière aux troubles gastro-intestinaux (TIG) et facteurs douleur; certains troubles du comportement peuvent être causés par :
  - Œsophagite, gastrite, colite, allergie  
(Horvath 2000, Wakefield 2000)
  - Pour Molloy, 2003 : 24% d'enfants autistes présentent des problèmes de troubles gastro-intestinaux chroniques
  - Horvath, 2002 rapporte 70% d'enfants autistes avec des TGI ou allergie alimentaire

## Autistic disorder and gastrointestinal disease

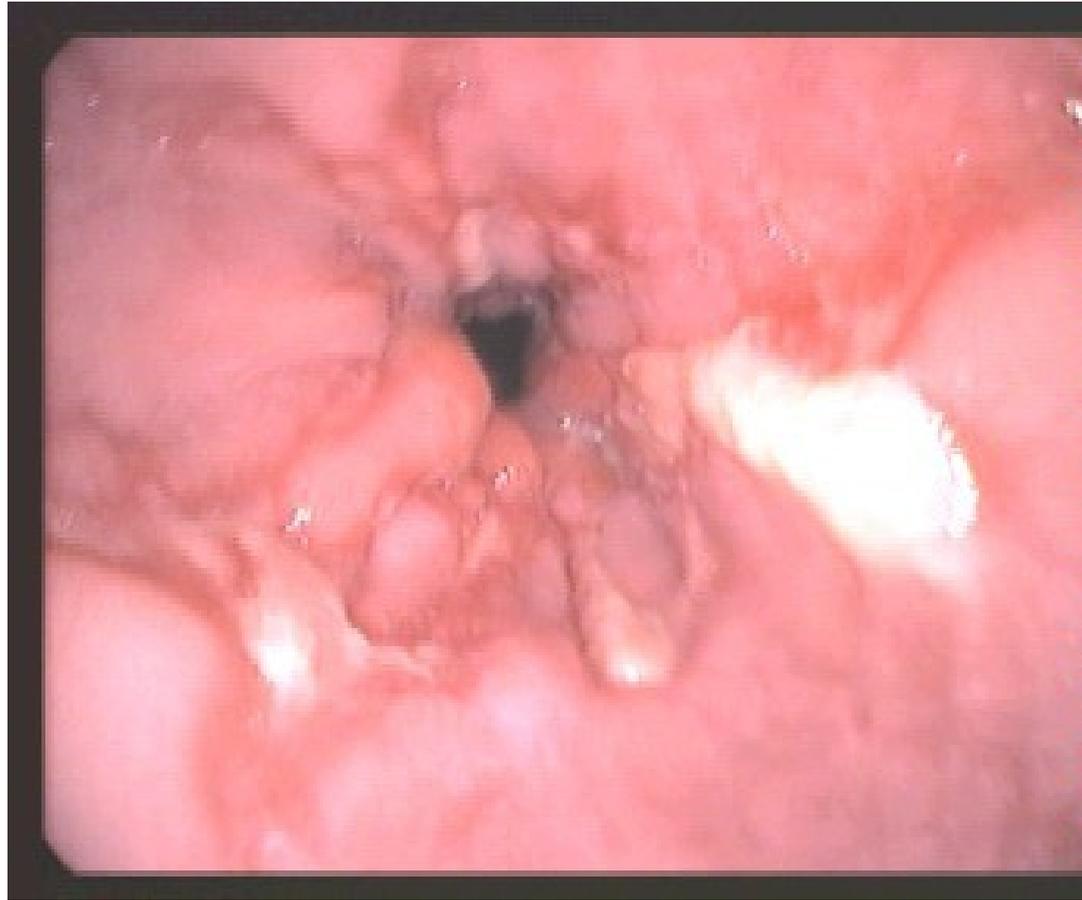
Karoly Horvath, MD, PhD,\* and Jay A. Perman, MD<sup>†</sup>

	Children with AD (N = 112) 5.4 ± 2.3 years	Age-matched siblings (N = 44) 6.1 ± 3.1 years
Diarhea	27.6	0
Constipation	9.5	13.6
Gaseousness	60.3	20.5
Bloating	37.9	6.8
Abdominal pain	37.9	15.9
Reflux	15.5	4.5
Stool impaction	19	0
Belching	25	6.8
Number of gastrointestinal symptoms per child		
No symptom	19.8	70.5
One symptom	16.4	18.2
Two symptoms	24.1	4.5
Three symptoms	25	4.5
Four or more symptoms	14.7	2.3

# AUTOMUTILATION



# OESOPHAGITE



# APRES TRAITEMENT



# PROBLEMATIQUE

- Nombre restreint d'études sur la sensibilité à la douleur des personnes autistes
- Peu d'études sur la prévalence de la douleur dans cette population
- Mais ces personnes ont très souvent des pathologies somatiques associées qui augmentent les risques de douleur
- Ex: douleur associée à l'épilepsie ( Breau et al, 2004), taux élevé de troubles gastro-intestinaux (Horvath et Perman, 2002), prévalence élevée de douleur abdominale ( 40%)...
- Nécessité de mener des études sur la nature et la fréquence des douleurs , afin de proposer des méthodes d'évaluation adaptées à leur spécificité
- De plus , des études sur les mécanismes endogènes excitateurs et inhibiteurs ( Marchand, 2008) impliqués dans la réponse à la douleur s'avèrent nécessaire pour comprendre le vécu douloureux des ces personnes ainsi que leur mode d'expression

# Evaluation



## Grille de la douleur des enfants avec des déficiences intellectuelles (GDEDI)

Numéro d'enfant : _____	Numéro d'évaluateur : _____	Numéro d'emplacement : _____	Date : _____ (jj/mm/aa)
Heure du début de l'observation : _____ (24h 00)	Circonstances d'observation: <input type="checkbox"/> observation de pré-chirurgie <input type="checkbox"/> service de réanimation		
Heure de la fin de l'observation : _____ (24h 00)	<input type="checkbox"/> pièce de rétablissement <input type="checkbox"/> pièce d'hôpital		

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a démontré les comportements suivants. Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

	0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement .....	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément) .....	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement .....	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier) .....	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux .....	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire .....	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique .....	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser .....	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils .....	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné .....	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas .....	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente .....	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue .....	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux .....	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place .....	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé .....	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spasmodique .....	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses .....	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse .....	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher .....	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville) .....	0	1	2	3	NA
Frissonne .....	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle .....	0	1	2	3	NA
Transpire, sue .....	0	1	2	3	NA
Larmes visibles .....	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé .....	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration .....	0	1	2	3	NA

### INSTRUCTIONS DE MARQUAGE

0 = Ne se présente du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».

1 = Est vu ou entend rarement (à peine du tout), mais présent.

2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.

3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observant noterait facilement l'action.

NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action.

**Version française de l'échelle d'évaluation comportementale de la douleur FLACC modifiée pour les enfants**

**handicapés : Face - Legs - Activity - Cry - Consolability** (Visage – Jambes – Activité – Cris – Consolabilité) : items

modifiés écrits en italique et entre crochets

Item	Cotation		
	0	1	2
Visage	Pas d'expression particulière ou sourire	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé <i>[semble triste ou inquiet]</i>	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton <i>[visage affligé ; expression d'effroi ou de panique]</i>
Jambes	Position habituelle ou détendue	Gêné, agité, tendu <i>[trémulations occasionnelles]</i>	Coups de pieds ou jambes recroquevillées <i>[augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]</i>
Activité	allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu <i>[moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents]</i>	Arc-bouté, figé, ou sursaute <i>[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément (ou va chercher loin sa respiration ?); respiration saccadée importante]</i>
Cris	Pas de cris (éveillé ou endormi)	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle <i>[explosion verbale ou grognement occasionnel]</i>	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes <i>[explosion verbale répétée ou grognement constant]</i>
Consolabilité	Content, détendu	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole.  Distrayable	Difficile à consoler ou à reconforter <i>[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>

# Évaluation de la douleur adolescent ou adulte polyhandicapé: EDAAP

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		DATES			
<b>PLAINTES SOMATIQUES</b>	<b>1. Verbalisation</b> : Expression de la douleur par des mots ou des symboles				
	. Incapable d'accéder au symbole .....	0	0	0	0
	. Ne se plaint pas .....	1	1	1	1
	. Plaintes diverses sans localisation de la douleur .....	2	2	2	2
	. Plaintes de douleurs aux manipulations .....	3	3	3	3
	. Plaintes de douleur spontanée .....	4	4	4	4
	<b>2. Pleurs et/ou cris</b> : Gémissements avec ou sans accès de larmes				
	. Pleurs et/ou Cris habituels ou absence habituelle .....	0	0	0	0
	. Pleurs et / ou cris intensifiés .....	1	1	1	1
	. Pleurs et / ou cris provoqués par les manipulations .....	2	2	2	2
. Pleurs et / ou cris spontanés tout à fait inhabituels .....	3	3	3	3	
. Mêmes signes avec manifestations neurovégétatives .....	4	4	4	4	
<b>POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS</b>	<b>3. Attitude antalgique</b> :				
	. Pas d'attitude antalgique .....	0	0	0	0
	. Recherche d'une position antalgique .....	1	1	1	1
	. Attitude antalgique spontanée .....	2	2	2	2
	. Attitude antalgique déterminée par le Soignant .....	3	3	3	3
. Obnubilé(e) par sa douleur .....	4	4	4	4	
<b>IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES</b>	<b>4. Zone douloureuse</b> :				
	. Aucune zone douloureuse .....	0	0	0	0
	. Zone douloureuse révélée par la palpation .....	1	1	1	1
	. Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen .....	2	2	2	2
	. Zone douloureuse désignée de façon spontanée .....	3	3	3	3
. Examen impossible du fait de la douleur .....	4	4	4	4	
<b>MIMIQUE</b>	<b>5. Mimique douloureuse</b> : Expression du visage traduisant la douleur				
	. Mimique habituelle .....	0	0	0	0
	. Faciès inquiet inhabituel .....	1	1	1	1
	. Mimique douloureuse lors des manipulations .....	2	2	2	2
	. Mimique douloureuse spontanée .....	3	3	3	3
. Même signe que 1 – 2 – 3 accompagné de manifestations neurovégétatives .....	4	4	4	4	
<b>SOMMEIL</b>	<b>6. Troubles du sommeil</b> :				
	. Sommeil habituel (à préciser) .....	0	0	0	0
	. Sommeil agité .....	1	1	1	1
	. Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne) .....	2	2	2	2
. Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille / sommeil) .....	3	3	3	3	

# Évaluation douleur adolescent ou adulte polyhandicapé

		D A T E S			
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
<b>CAPACITE A REAGIR LORS DES SOINS DOULOUREUX</b>	<b>7. Douleur induite</b> : Nommer le type de soin				
	. Réaction d'appréhension .....	1	1	1	1
	. Réaction d'opposition ou de retrait .....	2	2	2	2
	. Etat de prostration .....	3	3	3	3
<b>TONUS</b>	<b>8. Tonus</b> : Accentuation des troubles du tonus (augmentation de la spasticité, des trémulations, schèmes en hyperextension)				
	. Manifestations habituelles .....	0	0	0	0
	. Raideur accentuée au repos .....	1	1	1	1
	. Accentuation des troubles lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux .....	2	2	2	2
	. Mêmes signes que 1 et 2 avec mimique douloureuse .....	3	3	3	3
	. Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs .....	4	4	4	4
<b>EXPRESSION DU CORPS</b>	<b>9. Accentuation des mouvements spontanés</b> : (volontaires ou non – coordonnés ou non)				
	. Manifestations habituelles (les nommer) .....	0	0	0	0
	. Recrudescence de mouvements spontanés .....	1	1	1	1
	. Etat d'agitation inhabituel .....	2	2	2	2
	. Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse .....	3	3	3	3
	. Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs .....	4	4	4	4
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
<b>COMMUNICATION</b>	<b>10. Capacité à Interagir avec le Soignant</b> : communication verbale ou non verbale				
	. Vie pauci relationnelle difficile à évaluer .....	0	0	0	0
	. Bonne communication habituelle .....	1	1	1	1
	. Difficultés pour établir une communication .....	2	2	2	2
	. Refus hostile de toute communication .....	3	3	3	3
<b>VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT</b>	<b>11. Relation au monde</b>				
	. Vie pauci-relationnelle difficile à évaluer .....	0	0	0	0
	. S'intéresse spontanément à l'environnement .....	1	1	1	1
	. Intérêt faible, doit être sollicité(e) .....	2	2	2	2
	. Désintérêt total pour l'environnement .....	3	3	3	3
	. Etat de prostration .....	4	4	4	4
<b>TROUBLES DU COMPORTEMENT</b>	<b>12. Comportement</b>				
	. Comportement habituel – stéréotypies habituelles (les nommer) .....	0	0	0	0
	. Accentuation du comportement de base ou apparition de stéréotypies .....	1	1	1	1
	. Réaction de panique : fuite, hurlements .....	2	2	2	2
	. Actes d'automutilation .....	3	3	3	3
<b>T O T A L</b>					

Echelle de douleurs quotidiennes Dalhousie						
Date heure section	Observateur Nom de l'enfant Age de l'enfant (mois)					
<b>Localisation</b>						
Intérieur (préciser)		Extérieur (préciser)				
<b>Contexte</b>						
Niveau d'activité de l'enfant	1-----2-----3-----4-----5					
	faible	moyen	élevé			
Intensité des comportements	1-----2-----3-----4-----5					
	calme	agité				
Nombre de participants	1-----2-----3-5-----6 ou plus					
Niveau de maîtrise de soi de l'enfant	1-----2-----3-----4-----5					
	faible	moyen	élevé			
<b>Description de l'incident</b>						
Localisation sur le corps						
Douleur, blessure causée par		Soi-----autre enfant-----adulte-----objet				
Sévérité de la douleur / blessure		1-----2-----3-----4-----5				
	faible	moyenne	élevée			
<b>Réponse de l'enfant</b>						
Intensité de la détresse	0-----1-----2-----3-----4-----5					
Durée de la détresse : _____ (sec)	nulle	expression faciale	expression verbale	sanglots pleurs hurle		
Intensité de la colère	0-----1-----2-----3-----4					
	nulle	expression faciale	comportement de colère	colère verbale agression physique		
Agression dirigée vers	Objet	source de la douleur	personne qui aide	autre personne		
Comportements auto-protecteurs	Aucun	maintien, touche	protège la zone blessée	réduction de l'activité		
Durée de la protection : _____ (sec)						
Comportement social	Retrait	neutre		cherche de l'aide		
<b>Réponse de l'adulte</b>		Aucune	distraction	réconfort verbal	réconfort physique	soin
<b>Commentaires :</b>						

# CONCLUSION

- **DOULEUR ET AUTISME: UN DEFI ?**

→ Comment parler de la douleur au moment où l'on souffre ?

→ Comment transmettre la souffrance en le mettant en mots ou pas ?

→ Comment comprendre cette personne douloureuse qui reste silencieuse ou pas ?

# POUR EN SAVOIR PLUS

- Réseau National douleur en santé mentale:  
site: [anp3sm.com](http://anp3sm.com)
- Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale:  
site: [anp3sm.com](http://anp3sm.com)
- Congrès National Douleur et Santé Mentale:  
PARIS, 24-25-26 JUIN 2014  
contact: [info@comm-sante.com](mailto:info@comm-sante.com)

# Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale



**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France



Centre hospitalier  
universitaire de Sherbrooke  
Centre de  
recherche clinique  
Étienne-Le Bel

UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE



**12<sup>e</sup> congrès**

**SOINS SOMATIQUES  
et DOULEUR  
en SANTE MENTALE**

> Approche globale

**24 Juin 2014**

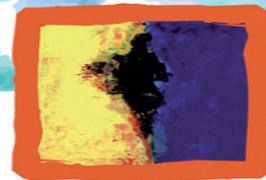
Journée Soins somatiques  
en Santé Mentale

**25 et 26 Juin 2014**

Journées Douleur  
en Santé Mentale

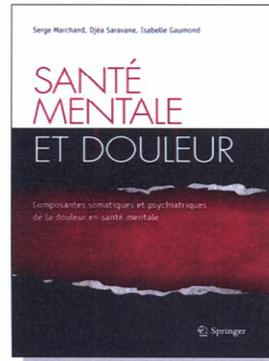
**Maison Internationale**

**Cité Universitaire de Paris**



Informations et inscriptions sur  
[www.anp3sm.com](http://www.anp3sm.com)

Organisé par l'Association Nationale  
pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé mentale



À paraître en  
septembre 2012



S. Marchand, D. Saravane, I. Gaumond (Réd.)

## Santé mentale et douleur

Composantes somatiques et psychiatriques  
de la douleur en santé mentale

La santé mentale et la douleur sont des problématiques complexes. De plus, elles partagent certains mécanismes neurophysiologiques qui font que l'une influence l'autre, ce qui rend encore plus complexe l'identification des caractéristiques propres à chacune. Cette dualité entre la composante somatique et psychique peut ainsi devenir un piège pour le spécialiste de la santé mentale. Il peut être difficile de départager l'évolution d'une pathologie douloureuse de celle de la maladie mentale dont souffre le patient.

Le but de ce livre est d'aborder de façon didactique les différents aspects de la douleur en santé mentale. Les différents chapitres couvrent l'histoire, les mythes, la neurophysiologie, la perception, la mesure et la prise en charge de la douleur en santé mentale. Les problèmes les plus courants dont les troubles de l'humeur, la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles somatoformes, le stress post-traumatique et les troubles envahissants du développement y sont couverts.

Chacun des chapitres aborde la problématique de la douleur en mettant une emphase sur les particularités des différentes populations de patients qui souffrent de santé mentale. Nous espérons ainsi offrir aux différents spécialistes qui œuvrent en santé mentale un ouvrage qui leur permettra de voir à la fois l'ampleur des problèmes de douleur en santé mentale, mais aussi leur propose des perspectives pour l'appréciation et le traitement de ces douleurs.

*Serge Marchand et Isabelle Gaumond sont professeurs titulaires à la Faculté de médecine de Sherbrooke au Canada et sont des spécialistes de la neurophysiologie de la douleur. Ils exercent au Centre de Recherche Clinique Etienne Le Bel dont Serge Marchand est le directeur.*

*Le Dr Djéa Saravane est chargé d'enseignement à la Faculté de médecine Paris Sud, Membre associé au Centre de recherche clinique Etienne Le Bel de Sherbrooke, Canada, axe Douleur en Santé mentale. Il est également chef de Service - Praticien Hospitalier à l'hôpital de Ville-Evrard en France.*

2012. Env. 250 p. Broché  
ISBN 978-2-8178-0306-7 ► Env. 65 €

### BON DE COMMANDE

Je souhaite commander \_\_\_ ex **Santé mentale et douleur** 978-2-8178-0306-7 Env. **65 €**

Veuillez m'envoyer une facture pro forma

Règlement par carte bancaire  Eurocard/Access/Mastercard  Visa/Barclaycard/ Bank Americard  American Express

No : ..... Date d'expiration : ..... / ..... / .....

A retourner à **votre libraire spécialisé** ou à défaut à :

Springer Customer Service Center  
Haberstr. 7 - 69121 Heidelberg / Allemagne  
Tél. : 00800 777 46 437 (No vert gratuit)  
Fax + 49 6221 345 4229  
Email : [orders-HD-individuals@springer.com](mailto:orders-HD-individuals@springer.com)

Commandes en ligne sur [www.springer.com](http://www.springer.com)

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ signature :

Prix TTC en France. Dans d'autres pays la TVA locale est applicable. Prix hors frais de port.  
Les prix indiqués et autres détails sont susceptibles d'être modifiés sans avis préalable.