

Douleur en santé mentale: une utopie ou une réalité Journée Douleur et Psychiatrie: Toulouse 6 Avril 2018

Djea SARAVANE, MSc, MD

Chef de Service

Directeur de l'Enseignement Paris Sud

INSERM 1178, CESP Université Paris Sud

Membre Associé CHUS Sherbrooke-Canada

CONFLITS D'INTERETS

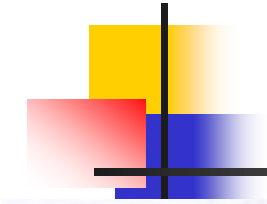


‘ Sans drame, sans larmes
Pauvres et dérisoires
armes
Parce qu'il est des
douleurs
Qui ne pleurent qu'à
l'intérieur ‘

JJG

JE N'AI AUCUN CONFLITS D'INTERETS

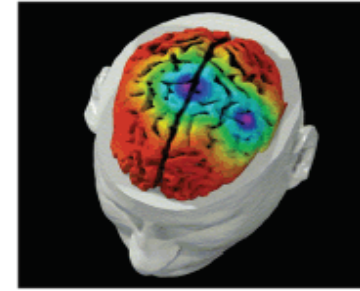
La douleur bâillonnée



OBJECTIFS

- ***INSENSIBILITE DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE ?***
- ***RECHERCHES ACTUELLES***
- ***QUE PROPOSER AUX SOIGNANTS DANS LE CADRE DE L'EVALUATION ?***

Définition, IASP 1979



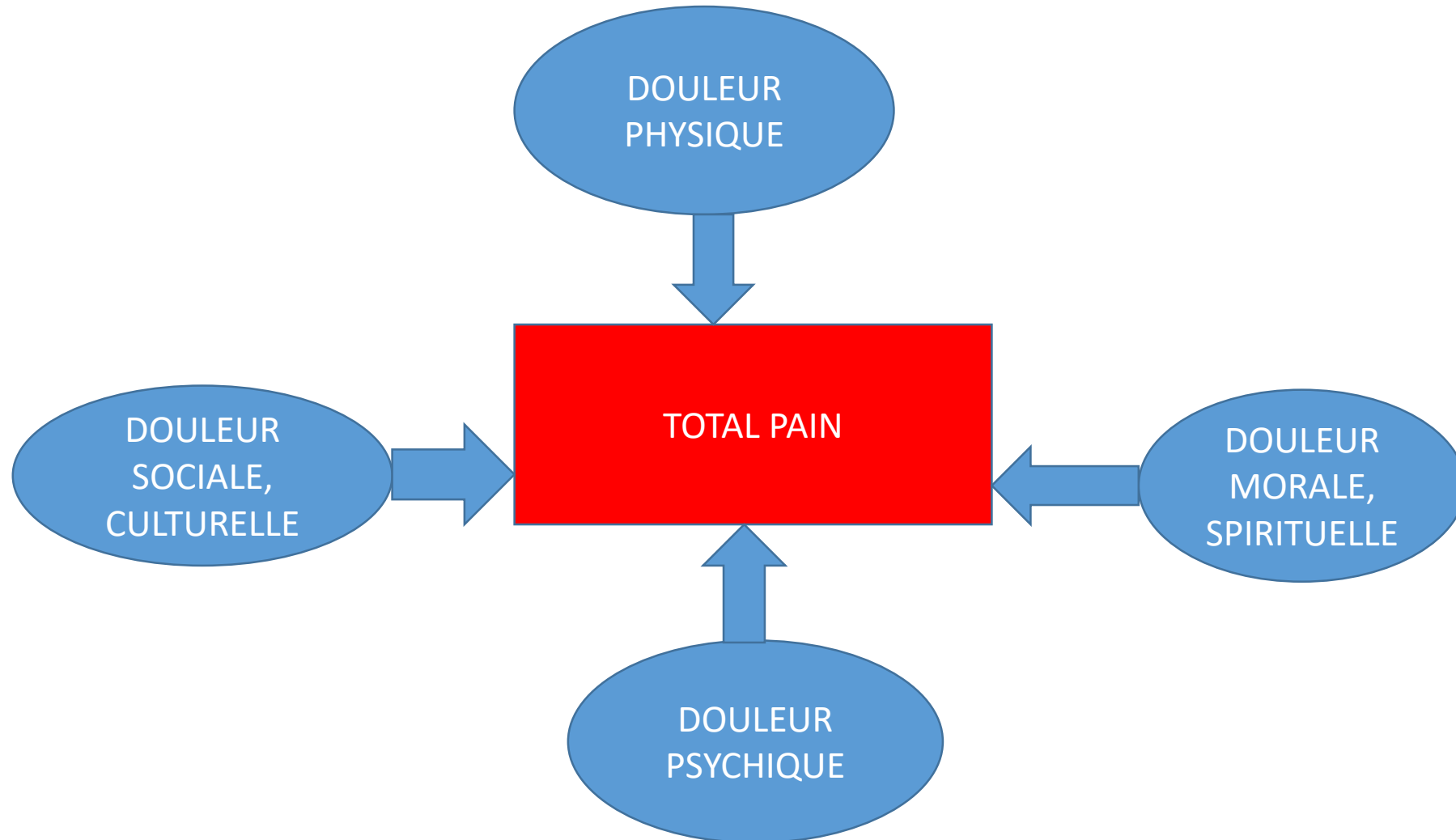
- **Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage**
 - **‘l’incapacité de communiquer verbalement ne nie d’aucune façon la possibilité qu’un individu éprouve de la douleur et qu’il ait besoin d’un traitement approprié pour soulager sa douleur’ (IASP,2001)**
- En ce sens, nécessité de reconnaître et d’évaluer les caractéristiques comportementales et physiologiques d’un patient comme étant des indices légitimes d’expression douloureuse

PREAMBULE

- Douleur physique vs Souffrance psychique ?
Vision dualiste: Corps vs Esprit
 - c'est une approche 'morcelante': oppositions stériles
 - Mieux vaut une approche globale et pluridisciplinaire

On parle simplement de la douleur

NOTION DE 'DOULEUR GLOBALE'



DOULEUR ET SANTE MENTALE

PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

PLAN DOULEUR 2006-2010

- **Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables** notamment des enfants et des adolescents , **des personnes polyhandicapées**, des personnes âgées et en fin de vie.
- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.

FUTUR PLAN ? Ou PROGRAMME?

- **Les axes prioritaires:**
 - Améliorer l'évaluation de la douleur et sa prise en charge en sensibilisant les acteurs de premier recours: les pharmaciens d'officine, les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes libéraux ainsi que les professionnels des urgences hospitalières
 - Garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile ou réside en établissement médico-social
 - Aider les patients , plus de 65 ans ou atteints de pathologies dégénératives à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement
 - **Mieux repérer et prendre en charge la douleur des patients dyscommunicants: patients souffrant de pathologie mentale et personnes atteints de troubles envahissants du développement.**

DOULEUR EN SANTE MENTALE

HISTORIQUE DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

LES AUTEURS

- ‘ La solidité animale de la folie, et cette épaisseur qu’elle emprunte au monde aveugle de la bête, **endurcit le fou contre la faim, la chaleur, le froid , la douleur**’. *Foucault*
- ‘**La folie, par tout ce qu’elle peut comporter de férocité animale préserve l’homme des dangers de la maladie**; elle le fait accéder à une invulnérabilité semblable à celle que la nature , dans la prévoyance, a ménagée aux animaux’. *Pinel*

PERCEPTION DE LA DOULEUR

Et la douleur force le psychisme, impose ses règles à la mémoire et au discours :

« Quand la vie psychique se concentre dans le creux de la molaire » disait Freud atteint d'un cancer du maxillaire.

DOULEUR ET PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

ETUDES DE PATIENTS PSYCHOTIQUES ATTEINT D'INFARCTUS DU MYOCARDE :

- MARCHAND, 1955
- LIEBERMAN, 1955

⇒ **83%** des patients (1ère étude) et **87%** des patients (2ème étude) n'ont ressentis aucune douleur cardiaque

DOULEUR ET PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Étude de MARCHAND et al, 1959 :

Pathologie chirurgicale et patients psychotiques :

⇒ **Pas de plainte douloureuse dans :**

- **21%** des patients ayant un ulcère perforé
- **37%** des patients présentant une appendicite aiguë
- **41%** des patients ayant une fracture du fémur

PERCEPTION DE LA DOULEUR

- Anecdotes cliniques: Kraepelin, Bleuler
- Faible prévalence de douleurs chroniques dans la schizophrénie (***as t'on réellement recherché...?***)
- Utilisation de faibles doses d'antalgiques en post opératoire (***Mythe de la morphine... ?***)
- Etudes expérimentales

ETUDES EXPERIMENTALES

SYNTHESE DE LA LITTERATURE

- **Résultats:**

- *Les seuils de douleur sont élevés chez les patients schizophrènes: hypoalgésie*
- *Peu importe les modalités de stimulation*
- *Valable chez les patients naïfs de tout traitement neuroleptique*

Potvin S, Marchand S: Pain 2008; 138 (1): 70-8



Pain perception in schizophrenia: No changes in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) but a lack of pain sensitization

Stéphane Potvin^{a,b}, Emmanuel Stip^{a,c}, Adrien Tempier^a, Tania Pampoulova^a, Lahcen Aït Bentaleb^c, Pierre Lalonde^c, Olivier Lipp^c, Philippe Goffaux^b, Serge Marchand^{b,*}

^a Centre de recherche Fernand-Seguin, University of Montreal, Montreal, Canada

^b Department of neurosurgery, Faculty of medicine, University of Sherbrooke, Axe Douleur CRC-CHUS, 3001, 12^e avenue nord, Sherbrooke J1H 5N4, Canada

^c Hôpital Louis-H Lafontaine, Department of psychiatry, Faculty of medicine, University of Montreal, Montreal, Canada

Received 16 April 2007; received in revised form 31 October 2007; accepted 2 November 2007

- Lien entre santé mentale: ensemble de mécanismes excitateurs et inhibiteurs qui interagissent pour moduler l'information nociceptives et produire la perception de la douleur
- **Patients schizophrènes ressentent bien la douleur , ont un système endogène d'inhibition normal, mais ne présentent pas cette sensibilisation qui est un phénomène adaptif pour éviter la blessure suite à une stimulation persistante**

PERCEPTION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

- Certaines pathologies psychiatriques s'expriment par une expression douloureuse particulière
- D'autres par un déni de la douleur

ON PEUT DIRE QUE :

- ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder

DOULEUR ET SCHIZOPHRENIE

- Plaintes douloureuses classiquement peu exprimées, en particulier lorsque les symptômes négatifs sont au devant du tableau clinique
- Lors de la phase aiguë, certains patients semblent peu ou pas ressentir les stimulations douloureuses par exemple lors des automutilations
- La plainte douloureuse peut aussi entrer dans le cadre d'une dimension délirante voire d'une hypochondrie délirante

TROUBLES BIPOLAIRES

- Prévalence des migraines: 39%, tous types confondus et 77% chez les bipolaires II
- Etude en population générale sur 36984 patients : sujets migraineux souffrent deux fois plus d'un trouble bipolaire que les sujets non migraineux, et ce indépendamment des variables sociodémographiques
- Hypothèses:- dysfonctionnement sérotoninergique impliqué dans la migraine et trouble bipolaire
 - existence d'une symptomatologie commune sans facteurs étiologiques communs
- La plainte douloureuse est la plainte somatique la plus fréquente chez le patient maniaque
- Les sujets souffrant de fibromyalgie auraient beaucoup plus de risque de présenter un TB que des patients souffrant d'une PR

TROUBLES BIPOLAIRES

- Dorsalgies: 15,4% versus 10% chez sujets sains
- Douleurs musculaires en lien avec les AA
- Trouble bipolaire fréquent chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Les sujets fibromyalgiques ont 153 fois plus de risque de présenter un trouble bipolaire en comparaison de sujets non fibromyalgiques
- Lien entre fibromyalgie et trouble bipolaire peut-il s'expliquer par une somatisation de la douleur psychique?

TROUBLES SOMATOFORMES

- DSM-IV: troubles caractérisés par la présence de préoccupations et ou de manifestations somatiques dépourvues de substrat organique, d'origine psychique. Les symptômes ne sont pas volontaires.
- Correspondent à un groupe hétérogène ou les symptômes douloureux peuvent être au premier plan.
- Les conséquences sont:
 - difficultés dans la relation médecin-malade avec l'idée pour le patient que le médecin ne croit pas à la réalité de sa douleur
 - un retentissement fonctionnel parfois sévère
 - un risque iatrogène (multiplication des examens complémentaires, thérapies multiples et croissantes)

TROUBLE A SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE

- DSM-V: les symptômes somatiques, dont la douleur, pourront être associés à une pathologie médicale mais devront être accompagnés:
 - par des préoccupations, une anxiété ou des comportements durables (>6 mois) et excessifs concernant ces symptômes ou l'état de santé en général
 - et entraîner une souffrance et/ou une altération significatives de la vie quotidienne (professionnelle, sociale, familiale)
- Une comorbidité est fréquente avec les troubles dépressifs et anxieux

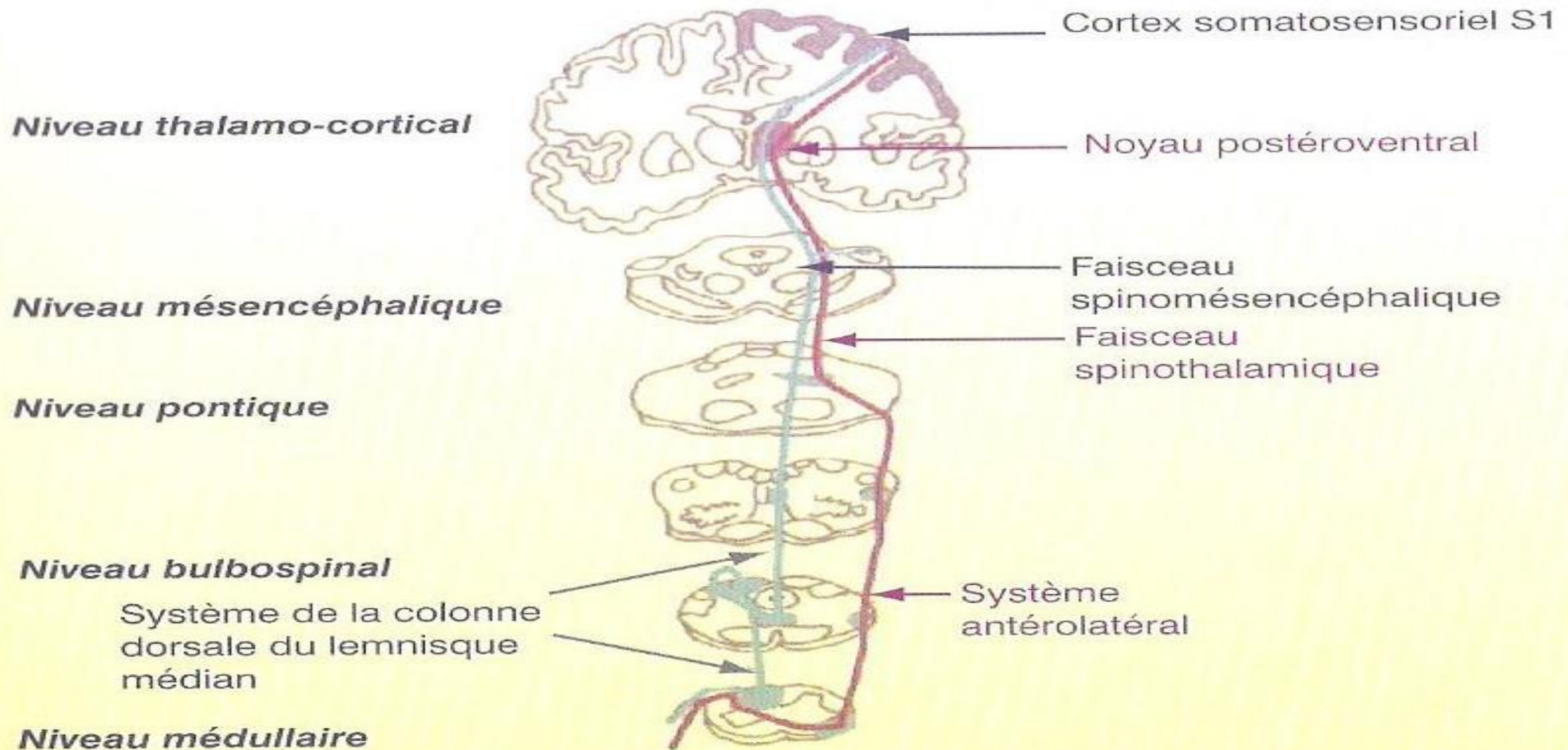
TROUBLES DE LA PERSONNALITE

- Personnalité histrionique: douleur exprimée de façon théâtrale, imprécise dans sa localisation, fugace, mobile, dramatisée
- Personnalité obsessionnelle: douleur précise, détaillée, avec une expression émotionnelle restreinte. Attitude rigide, parfois agressive de façon latente
- Personnalité dépendante: attitude passive, en demande constante de réassurance
- Personnalité narcissique: douleur perçue comme plus grave que celle des autres avec une attitude parfois hautaine et peu empathique
- Personnalité borderline: forte coloration émotionnelle avec mode relationnel oscillant entre dévalorisation et idéalisation
- Personnalité paranoïaque: plainte souvent vague et évidente, bizarre, interprétative et méfiante

DOULEUR ET DEPRESSION

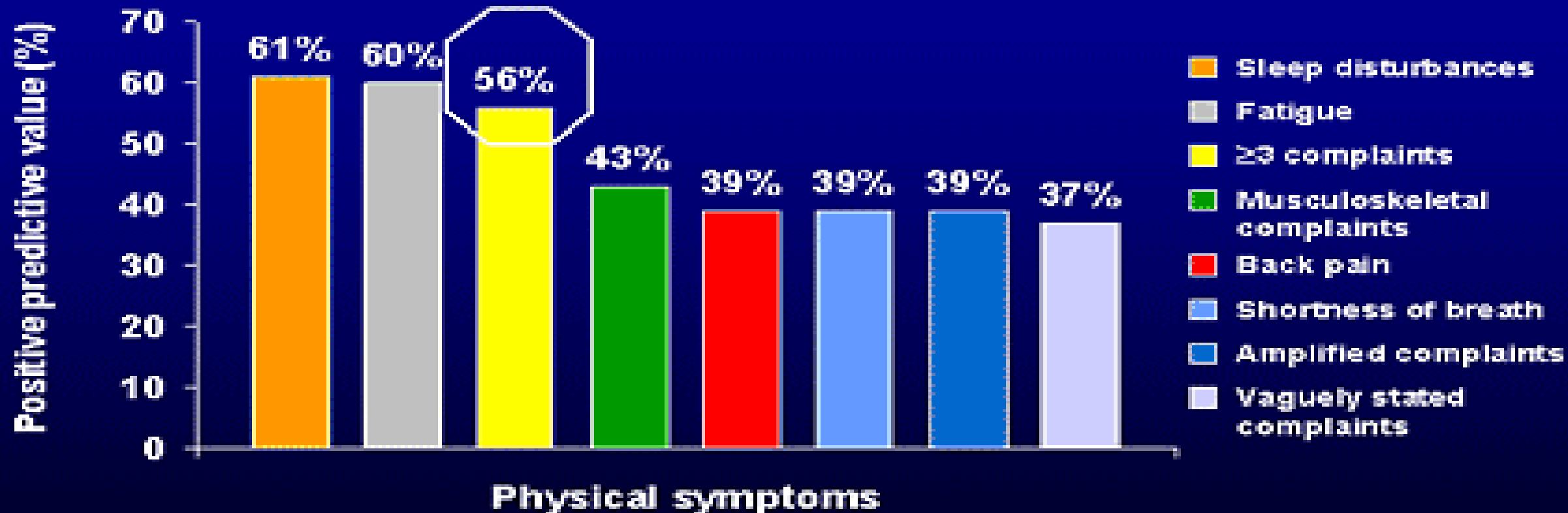
- Plaintes douloureuses retrouvées chez 75% des patients déprimés ambulatoires et 90% des hospitalisés (douleurs dorsales, céphalées..)
- Présence de douleurs dans la dépression est favorisée par le faible niveau socio-économique, le sexe féminin et l'âge avancé
- Les études ont montré un seuil de douleur augmenté aux stimulations électriques et thermiques chez le déprimé.

Sérotonine et noradrénaline réguleraient l'humeur et la perception de la douleur



Physical Symptoms as Predictors of Depression

1,142 patients were screened for depression.



Back pain, musculoskeletal pain, and chest pain are associated with greater severity of depression.

Gerber PD, et al. *J Gen Intern Med*. 1992;7:170-173.

DOULEUR EN SANTE MENTALE

EVALUATION

EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

→ La prise en charge d'un patient en psychiatrie est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé, dans le cadre de **l'approche globale du patient en santé mentale**, et les besoins spécifiques doivent être identifiés et pris en charge : la douleur, la nutrition etc...

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT !



PHILIPPE TASTET

Évaluation de la douleur

- Histoire de la douleur
 - Ancienneté en mois
 - Mode d'apparition, description, siège, irradiation, intensité
 - Nature physiopathologique
 - (nociceptive, neurogène, psychogène)
 - Mode évolutif
 - Douleur spontanée ou provoquée
 - Rythme, stabilité, nombre

Évaluation de la douleur

- Outils d'évaluation
 - Échelles globales de quantification de la douleur
 - Échelles de qualification de la douleur
 - Échelles comportementales
- Psychisme et retentissement psychologique de la douleur
 - Anxiété, dépression
- Retentissement social, familial et professionnel de la douleur
 - Mode de vie du patient

EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

- Évaluation difficile et rencontre des obstacles :
 - ① Sensation exprimée par le patient : nature et devenir de ce message ?
 - ② Volonté d'écoute du patient souffrant
 - ③ Volonté d'observer le patient
 - ④ L'identification d'une situation complexe des signes qui vont alerter
 - ⑤ Pas de verbalisation de la douleur, associées à des altérations des perceptions et du schéma corporel
 - ⑥ Liés à la reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine

L'EVALUATION DE LA DOULEUR



Evaluation de la douleur



EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

Abord clinique basé sur une évaluation globale du malade et pas uniquement de la maladie.

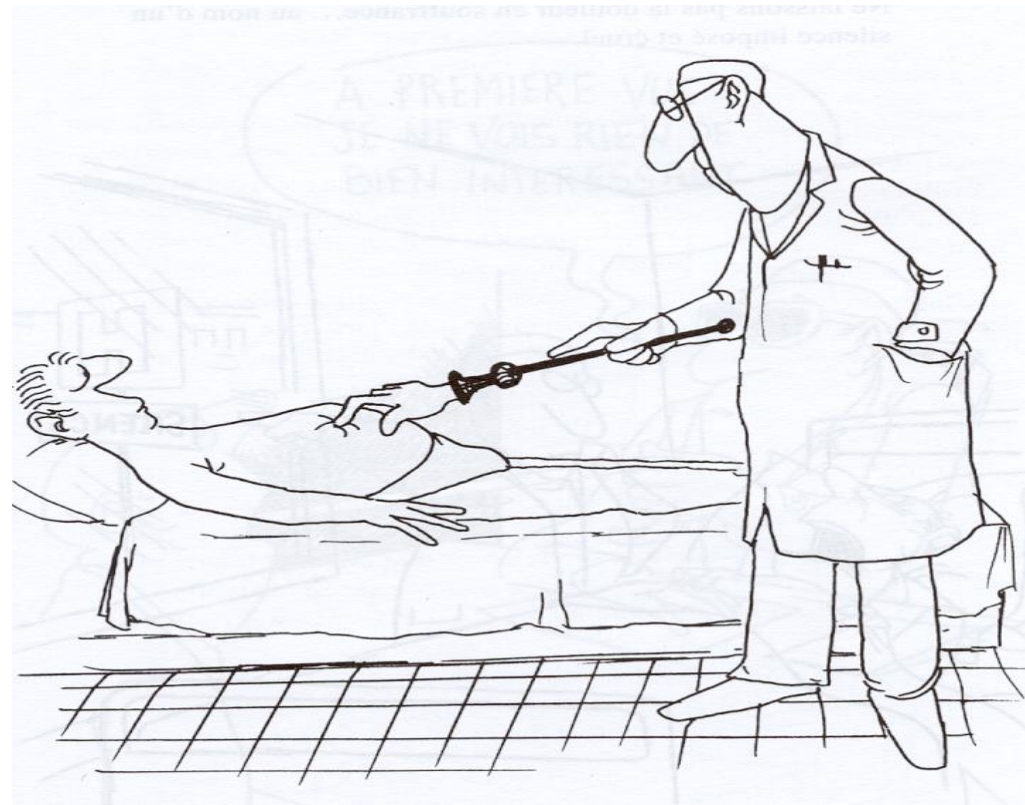
① Interrogatoire :

- Aléatoire dans un contexte de délire ou d'hallucinations.

② Examen clinique

- **Procéder à un examen des patients en plaçant ses mains tour à tour sur toutes les parties du corps et en demandant au patient si ça lui fait mal.**
- **Prêter une attention particulière aux changements de comportements et d'habitudes.**
- **Au Langage spécifique du patient.**

Votre sollicitude me touche



Evaluation de la douleur en santé mentale

- Examen clinique à la recherche d'une classification (lésionnelle, périphérique, centrale...) et bilan comportemental:
 - **ce qui se voit (expression faciale, position, mouvements)**
 - **ce qui s'entend(vocalisation, verbalisation)**
 - **ce qui se touche (réaction de crispation)**
 - **ce qui se mesure (FC, TA, FR ...)**

Douleurs

- **Décoder le langage**
- **Dans leur description: 'vers sous la peau':
paresthésies**



EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

→ Les instruments d'évaluations : **POUR LES COMMUNICANTS**

- Auto-évaluation

→ Schémas topographiques

→ Échelles unidimensionnelles :

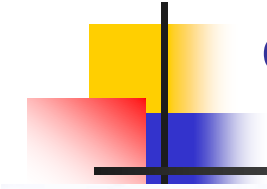
- Échelle verbale simple
- Échelle numérique

EVS –FACES PAIN SCALE

- **EVS:** Est-ce que vous avez mal?
 - 0 pas de douleur NON
 - 1 douleur modérée UN PEU
 - 2 douleur importante BEAUCOUP
 - 3 douleur très intense ENORMEMENT
- **FACES PAIN SCALE-R :**



La douleur est irréductible au seul langage scientifique
et technique. Elle n'est accessible qu'à l'intelligence du
coeur



EVALUATION DE LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

→ Les instruments d'évaluations:

POUR LES DYSCOMMUNICANTS

- Hétéro-évaluation :
 - **EDAAP**
 - **EDAAP Modifié: EDD**
 - Cette échelle englobe 3 volets:
 - retentissement somatique
 - retentissement psychomoteur
 - retentissement psychosocial

Enfin pour les enfants la Grille de la Douleur des enfants avec Déficiences Intellectuelles : **G EDI** est également en cours d'évaluation

Évaluation de la douleur adolescent ou adulte polyhandicapé: EDAAP

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		DATES			
PLAINTES SOMATIQUES	1. Verbalisation : 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
	2. Pleurs et/ou cris : 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
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	. Pleurs et / ou cris spontanés tout à fait inhabituels	3	3	3	3
	. Mêmes signes avec manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
	3. Attitude antalgique :				
	. Pas d'attitude antalgique	0	0	0	0
	. Recherche d'une position antalgique	1	1	1	1
	. Attitude antalgique spontanée	2	2	2	2
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	. Attitude antalgique déterminée par le Soignant	3	3	3	3
	. Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4	4
	4. Zone douloureuse :				
	. 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
MIMIQUE	. Zone douloureuse désignée de façon spontanée	3	3	3	3
	. Examen impossible du fait de la douleur	4	4	4	4
	5. Mimique douloureuse : 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
SOMMEIL	. Mimique douloureuse spontanée	3	3	3	3
	. Même signe que 1 – 2 – 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
	6. Troubles du sommeil :				
	. 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			
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
CAPACITE A REAGIR LORS DES SOINS DOULOUREUX	7. Douleur Induite : 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
TONUS	8. Tonus : 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
EXPRESSION DU CORPS	9. Accentuation des mouvements spontanés : (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
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
COMMUNICATION	10. Capacité à Interagir avec le Soignant : 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
VIE SOCIALE INTERET POUR L'ENVIRONNEMENT	11. Relation au monde				
	. 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
TROUBLES DU COMPORTEMENT	12. Comportement				
	. 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
T O T A L					

EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ DES SUJETS DYSCOMMUNICANTS (EDD)

NOM :
Prénom :

			Date		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	1. PLAINTES SOMATIQUES	Emissions vocales et/ou pleurs et/ou cris : ➤ Habituels ou absence habituelle. ➤ Intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris. ➤ Provoqués par les manipulations. ➤ Spontanés tout à fait inhabituels. ➤ Avec manifestations neurovégétatives.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	2. TROUBLES DU SOMMEIL	➤ Sommeil habituel ➤ Sommeil agité ➤ Insomnies (troubles de l'endormissement et/ou réveil nocturne) ➤ Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil).	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	3. IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	➤ Aucune zone douloureuse. ➤ Zone sensible localisée lors des soins. ➤ Zone douloureuse révélée par la palpation. ➤ Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen. ➤ Zone douloureuse désignée de façon spontanée. ➤ Examen impossible du fait de la douleur.	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	4. TROUBLES DU COMPORTEMENT	➤ Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle. Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto et/ou hétéro-agression) : ➤ Passagère. ➤ Durable. ➤ Réaction de panique (hurlements, réactions neurovégétatives). ➤ Actes d'automutilation.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

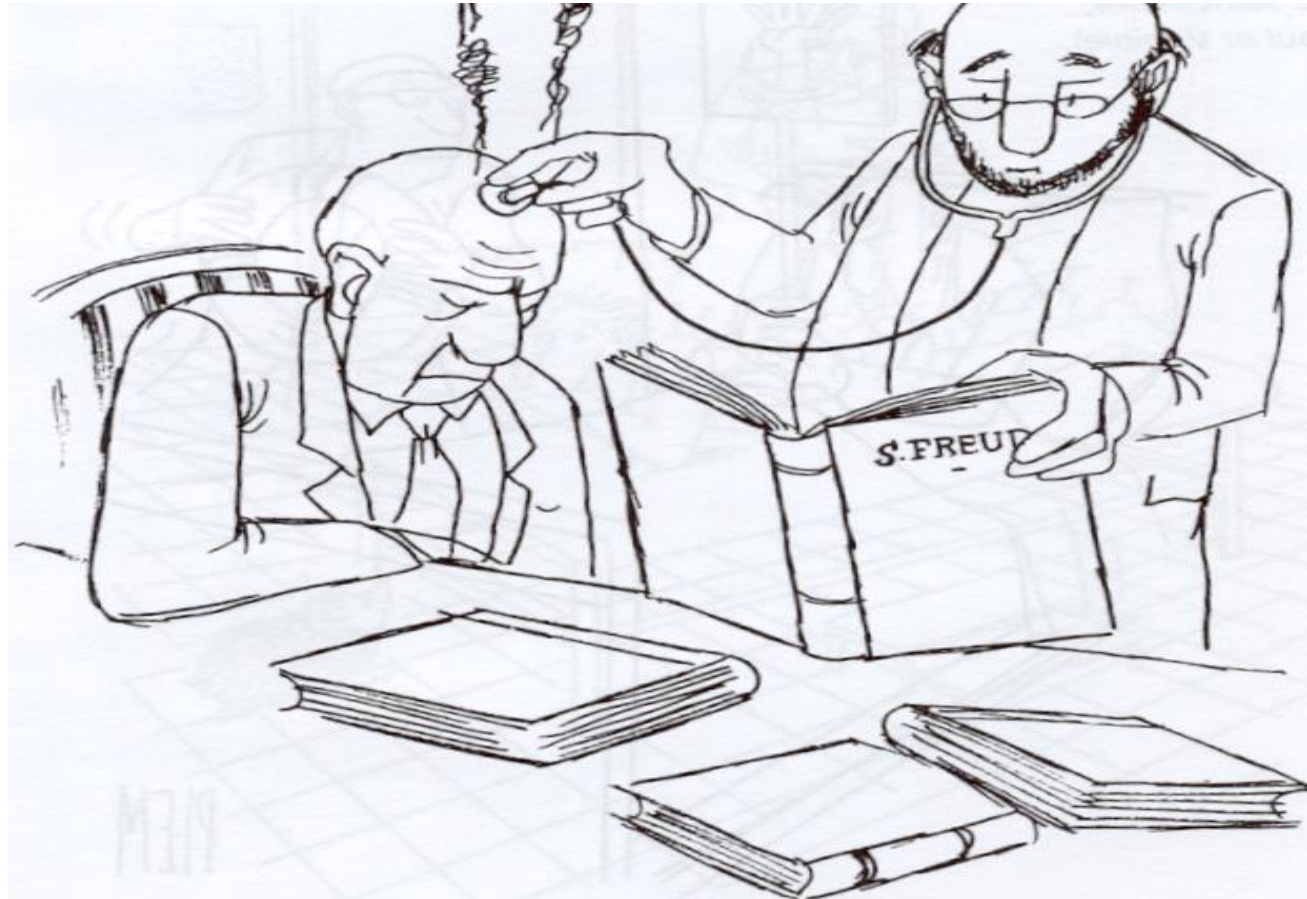
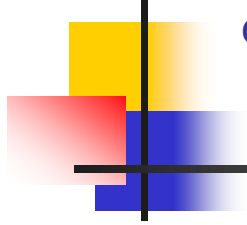
Date de l'évaluation/..../....	/..../....	/..../....	/..../....	/..../....	/..../....	/..../....	
Heureh....	h....	h....	h....	h....	h....	h....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. Comportement <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
2. Mimiques et expressions du visage <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
3. Plaintes (cris, gémissements...) <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
4. Sommeil <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
5. Opposition lors de soins														
6. Zone douloureuse identifiée à l'examen														
TOTAL DE OUI	/6		/6		/6		/6		/6		/6		/6	
Complétée par														

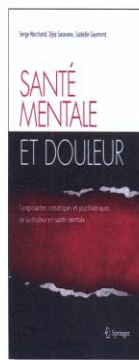
	5. TONUS	<div><div>✓</div>Tonus habituel (normal, hypo ou hypertonique).</div> <div><div>✓</div>Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux.</div> <div><div>✓</div>Accentuation spontanée du tonus au repos.</div> <div><div>✓</div>Mêmes signes que 2 avec mimique douloureuse.</div> <div><div>✓</div>Mêmes signes que 2 avec cris et/ou pleurs.</div>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	6. MIMIQUES, EXPRESSIONS DU VISAGE	<div><div>✓</div>Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle.</div> <div><div>✓</div>Faciès détendu ou faciès inquiet habituel.</div> <div><div>✓</div>Faciès inquiet inhabituel.</div> <div><div>✓</div>Mimique douloureuse lors des manipulations.</div> <div><div>✓</div>Mimique douloureuse spontanée.</div> <div><div>✓</div>Mêmes signes que 1-2-3 accompagné de manifestations neurovégétatives.</div>	0 0 1 2 3 4	0 0 1 2 3 4	0 0 1 2 3 4
	7. EXPRESSION DU CORPS	<div><div>✓</div>Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle.</div> <div><div>✓</div>Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle.</div> <div><div>✓</div>Mouvements stéréotypés ou hyperactivité de manière habituelle.</div> <div><div>✓</div>Recrudescence de mouvements spontanés.</div> <div><div>✓</div>Etat d'agitation inhabituel ou prostration.</div> <div><div>✓</div>Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse.</div> <div><div>✓</div>Mêmes signes que 1-2 ou 3 avec cris et/ou pleurs.</div>	0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 1 2 3 4
	8. INTERACTION LORS DES SOINS	<div><div>✓</div>Acceptation du contact et/ou aide partielle lors des soins (habillage...).</div> <div><div>✓</div>Réaction d'appréhension habituelle au toucher.</div> <div><div>✓</div>Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher.</div> <div><div>✓</div>Réaction d'opposition ou de retrait.</div> <div><div>✓</div>Réaction de repli.</div>	0 0 1 2 3	0 0 1 2 3	0 0 1 2 3
TOTAL					

CONCLUSION

- **DOULEUR EN SANTE MENTALE : UN DEFI ?**
 - **Comment parler de la douleur au moment où l'on souffre ?**
 - **Comment transmettre la souffrance en le mettant en mots ?**
 - **Comment comprendre ce patient douloureux qui reste silencieux ?**

L'inconscient n'oublie pas la douleur: 'rien dans la vie psychique ne peut se perdre. Rien ne disparaît de ce qui est formé. Tout est conservé et peut réapparaître'





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

Commandes en ligne sur 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.

Marchand · Saravane
Gaumond Eds.



Mental Health and Pain

Serge Marchand
Djéa Saravane
Isabelle Gaumond
Editors

Mental Health and Pain

Somatic and Psychiatric
Components of Pain in
Mental Health

Foreword by
Antonio Damasio

Springer

POUR EN SAVOIR PLUS

- DVD : ‘ Le corps en tête ’ , à commander :
www.anp3sm.com
- DVD: ‘ Le langage du corps’, à commander :
www.anp3sm.com
- Pour me contacter:
djea.saravane@eps-etampes.fr
Tel: 01 82 26 81 02