

Soucis quotidiens et psychosomatique

Dr Jean-Michel THURIN

DU, Stress, traumatisme et pathologies
La Salpêtrière

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/EPS/DU_STEP

Introduction

- Le stress est un processus biologique au sens large, c.a.d impliquant des médiateurs biologiques (hormones, cytokines, neuromédiateurs) sollicités par les événements corporels, les événements de vie exceptionnels, mais également l'expérience quotidienne (en particulier les interactions sociales et l'environnement écologique (bruit, espace (réduit ou étendu, ouvert ou fermé)), le style de vie (bousculé ou régulier), le comportement (tendu, serein, agressif, de retrait ou de fuite) le cycle circadien. La relation de la personne avec l'environnement est aussi largement sous-tendue par sa psychopathologie inconsciente.

- Au niveau psycho cognitif, le stress ne se réduit pas aux événements de vie dramatiques
- Il comprend également les conditions de vie et les événements quotidiens qui élèvent les activités des systèmes physiologiques, plus ou moins durablement et intensément, jusqu'au développement d'une pathologie

24 mai 2013

3

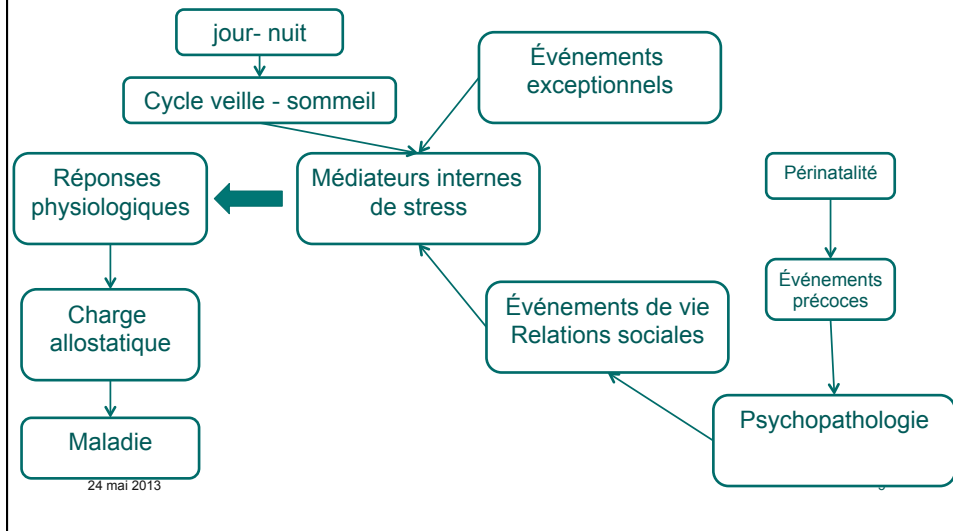
Implications du stress sur la santé

- Les différences de santé parmi les individus ne relèvent pas seulement du niveau économique et de l'accès aux soins (Adler, 1994, 1993). Elles relèvent également des « conditions de vie » conditions qui ne sont pas réductibles à la superficie de l'appartement (tout en y participant).
- Le « climat » social, incluant le sentiment de sécurité, et les relations interpersonnelles tiennent une place importante et les stress « de compétition » sont les plus importants dans ce registre.
- Pour présenter la complexité, le cas d'une colite grave accompagnée de complications post-opératoires chez un homme de 40 ans.

24 mai 2013

4

Modélisation des facteurs



Situations à risque

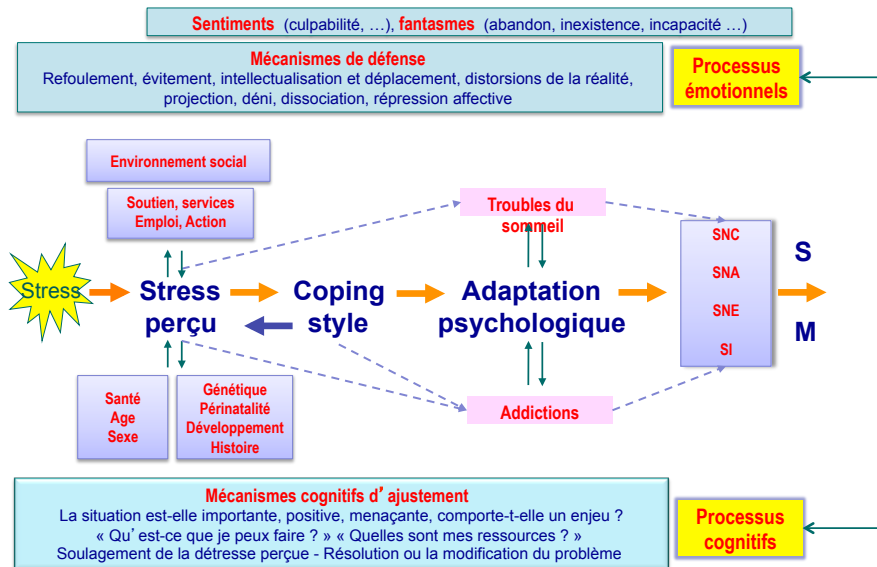
- Quatre grandes situations auxquelles l'individu peut se trouver confronté et qui sont à risque ont été distinguées :
 1. la *succession d'événements stressants* différents ou répétés sur une longue période de temps (perte des clés, problèmes bancaires, de voisinage, appartement voisin en travaux, etc.) ;
 2. l'*incapacité de s'adapter à un même stressor* (c'est par exemple le cas dans une situation professionnelle ou familiale difficile et durable, comme la maladie chronique d'un membre de la famille) ;
 3. l'*échec de la suspension de la réponse de stress* (par exemple, lorsque la perception du monde se fixe sur une situation (p.e; maladie) ou une personne et est réactivée par la réalité ou par des *flashbacks* permanents et/ou qu'il existe un déficit de la réponse des récepteurs aux médiateurs du stress) et de la distanciation; (ex : dans le cas d'une *non reconnaissance* : crises d'alcoolisme consécutives à téléphones paternels)
 4. une *réponse de stress inadéquate* qui permet à certains systèmes, tel celui des cytokines inflammatoires, de devenir hyperactives.
- 24 mai 2013 6

Situations à risque

- Une cinquième situation
 - Celle d'un contexte familial pathologique avec enchaînements transgénérationnels des problèmes.
 - Exemple 1 : insécurité maternelle masquée chez l'enfant [devenu adulte] par un investissement idéalisé de la vie ou de soi et réactivé par des événements qui rompent « le charme ».
 - Exemple 2 : dissolution des liens d'attachement après déportation ou guerre

24 mai 2013

7



JM Thurin, d'après Irwin

24 mai 2013

8

Figure 1. Modèle biopsychosocial présentant les relations complexes entre le stress et la santé et leurs principaux déterminants.
 HPA : axe hypothalamohypophysio-surrénalien ; SNA : système nerveux autonome ; SNC : système nerveux central ; SI : système immunitaire ; S : santé ; M : maladie.

COMMENT EXPLIQUER CES EFFETS ?

24 mai 2013

9

A partir de l' article de B. McEwen et T. Seeman* Trois concepts clés

- **Allostasie** : maintien de la stabilité (ou de l' homéostasie) dans le changement (Sterling et Eyer, 1988)
- **Charge allostatique** : souffrance de l' organisme liée à une répétition de l' allostasie ou/et de l' inefficacité des réponses qui maintient le système en activité. Charge cumulative des effets négatifs de l' adaptation, liée aux caractéristiques de la personne et à sa réactivité.
 - Exemple : situation instable de dominance hiérarchique, accompagnée d' élévation tensionnelle, situation identitaire instable déplacée dans le travail, problèmes financiers aggravant l' insécurité
- **Processus en cascade** : un premier effet du stress entraîne des effets secondaires et tertiaires
 - En particulier l' effet médiateur de la dépression est invoqué

McEwen B & Seeman T. Protecting and damaging effect of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci*, 1999, 896:30-47

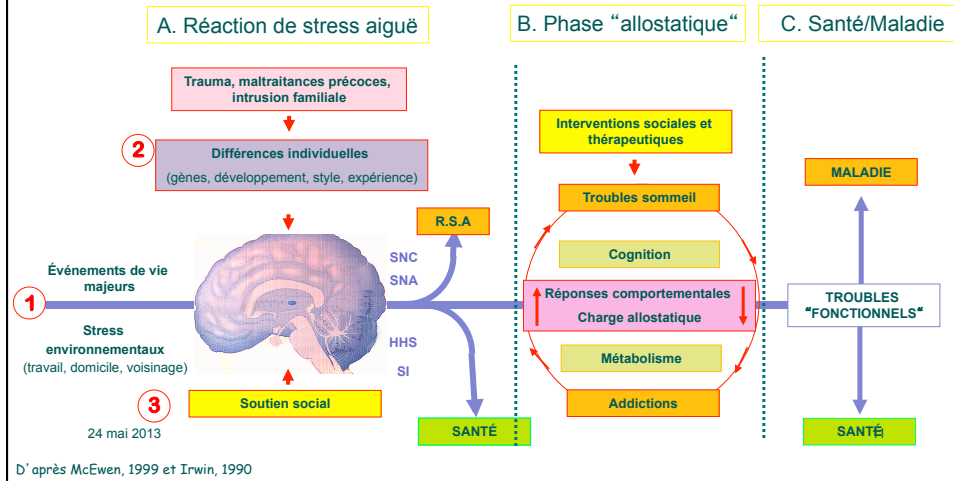
McEwen B. Protective and damaging effect of stress mediators : the good and bad sides of the response to stress. *Metabolism* 2002; 51(6 sup) : 2-4.

24 mai 2013

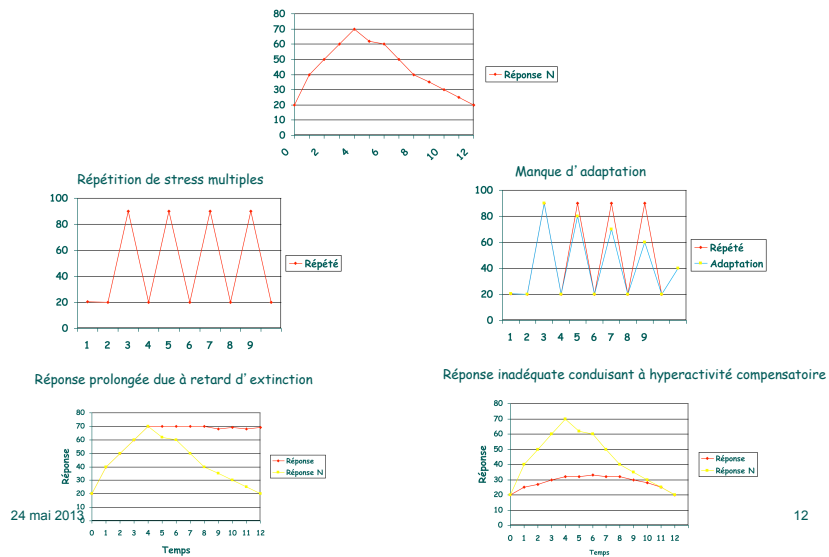
10

Le modèle actuel du stress

- Prend en compte les durées longues, les différences individuelles et les réponses de l'entourage



Quatre types de charge allostatique (effets biologiques à long terme de la régulation à court terme)



De la physiologie à la pathologie

- Les actions d'adaptation brèves sont protectrices (allostasie)
- Les actions d'adaptation durables peuvent être délétères (charge allostatique)
 - Exemples :
 - Dans les organes périphériques
 - Catécholamines -> activation système cardio-vasculaire -> athérosclérose
 - Cortisol -> mobilisation réserves énergétiques -> résistance à l'insuline -> évolution vers diabète II -> obésité, athérosclérose
 - Dans le cerveau
 - Catécholamines -> éveil - rétention des souvenirs affectifs -> hyperactivité des acides aminés -> réduction excitabilité neuronale, atrophie neuronale voire mort cellulaire dans hippocampe
 - Dans le système immunitaire
 - Effets immuno - activateurs -> [immuno - supresseurs]
 - Augmentation des réactions inflammatoires - auto-immunité

24 mai 2013

13

DÉPISTER LA SURCHARGE ET LES RISQUES DE RUPTURE

24 mai 2013

14

Critères paracliniques de la charge allostatique

- Hyperactivité chronique
 1. Fréquence cardiaque, Pression artérielle systolique et diastolique
 2. Rapport ceinture - hanche, indice du métabolisme à long terme et du dépôt de charge adipeuse, considéré comme influencé par activité glucocorticoïde accrue
 3. Cholestérol total et lipoprotéines plasmatiques de haute densité (HDL)
 4. Hémoglobine glycosylée, mesure intégrée du métabolisme du glucose sur une durée de plusieurs jours
 5. Cortisol urinaire sur 12 h ; cortisol salivaire matin et soir pendant 4 jours
 6. Adrénaline et noradrénaline urinaires sur 12 h
- Le diagnostic se fait sur le niveau relativement haut de différentes mesures. Possibilité de prédiction à 2 ans 1/2 de risque accru de troubles cardiovasculaires, de déclin physique et cognitif et de mortalité
- Signes psychiques associés : insomnie, état d'hypervigilance, hyperactivité, ruminations incessantes, crises de panique et passages à l'acte addictifs ou autres.

Seeman, Singer B.H, Rowe R.I, Horwitz R.I, McEwen B.S. Price of adaptation – allostatic load and its health consequences : McArthur studies of successful aging. *Arch. Intern. Med.* 157 :2259-2268

Critères cliniques psychiatriques de la dépression d'épuisement

- Dans contexte de situation professionnelle de conflit grave, de tension et de compétition ; de charges familiales, financières et conflits conjugaux.
- Par surcharge affective durable à contenus excessifs, épuisement émotionnel et affectif, vécu en pleine conscience
- Évolution en 3 stades d'une dépression d'épuisement
 - Hyperesthésique et asthénique : fatigabilité, vulnérabilité, irritabilité, troubles intellectuels et mnésiques dont le sujet a conscience et qui l'angoissent
 - "Psychosomatique" : plaintes hypochondriaques
 - Dépressif : asthénie, troubles cognitifs, incapacité et culpabilité
- Influence de la personnalité avec méconnaissance de la limite, incapacité de dire "non »
- Évolution vers incidents somatiques divers: artériels, articulaires, digestifs, thyroïdiens, viraux, cutanés.

Olivier Martin R. La dépression d'épuisement. *L'Encéphale* 1996, 7-5:45-61

Hielholz P. 1980
24 mai 2013

16

3 exemples : Infirmiers, médecins et psychothérapeutes de troubles borderline

STRESS ET ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURNOUT)

24 mai 2013

17

Le stress professionnel

Définition : Réactions émotionnelles et physiques dommageables, résultant

- **d'interactions** entre l'employé(e) et son milieu de travail
- lorsque les **exigences de l'emploi** surpassent ses **capacités** et ses **ressources** pour y faire face

**Agence Européenne pour la Sécurité
et la Santé au travail (2000)**

Modèles du stress professionnel

- Modèle de Karasek : 2 types de facteurs de stress
 - demande psychologique : contraintes liées à l'exécution des tâches
 - Absence de latitude décisionnelle : contrôle de l'employé sur son propre travail et utilisation de ses compétences
- Le modèle de Siegrist
 - « l'état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail et les récompenses qu'elle en reçoit en retour »
- Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman
 - « une personne ressent du stress lorsqu'elle perçoit un déséquilibre entre les contraintes imposées par son environnement et ses ressources pour y faire face »

24 mai 2013

19

Épuisement professionnel

- Un syndrome
 - susceptible d'affecter les personnes dont le travail est orienté notamment *vers la relation d'aide*
 - comportant 3 dimensions :
 - usure émotionnelle,
 - rupture de la personnalisation des relations
 - perte d'accomplissement personnel au travail (Christina Maslach (1975))
 - s'exprimant sous la forme de
 - Somatisations
 - Troubles psychiques
 - Perturbations cognitives
 - Désinvestissement professionnel

Épuisement professionnel

- **Symptômes physiques**
 - fatigue, céphalées, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil ...
- **Symptômes psychiques**
 - Épuisement mental, anxiété, irritabilité, dépression, baisse de l'estime de soi, sensibilité accrue aux frustrations, labilité émotionnelle, hypersensibilité, méfiance ...
- **Comportements**
 - usage d'alcool ou de psychotropes, acharnement au travail, absentéisme progressif et répété ...
- **Mais aussi**
 - désinvestissement professionnel, diminution de l'accomplissement personnel, dépréciation professionnelle ...
 - Rigidité des relations interpersonnelles, cynisme, rapports déshumanisés, mécaniques

24 mai 2013

21

Stress des infirmiers

«Quiconque souhaiterait créer l'environnement le plus susceptible de générer le stress, y inclurait de nombreux facteurs que le personnel infirmier reconnaîtrait immédiatement comme des occurrences quotidiennes de son activité professionnelle. Parmi ceux-ci, une atmosphère confinée, des pressions de temps, un bruit excessif ou un silence insolite, des passages soudains de tâches très exigeantes à des tâches triviales, pas de droit à l'erreur, des sons et des spectacles insoutenables, et une station debout pendant de longues heures. »

DEWE P. (1987), Sources of stress at work. *Work and stress*. P. 351-353

24 mai 2013

22

Prévention infirmiers

Prévention primaire : tenir compte des facteurs de stress les plus « pathogènes » à l'hôpital

Prévention secondaire : *ne pas nier l'existence de ces problèmes*, favoriser l'existence de lieux d'échanges, et en développant des compétences autour des stratégies d'adaptation

Prévention tertiaire : « réadapter » les professionnel(le)s en tenant compte de leur situation psychologique personnelle

24 mai 2013

23

Stress des médecins

- **Éléments particuliers**
 - Taux de dépression : 2 fois celui de population générale ;
Vaucluse : 11 suicides sur 21 décès en activité.
 - Représentations sociales paradoxales
 - Malades, patients, usagers, consommateurs
 - De la confiance mutuelle à la preuve d'information
 - Types de relations médecin-patient individualisés et fluctuant -> jusqu' au « livreur de pizza »
 - Entre soin et technocratie
 - Isolement et acharnement professionnel
 - Alcool et automédication, ignorance des signaux d'alarme

24 mai 2013

24

Résilience des médecins

- Quatre aspects principaux de la résilience ont été identifiés :
 - 1) des *attitudes et perspectives*, qui incluent la valorisation du rôle du médecin, le maintien de son intérêt, le développement de l'éveil et l'acceptation des limites personnelles ;
 - 2) un *équilibre* et des *priorités*, qui incluent de poser des limites, d'adopter des approches efficaces de développement professionnel continu et de se respecter ;
 - 3) un *style de gestion de la pratique*, qui inclut une gestion d'entreprise saine, avec le bon personnel, et en utilisant des approches efficaces de pratique ; et
 - 4) des *relations de soutien*, qui incluent des relations personnelles positives, des relations professionnelles efficaces, et une bonne communication.

- *Can Fam Physician*. 2008 May;54(5):665, 667. Building physician resilience. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. McMaster University in Hamilton, Ont.

24 mai 2013

25

Prévention médecins

- Vigilance aux signes d'alarme physique, actes manqués, accidents répétés
- Apprendre à déléguer
- Savoir s'évader
- Rompre l'isolement

Gautier I. Burnout des médecins. Bulletin Ordre Médecins ville de Paris. Mars 2003 (86):7-9

24 mai 2013

26

Burnout des psychothérapeutes de patients borderline

- Particularités comportementales
 - Patients dont le comportement est particulièrement problématique pour les thérapeutes
 - Relations interpersonnelles intenses et instables
 - Taux de rupture de la thérapie important et résultats imprévisibles
 - Comportements impulsifs imprévus suicidaires et d'automutilation ; suicide
 - > efforts qui dépassent les limites de certains thérapeutes.

Lineham et al., Cognitive and Behavioral Practice 2000; 7:329-337

24 mai 2013

27

Burnout des psychothérapeutes de patients borderline

- Particularités psychodynamiques
 - Violences incontrôlables
 - Sentiment chronique de vide -> tentatives du thérapeute de reconstituer le contenant
 - Idéation paranoïde transitoire rendant difficile la réalisation d'une relation confiante
 - Épisodes de dissociation rompant la continuité de l'expérience émotionnelle thérapeutique
 - Arrière plan de conception très négative de ces patients
 - Réduction chez le thérapeute du sentiment de soigner et d'accomplissement personnel.

Lineham et al., Cognitive and Behavioral Practice 2000; 7:329-337

24 mai 2013

28

Burnout des psychothérapeutes de patients borderline

- Une étude sur critères de vulnérabilité au burnout
 - Mesures, avant début traitement, de violence, dépression et leur sévérité ne prédisent pas le burnout du thérapeute à 4 mois
 - Une attente élevée de succès thérapeutique laisse le thérapeute vulnérable à une usure émotionnelle accrue à un stade ultérieur (surtout si peu d'expérience)
 - Les meilleurs prédicteurs de burnout du thérapeute à 4 mois ne sont pas l'état du patient avant le traitement (dépression, colère, suicidalité) ou le burnout du patient à 4 mois, mais plutôt le *burnout du patient avant le traitement*, relativement à son expérience au cours des thérapies précédentes.

Lineham et al.. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7:329-337

24 mai 2013

29

Burnout des psychothérapeutes de patients borderline

- L'explication la plus probable
 - les patients qui commencent une thérapie épuisés (*burned out*) par la précédente thérapie interagissent avec les thérapeutes de telle façon que la transaction thérapeutique conduit à
 - une dépersonnalisation réciproque du thérapeute et de son patient
 - une exacerbation émotionnelle dans le processus.

Lineham et al.. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7:329-337

24 mai 2013

30

Bibliographie

- Gautier I. Burnout des médecins. *Bulletin Ordre Médecins ville de Paris*. Mars 2003 (86):7-9
- Mauranges A. Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. *Mutuelle Nationale des hospitaliers et des personnels de santé*. Janvier 2001
- Fortin B. La fatigue normale de l'intervenant en santé mentale ! <http://www.geocities.com/HotSprings/3475/intervenir.html>
- Linehan et al.. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7:329-337
- Dewe P. (1987). Sources of stress at work. *Work and stress*. P. 351-353
- Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail (2000)
- McEwen B & Seeman T. Protecting and damaging effect of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci*, 1999, 896:30-47
- McEwen B. Protective and damaging effect of stress mediators : the good and bad sides of the response to stress. *Metabolism* 2002; 51(6 sup) : 2-4.
- Felini et al. Relation of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences study. *Am. J Prev Med* 1998;14(4):245-255
- Martin O. La dépression d'épuisement. *L'Encéphale* 1996, 7-5:45-61
- Seeman T.E, Singer B.H, Rowe R.I, Horwitz R.I, McEwen B.S. Price of adaptation – allostatic load and its health consequences : McArthur studies of successful aging. *Arch. Intern. Med.* 157 :2259-2268

24 mai 2013

31

Questionnaire du stress du soignant

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
Je n'arrive pas à avoir assez de sommeil				
J'ai des conflits avec les membres de ma famille				
Je me sens anxieux				
Je n'ai pas de temps pour moi				
Je suis préoccupé de ne pas faire du bon travail dans les soins que je donne				
Je me sens déprimé, cerné, énervé				

Scores: coter 0, 1, 2 ou 3

0 – 7 : Vous vous gérez très bien ; 8 – 12 : Vous devriez rechercher du soutien

13+ : Vous semblez présenter un sérieux burnout. Prenez vos dispositions pour trouver tout de suite du soutien.

24 mai 2013

32

Is psychiatry such a stressful profession?

- B. Pejuskovic, D. Lecic Tosevski, O. Toskovic. Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia and Montenegro
- **Background and Aims:** The burnout syndrome is a state of physical, emotional and mental exhaustion caused by long term exposure to demanding work situations. It has been suggested that different personal factors, such as gender, age and daily number of patients have influence on the development of this syndrome.
- **The objectives of this study were the following:** 1) to assess and compare expressiveness of the dimensions of burnout in psychiatrists; 2) to assess correlation with potential etiological factors (gender, age, number of patients).
- **Methods:** The sample consisted of 50 psychiatrists working in health care institutions on the territory of Belgrade. Assessment has been carried out by the Maslach Burnout Inventory and sociodemographic questionnaire.
- **Results:** The score of the burnout syndrome was different between the three dimensions. i.e. dimension of emotional exhaustion was the most prominent, but moderately increased. Dimension of depersonalization was very low and the lack of personal accomplishment was also moderate but with lower values. We could not find significant correlation with gender, age, nor with number of patients.
- **Conclusions:** Some of potential causative factors associated with the burnout syndrome were investigated. It is important to further explore the correlation between this syndrome and various variables, such as personality characteristics, coping strategies and organizational characteristics.
- **References**
- [1] Lecic Tosevski D et al: Burnout syndrome of general practitioners in post war period. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15 (4): 307-10, 2006.

24 mai 2013

33

Résilience des médecins

OBJECTIF: Explorer les dimensions de la résilience du médecin de famille

DESIGN: Étude qualitative utilisant des entretiens en profondeur avec des médecins de famille

PARTICIPANTS Groupe de 17 médecins de famille.

MÉTHODE: un processus itératif d'entretiens en face à face qui ont été enregistrés et transcrits. Le groupe de recherche a fait la revue indépendamment des thèmes émergents de chaque entretien avec un consensus atteint à partir de la discussion et de la comparaison. Les thèmes ont été regroupés en catégories conceptuelles.

PRINCIPAUX RÉSULTATS: Quatre aspects principaux de la résilience ont été identifiés :

- 1) attitudes et perspectives, qui incluent la valorisation du rôle du médecin, le maintien de son intérêt, le développement de l'éveil et l'acceptation de ses limites personnelles
- 2) un équilibre et une relation de priorité, qui inclut de poser des limites, de prendre des approches efficaces de développement professionnel continu et d'honorer le soi ;
- 3) un style de gestion de la pratique, qui inclut une gestion d'entreprise saine, en ayant le bon personnel, et en utilisant des approches efficaces de pratique ; et
- 4) relations de soutien, qui incluent des relations personnelles positives, des relations professionnelles efficaces, et une bonne communication.

CONCLUSION: La résilience est un processus évolutif dynamique d'attitudes positives et de stratégies efficaces

- *Can Fam Physician*. 2008 May;54(5):665, 667. Building physician resilience. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. McMaster University in Hamilton, Ont.

24 mai 2013

Situations à risque

- Une cinquième situation
 - Celle d'un contexte familial pathologique

Objectifs : Après la fin de la guerre du Golfe qui a eu comme conséquence la libération du Koweït, il n'y a aucun rapport sur l'impact de l'exposition traumatique des vétérans et du syndrome de stress post traumatique (PTSD) sur leurs enfants. Nous avons comparé la sévérité de l'anxiété, de la dépression, du comportement déviant et d'un faible ajustement familial chez les enfants d'un échantillon aléatoire stratifié de quatre groupes d'hommes militaires koweïtiens, à savoir : "en retraite" ; "dans l'armée" (AIA) (impliqué dans les fonctions à l'arrière) ; un groupe "dans la bataille" (IB) (impliqué dans le combat) ; et un groupe "prisonniers" (prisonniers de guerre). En outre, nous avons évalué l'association des caractéristiques de la mère avec des résultats psychosociaux des enfants.

Méthode : Des sujets ont été interviewés à la maison, 6 ans après la guerre, en utilisant : l'index de comportement d'enfant pour évaluer l'anxiété, la dépression, et le comportement adaptatif ; Échelle A2 de Rutter pour le comportement déviant ; et dispositif d'ajustement de la famille pour l'ajustement à la maison. Les deux parents ont été évalués pour PTSD.

Résultats : Les enfants/adolescents 489 (250 H, 239 F ; âge moyen 13.8 ans) issus de 166 couples parentaux. Les enfants des prisonniers de guerre ont eu tendance à avoir une anxiété plus élevée, une dépression, et des éléments de comportement anormal. Ceux dont les pères ont eu un PTSD ont eu des éléments dépressifs sensiblement plus élevés. Cependant, les enfants ayant des pères avec PTSD et statut de prisonnier de guerre (N = 43) n'ont pas eu d'éléments sensiblement différents au niveau des résultats que les autres groupes. Le PTSD, l'anxiété, la dépression et le statut social ont été sensiblement associés à toutes les variables de résultats chez l'enfant. L'âge parental, l'âge de l'enfant et le niveau d'éducation de l'enfant étaient les 3 co variables significatives. Bien que les enfants dont les deux parents présentaient un PTSD aient eu des éléments sensiblement plus élevés d'anxiété / dépression, l'anxiété de la mère était le prédicteur le plus fréquent et le plus important des variables de résultats chez l'enfant. La fréquence des éléments anormaux était : 14% pour l'anxiété / dépression, et 17% pour le comportement déviant.

Conclusion : Nos résultats soutiennent l'impression que les expériences émotives des enfants des situations de vulnérabilité familiale dépassent la culture et sont associées au comportement particulier des adultes significatifs dans la vie de l'enfant. La supériorité de l'influence de la mère a des implications pour que les interventions améliorent le fonctionnement psychologique des enfants dans de telles familles. L'éducation sanitaire mentale pour ces familles a le potentiel d'aider ceux en difficulté.

24 mai 2013

35