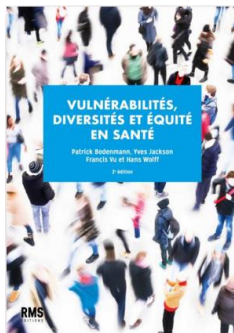


**Ce cours est enregistré
et mis en ligne sur les
plateformes UNIGE.**



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**



Jeu

- | | |
|--|--------------------|
| 1. La diversité des approches et des compétences en santé | C. Burton-Jeangros |
| 2. Les buts de la médecine dans une perspective sociologique | C. Burton-Jeangros |

Objectifs :

1. *Situer les compétences médicales au sein des différentes approches s'intéressant à la santé et à la maladie.*
2. *Les transformations de la profession médicale et son rôle dans la société.*

Jeu

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1.-2. Regard anthropologique | P. Hudelson |
| 3. Regard clinique | C. Luthy |

Objectifs :

- 1-2. *Comprendre la notion anthropologique de la culture ; réfléchir sur la construction sociale de la maladie et sur l'importance de la culture dans la définition du normal et du pathologique.*
3. *Au travers d'exemples cliniques, discuter la définition de la normalité en médecine clinique, présenter les différences entre intervalles de référence et limites de décision*

Jeu

- | | |
|--|---------------|
| 1. Santé et vulnérabilités en médecine de 1er recours | Y.-L. Jackson |
| 2. Santé mentale : évaluer & soigner au travers des cultures | A. Reyre |

Objectifs :

1. *Connaître la notion de vulnérabilité et de stigmatisation ; comprendre ce qui est probant à propos de la stigmatisation et de la discrimination.*
2. *Aborder les rapports entre le culturel, le social et le psychique pour une clinique globale (exemples auprès de patients migrants). Reconnaître ses préjugés culturels et leurs incidences contre-transférentielles dans la relation.*

Lun

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1. Mécanismes et adaptation au stress | C. Piguet |
| 2. Répétitoire | C. Luthy |

Objectifs :

1. *Aborder les mécanismes physiologiques du stress et de l'adaptation. Présenter les notions de coping et de différences individuelles. Conséquences biologiques et psychiques.*
2. *Répétitoire, identifier les messages essentiels.*

La diversité des approches et des compétences en santé

Faculté de médecine – cours PSS 16.10.2025

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Département de sociologie
Claudine Burton-Jeangros



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

Deux modèles de la santé et de la maladie

Médecines complémentaires

- Approche holiste
- Indissociabilité psyché-soma (vitalisme)
- Continuum normal-pathologique
- Participation des patient.es au processus de guérison

Médecine conventionnelle

- Réductionnisme
- Dualisme corps-esprit
- Étiologie spécifique
- Rationalité scientifique
- Données physico-chimiques



Debons, J. (2015) *Devenir médecin homéopathe : la construction d'une professionnalité atypique : une analyse sociologique à partir du cas suisse*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Genève.

Recours aux différentes traditions de soins

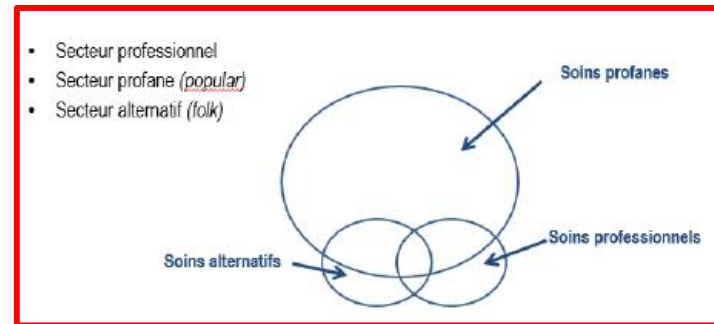
- **Illness behavior** 'manières dont des symptômes donnés peuvent être perçus, évalués et conduire (ou pas) à des actions au sein de différents groupes de personnes' (p. 189)

Mechanic, D. (1961). The Concept of Illness Behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189–194.

- **'métissage thérapeutique'**: pragmatique et idéologique

→ Stratégies plurielles, évolutives et contextualisées des malades

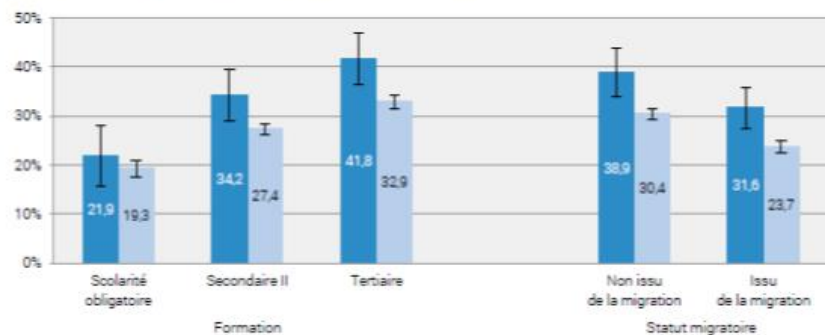
Debons, J. (2015) *Devenir médecin homéopathe : la construction d'une professionnalité atypique: une analyse sociologique à partir du cas suisse*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Genève.



Recours aux médecines complémentaires

Recours à la médecine complémentaire, selon la formation et le statut migratoire, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois)

G5.13



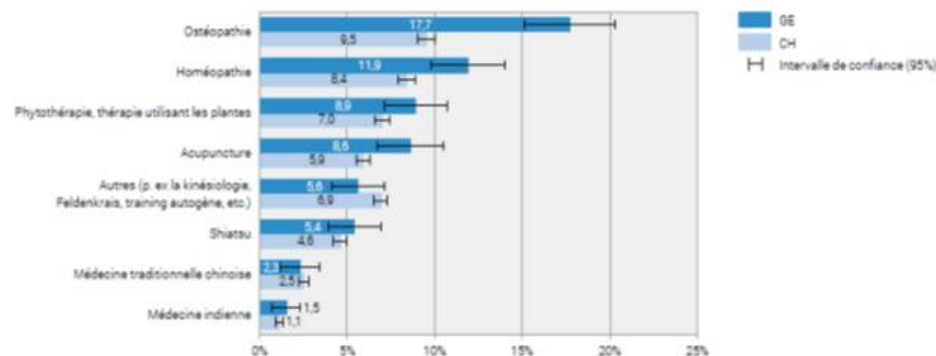
■ GE
■ CH
I Intervalle de confiance (95%)

n=964 (GE), n=18 653 (CH)

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)



Types de recours à la médecine complémentaire, canton de Genève et Suisse, en 2017 (douze derniers mois) G5.14



n=964 (GE), n=18 653 (CH)

Source: OFS - Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obseas 2020

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Département de sociologie
Claudine Burton-Jeangros



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

HUG
Hôpitaux
Universitaires
Genève

Recours aux médecines complémentaires

Motifs du recours

- Insatisfaction avec les résultats de la médecine conventionnelle
- Insatisfaction avec les interactions médecin-patient.e
- Préférences pour la relation développée avec un.e praticien.ne alternatif.ve
- Recherche de sens autour de la santé et de la maladie
- Approche holiste et naturelle

Peu de dévoilement

2/3 des patient.es ne disent pas à leur médecin traitant qu'ils ou elles ont recours aux médecins complémentaires

- médecin traitant ne cherche pas l'information
- crainte de sa désapprobation
- son manque de connaissances
- son manque de temps
- perception que la médecine complémentaire est sûre

Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805–822.

Martin, H & Debons, J (2014) *Le soin et la politique. Cinq médecines conventionnelles et l'assurance-maladie*. Lausanne: Editions EESP:

Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J, Adams J. Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2019;9:1573.

La médecine intégrative - définitions

- recours simultané à la **médecine conventionnelle** et aux **médecines complémentaires**

"prendre en compte **le patient dans son ensemble**, renforcer la relation médecin-patient et lui proposer **la thérapie la plus adéquate** en se basant sur les données scientifiques, dont les actuelles permettent par exemple pour une lombalgie de plutôt recommander des thérapies manuelles que des médicaments en première intention."

Rodondi, P.-Y., & Huber, B. M. (2020). Médecine complémentaire et intégrative : Que dire en 2020 ? *Revue Médicale Suisse*, 16(716), 2287-2288

"L'objectif premier est bien de dialoguer dans la diversité et de réunir des thérapeutes issus de milieux différents afin de **redessiner et de partager une nouvelle vision de la réalité du patient**. On voit bien ici l'importance de la coordination dans la dynamique d'intégration, sans laquelle celle-ci deviendrait inefficace, voire contre productive"

Träger, S. (2015) Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale. *Sciences sociales et santé*, vol. 33, avril 2015, p. 99-104,

La médecine intégrative – enjeux en Suisse

Différentes formes d'intégration

- En-dehors des hôpitaux
- Au sein des hôpitaux: par exemple en 2016 CHUV 15 médecines complémentaires proposées aux patients dans 51 unités différentes

Rodondi, P.-Y., & Huber, B. M. (2020). Médecine complémentaire et intégrative : Que dire en 2020 ? *Revue Médicale Suisse*, 16(716), 2287-2288.

- Littérature scientifique sur les effets des médecines complémentaires
 - Yoga et migraine
 - Hypnose et douleur chronique
 - Médecine traditionnelle chinoise et COVID-19
 - Yoga/méditation et troubles anxieux et dépressifs
 - Acupuncture, jardinage, jeûne

Médecine complémentaire intégrative: nouveautés utiles en médecine de premier recours

Dr^e AUBÉLIE TAHAR¹, Dr THOMAS SCHMID², Dr^e SOPHIE DURIEUX³, Dr DAVID PARRAT⁴, Dr YVES JACKSON⁵, Dr THIERRY MACH⁶, Dr^e OLIVIA BRAILLARD⁷, Dr JULIEN SALAMUN⁸, Pr^e BARBARA BROERS⁹, Pr IDRIS GUESSOUS⁹ et Pr DAGMAR M. HALLER^{10,11}

Rev Méd Suisse 2021; 17: 114-8

Littérature scientifique concernant la médecine intégrative en 2020

Pr^e CHANTAL BERNA¹, JULIE DUBOIS², Dr^e NOEMI ZURRON³, Dr^e ILIRE BRUSTEMI⁴, AUREORE FERNANDEZ⁵, ANGÉLIQUE BOURQUI⁶, EMMANUELLE LÜTHI⁷ et Pr PIERRE-YVES RODONDI⁸

Rev Méd Suisse 2021; 17: 168-71

Différents modèles de médecine intégrative

- **Incorporation**: incorporation sélective dans la biomédecine, co-optation
 - Formation des professionnels biomédicaux aux pratiques alternatives
 - Intégration de professionnels alternatifs au sein des institutions biomédicales
 - **Intégration**: collaboration et respect entre soignant.es résultant dans une transformation mutuelle

"An integrative health setting would provide multidisciplinary practice and inter-professional collaboration, offering a full range of mainstream and CM health services that is based on the needs of the patient" (Wiese 2010, p. 329)
 - **Pluralisation**: maintien des différentes propositions de soins en laissant choisir le ou la patient.e, promouvant son autonomie et préservant l'intégrité des traitements offerts
- Mise en évidence de difficultés autour de l'intégration et de la reconnaissance mutuelle

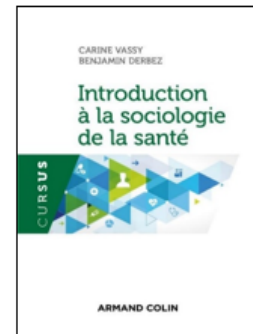
Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805–822.
Wiese, M., Oster, C., & Pincombe, J. (2010). Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: A review of the literature. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 14(3), 326–342.

Transformations de la profession médicale

Dès la fin du 19^e siècle:

- Savoirs spécialisés et standardisation de la formation
- Mécanismes de sélection sociale
- Code éthique guide les pratiques
- Unité présumée du groupe grâce aux organisations professionnelles
- Contrôle du marché de la santé et des autres professionnels de la santé
 - Limitation → dentistes, pharmaciens
 - Subordination → sages-femmes
 - Exclusion → praticiens alternatifs
- Facteurs externes: urbanisation, industrialisation, montée des classes moyennes, statut de la science

Bergeron, H., & Castel, P. (2014). *Sociologie politique de la santé*. PUF, Quadrige manuels.
Vassy, C., & Derbez, B. (2019). *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin.



Transformations de la profession médicale

Age d'or de la médecine au milieu du 20^e siècle

- Efficacité, statut social des médecins, autonomie

Mais facteurs d'affaiblissement:

- Spécialisation et divisions internes
- Hiérarchies entre médecine libérale et médecine hospitalo-universitaire

Échelle de prestige des spécialités

+++

- neurochirurgie
- chirurgie thoracique
- cardiologie
- anesthésie
- pédiatrie

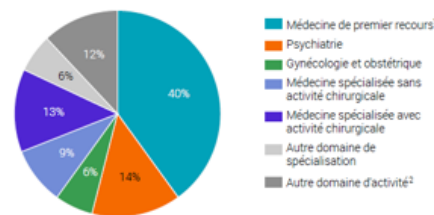
- gériatrie
- dermatovénérologie
- médecine physique
- psychiatrie
- médecine générale

Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188.

Domaine d'activité des médecins sur les sites des cabinets médicaux et des centres ambulatoires, en 2019

Médecins en équivalents plein temps

G34



¹ Titres de spécialiste: médecine interne générale et pédiatrie; médecin praticien

² Autre domaine d'activité: activité principale ne correspondant à aucun titre de formation médicale post-graduée du médecin

Source: OFS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS)

© OFS 2022

La place de la médecine au sein de l'hôpital

- Interprofessionnalité → objectifs
 - Améliorer la santé de la population
 - Améliorer le ressenti des patient.es
 - Réduire les coûts
 - Soutenir le bien-être des personnels de santé

«Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.» (World Health Organization, 2010: 36)

Ulrich G et al (2020). Working Paper 9 Careum – «La formation interprofessionnelle au sein du système de santé suisse: analyse de la situation, perspectives et roadmap.» www.careum.ch/workingpaper9-longue

- Charte ASSM en 2014 et 2023
- SwissIPE en 2018: offre de formation



Regard anthropologique sur la maladie et la médecine

Patricia Hudelson, PhD
Anthropologue médicale

Consultation transculturelle et
interprétariat

Département de médecine de
premier recours

Ce cours est enregistré
et mis en ligne sur les
plateformes UNIGE.



HUG

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
GÈNEVE

FACULTÉ DE MÉDECINE



HUG

Hôpitaux
Universitaires
Genève

FACULTÉ DE MÉDECINE



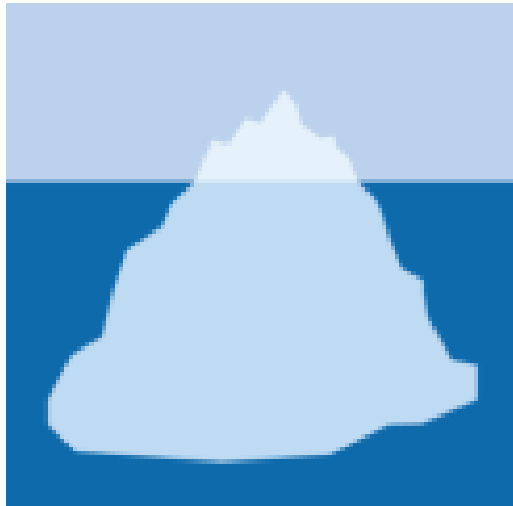
UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

La culture en tant qu'iceberg



Expressions visibles de la culture:

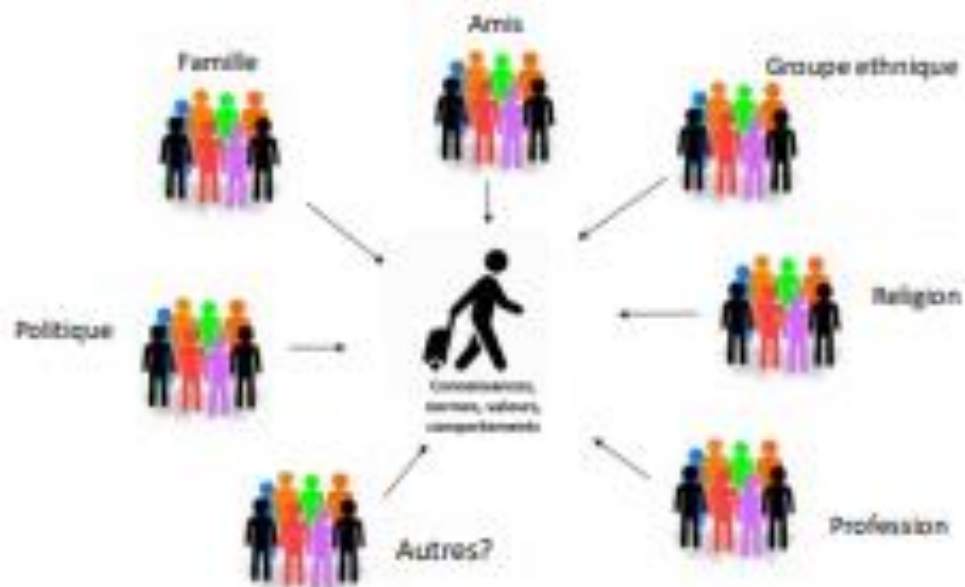
Comportements, objets



**Dimensions moins visibles
(normes, valeurs) qui donnent du
sens aux comportements:**

11

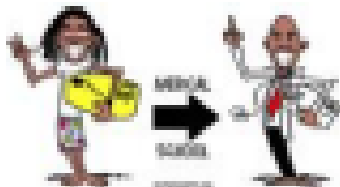
Sources de savoirs culturels: multiples et changeantes



La formation médicale: Source importante de savoirs culturels

• Une participation sociale qui vous apporte:

- Connaissances spécialisées
- Théories des maladies
- Valeurs professionnelles
- Normes de comportement
- Etc.



• La biomédecine enseigne:

- Un langage spécialisé
- A voir le corps plutôt comme une machine
- A chercher des causes biologiques des maladies
- A donner de l'importance à l'évidence objective et scientifique
- A valoriser la technologie
- A respecter l'autonomie du patient, son droit de savoir, la décision partagée, le secret médical...

Lupton, *Medicine et culture* - Sage, 2012

11

(10 strange aspects of medicine. Society for Teachers of Family Medicine Cultural and linguistic competence pocket guide, 2007)

Théories d'affliction

- Selon l'anthropologue Allan Young, toutes les explications de maladies qu'on trouve dans le monde peuvent être classées dans une ou plusieurs des catégories suivantes:

Internalisant:

- Une présence étrangère néfaste (toxines, microbes, tumeurs, souvenirs traumatiques, mauvais esprits, poison...)
- Une perte/absence (vitamines, sang, énergie vitale, âme...)
- Un déséquilibre (yin/yang, chaud/froid, hormones, enzymes, neurotransmetteurs...)
- Un blocage (énergie, chakras, circulation, digestion, pensées...)

Externalisant:

- Forces malveillantes (proches, esprits, ancêtres)

Exemples:

- en Arabie saoudite, beaucoup attribuent l'épilepsie à la possession par des djinns
- La biomédecine attribue les crises d'épilepsie à l'activité électrique excessive du cerveau

36

Les modèles explicatifs

Cherchent à répondre:

- Qu'est-ce qui est arrivé?
- Pourquoi est-il arrivé?
- Pourquoi est-il arrivé à moi?
- Pourquoi est-il arrivé maintenant?
- Comment est-ce que ça va évoluer?
- Que faut-il faire?

Exemple:

Patiente qui attribue ses douleurs chroniques au fait qu'elle n'a pas suivi les prescriptions culturelles après l'accouchement, ce qui a permis aux vents de pénétrer dans son corps

Kleinman A., Eisenberg L., Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;

26



Les systèmes de santé (selon Kleinman)

- Secteur «populaire»:

- Automédication et relations d'aide informelles (conseils et aide donnés par l'entourage)

- Secteur «professionnel»:

- Professions médicales et paramédicales qui sont reconnues, organisées, autorisées et contrôlées (En CH: médecins, infirmiers-ères, physiothérapeutes, pharmaciens, etc.; et dans certains cantons, les praticiens de certaines MAC)

- Secteur «folk»:

- Thérapeutes/guérisseurs spécialisés (sacrés ou laïques) qui ne font pas parti du secteur professionnel (En CH: faiseurs de secret, prêtre-exorcistes, praticiens de certaines thérapies non conventionnelles)



Personne – Santé – Société

31 octobre 2024

Le normal & le pathologique - perspectives cliniques -

Christophe LUTHY

Service de médecine interne & réadaptation

Hôpitaux Universitaires de Genève

1- Santé & maladie ⁽³⁾

En clinique, de très nbr symptômes/ttt échappent aux normes !

les Symptômes Médicalement Inexpliqués:

✓ Prévalence : ~2-3% population générale (>3 mois, pertes fonctionnelles), aussi chez les enfants/ados

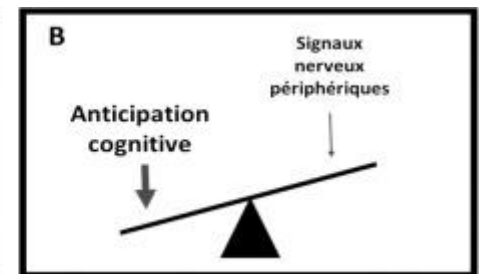
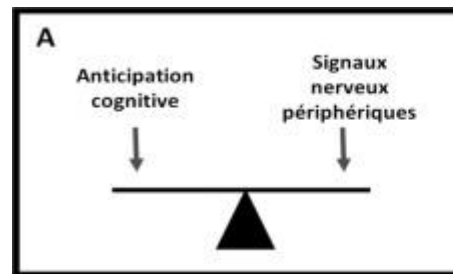
✓ Prévalence: ~15-50% en médecine de 1^{er} recours

✓ Nombreux recouvrements symptomatiques

- neuroplasticité !

- associer les facteurs cult/envir/psy/phys

✓ env 20% comorbidités psychiatriques



Approche bayésienne, importance de la prédiction cognitive & contexte

✓ Attention : ~10% sont reclassés

✓ une source de frustrations pour les (bio-)médecins!

¹ Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53(488): 231–239

² Dirkzwager AJ et al. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract* 2007;8:33

³ Park J et al. Medically unexplained physical symptoms among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment. *Health Rep* 2017;28(3):3-8

⁴ Clark A. Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behav Brain Sci* 2013;36(3):181-204

Haller H et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112:279-87

Eikelboom EM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2016;88:60-7

1- Santé & maladie ⁽⁶⁾

- La norme/la pathologie ≠ toujours facilement discernables
 - ✓ certains symptômes physiques/psy = sensations/perceptions *normales*¹
 - ✓ certains symptômes physiques persistent au-delà guérison organique²
 - ✓ certains symptômes physiques = expression souffrance psychique
 - ✓ ...
 - ✓ les patients attendent un diagnostic (mais pas forcément un traitement)^{3,4}
 - ✓ la recherche, les tribunaux & les assurances demandent des diagnostics!



Les maladies sont construites par la médecine, les cliniciens soignent les maladies au travers de pratiques soigneusement acquises et réglementées

¹ Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129–36

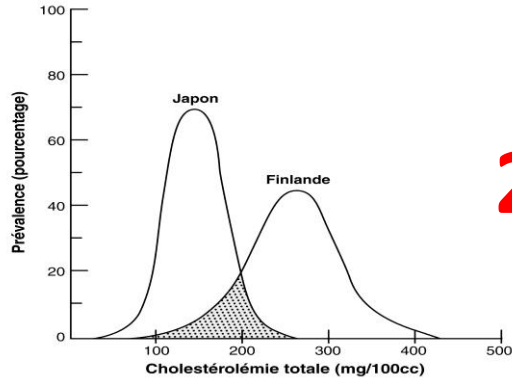
² Sharpe M. Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. *Br J Psychiatry* 2013;203(5):320–1

³ Kornelsen J et al. The Meaning of Patient Experiences of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Qual Health Res* 2016;26(3):367–76

⁴ Ring A et al. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;328(7447):1057–61

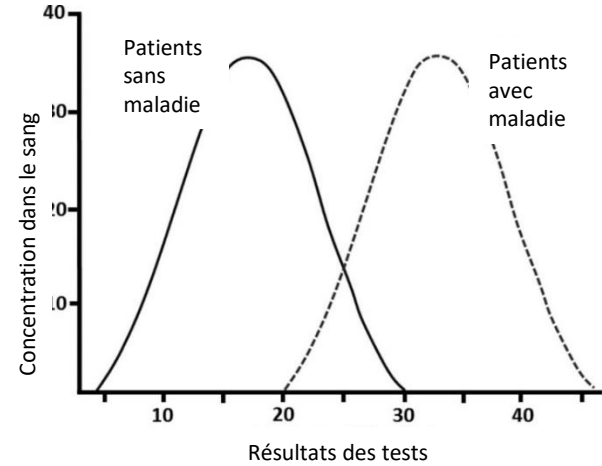
3- Normalité, relative et situationnelle

1)



2) ...

3)



4)

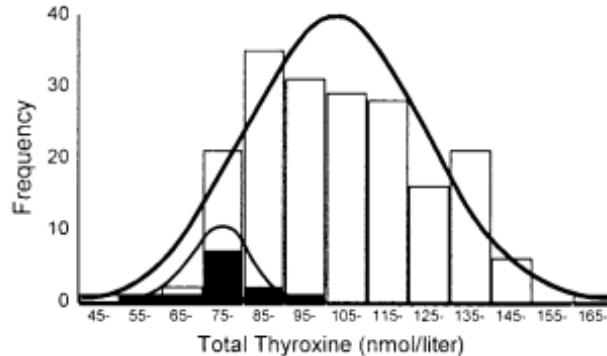


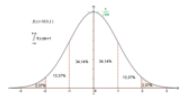
FIG. 2. The distribution of 12 monthly measurements of total T_4 in 15 healthy men (\square) and in one individual, number 11 (\blacksquare). The distribution in one individual is about half the width of the distribution in the group.

5)

$$1 - (1 - p)^{n-1} \quad (p \text{ test positif} = 0.05 \text{ si distrib normale})$$

... si 20 tests indépendants sont effectués

$$1 - (1 - 0.05)^{20-1} = \underline{0.60}$$



4- Les intervalles de référence ⁽³⁾

- des *comparateurs* mais pas des *arbitres* -

| intervalles de références | limites de décisions |
|---|---|
| sont dérivés d'une <u>population de référence</u> | différencient les <u>malades des non-malades</u> |
| <u>facts influençant</u> : âge, poids, sexe, ethnicité, ... | <u>facts influençant</u> : question clinique, catégorie de patients |
| <u>infos obtenues</u> : population de référence | <u>infos obtenues</u> : patient éligible pour un tt/une investigation/un diagnostique |
| <u>statistique</u> : courbe habituellement centrée sur 95% de la population | <u>valeurs consensus</u> , courbes ROC, VPP/VPN |
| <u>2 limites</u> : respectivement inférieure & supérieure | <u>1 seule limite, sans intervalle de référence</u> la plupart du temps |

Attention: limites de décision = limites *catégorielles* alors les variables biologiques sont *continues* (e.g. urée, créatinine, tests enzymatiques hépatiques, glycémie)

Cours Personne, Santé, Société (PSS)

Limites, représentation et stigmates: vulnérabilités

6 novembre 2025

Prof. Yves Jackson

Service de médecine de premier recours – HUG

Faculté de médecine UniGE

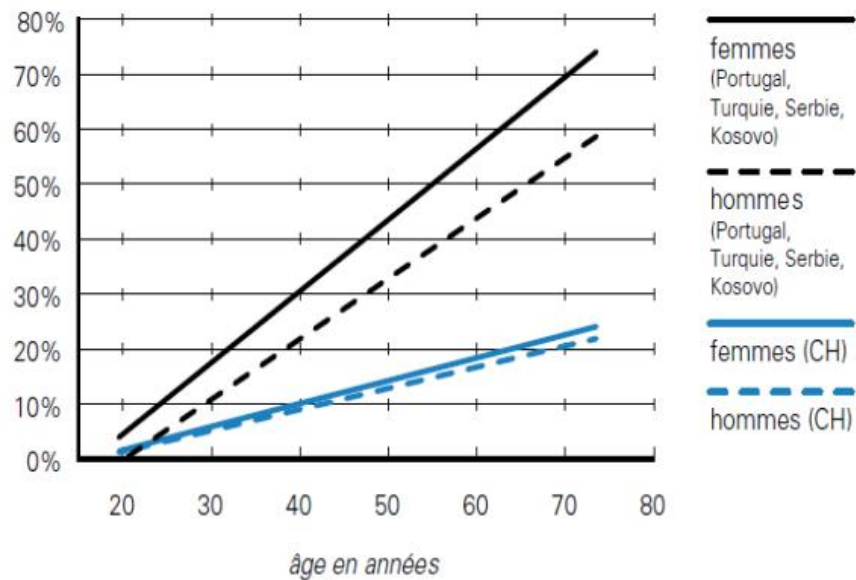
Yves.jackson@hug.ch



Inégalités de santé au cours de la vie en fonction de l'origine

Illustration 1² :

Estimation de l'état de santé
(« non satisfaisant ») selon l'origine,
l'âge et le sexe



Conditions socio-économiques

Précarité

- Notion qualitative
- Etat d'**instabilité** sociale (absence d'une ou de plusieurs **sécurités**, notamment l'emploi), qui ne permet pas aux personnes et aux familles d'assumer leurs **obligations** professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs **droits** fondamentaux.

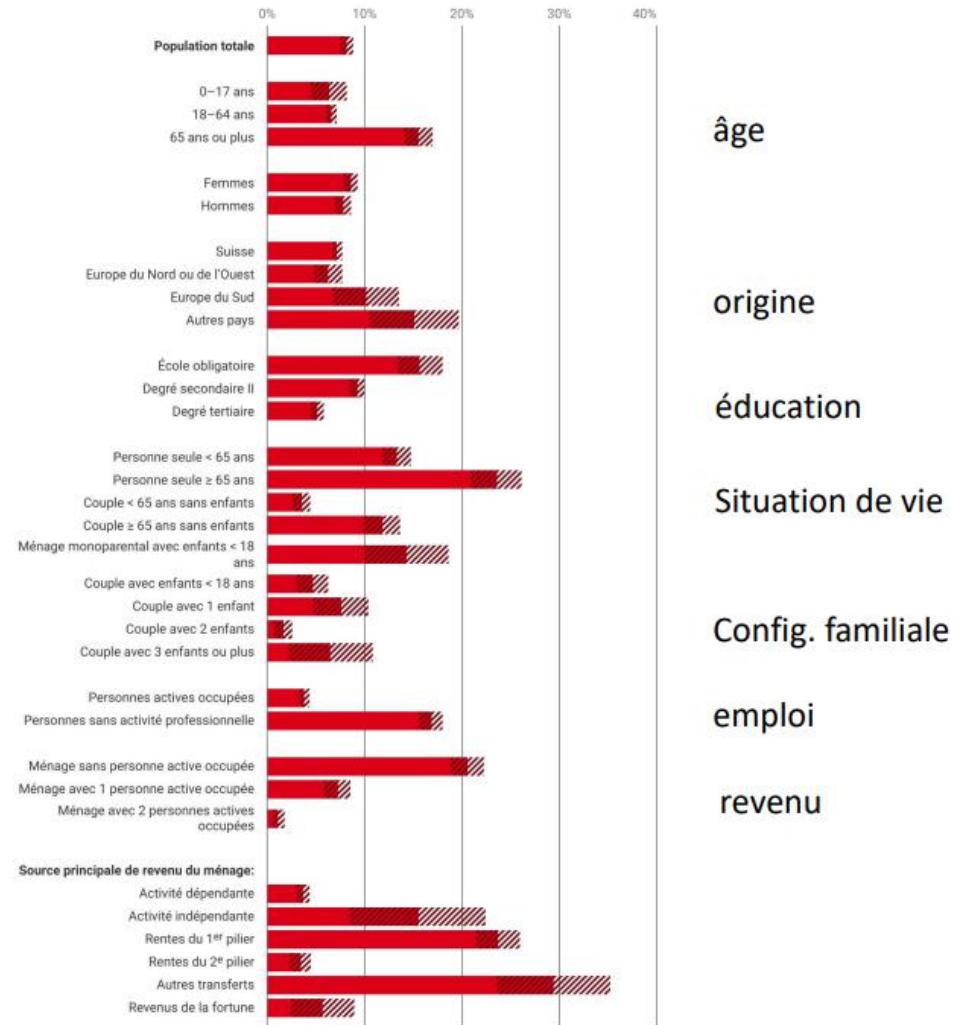
Pauvreté

- Notion économique, quantitative
- Seuil de pauvreté en Suisse (2022)
 - 2284.- personne seule
 - 4010.- famille avec 2 enfants mineurs

*Office fédéral de la statistique (2023)
Warzinski J (1987) Rapport du Conseil économique et social
Tavaglione N et al. Bioethics. 2015 ;29(2):98-107l.*

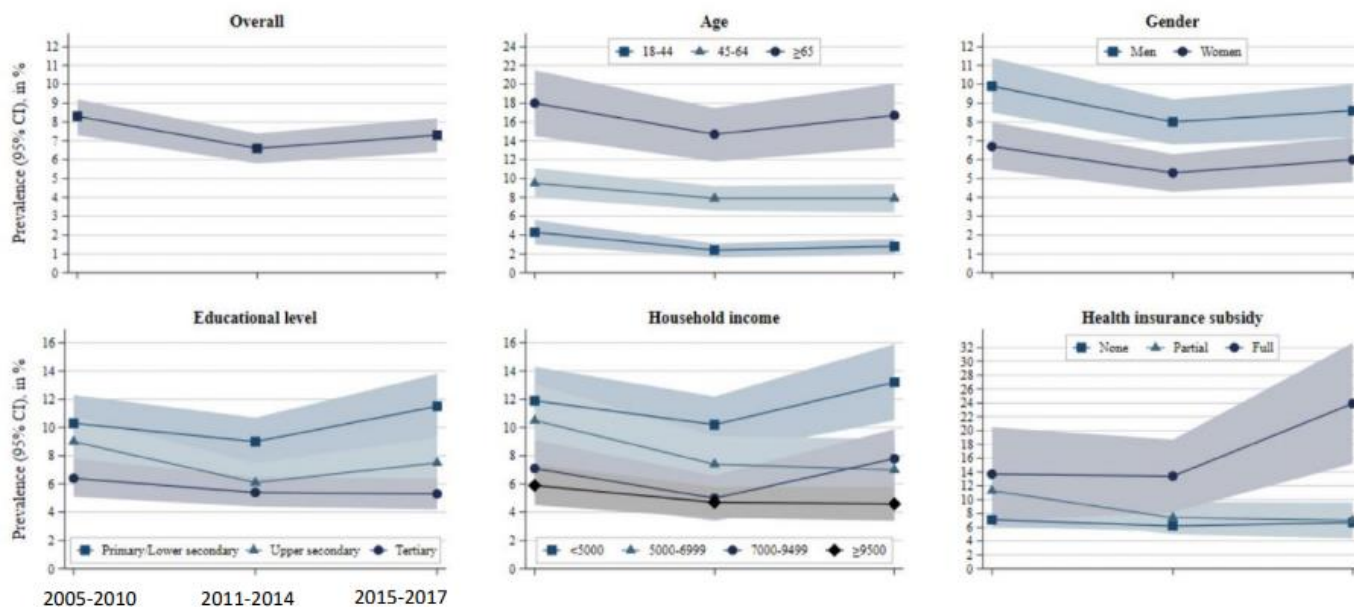


Facteurs de risque de pauvreté en Suisse - 2022



Bureau fédéral de la statistique 2024

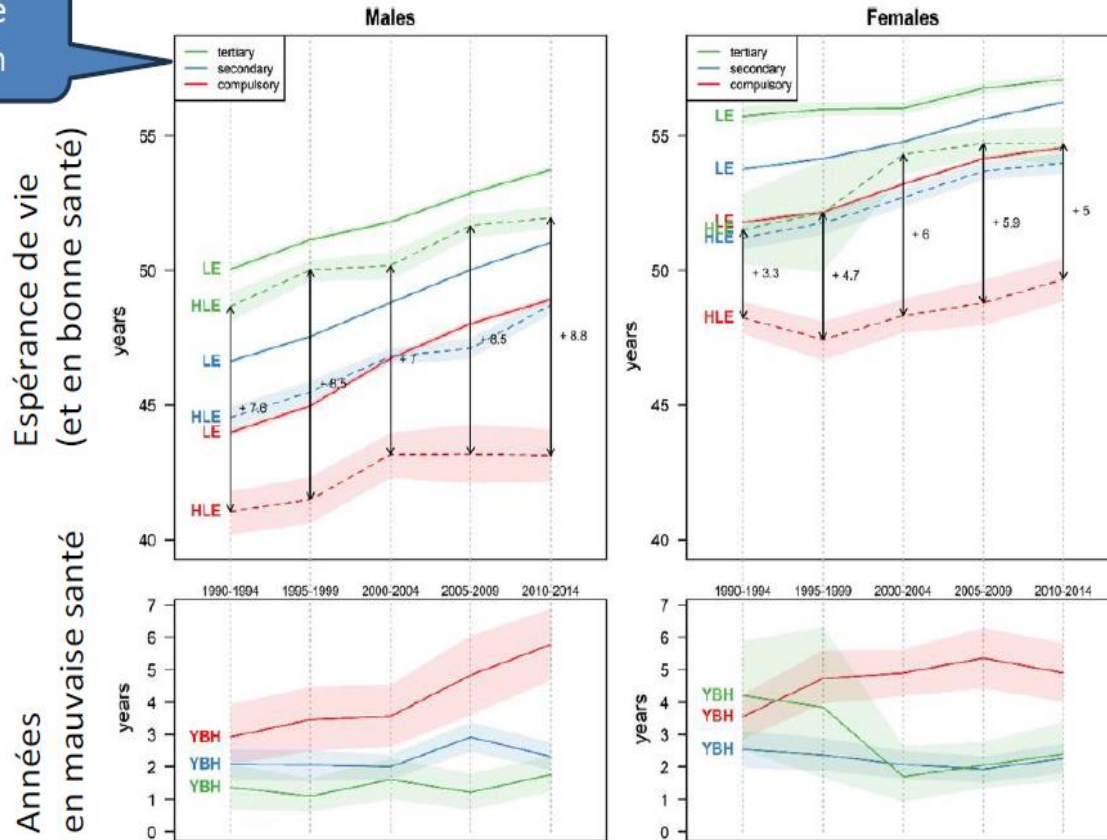
Prévalence du diabète à Genève : facteurs associés



De Mestral et al. *BMJ Open Diab Res Care* 2020;8:e001273

Espérance de vie à l'âge de 30 ans selon le sexe et le niveau éducatif en Suisse

Niveau de formation



LE: espérance de vie
HLE: LE en bonne santé

YBH: années en mauvaise santé

Fig. 2 Life expectancy (LE), Healthy life expectancy (HLE), and Years of bad health (YBH) with 95% confidence intervals by education level and sex (Swiss National Cohort and Swiss Health Interview Survey, Switzerland, 1990–2014)

Remund A. et al. *Int J Public Health* 2019;64(8):1173-1181

Santé mentale : évaluer et soigner au travers des cultures

Dr Aymeric REYRE
Service de Psychiatrie Adulte
Département de Psychiatrie

Personne, Santé, Société
6 novembre 2025



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

La migration et ses «types»

- Les réalités de la migration sont très diverses

50%

Migration volontaire
Économique
Études



30%

Migration familiale



20%

Migration forcée
Réfugiés
Réfugiés climatiques



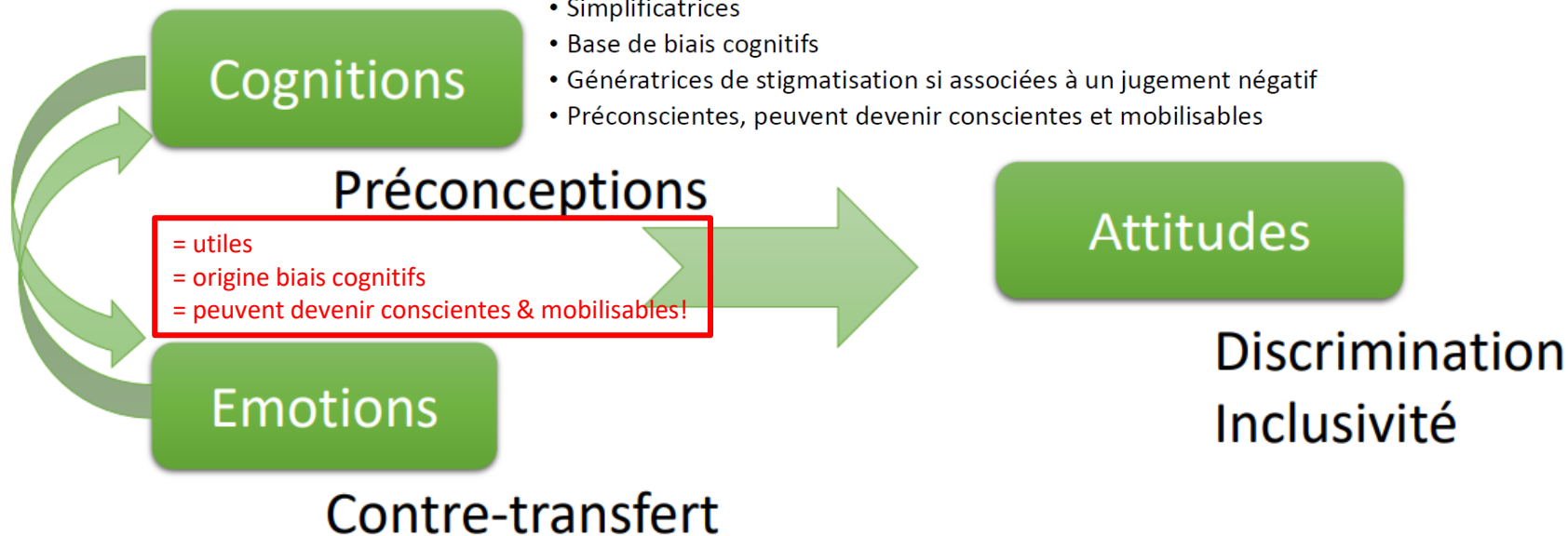
Barrières à l'accès aux soins

- Expériences de discrimination
- Problèmes de communication
- Aspects culturels
- Qualité de littéracie
- Problèmes socio-économiques
- Problèmes liés au système de soin
- Gestion des priorités

Sur quelles
barrières
pouvons-nous
agir ?

La difficulté du positionnement soignant

- Normales et utiles
- Simplificatrices
- Base de biais cognitifs
- Génératrices de stigmatisation si associées à un jugement négatif
- Préconscientes, peuvent devenir conscientes et mobilisables



- Il existe une dimension culturelle à ce contre-transfert :
 - Xénophobie (peur, perplexité, dégoût)
 - Ethnocentrisme (supériorité, bon droit)
 - Champs post-colonial (culpabilité, mépris)

Le positionnement transculturel

- Se décentrer et cultiver sa curiosité et son ouverture au monde
 - Prendre conscience de ses propres représentations
 - Comprendre le rôle de la culture dans le fonctionnement de la personne
 - Apprendre à travailler avec les interprètes
- = traducteurs & médiateurs culturels

PERSONNE, SANTE, SOCIETE (PSS)

Mécanismes du stress et de l'adaptation

Dr **Camille Nemitz Piguet**, MD, PhD, PD

Consultation Ambulatoire de Santé des Adolescent.es et Jeunes Adultes, Département Femme Enfant Adolescents

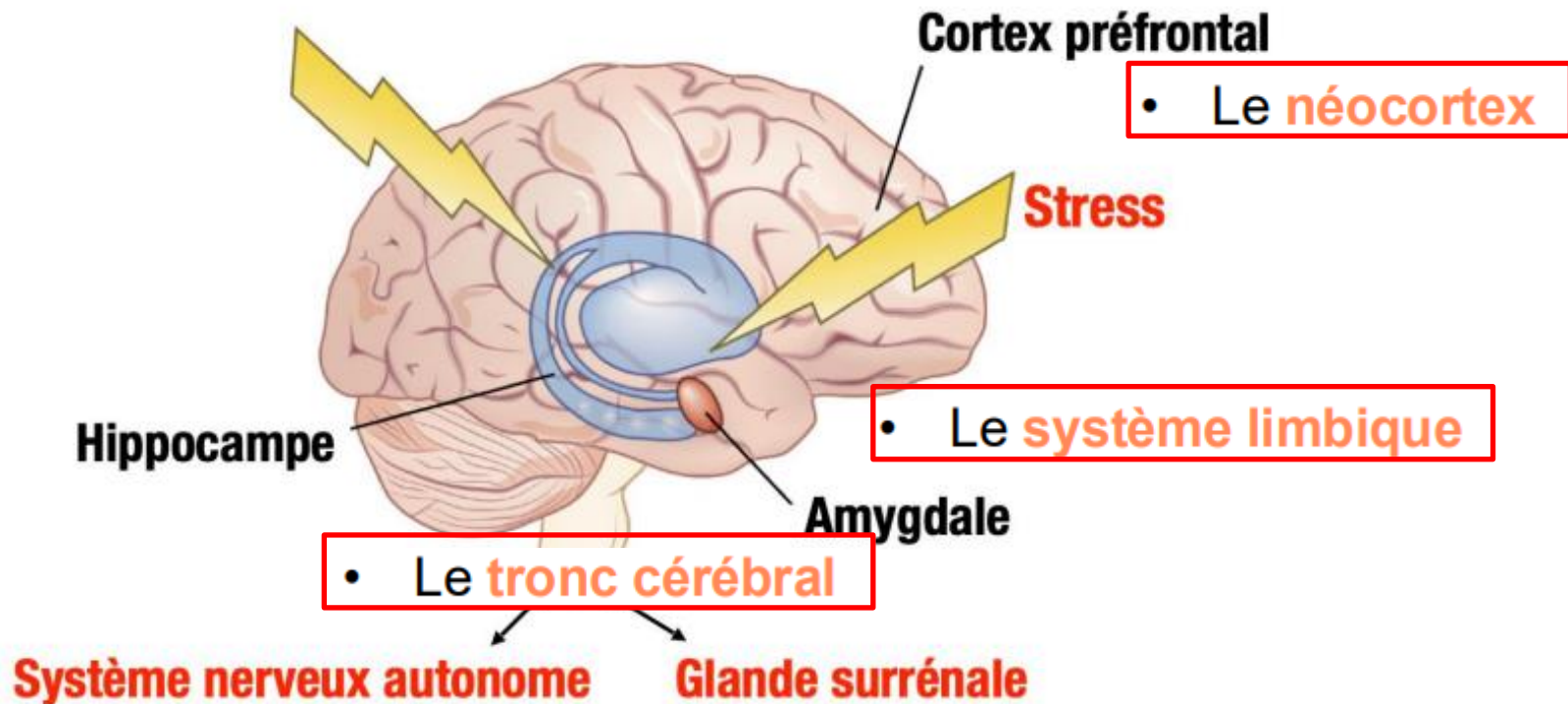
Unité Psychiatrie Jeune Adulte, Département de Psychiatrie

camille.piguet@unige.ch

Homéostasie VS Allostasie

- **L'homéostasie** représente l'ensemble des régulations permettant à l'organisme de maintenir son milieu interne et son fonctionnement
 - Les réserves homéostatiques (réserves face aux stressseurs), diminuent avec l'âge ou les maladies
- **L'allostasie** représente un changement dans les règles de fonctionnement d'un système biologique (ou de plusieurs) : l'état «basal» est autre, le fonctionnement usuel est perdu au profit de régulations compensatrices coûteuse pour l'organisme (exemple : alcoolisme, automédication).

Biologie du stress



Réponse rapide:
Activation de l'amygdale et
du système nerveux autonome

Réponse lente:
Activation de l'axe hormonal
du stress

Messages clés – Stress I

- La réponse au stress est un mécanisme adaptatif permettant de mobiliser des ressources pour au final revenir à un équilibre physique et psychologique (homéostasie).
- Un stressor peut menacer l'intégrité physique ou psychologique; le niveau de stress peut varier, de même que ses composantes (nouveau, imprédictible, incontrôlable, évaluation cognitive).
- La réponse au stress peut être réflexe et inconsciente, ou au contraire élaborée. Les réponses classiques sont le « Fight, Flight or Freeze ».
- Réponse au stress: activation de l'amygdale, du système nerveux autonome (système sympathique), de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien → libération d'adrénaline et cortisol

Messages clés – Stress II

- Stress aigu versus stress chronique : un stress ponctuel peut être positif, mobiliser des ressources; le stress chronique a des conséquences délétères sur la santé physique et psychologique.
- Impact des stress répétés / traumatismes sur le développement cérébral et rôle étiologique dans les maladies psychiatriques.
- Variabilité individuelle dans ces mécanismes d'adaptation au stress.
- Concept de résilience: capacité à retrouver un vécu satisfaisant malgré des stressseurs majeurs.
- Dans le modèle bio-psycho-social, intérêt à favoriser des approches soutenant la gestion du stress et la résilience (thérapeutiques et préventives)



QCM-1

Concernant le seuil de pauvreté tel que défini en Suisse, laquelle de ses affirmations est **fausse**?

- A. La pauvreté concerne environ 7% de la population résidante
- B. Grâce à l'assurance maladie obligatoire, la pauvreté n'a pas d'impact sur la santé
- C. La pauvreté est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes
- D. Les familles comportant plus de 2 enfants sont davantage exposées
- E. Pour les adultes, les secteurs d'activité les plus concernés sont typiquement l'hôtellerie et la restauration

QCM-1

Concernant le seuil de pauvreté tel que défini en Suisse, laquelle de ses affirmations est **fausse**?

- A. La pauvreté concerne environ 7% de la population résidante
- B. Grâce à l'assurance maladie obligatoire, la pauvreté n'a pas d'impact sur la santé
- C. La pauvreté est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes
- D. Les familles comportant plus de 2 enfants sont davantage exposées
- E. Pour les adultes, les secteurs d'activité les plus concernés sont typiquement l'hôtellerie et la restauration

Réponse correcte: B

Pauvreté - Suisse

Facteurs de risque

- Jeunes parents, famille monoparentale ou > 2 enfants
- Étrangers
- Absence de formation post-obligatoire
- Hôtellerie, ménage, restauration
- Cantons où le coût de la vie est plus élevé (GE p.ex.)
- **Malades, invalides (relation bidirectionnelle)**

*Caritas 2017
Bureau fédéral de la statistique*

QCM-2

L'adaptation efficace à un stresser implique:

- A. L'impression subjective de pouvoir contrôler le stress
- B. Une hypervigilance persistante
- C. Le renoncement au combat ou à la fuite
- D. Des comportements d'évitement
- E. Une sécrétion élevée et durable de cortisol



QCM-2

L'adaptation efficace à un stressor implique:

- A. L'impression subjective de pouvoir contrôler le stress
- B. Une hypervigilance persistante
- C. Le renoncement au combat ou à la fuite
- D. Des comportements d'évitement
- E. Une sécrétion élevée et durable de cortisol

Réponse correcte: A

QCM-3

S'agissant de définir le « normal » et le « pathologique » en médecine humaine, laquelle de ces affirmations est la plus juste ?

- A. Les distributions biologiques étant gaussiennes, le pathologique peut être décrit comme un état d'écart statistique par rapport à la moyenne
- B. Contrairement à l'état normal, l'état pathologique correspond à une mauvaise adaptation physiologique du sujet à son environnement
- C. La pathologie (anatomique, physiologique ou génétique) qui distingue le normal du pathologique permet de faire la différence entre santé et maladie
- D. La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique sont des exemples d'états pathologiques dont l'expression est influencée par le contexte culturel
- E. Le dualisme corps-esprit permet de distinguer le normal du pathologique en médecine humaine

QCM-3

S'agissant de définir le « normal » et le « pathologique » en médecine humaine, laquelle de ces affirmations est la plus juste ?

- A. Les distributions biologiques étant gaussiennes, le pathologique peut être décrit comme un état d'écart statistique par rapport à la moyenne
- B. Contrairement à l'état normal, l'état pathologique correspond à une mauvaise adaptation physiologique du sujet à son environnement
- C. La pathologie (anatomique, physiologique ou génétique) qui distingue le normal du pathologique permet de faire la différence entre santé et maladie
- D. La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique sont des exemples d'états pathologiques dont l'expression est influencée par le contexte culturel
- E. Le dualisme corps-esprit permet de distinguer le normal du pathologique en médecine humaine

Réponse juste: D

QCM-4

Ne s'applique pas aux stressseurs aigus très sévères:

- A. Induisent des pensées réflexes peu élaborées
- B. Modifient durablement l'anatomie de certaines régions cérébrales
- C. Favorisent le développement ultérieur d'un trouble anxieux chronique
- D. Excluent l'adaptation ultérieure par résilience
- E. Influencent le système immunitaire

QCM-4

Ne s'applique pas aux stressseurs aigus très sévères:

- A. Induisent des pensées réflexes peu élaborées
- B. Modifient durablement l'anatomie de certaines régions cérébrales
- C. Favorisent le développement ultérieur d'un trouble anxieux chronique
- D. Excluent l'adaptation ultérieure par résilience
- E. Influencent le système immunitaire

Réponse correcte: D

QCM-5

Au cours d'une agression physique violente qui cause un état de terreur, on peut postuler que s'enclenche une hyperactivité fonctionnelle au niveau de

- A. L'amygdale
- B. La médullo-surrénale
- C. L'hypothalamus
- D. Le cortex préfrontal
- E. Toutes ces réponses sont justes

QCM-5

Au cours d'une agression physique violente qui cause un état de terreur, on peut postuler que s'enclenche une hyperactivité fonctionnelle au niveau de

- A. L'amygdale
- B. La médullo-surrénale
- C. L'hypothalamus
- D. Le cortex préfrontal
- E. Toutes ces réponses sont justes

Réponse correcte: E

Mots de fin de 3^{ième} module ...

- Ne lâchez pas!
- Mettez l'accent sur l'esprit général pour dégager les points de détails
- Référez-vous aux présentations complètes
- Pensez à décompressez ... souvent
- Posez des questions (présentiel, speakUp & moodle)

