

# Conduites à risques et santé somatique : déterminants psychologiques et perspectives cliniques

C. Aguerre

*Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*

## Cite this paper

Downloaded from [Academia.edu](#) 

[Get the citation in MLA, APA, or Chicago styles](#)

## Related papers

[Download a PDF Pack](#) of the best related papers 



[De la réaction à la transformation sociale : une analyse discursive des publications du collecti...](#)  
X. Briffault

[Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : l'alexithymie, un facteur modérateur](#)  
Vincent BREJARD, J. Pardinielli

[Sexualité à risques chez des étudiants : étude exploratoire des comportements associés et des cara...](#)  
N. Cazenave

Communications

## Conduites à risques et santé somatique : déterminants psychologiques et perspectives cliniques

### Risk-taking behaviours and somatic damage: Psychological determinants and clinical implications

C. Aguerre <sup>a,\*</sup>, G. Michel <sup>b,c</sup>, C. Réveillère <sup>a,d</sup>, B. Birmelé <sup>e</sup>, F. Laroche <sup>f</sup>

<sup>a</sup> UFR arts et sciences humaines, département de psychologie, EA 2114, équipe de recherche, « Vulnérabilité, processus psychopathologiques de santé », université François-Rabelais, 3, rue des Tanneurs, 37041 Tours cedex 1, France

<sup>b</sup> UFR sciences de l'Homme, département de psychologie, EA 4139, université Victor-Ségalen, Bordeaux-II, 3 ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>c</sup> Faculté de médecine Xavier-Bichat, Inserm, U675, « Analyse phénotypique et génotypique des comportements addictifs », 16, rue Henri-Huchard, 75870 Paris cedex 8, France

<sup>d</sup> Association française contre les myopathies, 1, rue de l'Internationale, B.P. 59, 91002 Evry cedex, France

<sup>e</sup> Centre d'hémodialyse, hôpital Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France

<sup>f</sup> Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12, France

Disponible sur Internet le 5 février 2008

---

#### Résumé

Les conduites à risques se caractérisent par un engagement délibéré dans des comportements dangereux. Beaucoup de travaux scientifiques portent sur leurs spécificités et leurs déterminants psychologiques. En dépit du grand nombre d'études consacrées aux conduites à risques, celles portant sur leurs dommages somatiques ont reçu une moindre attention. Les données de la littérature ont établi l'existence de relations entre la prise de risque somatique, le tempérament, la personnalité, certains biais cognitifs et le *coping*. Notre objectif est de décrire plusieurs conduites à risques occasionnant des dommages corporels (par exemple : maux de tête induits par un abus d'antalgiques, peur du mouvement et des blessures physiques, refus de dialyse et de trachéotomie, absence de dépistage cancéreux, etc.) dans l'optique de souligner leurs spécificités. Des perspectives de recherche et d'applications cliniques découlant de ces constats sont présentées. À titre d'exemple, un travail important reste à fournir pour élaborer des prises en charge psychologiques centrées sur l'existence de comportements à risque somatique, dans l'optique d'améliorer l'adhésion aux traitements ou de réduire la peur de la douleur et des procédures médicales.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Risk-taking behaviours are characterized by an active and deliberate search of danger. There is a substantial body of work in the scientific literature discussing their characteristics and psychological determinants. Despite the quantity of writings and the interest relative to diverse risk-taking behaviours, studies on their somatic damage have received less attention. The literature on the subject has established relationships between health-related risk-taking, temperament, personality, some cognitive bias and coping. Our purpose is to describe several risk-taking behaviours as major causes of somatic damage (for example: Headaches induced by chronic substance use, fear of movement and injury, withdrawal from dialysis, avoidance of tracheotomy, lack of cancer screening) in order to underline their specificities. The implications of these findings for future research on health-related risk-taking and clinical practice are presented by the authors. For example, considerable work needs to be done to build up psychological care of somatic risk behaviours in order to improve adherence to treatments and medications or to reduce fear of pain and of medical procedures.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Comportements de santé ; Conduites à risques ; *Coping* ; Personnalité ; Tempérament

**Keywords:** Coping; Health behaviour; Personality; Risk-taking behaviour; Temperament

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [aguerre@univ-tours.fr](mailto:aguerre@univ-tours.fr) (C. Aguerre).

## 1. Argumentaire

Les conduites à risques se caractérisent par un engagement délibéré et répétitif dans des comportements dangereux [16,17]. Force est de constater que certaines attitudes, comportements et styles de vie ayant fait l'objet de bon nombre de recherches en psychologie de la santé en raison des dommages corporels qu'ils peuvent occasionner n'ont pas nécessairement été analysés en référence au concept de conduite à risques, bien qu'ils en présentent a priori les principales caractéristiques. Or nous pensons qu'envisager l'étude de rapports aux risques somatiques particuliers sous l'angle conceptuel de la notion de conduite à risques est riche d'enseignements sur le plan clinique. Cet abord permet en effet de révéler l'inscription de certaines mises en danger somatique dans un mode de fonctionnement psychologique global, à valence plus ou moins pathologique.

Notre communication comprend deux volets :

- une revue de la littérature se rapportant aux déterminants psychologiques des conduites à risques, combinant des résultats de recherches entreprises en psychologie de la santé avec des données psychopathologiques ;
- une brève présentation de diverses problématiques cliniques rendant compte des spécificités de certaines conduites à risques somatiques.

Nous terminerons notre propos en suggérant quelques perspectives de recherche et d'applications pratiques en rapport avec ces considérations théorico-cliniques.

## 2. Quels sont les déterminants psychologiques et psychopathologiques aux conduites à risques somatiques ?

Les données de la littérature suggèrent que les conduites à risques relèvent d'une constellation de déterminants psychologiques interagissant les uns vis-à-vis des autres [16,17]. Ceux-ci peuvent se regrouper autour de quatre axes :

- facteurs individuels (tempéramentaux et de personnalité) ;
- facteurs émotionnels (exemples : alexithymie, anhédonie) et psychopathologiques avérés (exemples : trouble panique, dépression, hypocondrie, etc.) ;
- facteurs évaluatifs (exemples : manières distordues de percevoir la réalité, sous-estimation des risques, etc.) sources de jugements faussés ;
- facteurs d'ajustement (modes défensifs et styles de *coping*).

### 2.1. Facteurs individuels

La *recherche de sensations* est un trait du tempérament qui favorise l'engagement dans des conduites à risques très diversifiées [30]. Elle correspond au besoin impétueux d'expériences et de sensations variées, nouvelles et complexes, pouvant conduire les individus à prendre d'importants risques physiques, sociaux, juridiques et financiers afin de réguler et

maintenir un niveau optimal d'activation physiologique. Cet attrait pour les activités et les comportements induisant des éprouvés intenses partage certaines similitudes avec la *recherche de nouveauté* décrite par Cloninger et al. [7] comme une dimension fondamentale de la personnalité. Les individus recherchant la nouveauté sont décrits comme inconstants, excitables, extravagants et désordonnés. Ils recherchent le frisson, l'aventure, préfèrent les activités sans règles et éprouvent rapidement de l'ennui, ce qui les contraint à renouveler constamment leurs sources d'intérêts et de stimulations [7]. Ils seraient particulièrement attirés par les substances psychoactives (alcool et produits), à l'instar des sujets impulsifs qui se montrent incapables de différer une expérience immédiate de plaisir [16,17]. Selon nous, il est fort probable que ce profil tempéramental soit également impliqué dans des conduites à risques somatiques.

Le second profil de personnalité qui semble partager certaines similitudes avec celui qui vient d'être décrit est celui du *Type A* qui prédispose à la survenue de pathologies cardiovasculaires. Ce dernier se caractérise par un besoin impétueux de se dépasser et une tendance à se fixer des objectifs ambitieux qui sont appréhendés comme des défis plutôt que comme des menaces. Les autres spécificités du *Type A* sont les suivantes : une forte hostilité (affichée ou réprimée), une hyperactivité quasi permanente, un sentiment permanent d'être pressé par le temps et les responsabilités, un perfectionnisme, un constant état d'alerte, de vivacité et d'impatience [13]. Les exigences élevées que se fixent en permanence les individus du *Type A* les contraignent à devoir se confronter très régulièrement à des situations de compétition générant un cortège de réactions physiologiques délétères sur le plan cardiovasculaire [13].

### 2.2. Facteurs émotionnels

Les personnes anxieuses présentent une forte propension à surestimer la dangerosité des situations rencontrées et à sous-estimer leurs capacités à les affronter [6]. Elles ont tendance à évincer les aspects de la réalité qui les effraient en recourant préférentiellement à des stratégies d'évitement (cognitives et/ou comportementales). Mais il est fort probable également qu'elles se surexposent à certaines situations qu'elles redoutent, pensant apprendre de la sorte à les gérer, ce qui induit inopportunistement un phénomène de *sensibilisation*, et non d'*habituation*, aux stimulus anxiogènes. Selon cette perspective, les conduites à risques peuvent être conçues comme des tentatives « d'immunisation psychologique » contre un état anxieux que l'individu s'inocule délibérément. Chez les personnes alexithymiques (éprouvant des difficultés à cerner la nature de leur ressenti émotionnel), le recours à l'agir qui représente la prise de risque va plutôt être envisagé comme un moyen périlleux visant à soulager un malaise psychologique généré par des affects négatifs difficilement mentalisables [5]. Mal renseignées sur ce qu'elles éprouvent car disposant d'informations confuses, nous pouvons de surcroît penser que les personnes alexithymiques sont davantage enclines à se mettre en danger sur le plan somatique en prenant des risques

mal évalués. L'exposition réitérée à des phénomènes aversifs jugés incontrôlables peut par ailleurs alimenter l'idée particulièrement dépressogène que ces expériences déplaisantes vont inéluctablement se reproduire dans un avenir plus ou moins proche et qu'il est donc vain de chercher à s'y soustraire [1]. À titre d'exemple, bon nombre de personnes souffrant de douleurs chroniques ressentent un sentiment d'impuissance envers elles et cessent de ce fait de déployer les efforts nécessaires pour les gérer, ce qui a pour effet délétère d'aggraver leur handicap fonctionnel [23]. Cet état de démobilisation peut constituer à ce titre une forme très particulière de conduite à risque sur le plan somatique.

### 2.3. Facteurs évaluatifs

L'adoption d'une conduite à risque peut aussi être envisagée comme le fruit d'un processus de décision complexe reposant sur des biais perceptifs et une interprétation plus ou moins réaliste de la réalité, voire dans certains cas totalement irrationnelle. La majorité des gens croient, par exemple, à tort, que les problèmes de santé affectent de préférence autrui (forme d'*optimisme irréaliste*), ce qui peut les conduire à commettre certaines imprudences (rapports sexuels non protégés, alcoolisation excessive, sédentarité, etc.) [28,29]. En biaisant à leur avantage l'évaluation de la réalité, ils essayent fort probablement d'évincer l'idée angoissante qu'ils peuvent un jour ou l'autre être affectés par une maladie somatique (mécanisme de défense), mais mettent en revanche leur santé somatique en péril en se sentant moins vulnérables. Divers travaux consacrés aux processus cognitifs impliqués dans l'estimation des risques somatiques encourus [11,18] suggèrent de surcroît que si les gens reconnaissent pour la plupart les méfaits de certains comportements à risques pour leur santé (alcoolisme, tabagisme, rapports sexuels non protégés, etc.), ils ont tendance en revanche à croire qu'ils deviennent moins lourds de conséquences négatives à partir d'un certain seuil de fréquence ou de consommation, alors qu'il n'en est rien (le risque cancéreux est, par exemple, strictement dépendant de la consommation d'alcool et de tabac, quelle qu'elle soit). Notons en outre qu'il est plus aisé d'accepter de prendre des risques lorsqu'on croit être capable de relever le défi adaptatif qu'ils impliquent (aspect protecteur d'une croyance en un fort sentiment d'autoefficacité) [15].

### 2.4. Facteurs d'ajustement

Nous faisons ici référence à la notion de *coping* qui désigne selon Lazarus et Folkman [14] l'ensemble des efforts cognitivo-comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer une situation perçue comme menaçante ou dépassant les capacités adaptatives des individus [14]. Pour Bell et Byrne [3], deux grands types de stratégies d'ajustement au stress peuvent être déployés par les individus : l'*évitement des informations* potentiellement anxiogènes (*repression*) qui peut constituer en soi une conduite à risque sur le plan somatique (non prise en compte des signes avant-coureurs d'une pathologie, mesures de dépistage de problèmes de santé prises tardivement, non prise

en considération des recommandations médicales, etc.) ou la *recherche active d'informations (sensitization)* susceptibles de prévenir ou de contrôler l'état de santé (consultation médicale dès l'apparition des premiers symptômes, mesures de dépistage entreprises précocement, respect des recommandations médicales, etc.). Notons que l'évitement va bien souvent de pair avec une symptomatologie anxiodépressive ou psychosomatique plus marquée [12].

On remarque par ailleurs qu'une mauvaise perception des coûts et des bénéfices rattachés à une situation conduit fort probablement à prendre des décisions moins rationnelles et plus dangereuses pour la santé, tandis qu'une bonne estimation des menaces encourues couplée à l'adoption d'un *coping* centré sur le problème minimiserait l'adoption de conduites à risques [24].

## 3. Six problématiques cliniques pouvant être analysées sous l'angle de « conduites à risques »

Nous commencerons par décrire trois types d'attitudes envers la douleur chronique pouvant être envisagés comme des conduites à risques sur le plan somatique en raison de leur répétition, en dépit de leur dangerosité apparente. Puis, nous envisagerons deux formes extrêmes de mauvaise adhésion thérapeutique, l'arrêt de dialyse et les conduites de refus et d'évitement de la trachéotomie, comme des prises de risques notables dans la mesure où ces traitements viennent pallier des fonctions vitales déficientes. Pour terminer, le défaut de dépistage de certaines pathologies somatiques sera analysé comme un comportement imprudent pouvant considérablement réduire les chances de survie de certaines personnes et/ou compromettre l'efficacité des thérapeutiques qui leur sont proposées.

### 3.1. L'abus d'antalgiques

Selon un rapport commandité par l'Anaes [2], certains maux de tête (migraines ou céphalées de tension) initialement épisodiques pourraient évoluer vers des formes chroniques<sup>1</sup> à la suite d'une consommation excessive d'antalgiques<sup>2</sup> abaissant le seuil de tolérance à la douleur (effet « rebond » inestimé). Ce genre d'abus médicamenteux peut, selon nous, être considéré comme une conduite à risque dans la mesure où l'individu rencontre d'énormes difficultés à réfréner sa consommation excessive d'antalgiques, même s'il en connaît les dangers. Il s'agirait plus précisément d'une forme d'addiction dans la

<sup>1</sup> Est considéré comme chronique un mal de tête qui survient plus de 15 jours par mois, pendant plus de trois mois et qui dure plus de quatre heures (en l'absence de traitement) ; on estime que 3 % de la population française adulte serait affecté par ce type de maux de tête chroniques.

<sup>2</sup> Sont considérés comme des abus médicamenteux les prises médicamenteuses régulières qui durent depuis plus de trois mois et qui sont réitérées plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) et/ou plus de dix jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).

mesure où il y a une répétition nécessaire et un sentiment de sevrage en cas d'arrêt. De plus amples recherches sont encore nécessaires pour préciser les déterminants psychologiques de cette conduite à risque (profil anxiodépressif ?).

### 3.2. *L'ergomanie*

Les personnes souffrant de fibromyalgie ou de fatigue chronique<sup>3</sup> déclarent fréquemment avoir eu un style de vie trépidant avant de tomber malades [26]. Cette propension à l'action (*action-proneness*) est actuellement envisagée comme un moyen maladroit de préserver l'estime de soi et de juguler l'anxiété lorsque de profonds sentiments d'impuissance et d'échec envahissent le sujet. Elle serait sous-tendue par des exigences démesurées vis-à-vis de soi-même et un besoin difficilement assouvi de reconnaissance et d'approbation sociale probablement à mettre en lien avec des failles narcissiques. *L'ergomanie* peut, selon nous, être considérée comme une conduite à risque somatique dans la mesure où le recours systématique à l'agir empêche la prise en considération de signaux corporels indiquant très clairement l'imminence d'un danger physique. Cette addiction à l'effort physique peut également signifier l'existence de difficultés à identifier les émotions (*alexithymie*) et/ou venir combler un besoin de sensations fortes (autre hypothèse restant à tester).

### 3.3. *L'évitement des activités physiques*

Le modèle de chronicisation de la douleur élaboré par Vlaeyen et Kole-Snijders [27] stipule que les lombalgiques qui appréhendent d'avoir mal ou de se blesser davantage en se mouvant (*kinésiophobie*) ont tendance à surestimer le caractère menaçant de leurs douleurs (dramatisation), ce qui les conduit à réduire de façon drastique leur activité physique (*coping* dysfonctionnel) qu'ils tiennent entièrement responsable de l'accroissement de leurs souffrances physiques (croyance erronée). Cette interprétation alarmiste des douleurs qui relève d'une fausse attribution causale couplée à une forte anxiété anticipatoire contribue subséquemment à la genèse et au maintien de l'incapacité chronique et éventuellement aussi à l'émergence d'un état dépressif. L'évitement de certains mouvements ou activités physiques permet, du moins transitoirement, de se prémunir émotionnellement, mais ne résout pas en revanche le problème de fond. Cette stratégie évitante peut, selon nous, être considérée comme une conduite à risque en raison de la détérioration de l'état de santé somatique qu'elle entraîne inévitablement à plus ou moins long terme.

### 3.4. *L'arrêt de dialyse*

Le traitement par hémodialyse chronique est un traitement lourd et contraignant qui s'avère indispensable en cas

<sup>3</sup> La fibromyalgie se caractérise essentiellement par des douleurs chroniques diffuses et l'existence de points sensibles sélectifs, tandis que le syndrome de fatigue chronique se traduit plutôt par un sentiment global d'épuisement.

d'insuffisance rénale chronique terminale. La plupart du temps, les hémodialysés s'adaptent bien aux impératifs de leur traitement (obligation de régularité, suivi très strict d'un régime alimentaire particulier, etc.) en dépit de l'incidence délétère qu'il peut avoir sur leur qualité de vie. Mais parfois leurs souffrances physiques et morales sont telles qu'ils envisagent d'arrêter définitivement ce traitement qui leur est pourtant vital. Le refus de dialyse n'est pas un phénomène exceptionnel puisqu'il s'agit du principal facteur de décès chez les patients français dialysés et de la troisième cause de mortalité aux États-Unis et au Canada chez les personnes âgées [4]. La mise en danger létale caractérisant l'arrêt délibéré de dialyse nous autorise à le considérer comme une conduite à risque somatique élevé qui peut parfois s'apparenter à une véritable *quête ordalique* (moyen de se sentir vivant en défiant la mort) [17]. Cet abord conceptuel n'élude pas par ailleurs certains questionnements éthiques se rapportant à la qualité de (sur)vie des patients hémodialysés et au plein exercice de leur pouvoir décisionnel (respect de leur refus de soins versus acharnement thérapeutique ?).

### 3.5. *Conduites de refus et d'évitement de la trachéotomie*

Dans le domaine des maladies neuromusculaires, et plus particulièrement pour l'une d'entre elles, la myopathie de Duchenne, l'indication de trachéotomie est une nécessité vitale au début de l'âge adulte. Il s'agit d'un acte opératoire simple à réaliser qui peut être anticipé (au moins une année à l'avance, couramment pratiqué depuis le début des années 1990 [19,20], qui permet d'augmenter considérablement l'espérance de vie et d'améliorer sensiblement la qualité de vie des personnes atteintes de cette pathologie). Quoi qu'il en soit, il arrive que certaines trachéotomies soient faites en urgence car longtemps refusées. À notre connaissance, les cas de refus de trachéotomie et d'équivalents (acceptation tardive) n'ont jamais fait l'objet d'études psychologiques systématiques, bien qu'ils témoignent bien souvent d'une minimisation des risques somatiques encourus, de difficultés relationnelles soignants-soignés et/ou de phobies souvent anciennes (des soins médicaux, de l'étouffement, de la dépendance, de l'atteinte à l'intégrité corporelle, du milieu hospitalier en général) [10,21,22,25] amenant à interpréter de manière très subjective et très anxiogène le jargon employé par le corps médical pour décrire les soins prodigués et à se montrer peu compliant. Une meilleure connaissance de l'impact psychologique de la trachéotomie et des peurs qui lui sont associées faciliterait selon nous la compréhension du cas des personnes atteintes de maladies neuromusculaires qui se mettent délibérément en danger physique en refusant foncièrement cet acte opératoire ou en adoptant ostensiblement des conduites d'évitement à son encontre.

### 3.6. *Le défaut de dépistage ou le dépistage tardif*

Force est de constater qu'encore trop de cancers sont diagnostiqués à un stade avancé alors que leur détection plus précoce permettrait un traitement moins lourd et plus efficace.

C'est pourquoi nous considérons le défaut de dépistage et le dépistage tardif de pathologies somatiques comme des conduites à risque faisant encourir certains dangers physiques qui auraient pu être écartés s'ils avaient été davantage anticipés (par des mesures prophylactiques comme une mastectomie ou une ovariectomie par exemple). De plus amples recherches restent notamment nécessaires pour identifier les principaux obstacles psychologiques au dépistage des cancers féminins (perception particulièrement anxiogène ou exagérément pessimiste des risques encourus ? détresse émotionnelle ? sentiments d'impuissance et fatalisme ? comportement d'évitement, voire de déni ? faible contrôle perçu ? etc.) [8,9].

#### 4. Synthèse, conclusion

Nous avons essayé de montrer à travers une brève présentation de six problématiques cliniques que certains comportements et attitudes envers la santé gagneraient à être étudiés comme des formes particulières de conduites à risques en raison des dangers somatiques qu'ils font encourir : l'adoption d'un mode de vie hyperactif (*ergomanie*), un évitement massif de toute activité physique (*kinésiophobie*), une surconsommation d'antalgiques, certaines formes extrêmes de mauvaise adhésion thérapeutique (comme le refus de dialyse et de trachéotomie) et l'absence de dépistage préventif de certaines pathologies (comme par exemple le cancer du sein qui a plus de chances d'être curable s'il est diagnostiqué tôt). Nous avons constaté que ces prises de risques somatiques se présentent pour la plupart comme des procédés utilisés (délibérément ou inconsciemment) pour occulter des ressentis sensoriels et émotionnels particulièrement angoissants et/ou difficilement mentalisables. Nous avons en outre remarqué que deux grands ensembles de preneurs de risques somatiques peuvent être distingués : ceux qui trouvent refuge dans l'agir en prenant d'importants risques somatiques (cas de figure le plus documenté des individus présentant un goût prononcé pour les sensations fortes, l'activité, la nouveauté, le défi, etc.) et ceux qui portent préjudice à leur état de santé en affichant une extrême prudence, qui n'est pas nécessairement de mise, à l'égard des dangers potentiellement encourus (principe de précaution préférentiellement adopté par les sujets évitants, par exemple kinésiophobes). De plus amples recherches restent toutefois encore nécessaires pour modéliser plus finement certains processus d'engagement dans des conduites à risques somatiques particuliers (encore trop peu étudiées comme telles à notre connaissance) et tenter d'élaborer des typologies des conduites à risques somatiques renvoyant à des structurations psychologiques singulières (types particuliers de tempéraments et/ou de personnalité, voire de styles « émotivo-perceptivo-cognitifs » ou de profils psychopathologiques bien particuliers, à dominance anxiodépressive ou hyperactive par exemple), en vue d'aider les personnes à préserver leur état de santé physique de la manière la plus adéquate qu'il soit.

#### Références

- [1] Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnormal Psychol* 1978;87:49–74.
- [2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Recommandation pour la pratique clinique, 2004.
- [3] Bell PA, Byrne D. Repression-sensitization. In: London H, Exner J, editors. *Dimensions of personality*. New York: Wiley; 1978. p. 449–85.
- [4] Birmele B. Withdrawal from dialysis: A frequent but sometimes difficult situation. *Nephrol Ther* 2006;2(1):24–8.
- [5] Bréjard V, Bonnet A, Rouan G, Fernandez L, Pedinielli JL. Alexithymie, disposition émotionnelle, et comportements à risques. *Inf Psychiatr* 2002;6(78). juin (Suppl.).
- [6] Carver CS, Scheier MF. *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press; 1998.
- [7] Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975–90.
- [8] Croyle RT, Lerman C. Risk communication in genetic testing for cancer susceptibility. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999;25:59–66.
- [9] Diefenbach MA, Miller SM, Daly MB. Specific worry about breast cancer predicts mammography use in women at risk for breast and ovarian cancer. *Health Psychol* 1999;18(5):532–6.
- [10] Frischmann M, Garguilo M, Réveillère C, Nga Brignol T. Stress et ventilation mécanique en unité de soins intensifs. *Bull Myoline* 2007;88:2.
- [11] Hermand D, Muñoz-Sastre MT, Chasseigne G. Processus cognitifs impliqués dans l'estimation des risques pour la santé. In: Kouabenan DR, Cadet B, Hermand D, Muñoz-Sastre MT, editors. *Psychologie du risque : Identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles: De Boeck; 2006. p. 101–23.
- [12] Holahan CJ, Moos RH. Life stress and health: Personality, coping, and family resources in stress resistances: A longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol* 1991;49:739–47.
- [13] Lahlou K, Consoli SM. Stress, personality and cardiovascular diseases. *Rev Med Interne* 1998;19(Suppl. 3):339S–42S.
- [14] Lazarus F, Folkman R. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- [15] Llewellyn DJ. The psychology of risk taking: The case for a multi-dimensional model of risk taking behaviour. Paper presented at the 2003 Risk Conference.
- [16] Michel G. *La prise de risque à l'adolescence ; pratique sportive et usage de substances psychoactives*. Paris: Masson; 2001.
- [17] Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren MC. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2006;54:62–76.
- [18] Muñoz-Sastre MT, Sorum PC. La perception des risques liés à la maladie. In: Kouabenan DR, Cadet B, Hermand D, Muñoz-Sastre MT, editors. *Psychologie du risque : Identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles: De Boeck; 2006. p. 201–21.
- [19] Prigent H, Samuel C, Louis B, Abinun MF, Zerah-Lancner F, Lejaille M, et al. Comparative effects of two ventilatory modes on speech in tracheostomized patients with neuromuscular disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:101–2.
- [20] Raphael JC, Dazord A, Jaillard P, Andronikof-Sanglade A, Benony H, Kovess V, et al. Indices de satisfaction des patients atteints d'une dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne et ventilés à domicile. *Rev Neurol* 2002;158:453–60.
- [21] Réveillère C. Approche clinique du vécu de la mort chez le jeune myopathe. *Perspect Psychiatriques* 1994;2:6–91.
- [22] Réveillère C. Dystrophie Myotonique de Steinert : aspects psychologiques chez l'adulte : diversité, conséquences adaptatives.. In: Estournet B, Bassez G, Laforêt P, editors. *Maladies neuromusculaires de l'enfant et de l'adulte*. Paris: Éditions Frison-Roche; 2007. p. 36–45.
- [23] Samwel HJ, Evers AW, Crul BJ, Kraaimaat FW. The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *Clin J Pain* 2006;2:245–51.
- [24] Stratton J, Gailfus D. A new approach to substance abuse treatment. Adolescents and adults with ADHD. *J Subst Abuse Treat* 1998;15: 89–94.
- [25] Tiberghien D, Réveillère C, Commare-Nodmann MC, Geordina M, Barois A, Estournet B. Amyotrophie spinale infantile : soin, réactivité psychique. *Perspect Psychiatriques* 1996;35(Suppl. 4):27–31.

- [26] Van Houdenhove BJ, Neerinx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen P. Premorbid “overactive” lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res* 2001;51:571–6.
- [27] Vlaeyen JWS, Kole-Snijders A. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62:363–72.
- [28] Weinstein ND. Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychol* 1984;3(5):431–57.
- [29] Weinstein ND. Perceived probability, perceived severity, and health-protective behavior. *Health Psychol* 2000;19(1):65–74.
- [30] Zuckerman M. Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1979.

## Discussion

*Dr M. de Boucaud* – J'ai été intéressé par votre communication bien précise et je vous en remercie. Pouvez-vous nous faire savoir si l'on peut délimiter chez ces sujets à conduites à risque des modalités de structure particulière du point de vue psychopathologique.

*Pr J.-M. Vanelle* – Ne craignez-vous pas de regrouper sous le vocable de « conduites à risque » des comportements très différents ? Ainsi, l'arrêt de la dialyse est plus qu'une conduite à risque, compte tenu du pronostic vital engagé à très court terme. Pourquoi ne pas étendre votre propos au tabagisme ou à l'alcoolisme ?

*Pr M. Laxenaire* – Ne pensez-vous pas que vous étendez trop le concept de conduite à risque : le patient qui décide d'arrêter la dialyse ou de refuser la trachéotomie a une conduite qui s'apparente plutôt à un souhait implicite d'euthanasie. En revanche, dans les conduites à risque il faudrait ajouter le tabagisme et l'alcoolisme, de même que la conduite automobile dangereuse.

*Réponse du rapporteur* – Au Dr M. de Boucaud : il me paraît fort difficile de dépeindre un profil psychopathologique qui serait commun à l'ensemble des personnes prenant des risques somatiques dont nous venons de dépeindre les principales caractéristiques, même si leurs modes de fonctionnement psychologique paraissent partager certaines similitudes. Je pense toutefois que ces personnes présentent pour la plupart des tendances anxieuses, plus ou moins marquées, qui les prédisposent bien souvent à éviter les situations qu'elles redoutent plutôt qu'à s'y confronter, sans toutefois s'y surexposer. De plus amples recherches sont par ailleurs indispensables de notre point de vue pour déterminer les différentes facettes de leur profil tempéramental.

Aux Prs J.-M. Vanelle et M. Laxenaire : nous avons effectivement étendu la notion de *conduites à risque* à tout un ensemble d'attitudes et de comportements potentiellement

dangereux pour la santé somatique ne faisant pas encore l'objet d'un très grand nombre de recherches à notre connaissance, contrairement au tabagisme et à l'alcoolisme qui sont des addictions très largement étudiées en tant que conduites à risques. Concernant l'arrêt de dialyse, il convient effectivement de préciser notre propos en distinguant deux cas de figure foncièrement différents : l'arrêt de dialyse avec acceptation de la mort, cas de figure le plus fréquent, et le refus de dialyse avec absence de prise de conscience et/ou de compréhension du risque légal encouru, cas de figure beaucoup plus rare, qui peut se présenter sous diverses formes : dialyse démarrée tardivement au regard des complications somatiques (parfois irréversibles) causées par l'insuffisance rénale, séance de dialyse sautée, mauvaise observance thérapeutique sur le plan médicamenteux, écarts de régime alimentaire, etc. Sur la base de ce constat, le fait de considérer l'arrêt de dialyse comme une conduite à risque somatique peut effectivement paraître discutable dans la mesure où il peut s'agir d'une décision personnelle, dûment réfléchie, visant à abrégé une souffrance à la fois physique et morale, en toute connaissance de cause. Notre intention était en fait d'attirer l'attention sur les cas de refus de dialyse ne relevant pas a priori d'une demande d'euthanasie « circonstanciée », mais plutôt de l'existence d'une grande détresse psychologique pouvant donner lieu à une vision distordue des bénéfices et des coûts rattachés à une situation et conduire par là même à prendre des décisions inappropriées qui peuvent se révéler, à court, voire à moyen terme, extrêmement dangereuses pour la santé somatique. Nous avons autrement dit voulu faire allusion aux obstacles psychologiques entravant le plein exercice, en toute connaissance de cause, du pouvoir décisionnel des personnes dialysées dont il est bien entendu primordial de respecter le libre arbitre sur le plan de la prise en charge, sans éluder de nombreux questionnements, aussi bien éthiques que déontologiques.

DOI of original article: [10.1016/j.amp.2007.12.012](https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.12.012)