



QUELS PROFILS PSYCHOLOGIQUES A RISQUE D'ECHEC ?

Gérard AMARENCO



SIFUDPP

POUR PLUS D'INFORMATION,
CONSULTEZ NOTRE SITE WEB

WWW.SIFUD-PP.ORG



Conflits d'Interêts

*Pr. Gérard Amarenco
Chef de Service. Hôpital Tenon, APHP, GHU Est
Directeur GRC01 UPMC Green Groupe de Recherche en Neuro-Urologie
Secrétaire Général adjoint de la SIFUD-PP
Membre du CA de la SOFMER*



A titre personnel, consultant et speaker :

Allergan
Pfizer
Rottapharm
Astellas
Ipsen
Merck
Laborie
Wellspect
Coloplast
Medtronic

(les absents intéressés peuvent prendre rendez-vous par mail à : gerard.amarenco@aphp.fr)

A titre institutionnel :

Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Pierre et Marie Curie
Service de Neuro-Urologie, Hôpital Tenon
Green, GRC01, UPMC
SIFUD-PP
Acti-PP
SBM, QUID
SOFMER
GENULF
ICS

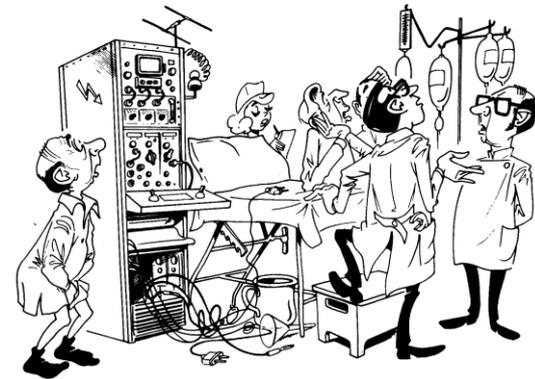
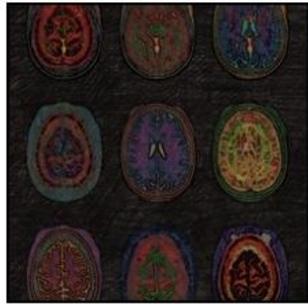
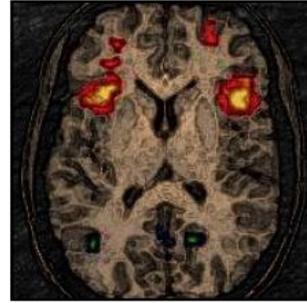
*(tous ces groupes ou institutions me font vivre, ou contribuent à mon confort moral intellectuel ou financier, et je ne saurai jamais assez les remercier.
D'ou mes conflits.)*

Au titre de ces groupes ou institutions :

Allergan, Shire, Scwha medico, FSK, Diadom
Pfizer, GHW, Hollister, Braun, C-Medic,
Rottapharm, Teleflex, Edimex, Toshiba,
Astellas, Apple, Microsoft, Dantec, Alpine Natus
Ipsen, Gynecare, Bohringer, Lilly, Sanofi, Glaxo
Merck, Novartis, Astra Zeneca, Takeda, Roche
Laborie, MMS, Geyre, Johnson & Johnson, Bristol
Wellspect, Mylan, Pierre Fabre, Mylan, Boiron
Coloplast, Fournier, Biogaran, Leo, Servier,
Medtronic, Bouchara, Genzyme [*liste partielle*]

(Merci publiquement à tous ces industriels qui pallient à l'absence de fonds spécifiques : pour exercer notre métier, pour organiser des enseignements, pour effectuer des recherches)





Quels profils ?

- celui du médecin ?
- celui du patient ?

QUELS PROFILS PSYCHOLOGIQUES A RISQUE D'ECHEC ?



Quels risques ?

- risque médico-légal ?
=> bien sur (plaintes, procédures, procès, retentissement professionnel et psychologique, ...)
- risque médical ?
=> pourquoi pas “terrain psychologique” ... terreau de complications médicales ?
 - : “terrain dystonique” ± “terrain végétatif ” => exemple de la neuro-algodystrophie
 - : continuum entre “psychologique” - “fonctionnel” - “organique”
 - : mauvaise adhérence/compliance du patient au traitement
=> Exemple : post-chirurgie : mauvaise cicatrisation ; sd douloureux/hypersensitisation
: post tt médical : qualité de la réponse thérapeutique; importance des effets secondaires, non observance des traitements, etc ...

Quels buts derrière ces questions ?

- individualiser un « profil »? Il y a t-il des scores ? des échelles ? des cut-off ?
- il y a t il des ... facteurs de risques des « profils à risque » des docteurs, des patients ?

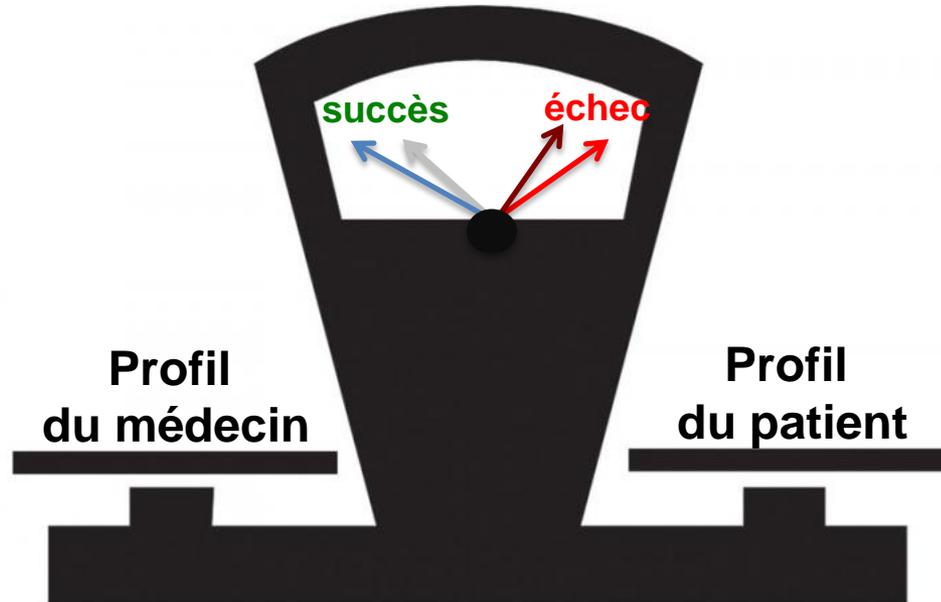
Quelles conséquences ?

- pour le docteur
- pour le patient



QUELS PROFILS PSYCHOLOGIQUES A RISQUE D'ECHEC ?

=> évidemment le risque est une résultante des 2 profils



Profil de patient à risque

Profil de médecin à risque

Profil de patient sans risque

Profil de médecin sans risque



Le « profil » du Médecin



Compétences réelles

Empathie

Autorité

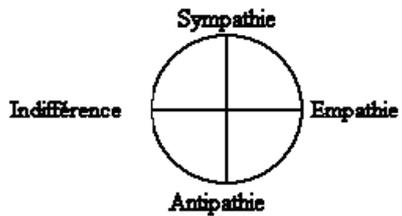
Pédagogie

Statut

Compétence perçue

adaptation / clarté

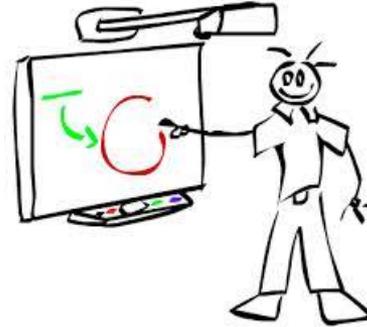
conviction







Pédagogie



Avoir du jugement

Agir avec humilité

Agir avec respect

Être passionné,
enthousiaste et
dynamique

Être équitable

Être disponible

Être ouvert d'esprit

Être à l'écoute

Être créatif

Faire preuve
d'empathie

Savoir reconnaître
ses erreurs et les
limites de son
savoir

S'intéresser aux
patients à ce
qu'ils disent,
pensent et font

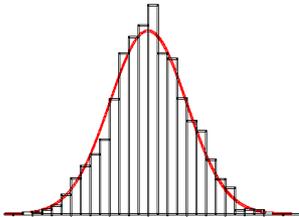
Spécialité
Age/expérience
Statut



**TRUST ME
I'M A SURGEON**



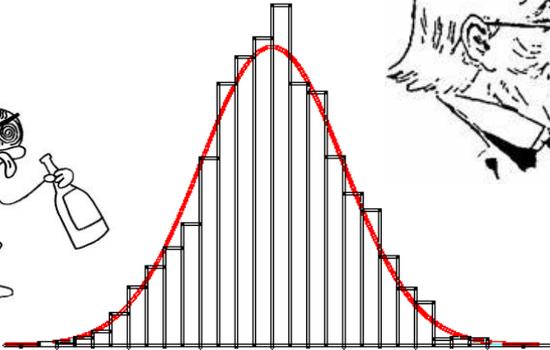
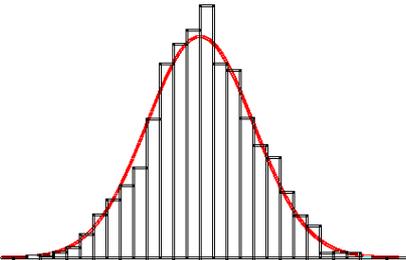
Trust Me, I'm a Doctor



**TRUST ME, I'M A
GYNECOLOGIST**



*Académie
Nationale
de
Médecine*



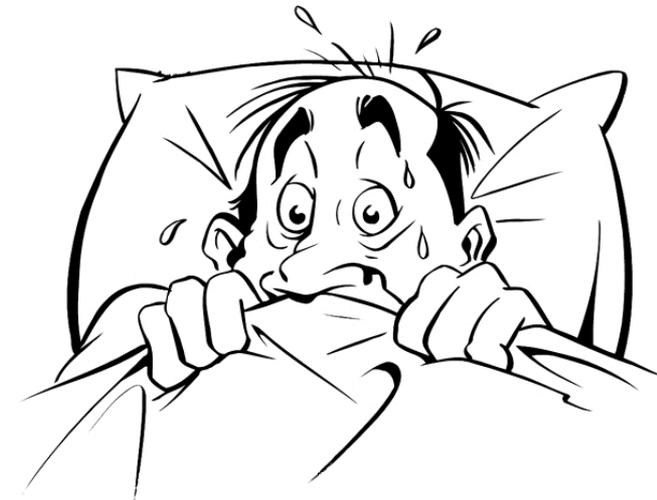
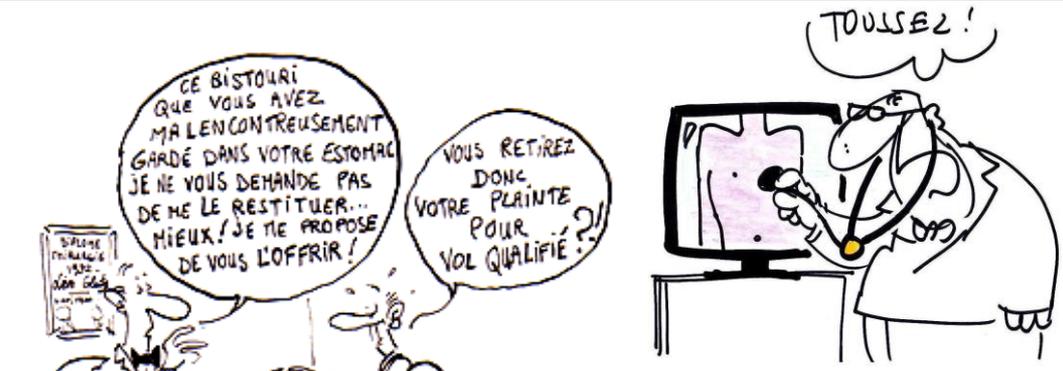
Quelques éléments :

- pas de score publié ou de travaux concernant les traits psychologiques à risque de certains médecins
- Est ce que l'empathie, la pédagogie, préviennent en cas de patient à profil psychologique à risque ?
- Quel serait l'intérêt de tests ... psychométriques avant les études médicales ?

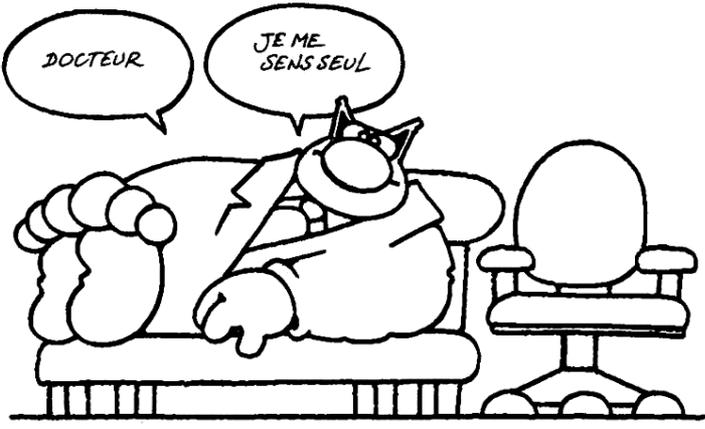


Tests psychométriques .





"I looked up your symptoms on Google.
If you want a second opinion, I can check Yahoo."



Surement quand même des médecins à risque !



Le patient : 2 exemples en pelvi-périnéologie et ailleurs

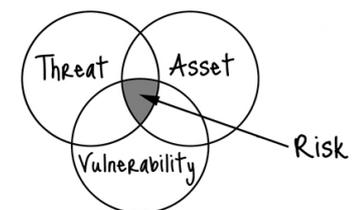


Le score ASA, ou Physical status score, a été mis au point 1941 par société américaine des anesthésistes American Society of Anesthesiologists (ASA). Il est utilisé pour exprimer l'état de santé pré-opératoire d'un patient. Il permet d'évaluer le risque anesthésique et d'obtenir un paramètre prédictif de mortalité et morbidité péri-opératoire.

Score	État de santé du patient
1	Patient sain, en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
2	Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
3	Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.
4	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)
5	Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale. (« Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention » : source SFAR)
6	Patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes (selon critères spécifiques)

Perioperative Open Infrarenal Aortic Surgery Mortality Risk Calculator

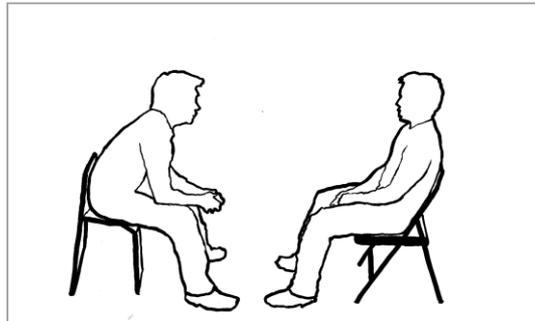
Age	<input type="text" value="3"/>	Enter 1 for age <60 years 2 for age 60 to <70 years 3 for age 70 to <80 years 4 for age 80 to <90 years 5 for age 90 or more years	Estimated risk probability for postoperative mortality: 18.35%
Creatinine	<input type="text" value="0"/>	Enter 2 for missing value 1 for >=1.5 mg/dL 0 for <1.5 mg/dL	
Dyspnea	<input type="text" value="1"/>	Enter 2 for presence of dyspnea at rest 1 for presence of dyspnea on moderate exertion 0 for absence	
Functional status	<input type="text" value="1"/>	Enter 1 for Dependent functional status 0 for independent functional status	
Hemiplegia	<input type="text" value="0"/>	Enter 1 for hemiplegia 0 for absence	
PAD	<input type="text" value="1"/>	Enter 1 for history of peripheral arterial disease requiring revascularization or amputation 0 for absence	



Le Patient : les profils à risque



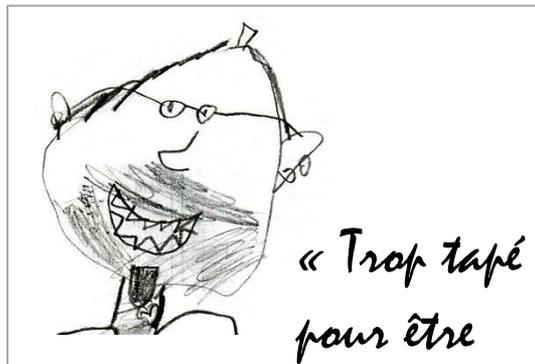
« Trop chiant pour être soigné ! »



« Désolé. Je ne vous sens pas ! »



« Trop con pour que je m'occupe de vous ! »



« Trop tapé pour être pris en charge ! »

À risque !

OK !

Méfiance, hostilité

Confiance

Résistance

Suggestibility

Negativisme

Positivisme

Défaitisme
Découragement
Pessimisme

Esperance
Expectancy
Optimisme

Incomprehension

Compréhension

Réticence

Influençability

Dépression

Motivation

Névrose

Détermination



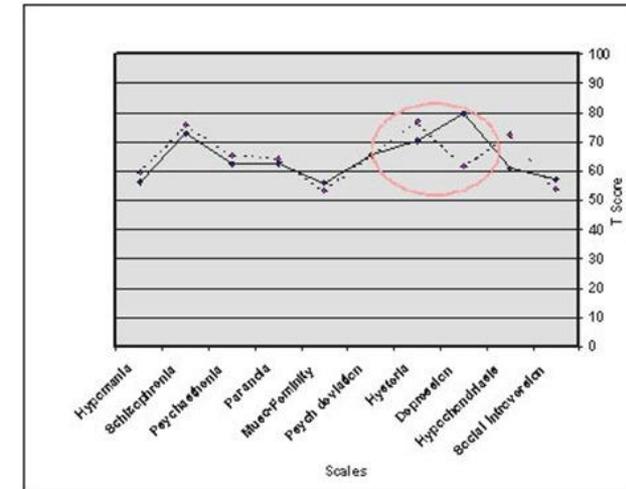
Alors, quelle évaluation du patient ?



Clinical scales

Number	Abbreviation	Description	What is measured	No. of items
1	Hs	Hypochondriasis	Concern with bodily symptoms	32
2	D	Depression	Depressive Symptoms	57
3	Hy	Hysteria	Awareness of problems and vulnerabilities	60
4	Pd	Psychopathic Deviate	Conflict, struggle, anger, respect for society's rules	50
5	MF	Masculinity/Femininity	Stereotypical masculine or feminine interests/behaviors	56
6	Pa	Paranoia	Level of trust, suspiciousness, sensitivity	40
7	Pt	Psychasthenia	Worry, Anxiety, tension, doubts, obsessiveness	48
8	Sc	Schizophrenia	Odd thinking and social alienation	78
9	Ma	Hypomania	Level of excitability	46
0	Si	Social Introversion	People orientation	69

Evaluation clinique



Restructured Clinical (RC) Scales

Scale	Abbreviation	Description
RCd	dem	Demoralization
RC1	som	Somatic Complaints
RC2	lpe	Low Positive Emotions
RC3	cyn	Cynicism
RC4	asb	Antisocial Behavior
RC6	per	Ideas of Persecution
RC7	dne	Dysfunctional Negative Emotions
RC8	abx	Aberrant Experiences
RC9	hpm	Hypomanic Activation

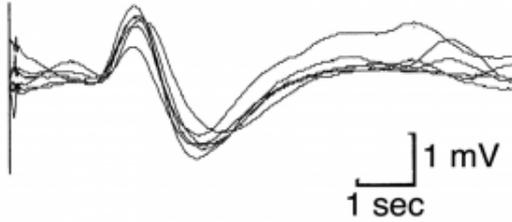
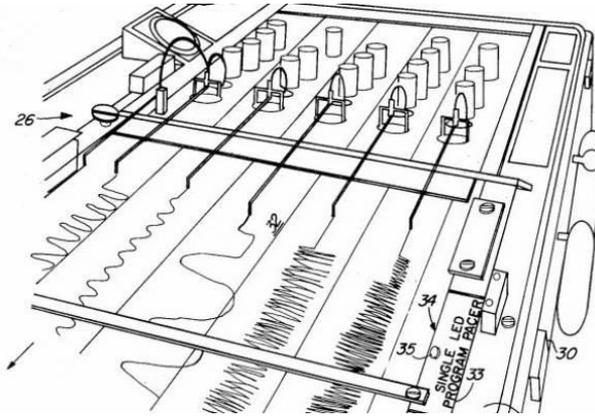
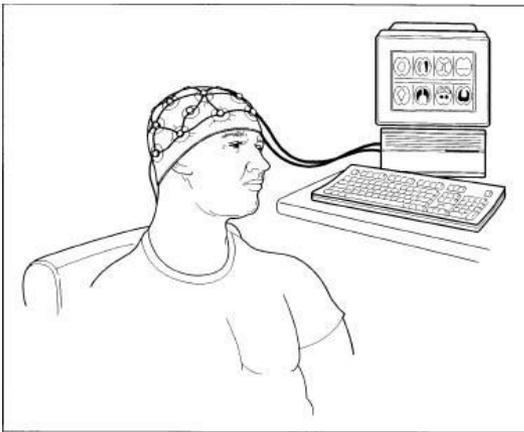
Supplemental scales

Abbreviation	Description
Es	Ego Strength Scale
OH	Over-Controlled Hostility Scale
MAC	MacAndrews Alcoholism Scale
MAC-R	MacAndrews Alcoholism Scale Revised
Do	Dominance Scale
APS	Addictions Potential Scale
AAS	Addictions Acknowledgement Scale
SOD	Social Discomfort Scale
A	Anxiety Scale
R	Repression Scale
TPA	Type A Scale
MDS	Marital Distress Scale

PSY-5 (Personality Psychopathology Five) Scales

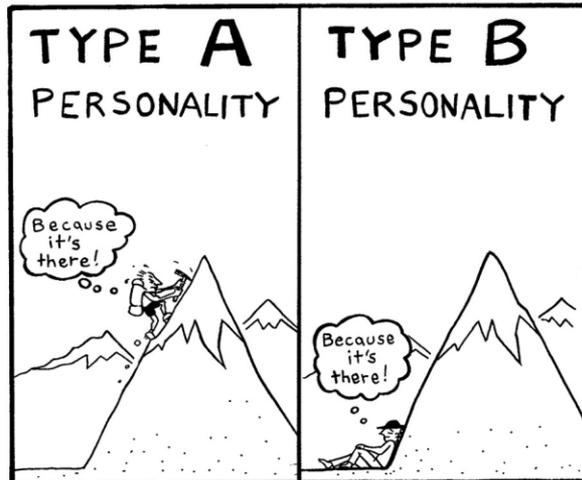
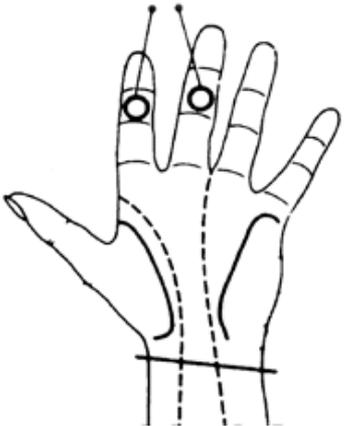
Scale Name
Aggressiveness
Psychoticism
Constraint (Disconstraint)
Negative Emotionality / Neuroticism
Positive Emotionality/Extraversion (Introversion/Low Positive Emotionality)





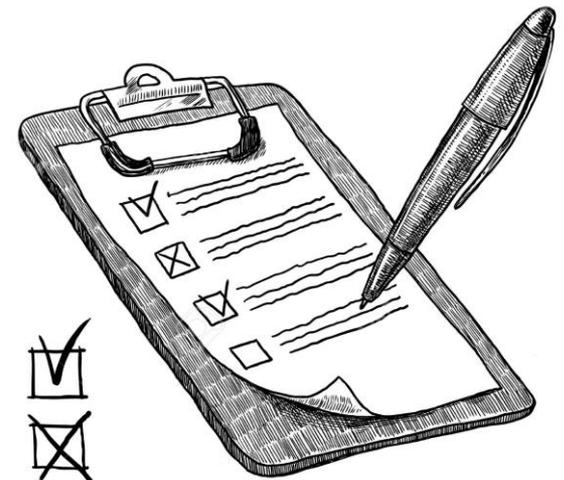
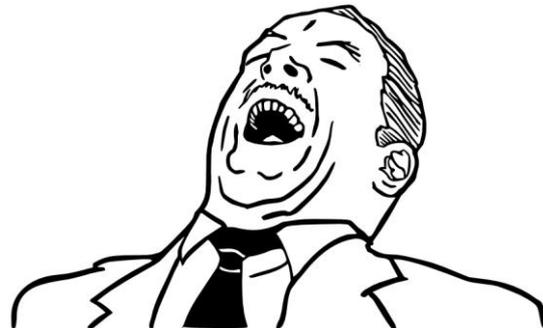
Evaluation instrumentale

Skin Conductance



- le simple « feeling » ? Et alors comment le justifier en cas de non décision de traitement ?
- entretien psychologue ? Mais est ce objectif ? Pour quels patients ?
- bâtir un « score d'hostilité » (plus politiquement correctement dit, un score de risque « psycho-cognitivo-fonctionnel »)

P sychological **R** isk invent **O** ry of pelviperineal medical and s **U** rgical **T** reatments



Profil de
risque
psychologique
du patient

bon

IMPREDICTIBLE RESULTS

GOOD RESULTS EXPECTED

mauvais

BAD RESULTS EXPECTED

IMPREDICTIBLE RESULTS

mauvais

bon

Profil de risque psychologique du médecin

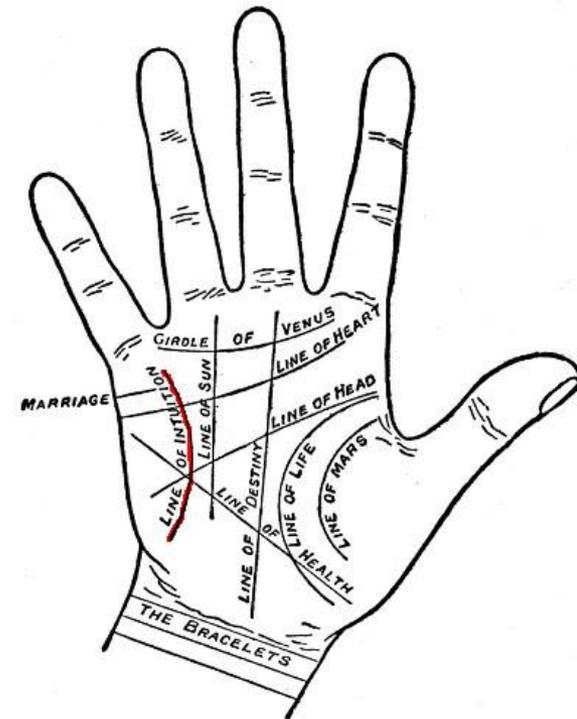




En attendant , faisons confiance à la **psychologie intuitive** ... si tant est que celle ci soit possédée par tout pelvi-périnéologue qui se respecte...

Have the
courage to
follow your
heart and
intuition

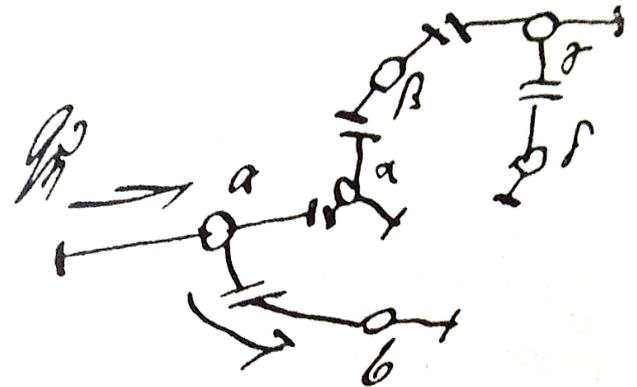
- Steve Jobs



line of intuition

Quelques questions subsidiaires

- aspect VARIABLE du risque psychologique. Exemple pour le médecin : fatigue, épuisement, burn out, drogues éventuelles, conflits personnels. Mais aussi connaissances non actualisées, erreur de jugement, de prescription ... sans facteurs psychologiques
- dimension « intime et comportementale » pour le patient : patient procédurier, revendicateur, inquisiteur, trop et/ou mal informé. Mais pour autant s'agit il d'un profil psychologique particulier ?
- Faut il faire intervenir des facteurs socio-psychologiques ? : ATCD de divorce, de procès, d'instabilité professionnelle, d'isolement social, de persécution



Et pour finir ...

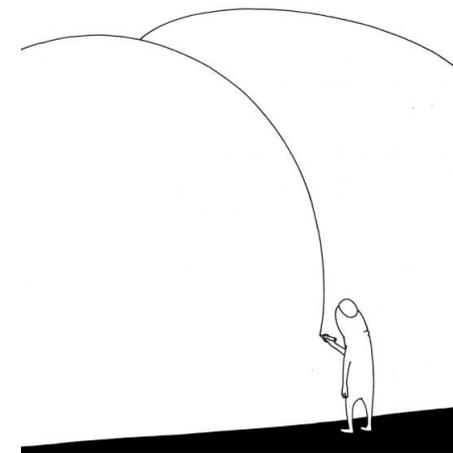
Et même *si on dégagait avec PROUT (...)* des facteurs de risques « psycho-socio-comportementaux » chez certains patients à risque (et donc un risque de plaintes médico-légales), se donnerait-on le droit, la liberté de ne pas leur proposer un traitement que l'on jugerait opportun ... mais avec un certain risque ?

Notre jugement, nos stratégies évaluatives ou thérapeutiques, ne seraient-elles pas faussées, perverties, par un excès de prudence induite par *un PROUT haut et fort (...)* avec au total une « perte de chance » du patient qui pourrait alors la critiquer ?

Le pire, étant bien sûr un *PROUT foireux (...)* en cas de mauvaise validation de celui-ci



Appel ! Rejoignez nous donc pour valider le questionnaire PROUT !
([http:// prout.jimdo.com](http://prout.jimdo.com))



Post Scriptum



Après réflexion

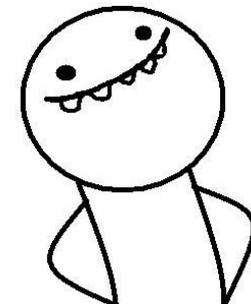
~~**P** sychological **R** isk invent **O** ry of pelvip erineal medical and s **U** rgical **T** reatments (PROUT)~~

devient :

P sychological **R** isk invent **O** ry of pelvip erineal medical and s **U** rgical **D** ecisions (PROUD)



proud



PROUD