



HAL
open science

Douleurs pelvipérinéales chroniques, demandes urgentes de soins et prise de décision

V. Quistrebert-Davanne, Abdel Halim Boudoukha, A. Levesque, P. Guérin, J. Nizard, J.-J. Labat

► **To cite this version:**

V. Quistrebert-Davanne, Abdel Halim Boudoukha, A. Levesque, P. Guérin, J. Nizard, et al.. Douleurs pelvipérinéales chroniques, demandes urgentes de soins et prise de décision. Progrès en Urologie, 2017, 27 (7), pp.431-438. 10.1016/j.purol.2017.03.004 . hal-03345465

HAL Id: hal-03345465

<https://nantes-universite.hal.science/hal-03345465>

Submitted on 10 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre : Douleurs pelvi-périnéales chroniques, demandes urgentes de soins et prise de décision

Pelvi-perineal chronic pain, urgent demands of care and decision-making

Virginie Quistrebert-Davanne ^{1,2}, Abdel-Halim Boudoukha ², Amélie Levesque ^{1,3}, Pierre

Guérin ² Julien Nizard ¹ Jean-Jacques Labat ³

1. Centre Fédératif Douleur Soins de Support Ethique Clinique, CHU de Nantes
2. Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (UPRES EA 4638) Université de Nantes
3. Centre Fédératif de pelvi-périnéologie et clinique Urologique, CHU de Nantes.

Dr. Virginie Quistrebert-Davanne, Centre Fédératif Douleur Soins de Support Ethique Clinique. Hôtel-Dieu 1 place Alexis-Ricordeau 9e étage aile Nord 44093 Nantes Cedex 1 France. Tel : 02.40.76.80.36. Email : virginie.quistrebertdavanne@chu-nantes.fr

Résumé

Résumé

Objectif. Certains patients souffrant de douleurs pelvi-périnéales chroniques expriment des demandes urgentes, voire impérieuses, de soin. L'objectif était de comparer le profil et le mode de fonctionnement psychologiques des patients ayant manifesté une demande impérieuse de soin, à celui des patients n'ayant pas manifesté de demande impérieuse de soin

Matériel et méthode. Dans le cadre des consultations médicales pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques, nous avons réalisé une étude comparative incluant 26 patients (groupe expérimental) exprimant des demandes impérieuses de soin (i.e., des patient qui, lors des 3 derniers mois, ont fait appel à un service d'urgence concernant les douleurs pour lesquelles ils consultent dans le service) et 28 patients (groupe contrôle) sans demande impérieuse de soin (i.e., des patients qui, lors des 3 derniers mois, n'ont pas fait appel à un service d'urgence concernant les douleurs pour lesquelles ils consultent dans le service). Tous les patients ont été soumis à une tâche cognitive de prise de décision (Iowa Gambling Task) et à des mesures explicites de la douleur et de ses principaux facteurs psychologiques associés (Anxiété, Dépression, Catastrophisme et Impulsivité).

Résultats. Les analyses de variance ont indiqué que les patients du groupe expérimental possèdent des capacités de prise de décision équivalentes aux patients du groupe contrôle ; toutefois, les deux groupes de patients présentaient, en début d'épreuve, un score IGT négatif, témoignant d'un déficit dans la prise de décision ($F(4,208)=3,4116, p=.009$). L'âge des patients, la durée d'évolution des douleurs et l'intensité moyenne des douleurs étaient comparables dans les deux groupes. Les mesures aux questionnaires ont révélé des scores moins sévères aux échelles de dépression (Groupe C : 13,25(ET10,52) ; Groupe E : 18,92 (9,54) $t_{(52)} = -2,068$; $p < 0,044$), de catastrophisme (Amplification : $t_{(52)} = -3,069$; $p < 0,0035$) ; Impuissance : $t_{(52)} = -2,866$; $p < 0,006$) et d'impulsivité (Urgence positive : $t_{(52)} = -2,246$; Manque de préméditation : $p < 0,029$; $t_{(52)} = -2,175$; $p < 0,035$) pour les patients du groupe contrôle en comparaison aux patients du groupe expérimental.

Conclusion. L'utilisation de mesures explicites (questionnaire) et implicites (tâche expérimentale) a permis d'objectiver plus finement des différences parmi les patients qui présentent des douleurs pelvi-périnéales chroniques sur la base de leur demande impérieuse ou

pas de prise en charge. Cette spécificité psychologique nous oblige à appréhender différemment la prise en charge de ces patients notamment en proposant des techniques cognitivo-comportementales adaptées.

Mots clés : Douleur chronique pelvi-périnéale – prise de décision – impulsivité- pensées catastrophiques

Summary

Objective. Some patients suffering from pelvi-perineal chronic pain express urgent, even vital, demands of care. The objective was to compare the profile and the psychological functioning of the patients, who have shown an imperious demand of care, in that of the patients who don't have an imperious demand of care.

Material and method. From the medical consultations for chronic pelvipereineal pain, we realized a comparative study including 26 patients (experimental group) expressing an urgent demand of care (i.e., patients who, during the last 3 months, called an emergency service concerning the pains for which they consult in the service) and 28 patients (control group) without an urgent demand of care (i.e., patient who, during the last 3 months, did not call an emergency service concerning the pains for which they consult in the service). All the patients were tested through a cognitive task of decision-making (Iowa Gambling Task) and through explicit measures of pain and its main psychological associated factors (Anxiety, Depression, Impulsivity an Catastrophism)

Results. In the first place, the patients from the experimental group possess decision-making abilities equivalent to the patients of the control group; however, both groups of patients show, in the beginning of the test, a deficit in the decision-making ($F(4,208)=3,4116$; $p=.009$). Secondly, the measures to questionnaires reveal that the patients of the control group have less severe scores in the scales of depression ($t(52)=-2,068$; $p<.04$), catastrophism (Amplification: $t(52)=-3,069$; $p<.0035$; powerlessness: $t(52)=-2,866$, $p<.006$) and impulsivity (positive urgency: $t(52)=-2,246$, $p<.029$; lack of premeditation: $t(52)=-2,175$, $p<.035$) than the patients of the experimental group.

Conclusion. The use of explicit measures (questionnaire) and implicit measures (experimental task) allowed to objectify more precisely the differences between the chronic pain patients in urgent demand of care and the other chronic pain patients. This psychological specificity

oblige us to approach differently the caring of these patients in particular by proposing adapted cognitive-behavioral techniques.

Keywords: Pelviperineal chonic pain – Decision making – Impulsivity - Catastrophism

Introduction

La douleur chronique crée chez certains patients une demande *impérieuse* de soins. Cette demande demeure un problème central dans la gestion de la douleur chronique, tant du point de vue du patient que du point de vue de l'équipe soignante. Du côté du patient, elle s'associe souvent à un état émotionnel (niveau d'anxiété proche de la panique, colère et revendications très intenses, sentiments d'abandon et d'impuissance exacerbés) et cognitif (pensées catastrophiques) délétères et renforce des comportements inadaptés (nomadisme médical, fréquentation des urgences, automédication). Du côté de l'équipe soignante, elle concourt à l'engorgement des standards téléphoniques, consomme et détourne les ressources professionnelles (secrétaires, infirmières, médecins, psychologues...) et entraîne souvent lassitude et épuisement. L'attitude admise et très souvent requise, consistant à *ne pas répondre à l'urgence* de ces patients, puisqu'il ne s'agit pas d'urgence strictement médicale, ne semble que partiellement à la hauteur du problème. N'y a-t-il pas d'autres réponses utiles à apporter ? C'est la question que nous nous sommes posés au sein du Centre Fédératif de Pelvi-Périnéologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes lors des consultations douleurs rebelles. Une manière d'y répondre est de s'interroger préalablement sur la spécificité psychologique de ces patients douloureux chroniques. En d'autres termes, les patients douloureux chroniques, *en demande impérieuse de soins* (« *edids* »), ont-ils un profil et un fonctionnement psychologiques différents des autres patients douloureux chroniques ? Si tel était le cas, un ajustement de la prise en charge de ces patients pourrait être proposé. La douleur chronique confronte le patient à un nouveau contexte émotionnel, cognitif, comportemental et social auquel il doit faire face. De manière générale, une personne qui doit s'adapter à une nouvelle situation (pour laquelle il n'a pas de solution automatique ou immédiate disponible) fait appel à ses fonctions exécutives et notamment sollicite ses capacités de prise de décision. Les processus de prise de décision renvoient à la capacité de choisir entre deux ou plusieurs comportements (ou pensées) en

activant les différentes alternatives possibles, en envisageant le degré d'incertitude et le risque associés à chacune d'elles et en estimant le bénéfice escompté [1]. Dans le cas de la douleur chronique, le patient peut donc s'appuyer sur des arguments rationnels, prendre alors des décisions *avantageuses* et s'adapter à sa souffrance. Il peut à l'inverse s'appuyer sur des arguments ou pensées irrationnels, comme les croyances catastrophiques ou de peur-évitement, prendre des décisions désavantageuses et ainsi favoriser la chronicisation de ses douleurs [2, 3, 4]. La capacité de prendre des décisions *avantageuses* représente un facteur central d'adaptation à la douleur chronique. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à l'influence et au coût (cognitif) de la douleur chronique sur les capacités de prise de décision des patients [5, 6, 7]. De manière générale, ces études expérimentales indiquent que les patients douloureux chroniques prennent significativement plus de décisions désavantageuses que les sujets contrôles. L'objectif de notre étude est donc d'évaluer le profil psychologique (dépression, anxiété, catastrophisme et impulsivité) et les capacités de prise de décision (tâche d'Iowa) des patients reçus dans le cadre des consultations douleurs rebelles pelvi-périnéales. Nous formulons l'hypothèse que - les patients douloureux chroniques *edids* présenteront, en comparaison de leurs homologues sans demande impérieuse de soins, des scores plus sévères aux échelles de dépression, d'anxiété, de catastrophisme et d'impulsivité et - des capacités de prise de décision moins avantageuses.

Méthode

- Participants

Cinquante-quatre patients souffrant de douleurs pelvi-périnéales chroniques (évoluant depuis plus de trois mois de façon continue), ont été recrutés lors de leur consultation médicale pour douleur pelvi périnéale chronique dans le cadre du centre fédératif de pelvi périnéologie du CHU de Nantes. Nous avons distingué deux groupes selon leurs réponses à une question cible sur les demandes impérieuses de soin : « Lors des 3 derniers mois, avez-vous fait appel à un service d'urgence concernant les douleurs pour lesquelles vous consultez aujourd'hui : urgences hospitalières, appel au 15, SOS médecin, médecin généraliste, appel pour avancer la date de consultation spécialisée ? ». Vingt-six patients ont répondu affirmativement à cette question et ont constitué le groupe expérimental (Groupe E). Ce groupe correspondait aux

patients considérés comme étant en demande impérieuse de soins (*edids*). Vingt-huit patients ont répondu négativement à cette question et ont formé le groupe contrôle (Groupe C). Ce groupe rassemblait les patients qui ne sont pas dans une demande impérieuse de soin.

Dans la mesure où l'impulsivité, l'anxiété et la dépression sont reconnues pour influencer les processus de prise de décision [8, 9, 10,11], l'ensemble des patients a rempli le questionnaire d'impulsivité UPPS version courte [12], l'inventaire d'anxiété état-trait forme Y-B [13], et l'inventaire de dépression de Beck [14]. Etant donné l'implication des pensées catastrophiques dans la problématique douloureuse, mais également anxio-dépressive [3, 4], l'ensemble des sujets a complété l'échelle des pensées catastrophiques (PCS-S-CF) [15]. Enfin, une échelle numérique de la douleur (EN) a été proposée à l'ensemble des sujets afin de s'assurer de l'homogénéité des deux groupes en termes de ressenti douloureux. Une présentation détaillée de l'ensemble des questionnaires est proposée en Annexe 1.

Les patients étaient tous âgés entre 18 et 65 ans, avec une bonne maîtrise de la langue française et pouvaient se servir correctement et sans douleur de leurs deux mains. Les patients présentant des troubles mentaux sévères ainsi qu'une dépendance aux drogues ou à l'alcool ont été exclus de l'étude.

- Description de la tâche

Un des principaux indicateurs de la prise de décision est la tâche du casino (Iowa Gambling Task) développée par Bechara et ses collaborateurs en 1994. L'Iowa Gambling Task (IGT) propose une situation de jeu dans laquelle le sujet doit optimiser ses gains et minimiser ses pertes en comprenant implicitement les règles à partir des feedbacks de ses choix. Cette tâche expérimentale permet notamment d'évaluer l'évolution (avantageuse ou désavantageuse pour le patient) de ses processus de prise de décision. Une description détaillée de la tâche est proposée en Annexe 2.

- Organisation des données

La performance à la tâche est évaluée à partir d'un score IGT qui calcule le nombre de choix avantageux moins le nombre de choix désavantageux, sur 20 essais consécutifs ($IGT = ((C+D) - (A+B))$ sur cinq blocs consécutifs). Un score positif indique que la majorité des choix a été réalisée parmi les tas de cartes avantageux non risqués, alors qu'un score négatif indique une majorité de choix risqués non avantageux. Durant la première partie de la tâche, les participants ne semblent pas prendre conscience des tas favorables et défavorables, informations qu'ils acquièrent progressivement dans la deuxième partie de la tâche. En d'autres termes, les performances dans la première partie de la tâche seraient plutôt guidées par des mécanismes

non conscients (les marqueurs somatiques), alors qu'ultérieurement, les performances reposeraient davantage sur des mécanismes stratégiques et plus contrôlés. Ainsi, pour évaluer les performances des sujets dans l'évolution de leurs choix, les scores totaux des deux premiers blocs (phase d'apprentissage) seront comparés aux scores totaux des deux derniers blocs (phase de performance).

Procédure

L'expérimentateur proposait aux patients, qui se présentaient en consultation de participer à l'étude. En cas d'acceptation, le patient signait le formulaire de consentement éclairé. Une tâche informatisée du casino (IGT) lui était ensuite proposée (Logiciel Inquisit millisecond). La consigne s'affichait sur l'écran d'ordinateur et était donnée oralement par l'expérimentateur [17]. Le patient était placé face à quatre tas de cartes et recevait une certaine somme en monnaie factice avec pour consigne de gagner le plus d'argent possible et d'en perdre le moins possible. Pour ce faire, il était invité à retourner une à une les cartes des tas de son choix et à se conformer aux conséquences de chaque retournement. Il était averti que toute carte retournée entraînait le gain d'une certaine somme d'argent mais, de temps à autre et de manière non prévisible, certaines cartes conduisaient également à une perte d'argent, qui était variable. La tâche s'arrêtait quand la personne avait retourné cent cartes. Le patient remplissait ensuite le questionnaire d'impulsivité UPPS version courte, l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI Trait et Etat), l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), l'échelle des pensées catastrophiques (PCS-S-CF) et l'échelle numérique de la douleur (EN). La durée moyenne de l'ensemble de la procédure était d'environ trente minutes.

Résultats

Facteurs de risque (échelles)

La typologie des patients en fonction de leur pathologie est proposée dans le tableau 2.

L'âge, la durée d'évolution de la douleur ainsi que les scores obtenus aux différentes échelles cliniques et psychopathologiques (BDI-II ; STAI – forme Y Trait et État ; EN ; UPPS et PCS-S-CF) du Groupe E ont été comparés à ceux de leurs homologues du Groupe C (cf. Tableau 1). Le *t* de Student montre que le niveau de dépression évalué avec le BDI-II du Groupe C est significativement plus faible que celui du Groupe E ($t_{(52)} = -2,068$; $p < 0,044$), toutefois, le

score de dépression obtenu par les deux groupes de patients appartient à la même catégorie clinique, à savoir à la catégorie dépression modérée. La comparaison de moyenne (*t* de Student) indique que les niveaux d'impulsivité évalués avec l'UPPS des facettes *urgence positive et manque de préméditation* du GC sont significativement plus faibles que ceux du GE (respectivement $t_{(52)} = -2,246$; $p < 0,029$ et $t_{(52)} = -2,175$; $p < 0,035$). Enfin, concernant les pensées catastrophiques évaluées avec la PCS, le Groupe C rapporte des niveaux d'amplification et d'impuissance significativement plus faibles que ceux de leurs homologues du GE (respectivement ; $t_{(52)} = -3,069$; $p < 0,0035$) et $t_{(52)} = -2,866$; $p < 0,006$). Aucune autre différence significative n'a été obtenue entre les groupes C et E (notamment en termes d'âge, de la durée d'évolution de la douleur et d'anxiété).

Prise de décision (scores IGT)

La statistique D de Kolmogorov-Smirnov réalisée sur les scores IGT (bloc 1, bloc 2, bloc 3, bloc 4 et bloc 5), les scores IGT d'apprentissage (bloc 1 + bloc 2) et les scores IGT de performances (bloc 4 + bloc 5) pour les deux groupes de patients (Groupe C et Groupe E) étant non significative, l'hypothèse, que la distribution correspondant au Groupe C et celle correspondant au Groupe E est normale, peut donc être retenue.

Nous avons procédé à une comparaison de variance (ANOVA à mesures répétées) avec le facteur *Bloc* comme facteur intra-sujets (Bloc 1 à 5) et le facteur *Groupe* comme facteur inter-sujets (groupe C et groupe E) qui montre uniquement un effet de Bloc ($F_{(4,208)}=3,4116$; $p=.009$). Les sujets réalisent des prises de décisions de plus en plus avantageuses (IGT-bloc1 (M= -3,135 ; ET=0,87) ; IGT-bloc2 (M=-3,34 ; ET=1,29) ; IGTbloc3 (M=-2,574 ; ET=1,23) ; IGTbloc4 (M=0,52 ; ET=1,491) ; IGTbloc5 (M=1,99 ; ET=2,03)). Ainsi, les deux groupes de patients présentent jusqu'au bloc 3 des scores IGT négatifs, témoignant d'un déficit de prise de décision en début d'épreuve.

Afin d'évaluer plus finement l'effet d'apprentissage, une ANOVA à mesures répétées avec le facteur *Phase* comme facteur intra-sujets (phase d'apprentissage versus phase de performance) et le facteur *Groupe* comme facteur inter-sujets (groupe C et groupe E) a été effectuée. L'analyse révèle un effet significatif uniquement pour le facteur *Phase* ($F(1,52)=8,7896$; $p=.0045$). On retrouve un effet d'apprentissage pour l'ensemble des sujets (phase apprentissage (M=-3,24 ; ET=-5,06) ; phase de performance (M=1,25 ; ET=1,51)). Les deux groupes de sujets

ne peuvent pas être considérés comme différents pour ce qui concerne l'apprentissage des prises de décisions (cf. Graphique 1).

Discussion

Notre étude confirme l'hypothèse d'une plus grande sévérité des facteurs de risque psychologiques et cognitifs pour les patients *edids*. Par contre, l'hypothèse d'un déficit de prise de décision de la part des patients *edids* n'a pas été validée.

Douleur pelvi-périnéale chronique et principaux facteurs psychologiques associés

Dépression, anxiété et pensées catastrophiques

Les résultats montrent des niveaux de dépression et de pensées catastrophiques (amplification et impuissance) significativement plus élevées chez les patients *edids*. Par contre, les niveaux de douleur et d'anxiété ne peuvent pas être considérés comme significativement différents dans les deux groupes.

L'absence de différences significatives en termes d'anxiété est particulièrement intéressante et contre-intuitive. En effet, les demandes impérieuses de soins tendent à être interprétées comme un signe d'agitation anxieuse des patients en réponse à leurs douleurs. Or, il ne semble pas s'agir, ici, d'anxiété ou de stress, i.e., la peur d'avoir peur (*je suis inquiet, soucieux*), mais plutôt de croyances dysfonctionnelles envers la douleur, i.e., de pensées catastrophiques (*j'ai peur que la douleur s'empire*). Les pensées catastrophiques représentent un élément clé pour comprendre le développement et le maintien de la chronicisation à la douleur [2] et permettent de prédire sensiblement l'incapacité consécutive à la douleur [4]. Elles correspondent à une façon de penser ses problèmes (actuels, passés ou futurs), ou leurs conséquences négatives, de manière répétitive (souvent intrusive) et dont il est difficile de se détourner [18]. Selon Sullivan, le catastrophisme fait partie de nos stratégies fonctionnelles de gestion du stress. Il permet à la personne d'être davantage attentive aux signaux de la douleur, il favorise l'expression de la détresse émotionnelle liée à la douleur afin d'obtenir notamment plus de soutien social. Toutefois, les pensées catastrophiques deviendraient dysfonctionnelles, problématiques dans le contexte de la douleur chronique. Elles détourneraient les ressources attentionnelles des patients vers l'anticipation et la focalisation des signaux liés à la douleur. Elles empêcheraient une évaluation objective de la situation et favoriseraient ainsi la mise en place de stratégies

inadaptées (coping). Dans notre étude, les patients *edids* activent significativement plus de pensées catastrophiques liées à l'amplification de la douleur (« je ne peux m'empêcher de penser à quel point ça me fait mal ») et à l'impuissance (« Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur ») que leurs homologues sans demande impérieuse. Une première réponse à apporter à ces patients serait de leur permettre de détourner leur attention loin des informations liées à la douleur et à leurs conséquences. La prise en charge de la douleur chronique accorde déjà une place centrale à la distraction (se détourner de la douleur par une activité distractive, liée au plaisir notamment). Il serait intéressant d'y ajouter une procédure de réentraînement attentionnel [19] dont l'objectif est de modifier précisément le fonctionnement des processus attentionnels impliqués dans le traitement des informations liées à la douleur. Les données expérimentales recueillies auprès des populations anxieuses (cliniques ou non) révèlent l'efficacité de ces procédures de réentraînement attentionnel en permettant non seulement une diminution ou une suppression des biais de l'attention mais également une diminution de leur symptomatologie anxieuse. Une seconde réponse à apporter serait de proposer aux patients des séances de restructuration cognitive, i.e., de leur permettre de réévaluer objectivement les pensées automatiques, souvent erronées et dysfonctionnelles, qu'ils développent au sujet de la douleur et de ses conséquences. La restructuration cognitive est une méthode largement validée dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives [20].

Comportement d'impulsivité

Nos résultats indiquent également que les patients douloureux chroniques *edids* ont un comportement d'impulsivité différent de celui du groupe contrôle. Les patients douloureux chroniques *edids* se différencient des autres patients douloureux chroniques par un contrôle de l'impulsivité parfois en déficit (urgence positive) et parfois en excès (préméditation).

Ils auraient davantage de difficultés à inhiber un comportement automatique dans un contexte émotionnel positif (urgence positive). Lorsqu'ils sont dans une humeur positive, ces patients vont avoir tendance à exprimer des réactions fortes et rapides sans pouvoir se réfréner. C'est ce que l'on retrouve chez des patients dépendants à l'alcool ou à la nicotine qui vont avoir une consommation abusive dans certains contextes liés au plaisir ou à l'euphorie. Ce résultat pourrait également correspondre à des comportements visant à affirmer à l'entourage que malgré une humeur positive, la douleur persiste et justifie toujours une demande de soins. Si l'on reste dans l'exemple de l'addiction et si nos résultats étaient confirmés, une réponse à

apporter à nos patients serait d'adapter le *plan d'urgence*, donné lors de la prévention de la rechute aux patients dépendants, à la problématique de la douleur chronique. L'objectif de ce plan d'urgence est de proposer au patient dépendant un ensemble d'actions à mettre en place quand l'envie irrésistible de consommer apparaît. Il s'agit par exemple d'entamer une action dont la réalisation est incompatible avec le fait de consommer (comme se laver les dents ou aller au cinéma, etc.) ou de se mettre en sécurité (aller chez un ami qui connaît le problème de dépendance...). Dans le cas de nos patients, ce plan d'urgence viserait à activer des réponses plus adaptées (comportementales et cognitives) lorsque l'envie irrésistible de consommer des soins apparaît, comme mettre en place des techniques apprises de relaxation (respiration abdominale, le « 5, 4, 3, 2, 1 »), écrire sur un « journal de bord de la douleur » les caractéristiques de son ressenti ou faire une activité récréative, etc.

Paradoxalement, les patients *edids* ont un meilleur niveau de préméditation que les patients qui ne sont pas dans une demande urgente de soins. Ces derniers agiraient davantage sur des « coups de tête » sans se soucier des conséquences de leurs actes. Ce résultat va à l'encontre de nos hypothèses et mérite d'être validé auprès d'un échantillon plus important. Toutefois, quand on compare les résultats de nos patients aux normes obtenues par Billieux et ses collaborateurs en 2014 [21] auprès de 7460 personnes non cliniques (i.e., tout venant), ce sont bien les patients du groupe contrôle qui présentent un déficit de préméditation (les patients du groupe expérimental ayant des scores conformes aux normes, i.e., à la moyenne).

Douleurs pelvi-périnéale chronique et prise de décision

Nos résultats indiquent que les patients *edids* ne prennent pas davantage de décisions désavantageuses que les autres patients douloureux chroniques. Au contraire, l'ensemble des patients présente le même profil de réponses, à savoir : en début d'expérience (blocs 1, 2 et 3) ils prennent tous davantage de décisions désavantageuses et c'est seulement à la fin des essais (blocs 4 et 5) qu'ils comprennent les règles implicites de la tâche et favorisent les décisions avantageuses. Ainsi, dans un premier temps, tous les patients douloureux chroniques de notre étude manifestent un déficit de prise de décision et c'est seulement, dans un second temps (par apprentissage), qu'ils modifient leurs patterns de prise de décision. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur la prise de décision des patients, soit à partir d'autres tâches expérimentales, comme la tâche de BART [21] soit à partir d'une variante de l'IGT [22]. Une

autre possibilité est de considérer les demandes urgentes de soins comme un déficit des processus d'inhibition. En effet, parmi les fonctions exécutives, fonctions notamment mises en place lorsque le sujet doit s'adapter à une situation nouvelle et/ou complexe, les processus d'inhibition correspondent à la capacité à réfréner une réponse automatique, à stopper une réponse en cours ou à ignorer les stimuli non pertinents. Dans ce sens, l'utilisation des tâches comme le « Go/ No-go » ou le « Stop-signal », qui évaluent l'inhibition de réponses dominantes, pourrait être l'objet de futures recherches. Cette nouvelle hypothèse est par ailleurs en partie soutenue par les résultats que nous observons avec les mesures explicites, notamment en termes d'impulsivité et de pensées catastrophiques.

Conclusion

L'ambition principale de notre étude était d'appréhender autrement les demandes impérieuses de soins de certains patients présentant des douleurs pelvipérinéales chroniques. Leur compréhension est encore imparfaite. Toutefois, la mise en place de groupes thérapeutiques [23], centrés sur les pensées catastrophiques et la gestion de l'impulsivité, pourrait être une réponse adaptée au problème des demandes intempestives de soins chez ces patients. Il nous semble bien entendu important de rappeler que les résultats obtenus et analysés, dans cette étude, portent sur un échantillon de patients restreint, ce qui limite la portée et la généralisation de nos interprétations.

Bibliographie

- 1 Buelow MT & Suhr JA. Construct Validity of the Iowa Gambling Task. *Neuropsychol Rev* 2009; 19:102–114.
- 2 Linton SJ. A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 2013; 18 : 82-103.
- 3 Sullivan MJL, Bishop S, & Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 1995; 7: 524– 532.
- 4 Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, & Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 2001; 17: 52–64.
- 5 Apkarian AV, Sosa Y, Krauss BR, Thomas PS, Frederickson BE, Levy RE, Harden RN & Chialvo DR. Chronic pain patients are impaired on a emotional decision making task. *Pain*, 2004; 108: 129-136.
- 6 Verdejo-Garica A, Lopez-Torrecillas F, Calandre EP, Delgado-Rodriguez A & Bechara A. Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Arch Clin Neuropsychol* 2009 ; 24: 113-122.
- 7 Walteros C., Sanchez-Navarro JP, Munoz MA, Martinez-Selva JM, Chialvo D & Montoya P. Altered associative learning and emotional decision making in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic research* 2011;70: 297-301.
- 8 Bechara A, Damasio H, Tranel D, & Damasio AR. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science* 1997; 275: 1293–1295.
- 9 Brand M, Kalbe E, Labudda K, Fujiwara E, Kessler J, Markowitsch HJ. Decision-making impairments in patients with pathological gambling. *Psychiatry Research* 2005; 133: 91–99.
- 10 Maner JK, Richey JA, Cromer K, Mallott M, Lejuez CW, Joiner T.E, Schmidt NB. Dispositional anxiety and risk-avoidant decision-making. *Personality and Individual Differences* 2007; 42: 665–675.
- 11 Smoski MJ, Lynch TR, Rosenthal MZ, Cheavens JS, Chapman I & Krishnan RR. Decision-making and risk aversion among depressive adults. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry* 2008; 39: 567- 576.
- 12 Billieux J, Rochat L, & Van der Linden. L'impulsivité: ses facettes, son évaluation et son expression clinique. Bruxelles : Mardaga, 2014.
- 13 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y. Consulting Psychologists Press, Inc, Palo Alto, CA. 1983.

- 14 Beck AT, Erbaugh J, Ward CH, Mock J, Mendelsohn M. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4 (6): 561–571.
- 15 Sullivan MJL, Bishop SR & Pivik J. The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 1995 ; 7 : 524-532.
- 16 Brand M, Labudda K & Markowitsch HJ. Neuropsychological correlates of decision-making in ambiguous and risky situations. *Neural Networks* 2006; 19: 1266–1276.
- 17 Bechara A, Damasio AR, Damasio AR & Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994 ; 50 : 7–15.
- 18 Ehrin T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, & Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2011 ; 42: 225–232.
- 19 Quistrebert-Davanne V, Labat JJ & Nizard J. Biais attentionnel chez le patient douloureux chronique. Nature, évaluation et intérêts clinique et thérapeutique. *Douleur et Analgésie* 2016 ; 29 : 48–56.
- 20 Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, England: International Universities Press. 1976.
- 21 Lejuez, CW, Richards JB, Read JP, Kahler W, Ramsey SE, Stuart GL, Strong SE, & Brown RA. Evaluation of a behavioural measure of risk taking: the ballon analogue risk task (BART). *Journal of Experimental Psychology* 2002; 8 (2): 75–84.
- 22 Lin CH, Chiu YC, Lee PL & Hsieh JC. Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task? *Behavioral and Brain Functions* 2007 ; 3-16.
- 23 Le Borgne M, Boudoukha AH, Belhourania R, Petit A & Roquelaure Y. Évaluation de l'efficacité d'une Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) de groupe auprès de patients souffrant de douleurs chroniques liées au travail. *Journal de thérapie Comportementale et Cognitive* 2016 ; 26(3) : 131-138.

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets

Légende : Moyennes et écarts-types du groupe C et du groupe E à l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), à l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI Etat et STAI Trait), à l'échelle numérique de la douleur (EN), au questionnaire d'impulsivité UPPS (version courte) et à l'échelle des pensées catastrophiques (PCS-S-CF). ^a Différence significative entre Groupe C et Groupe E.

Legend: Averages and standard deviations of the group C and of the group E to the Beck Depression Inventory (BDI-II), to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI state and STAI state), to the digital scale of the pain (EN), to the Impulsive Behaviour Scale UPPS (short version) and to the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S-CF). ^a Significant difference between Group C and Group E.

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets

Variable	Groupe C	Groupe E
Age (en année)	50,43(9,72)	49,81 (9,94)
Durée d'évolution de la douleur (en année)	5,35 (4,48)	4,86 (6,47)
BDI II	13,250 (10,52)*	18,923 (9,549)*
STAI Etat	40,107 (12,614)	43,192 (12,263)
STAI Trait	42,357 (11,598)	47,846 (11,234)
EN (/10)	4,25 (2,518)	5,076 (2,133)
Urgence positive (UPPS)	9,000 (2,388) *	10,50 (2,517) *
Urgence négative (UPPS)	8,500 (3,109)	9,538 (2,76)
Préméditation (UPPS)	6,357 (1,966) *	7,730 (2,646) *
Persévérance (UPPS)	6,321 (2,495)	6,961 (2,505)
Recherche de sensations (UPPS)	8,571 (3,108)	8,923 (2,415)
PCS-S-CF	24,392 (12,16)	29,346 (12,796)
Rumination (PCS)	9,607 (4,201)	10,653 (3,825)
Amplification (PCS)	4,678 (3,58) **	8,115 (4,615) **
Impuissance (PCS)	11,928(7,551)**	18,576 (9,445)**

Valeurs des Moyennes et écarts-types du groupe C et du groupe E. BDI-II, Inventaire de dépression de Beck - STAI Trait, Inventaire d'anxiété trait - STAI Etat, Inventaire d'anxiété

état – EN, Echelle numérique de la douleur – UPPS, Questionnaire d'impulsivité (version courte) - PCS-S-CF, Echelle des pensées catastrophiques.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tableau 2 : Principaux diagnostics des patients du Groupe E et Groupe C.

Diagnostic	Groupe E	Groupe C
Néuralgie pudendale	11	11
Fibromyalgie	0	1
Douleurs projetées d'origine thoraco-lombaire	3	5
Vessie douloureuse	2	2
Coccygodynie	2	3
Hypersensibilisation pelvienne	3	1
Néuralgie obturatrice	3	0
Douleurs myofasciales	1	2
Autres	1	3