



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°136

THESE

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PENDANT  
L'IVG MEDICAMENTEUSE EN AMBULATOIRE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **30 juin 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Céline SCHOFFIT**

**Née le 03 octobre 1984 à Avignon**

## **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

- . Président de l'Université François-Noël GILLY
- . Président du Comité de Coordination François-Noël GILLY  
des Etudes Médicales
- . Secrétaire Général Alain HELLEU

### **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE  
UFR DE MEDECINE  
LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON  
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES (ISPB) Directrice: Christine VINCIGUERRA  
UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS  
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE  
READAPTATION Directeur : Yves MATILLON  
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE  
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Directeur : Pierre FARGE

### **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien de MARCHI  
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES  
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON  
POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER  
I.U.T. Directeur : Christian COULET  
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES  
ET ASSURANCES (ISFA) Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS  
I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD  
CPE Directeur : Gérard PIGNAULT

## Faculté de Médecine Lyon Est

### Liste des enseignants 2014/2015

#### *Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers -Classe exceptionnelle Echelon 2*

Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière François	Neurologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

#### *Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers- Classe exceptionnelle Echelon 1*

Baverel Gabriel	Physiologie
Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis Philippe	Ophtalmologie
Finet Gérard	Cardiologie
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Pugeat Michel	Endocrinologie, maladies métaboliques ;gynécologie médicale
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

*Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers- Première classe*

André-Fouet Xavier	Cardiologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Beziat Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier Philippe	Cardiologie
Claris Olivier	Pédiatrie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale

Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens Patrick	Anatomie
Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino Marc	Pédiatrie
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
Ruffion Alain	Urologie
Ryvlin Philippe	Neurologie
Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete Caroline	Physiologie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée Bernard	Anatomie
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

#### ***Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers -Seconde Classe***

Allaouchiche Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire

Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Faure Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne
Huissoud Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale	
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf Serge	Cytologie et histologie

Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Raverot Gérald	Endocrinologie, diabète; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti Yves	Physiologie
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic Sandra	Neurologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion

#### *Professeur des Universités - Médecine Générale*

Letrilliart Laurent	Médecine Générale
Moreau Alain	Médecine Générale

#### *Professeurs associés de Médecine Générale*

Flori Marie	Médecine Générale
Lainé Xavier	Médecine Générale
Zerbib Yves	Médecine Générale

#### *Professeurs émérites*

Chatelain Pierre	Pédiatrie
Bérard Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio André	Cardiologie
Chayvialle Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret Daniel	Pédiatrie
Gharib Claude	Physiologie
Itti Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence

Rousset Bernard	Biologie cellulaire
Sindou Marc	Neurochirurgie
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Paul	Neurologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale Jean-Paul	Réanimation ; Médecine d'urgence

#### *Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers - Hors classe*

Benchabib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies Philippe	Médecine et santé au travail
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Rigal Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio Eric	Anatomie
Wallon Martine	Parasitologie et mycologie

#### *Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe*

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon Grégoire	Immunologie
Dubourg Laurence	Physiologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Laurent Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti Noel	Nutrition
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

#### *Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe*

Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims Sylvain	Neurologie
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Simonet Thomas	Biologie cellulaire
Thibault Hélène	Physiologie
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet Fabienne	Immunologie

#### *Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale*

Chanelière Marc	Médecine Générale
Farge Thierry	Médecine Générale
Figon Sophie	Médecine Générale

# Le Serment d'Hippocrate

---

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# Remerciements

---

Au Professeur Georges Mellier, pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Cyrille Colin, pour avoir accepté de juger ce travail. Merci de m'avoir rencontré pour me conseiller au début de mes recherches.

Au Docteur Corinne Perdrix, merci d'avoir accepté de diriger ce travail dont l'aboutissement fut facilité grâce à tes bons conseils. Merci de donner aux jeunes médecins le gout d'une médecine humaniste et enthousiaste et un modèle.

Au Professeur Xavier Laine, pour avoir accepté d'être dans mon jury, d'avoir encadrer mes premiers pas en solitaire par ta bienveillance.

Au Docteur Frédéric Zorzi, pour avoir accepté d'être dans mon jury, pour ce premier stage en médecine générale, pour ton soutien, ton écoute et ta confiance.

Au Docteur Christian Perrotte, pionnier de l'IVG médicamenteuse, pour m'avoir formé et m'avoir donné l'idée de ce travail.

Au Docteur Marie Josée Communal, merci de votre aide et de votre dynamisme.

Au Docteur Rebelle, pour m'avoir conseillée au début de mon travail et au Docteur Marissal et Docteur Muller pour leur investissement dans le recrutement des patientes.

A l'équipe médicale du bon coin (Nassima, Martin, Damien, et Anne) avec qui vendredi rime avec sushi et bonne humeur. A Anne, ma co-thésarde, merci pour ton soutien, et heureusement que tu étais là pour partager ensemble nos doutes et la recette du gâteau nantais !

A ma sœur, que j'aime, qui m'a soutenue dans les toutes premières étapes de ce travail et tout au long de mes études, avec qui je suis tellement semblable et tellement différente que des fois même moi je m'y perds...

A mes parents, grâce à qui je peux faire ce beau métier, qui ont toujours su m'épauler, m'écouter, m'apporter des fraises sur le parking du centre des congrès de Montpellier, me déménager, me conseiller, qui ont toujours le doigt sur la couture du pantalon. Vos

encouragements et la confiance infinie que vous m'avez apportée m'ont permis de traverser les moments les plus difficiles de mes études. A ma mère pour ta force. A mon père pour tes valeurs sincères, ton soutien, tes relectures et ton grain de folie.

A Oliver mon grand frère, merci d'être entré dans cette famille et d'avoir apporté un peu de rationalité à tout ce bazar latin !

A Hannah et Nils qui sont des rayons de soleils dans cette famille.

A Laetitia, on va pouvoir fermer le club des pas de permis-pas de thèse ! Chouette !

A Élodie et Charles, à quand les prochaines randos perdus à la frontale dans la neige...

A Fanny, merci de ton soutien et de tes conseils pour la thèse ! Avec toi la vie semble plus facile.

A Hannah, pour ton amitié, et pour ton pétillant même après 72h de bloc !

A Chloé et Vanessa, les VDV, notre coup de foudre a été réciproque et dure depuis presque aussi longtemps que mes études médicales ! J'espère que vous serez encore longtemps auprès de moi. Finis les révisions-piscine, à nous voyages et projets manuels en tout genre ! Nous allons pouvoir parfaire notre technique de chasse à la Mourgate au clair de lune; Anouck, Damien et les autres seront bien sûr les bienvenus !

A Hugh pour ses chorégraphies improbables.

A Sarah, pour ton dynamisme et ton soutien, pour les soirées tisane de mémé- chocolats quand ça ne va pas et les puces endiablées.

A Charlotte et Arnaud, pour les sorties brocantes, et les conseils bricolage et gastro-entérologiques parfois !

A Théo, qui me soutient au quotidien, qui sait me montrer des choses belles et inattendues, et m'apaise dans les moments de doute. A nous les voyages et les projets fous !

A mémé Lulu, et ses passoires, ; A mon grand-père,

Merci aux médecins et aux patientes qui ont participé à cette étude.

# Abréviations

---

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANCIC : Association nationale des centres d'IVG et de contraception

ARS : Agence régionale de santé

BDSP : Banque de données de santé publique

CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse

EN : Echelle numérique

EVS : Echelle verbale simple

EVA : Echelle visuelle analogique

FCS : Fausse couche spontanée

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IVGM : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse

MG Form : La formation du médecin généraliste par les médecins généralistes

OMS : Organisation mondiale de la santé

REVHO : Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

# Table des matières

---

Le Serment d'Hippocrate.....	9
Remerciements .....	10
Abréviations .....	12
Table des matières .....	13
INTRODUCTION .....	16
MATERIELS ET METHODE .....	19
2.1. La recherche bibliographique.....	19
2.2. Design de l'étude.....	19
2.3. Type de l'étude.....	19
2.3.1. Etude descriptive transversale, analyse des pratiques .....	19
2.3.2. Étude patientes .....	20
2.4. Critères de jugement.....	20
2.4.1. Critère de jugement principal :.....	20
2.4.2. Critère de jugement secondaire :.....	20
2.5. La population d'étude .....	20
2.5.1. Les médecins .....	20
2.5.2. Les patientes :.....	21
2.6. Procédure de recueil des données.....	21
2.7. Les questionnaires.....	22
2.7.1. L'enquête de pratiques .....	22
2.7.2. Le questionnaire patientes.....	23
2.8. Gestion des données .....	23
2.9. Analyse statistique .....	24
2.10.Aspects éthiques et réglementaires.....	24
2.10.1. Protection des personnes.....	24
2.10.2. Confidentialité des données.....	24
2.10.3. Déclaration à la CNIL .....	25
2.10.4. Comité d'éthique.....	25
RESULTATS.....	26
3.1. Résultats de l'étude 1 : enquête de pratique.....	26
3.1.1. Nombre de questionnaires recueillis .....	26

3.1.2. Description de l'échantillon.....	26
3.1.3. Notion de protocole antalgique .....	28
3.1.4. Prémédication .....	29
3.1.5 Antalgie de l'IVG .....	31
3.1.6. Connaissance des facteurs de risques de la douleur.....	34
3.1.7. Évaluation de la douleur.....	36
3.2. Résultats de l'étude 2 : enquête auprès des patientes.....	37
3.2.1. Nombre de patientes.....	37
3.2.2. Caractéristiques de la population .....	38
3.2.3 Les informations sur la douleur délivrées par le médecin .....	40
3.2.4. Les accompagnants .....	40
3.2.5. L'état émotionnel accompagnant l'IVG.....	40
3.2.6. La douleur ressentie .....	40
3.2.7. Antalgie durant l'IVG médicamenteuse .....	43
3.2.8. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse.....	44
3.2.9. Facteurs prédictifs de douleur durant l'IVG médicamenteuse .....	45
3.2.10. Les douleurs et la prise d'antalgiques .....	51
3.2.11. Acceptabilité globale de l'IVG .....	53
DISCUSSION .....	54
4.1. Résultat principal : Evaluation de l'efficacité des traitements antalgiques sur l'intensité de la douleur ressentie .....	54
4.1.1. L'intensité de la douleur ressentie .....	54
4.1.2. Description de la prise en charge antalgique .....	54
4.1.3. Le traitement pris par les patientes et son efficacité.....	56
4.2. Forces et limites de l'étude .....	57
4.2.1. Taille de l'échantillon :.....	57
4.2.2. La représentativité de l'échantillon.....	58
4.2.3 Le questionnaire médecins.....	59
4.2.4. Le questionnaire patiente .....	60
4.2.5. Les modalités d'évaluation de la douleur et de l'efficacité du traitement .....	61
4.3. Autres résultats : critères de jugements secondaires significatifs .....	62
4.3.1. La prémédication.....	62
4.3.2. Facteurs prédictifs de douleur dans l'IVG médicamenteuse .....	65
4.3.3. Le terrain anxieux et la douleur .....	66

4.3.4. Le vécu de la douleur, son acceptabilité .....	67
4.4. Signification du travail et intérêt de l'étude: .....	67
4.5. Perspectives et questions sans réponses : .....	68
CONCLUSIONS .....	70
REFERENCES .....	72
ANNEXES.....	75
Annexe I : Répartition géographique des médecins sur la liste de l'ARS .....	75
Annexe II : Enquête de pratiques .....	76
Annexe III: notice d'information à remettre à la patiente : .....	78
Annexe IV : questionnaire patiente.....	79
Annexe V : Le protocole français selon le REVHO : Conditions de réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville, c'est-à-dire hors hospitalisation.....	84
Annexe VI : Fiche d'information de la patiente sur l'IVG: Modèle de fiche proposée par l'ANCIC .....	86
Annexe VII Liste des pays réalisant des IVG Médicamenteuses.....	88

# INTRODUCTION

---

Devant la stabilité du nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France, et la diminution de l'offre de soin, la loi permet depuis 2001 aux médecins de ville de proposer aux patientes la réalisation d'une IVG médicamenteuse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. Environ 14 % des 219 200 IVG pratiquées en France étaient en 2012, réalisées par voie médicamenteuse en ville (sans hospitalisation)(1). En 2014, 2 963 ont été réalisées en Rhône Alpes.

La méthode d'IVG médicamenteuse est plus douloureuse et plus hémorragique que la méthode chirurgicale. La méthode chirurgicale est efficace, mais l'IVG médicamenteuse s'est développée pour améliorer l'acceptabilité de l'IVG (2) par les femmes du point de vue physique, émotionnel et spirituel et pour répondre d'un point de vue pratique à la demande d'IVG(3). La méthode en ambulatoire était jugée par les femmes comme plus flexible, plus confortable, plus « naturelle » et plus privée(4).

Les douleurs pelviennes constituent le principal effet secondaire de l'IVG par méthode médicamenteuse. La fréquence des douleurs après la prise de misoprostol est de 94.1%(5) et l'intensité de la douleur évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA) varie de 5.5 à 6.7/10. Selon l'ANAES en 2001(6), les douleurs étaient de niveau modérés à intense pour au moins 50% des femmes : « Les douleurs abdomino-pelviennes induites par les contractions utérines sont quasiment systématiques quel que soit le traitement, mais sont insuffisamment évaluées dans les études cliniques .»

La Haute autorité de santé (HAS) recommande « la prise en charge anticipée de la douleur à domicile par une prescription d'antalgiques de palier 1 et 2 »(7). Dans une étude du réseau d'IVG en Ile de France (8) « 22.8% des femmes ayant répondu au questionnaire ont trouvé intolérable l'intensité des douleurs et ce malgré la prescription d'antalgiques. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude américaine et soulignent que les douleurs sont la conséquence la moins bien tolérée d'un avortement médicamenteux ».

Malgré ces problèmes de prise en charge, les patientes sont néanmoins satisfaites de leur IVG médicamenteuse, même si elles pensaient la méthode moins douloureuse (9).

Certains facteurs prédictifs de la douleur de l'IVG ont été mis en évidence dans différentes études : D'après l'étude Penney (10) en 2006, qui réalise une méta-analyse des données connues, les facteurs retenus comme étant associés à une plus grande utilisation d'antalgiques sont : l'âge gestationnel avancé, le jeune âge de la patiente, la nulliparité et l'origine caucasienne .

D'après l'étude de Suhonen (11), (étude portant sur 54 patientes seulement), les douleurs pendant les règles, un âge faible, l'âge gestationnel avancé, la multiparité, (d'autant plus que par voie basse), sont des facteurs influençant la douleur pendant l'IVG. Nous ne retrouvons pas de consensus sur les facteurs prédictifs de la douleur pendant l'IVG médicamenteuse et ils n'ont pas été étudiés en ambulatoire.

Il existe plusieurs travaux sur les antalgiques pendant l'IVG chirurgicale (anesthésie locale, bloc cervical, anesthésie générale, antalgiques classiques associés (12)) mais peu d'études sur la méthode médicamenteuse, et moins encore en ville. Il n'existe pas de consensus sur un protocole antalgique précis pour l'uniformité des prises en charges. En ambulatoire les protocoles d'antalgie sont hétérogènes et médecin- dépendants.

La prémédication n'a pas pu être évaluée comme efficace : d'après l'étude de Avraham (13), réalisée en double aveugle versus placebo, les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en prémédication permettent de diminuer de manière significative les douleurs. 38% versus 78%, des femmes nécessitent d'autres traitements antalgiques. L'étude de Wiebe (14), sur une large cohorte, ne montre quant à elle pas de différence significative de la douleur ressentie par les femmes selon qu'elles appartiennent au groupe prémédication 1 /AINS ou 2/palier 2 ou 3/placebo. Les différences de niveaux de douleurs s'expliquent plutôt par les facteurs de susceptibilité individuelle à la douleur (jeune âge, nulliparité, antécédent de douleur intense, anxiété liée à l'acte). Des résultats concordants sont retrouvés dans l'étude de Raymond (15) en 2012, qui utilise le protocole « français » validé pour les molécules de l'IVG. La prémédication serait-elle inutile ?

Les AINS n'influent pas sur l'efficacité du misoprostol et sont considérés dans la plupart des études comme efficaces. Dans l'étude de Livshits (16), réalisée sur 120 femmes en double aveugle AINS versus paracétamol, l'ibuprofène pris au début des douleurs réduit significativement celles-ci, sans augmenter le nombre d'échec d'IVG.

L'objectif de notre étude est d'analyser les différents protocoles antalgiques existant afin de savoir s'ils répondent aux attentes des patientes en termes de soulagement de la douleur. Nous avons cherché à connaître le ressenti de la douleur par les patientes à domicile et les facteurs prédictifs de la douleur de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire.

Cette étude avait pour finalité d'élaborer un protocole d'antalgie et d'informations à délivrer à la patiente, standardisé et adaptable en fonction des facteurs de risque de douleur de la patiente.

# MATERIELS ET METHODE

---

## 2.1. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée grâce aux bases de recherche banque de données de santé publique (BDSP) et Pubmed, Cochrane, Pascal et dans le Sudoc pour les recherches de thèses.

Les mots clefs utilisés ont été: Medical Abortion- Pain control- Avortement- IVG- Interruption volontaire de grossesse- IVG médicamenteuse- douleur-acceptabilité

## 2.2. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée dans une cinquantaine de cabinets médicaux de ville où des patientes peuvent réaliser des IVG en ville. L'étude est prospective.

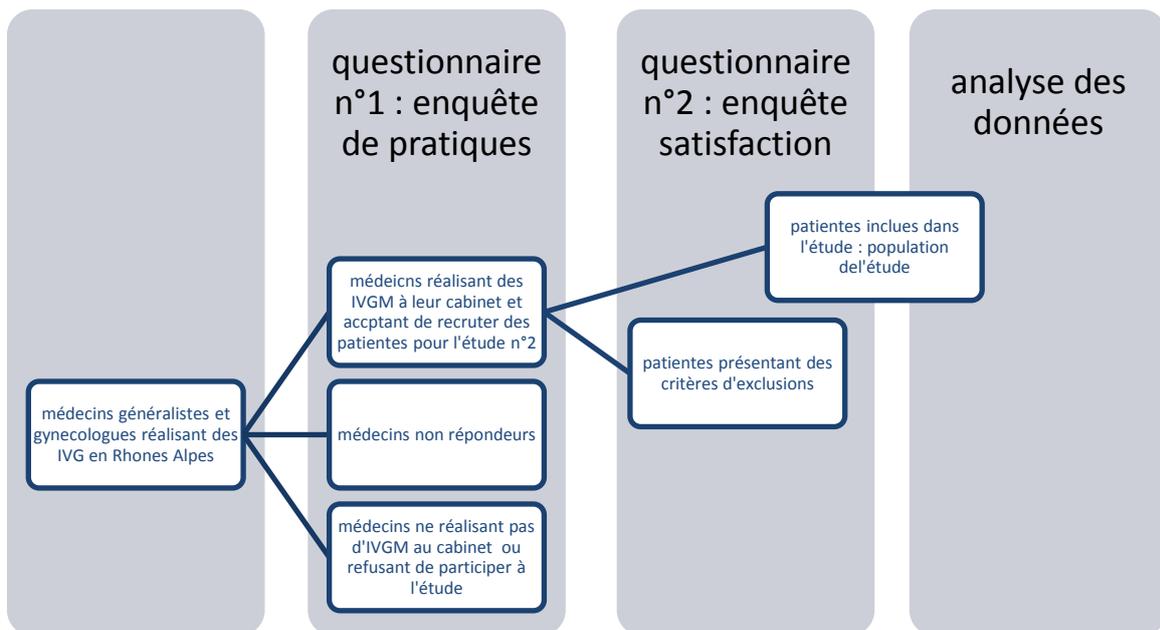


Figure 1 : design de l'étude

## 2.3. Type de l'étude

### 2.3.1. Etude descriptive transversale, analyse des pratiques

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès des médecins réalisant des IVG ambulatoires en Rhône-Alpes.

### **2.3.2. Étude patientes**

Une étude multicentrique a été réalisée dans une cinquantaine de cabinets médicaux de ville où des patientes peuvent réaliser des IVG en ville. L'étude est prospective, descriptive, non interventionnelle.

## **2.4. Critères de jugement**

### **2.4.1. Critère de jugement principal :**

L'intensité de la douleur ressentie par les patientes réalisant une IVG à leur domicile, par autoévaluation, mesurée avec une Echelle numérique, complétée par la femme après son IVGM.

### **2.4.2. Critère de jugement secondaire :**

L'analyse descriptive des pratiques des médecins pratiquant des IVGM en Rhône Alpes.

Le ressenti de la patiente pendant son IVG et l'utilisation réelle des antalgiques à domicile.

La satisfaction de la patiente par rapport à sa prise en charge de la douleur (molécules utilisées, informations données par le médecin concernant la douleur).

## **2.5. La population d'étude**

Notre étude est composée par deux sous-études aussi nous distinguons deux populations d'étude.

### **2.5.1. Les médecins**

La population cible était les médecins pratiquant des IVG médicamenteuse en ambulatoire dans la région Rhône Alpes. Les médecins étaient des généralistes et gynécologues et avaient signé une convention avec un hôpital référent.

101 médecins, réalisant des IVGM en ambulatoire, inscrits sur la liste de l'Agence régionale de santé de Rhône Alpes ont été contactés par e-mail en septembre 2014 pour répondre à un questionnaire élaboré en format Google Docs. Une relance a été faite par mail en octobre 2014. (Cf annexe I pour la distribution de ces médecins sur la région Rhône Alpes)

90 médecins ayant réalisés une formation sur l'IVG médicamenteuse par MG Form et CIVG de Savoie ont été contactés également par mails via ces organismes. Nous ne savons pas le nombre de médecins réalisant de manière effective des IVGM ambulatoires, ni leur distribution sur le territoire.

Le recueil a été réalisé entre le 15 septembre 2014 et le 15 février 2015.

### **2.5.2. Les patientes :**

-Les patientes réalisant une IVG médicamenteuse en ambulatoire pendant la période de l'étude et acceptant d'y participer après avoir reçu la fiche d'information (cf annexe III) essentiellement en Rhône Alpes constituaient l'échantillon.

-25 questionnaires ont été remplis grâce à des dossiers de patientes, de manière rétrospective. Nous avons sélectionnés les 25 derniers dossiers de l'année 2013 complets du docteur P. Ces dossiers papiers étant bien renseignés sur la douleur nous avons pu compléter la quasi-totalité des items de notre questionnaire.

#### Les critères d'inclusion des patientes étaient les suivants :

Toute patiente présentant une grossesse de 7 SA maximum le jour de la prise du misoprostol (délai légal de l'IVG en ville), ayant choisi la méthode médicamenteuse pour réaliser une IVG à domicile et comprenant la notice d'information et le consentement, peut être incluse dans l'étude.

#### Les critères de non-inclusion étaient:

La non-compréhension du français ou des explications,

La présence de contre-indication à la méthode médicamenteuse,

La présence d'une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire.

Les patientes réalisant une IVG médicamenteuse à l'hôpital sont exclues de notre étude.

### **2.6. Procédure de recueil des données**

Le recueil de données a été réalisé de manière prospective sur 3 mois entre le 15 septembre 2014 et le 15 février 2015 pour l'étude médecins. Et entre le premier novembre 2014 et le 28 mars 2015, pour l'étude patientes soit une durée de 5 mois.

Une relance des médecins, téléphonique, individuelle entre 29/11 et le 20/12 a permis d'identifier les médecins acceptant de participer au recrutement des patientes. Un courriel a été renvoyé en janvier et en mars aux médecins pour les motiver.

Les autres médecins formés à l'IVGM contactés via les organismes de formations, n'ont pas pu être recontactés personnellement.

Un site internet a été créé afin d'héberger le lien vers le questionnaire en ligne, sur le site [www.thesedouleurivg.com](http://www.thesedouleurivg.com). Un lien vers ce site était disponible sur [www.ivglesadresses.com](http://www.ivglesadresses.com), site recensant les structures disponibles pour les IVG.

Quelques patientes, correspondant aux critères d'inclusion ont été recrutées individuellement en cabinet médical par l'enquêteur principal.

25 questionnaires ont été remplis de manière rétrospective sur dossier papier.

Les patientes et les médecins participant à l'étude ont rempli un questionnaire en ligne sur Google Doc ou un questionnaire papier (cf. annexe II), qui a ensuite été informatisé pour créer une base de données Excel.

## 2.7. Les questionnaires

### 2.7.1. L'enquête de pratiques

Le questionnaire médecin comportait 11 questions, à choix multiples et 2 questions avec des réponses ouvertes (cf. annexe II)

Ce questionnaire recueillait :

Les caractéristiques du médecin : sexe, âge, type de pratique.

Son expérience dans le domaine de l'IVG et de l'IVG en ambulatoire.

Ses pratiques antalgiques avec leurs origines, en détaillant la prémédication, l'existence d'un protocole standardisé, et son descriptif.

Les connaissances sur les facteurs de risque de la douleur pendant les IVG médicamenteuses.

### **2.7.2. Le questionnaire patientes**

Le questionnaire patiente contenait 20 questions, avec pour la plupart des questions fermées (cf. annexe III). Deux questions restaient ouvertes pour recueillir un mot caractéristique de la douleur et un commentaire de la patiente sur la prise en charge de la douleur. Les réponses étaient à choix multiples pour la plupart ou sous forme d'échelle d'évaluation pour la douleur ou son retentissement. Le questionnaire a été évalué et corrigé par plusieurs médecins réalisant des IVGM ambulatoires et un médecin anesthésiste algologue.

Les items renseignés étaient, dans la première partie, la description de la population participant à l'étude et ses facteurs prédisposant à la douleur

-l'âge de la patiente

-la catégorie socioprofessionnelle

-la parité

-la gestité

-les ATCD de Fausse couche spontanée (FCS) ou d'IVG

-l'intensité des dysménorrhées selon le score de Andersch.

-La prise en charge antalgique proposée par le médecin et assimilée par la patiente était ensuite étudiée. Les informations données à la patiente sur la douleur, et les prescriptions médicamenteuses antalgiques prévues étaient précisées.

-La douleur ressentie lors de l'IVG à domicile et la prise en charge antalgique par la patiente elle-même était détaillée selon plusieurs échelles de douleur et une question libre permettait à la patiente de décrire la douleur ressentie.

-La satisfaction globale de la patiente sur sa prise en charge et son IVG médicamenteuse à domicile était évaluée sous la forme « conseillerez-vous la méthode à une amie ? ».

### **2.8. Gestion des données**

Les données ont été recueillies sur un tableau via un fichier Excel® et analysées de façon strictement anonyme, puis codées.

## 2.9. Analyse statistique

Les statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées grâce aux logiciels Excel®, Epi Info® et le site *www.biostatgv.com*.

Les données recueillies sont présentées et décrites en fonction de variables qualitatives.

Des analyses comparatives ont été menées par comparaison de pourcentage par le test de Chi deux. Quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, le test exact de Fisher a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives.

Afin de déterminer si certains critères sociodémographiques ou autres types de variables avaient un lien avec la douleur ressentie par les femmes, la variable quantitative comprise entre 0 et 10 déterminant l'échelle numérique simple a été transformée en variable qualitative binaire avec un seuil à 4 puis à 7/10.

L'analyse multi-variée par régression logistique recherche une association statistique entre chacune des caractéristiques socio-cliniques pouvant potentiellement moduler la survenue de douleurs.

Pour l'ensemble des tests statistiques, le seuil de significativité retenu était de 0.05.

## 2.10. Aspects éthiques et réglementaires

### 2.10.1. Protection des personnes

Le questionnaire était rempli par la patiente sur la base du volontariat. Une introduction précédait le questionnaire expliquant le cadre et le motif de l'étude. L'aspect législatif concernant le droit de rétractation était communiqué ainsi que les coordonnées du chef de projet pour des informations complémentaires.

### 2.10.2. Confidentialité des données

Un lien internet était donné aux patientes pour qu'elles accèdent au questionnaire. Les données étaient recueillies via un questionnaire en ligne Google Doc anonyme.

Le fichier Excel® a été traité uniquement par les acteurs de l'étude.

### **2.10.3. Déclaration à la CNIL**

Une déclaration de projet de recherche concernant les IVG médicamenteuses en ville avec l'utilisation de données patientes a été déposée à la CNIL sous la référence 1789121 V 0 pour la création d'une base de données et 1789120 V 0 pour le traitement statistique des données.

### **2.10.4. Comité d'éthique**

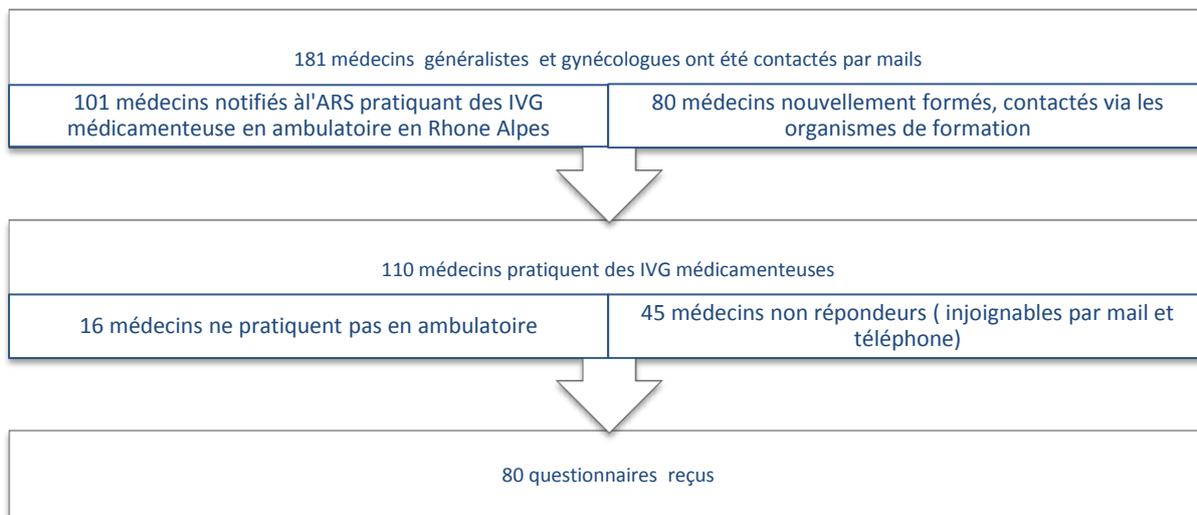
Un avis consultatif a été demandé au Comité d'éthique des Hospices civils de Lyon. Une présentation a été réalisée le 14/10/2014 afin de détailler les modalités du projet et le questionnaire patientes à la suite de laquelle a été donné un avis favorable.

# RESULTATS

## 3.1. Résultats de l'étude 1 : enquête de pratique

### 3.1.1. Nombre de questionnaires recueillis

Les médecins contactés étaient des généralistes et des gynécologues, travaillant en cabinet libéral ou en centre de planification, et réalisant des IVG en ambulatoire ou ayant réalisé une formation récente pour pratiquer des IVG. 181 médecins ont été contactés par mail ou par téléphone (pour les médecins n'ayant pas de coordonnées mails).



**Tableau 1 : diagramme de flux des questionnaires remplis par les médecins**

80 réponses pour 181 mails envoyés soit un taux de réponses global de 44.2%. 80 médecins sur 110 médecins pratiquant des IVG médicamenteuse en ambulatoire (selon les données de l'ARS) soit 72.8% des médecins pratiquant des IVG en Rhône Alpes.

### 3.1.2. Description de l'échantillon

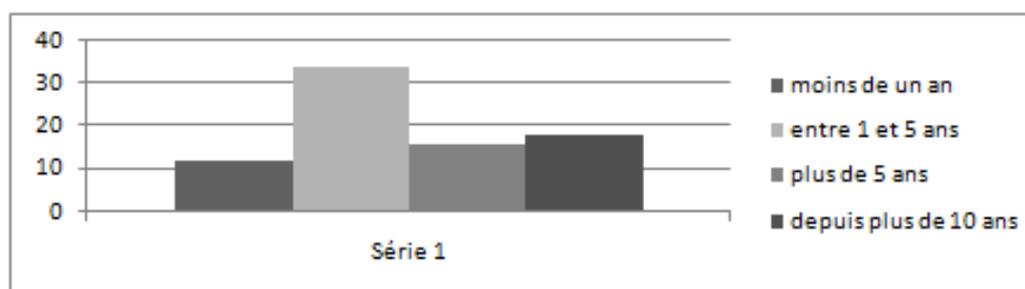
67% des médecins répondant aux questionnaires étaient des femmes.

	n	%
<b>Caractéristiques</b>		
<b><u>Sexe</u></b>		
Masculin	26	33
Féminin	54	67
<b><u>Lieu d'exercice</u></b>		
Rural	11	13.7
Semi-rural	20	25
Urbain	49	61.3
<b><u>Expérience de l'IVG</u></b>		
Moins d'un an	12	14
1-5 ans	34	42.5
Plus de 5 ans	16	20
Plus de 10 ans	18	22.5
<b><u>Formation (plusieurs réponses possibles)</u></b>		
Protocole avec hôpital conventionné	2	2.5
Expériences	35	43.7
Recherches/ étude sur le sujet	7	8.7
Recommandations	10	12.5
Formation théorique	58	72.5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Tableau 2 caractéristiques des médecins**

Et 61.3% des médecins travaillaient en milieu urbain.

La plupart (56.5%) des médecins pratiquaient des IVG depuis moins de 5 ans (12 depuis moins d'un an et 34 depuis moins de 5 ans).



**Figure 2: durée de la pratique des IVG médicamenteuses en ambulatoire**

### 3.1.3. Notion de protocole antalgique

<b>Protocole antalgique</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p-value</b>
<i>sexe</i>			
Femmes	48 (88.9%)	6 (11.1%)	p: 0.72 (Fisher)
Hommes	22 (84.6%)	4 (15.4%)	
<i>Expérience de l'IVG</i>			
Moins de 1 ans	12	0	p: 0.50 (Fisher)
Entre 1 et 5 ans	29	5	
Plus de 5 ans	13	3	
Plus de 10 ans	16	2	
<b>total</b>	<b>70 (87,5%)</b>	<b>10 (12.5%)</b>	

**Tableau 3 : présence d'un protocole antalgique**

Tous les médecins pratiquant des IVG depuis moins d'un an et la majorité des médecins soit 87.5% de notre échantillon, utilisaient un « protocole antalgique ».

### 3.1.4. Prémédication

#### Type de prémédication

	n	%
<b><u>Prémédication</u></b>		
systématiquement	67	83.7
souvent	7	8.8
jamais	6	7.5
<b><u>Type de prémédication</u></b>		
AINS seul	29	36.2
Paracétamol seul	2	
Paracétamol +AINS	10	12.5
AINS + palier 2+ paracétamol	5	6.2
Paracétamol + palier 2	7	8.8
AINS + phloroglucinol + paracétamol	4	5.0
Paracétamol + phloroglucinol	2	
Paracétamol+ palier 2+phloroglucinol	1	
Pas de prémédication	6	7.5
Non précisé	14	17.5
Total	80	100

Tableau 4 : description de la prémédication

Parmi les 74 médecins qui prescrivait une prémédication, la majorité utilisent les anti-inflammatoires non stéroïdiens (29 soit 36,2%) seuls, et 5 l'associaient avec un antalgique de palier 2 et 10 avec du paracétamol.

#### **Horaire de la prémédication**

Plusieurs médecins précisait l'importance pour eux du moment de la prémédication : une heure avant le misoprostol pour 6 médecins, 30 minutes avant pour 2 médecins, 15 minutes avant pour 1 médecin, et en même temps pour 2 médecins. Les autres médecins prescrivant une prémédication aux patientes n'avaient pas défini le moment de la prise.

	<b>Prémédication systématique</b>	<b>Prémédication souvent</b>	<b>Pas de prémédication</b>	<b>Valeur du p</b>
<b><i>sexe</i></b>				
Femme	46 (85.2)	4 (7.4)	4 (7.4)	0.88 (Fisher)
Homme	21 (80.8)	3 (11.5)	2 (7.7)	
<b><i>expérience</i></b>				
Moins d'un an	10 (83.3)	0	2 (16.7)	0.014* (Fisher)
1 à 5 ans	33 (97)	1	0	
Plus de 5 ans	12 (75)	2 (7.5)	2(7.5)	
Plus de 10 ans	12 (75)	4 (15)	2	
<b><i>Formation</i></b>				
Protocole avec hôpital	<b>(plusieurs</b> 2	<b>réponses)</b> 0	0	0.10 (Fisher)
Formation théorique	51	4	3	
Expérience	29	5	1	
Recherches/ étude sur le sujet	7	0	0	
Recommandation	5	2	3	
<b><i>Type d'exercice</i></b>				
rural	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	0.53 (Fisher)
Semi-urbain	15 (75)	3 (15)	2 (10)	
urbain	43 (87.8)	3 (6.1)	3 (6.1)	
<b>total</b>	<b>67 (83.7%)</b>	<b>7 (8.8%)</b>	<b>6 (7.5%)</b>	

**Tableau 5 : prémédication et profil des médecins** \* Attention effectif faible pour « souvent et pas de prémédication », le  $p \leq 0.05$  ne suffit pas à conclure une différence significative.

Les médecins hommes et femmes avaient une attitude similaire (p-value : 0.88, test exact de Fisher) concernant la prémédication antalgique. 80.8% des hommes et 85.2% des femmes recommandaient une prémédication en systématique à leurs patientes.

Les habitudes de prémédication ne variaient pas en fonction du lieu de pratique des médecins (p-value : 0.57, selon test de Fisher).

83.3% des médecins nouvellement formés (moins d'un an) et 97% des médecins formés, il y a moins de 5 ans, prescrivaient en systématique une prémédication antalgique.

### 3.1.5 Antalgie de l'IVG

#### Description du protocole antalgique

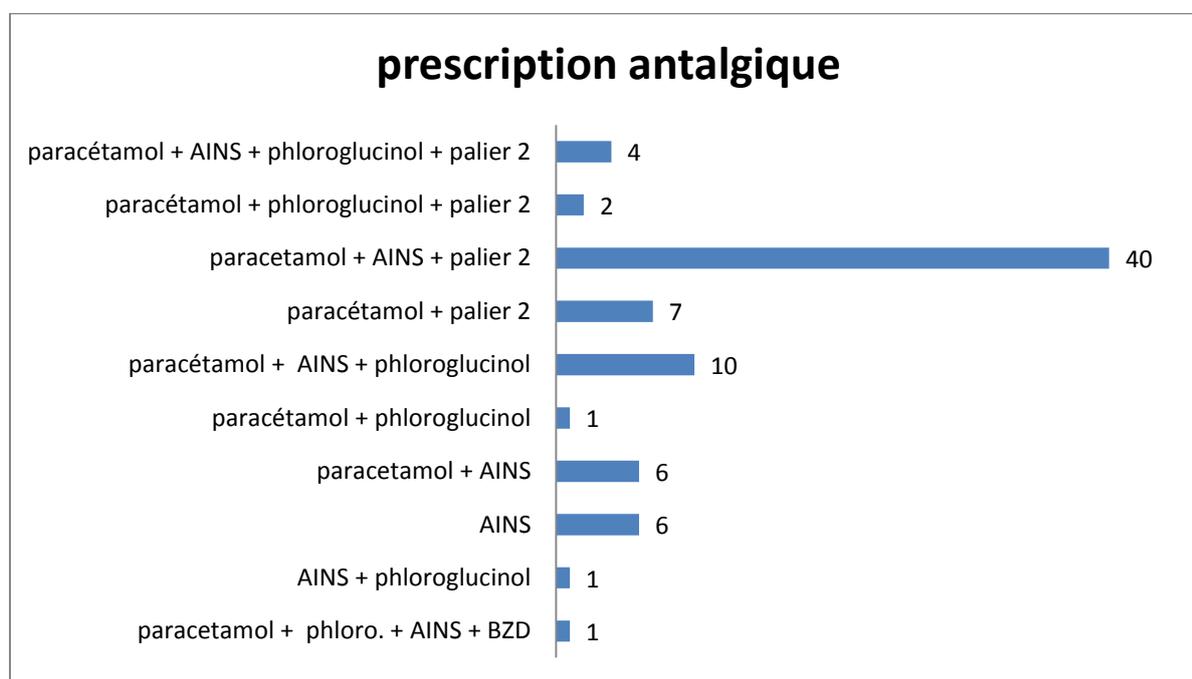


Figure 2 : répartition de l'effectif des médecins en fonction des antalgiques prescrits

Deux médecins n'ont pas répondu à cette question malgré l'utilisation d'un protocole antalgique.

Il existait **10 protocoles antalgiques différents** en comparant les classes de molécules utilisées. Dans le détail des prescriptions, des médecins recommandaient la prise des molécules en systématique et d'autres augmentaient les paliers antalgiques en fonction de l'auto-évaluation de leur douleur par les patientes. Il existait donc beaucoup plus de protocoles différents.

**L'utilisation de l'association paracétamol+ palier 2 et AINS était très largement utilisée avec la moitié des médecins qui la prescrivaient.** Les types des associations paracétamol + palier 2 étaient différents, ainsi que la molécule palier 2 utilisée et son dosage : Klipal codeiné®(600/50 codéine), Codoliprane®(400/20 ou 500/30mg codeine), Ixprim®(325/37.5mg tramadol), Lamaline® (300/ 40 dérivés opiacés / caféine)(pour 23 médecins), Dafalgan Codeiné®(500 + 30mg codéine)®(pour 3 médecins), étaient cités. Pour les anti-inflammatoires, il s'agissait principalement de

l'ibuprofène pour 49 médecins, kétoprofène pour 1 médecin et flurbiprofène Antadys® pour 5.

Les molécules les plus utilisées étaient le paracétamol pour 71 médecins, les AINS pour 68 médecins, et les antalgiques paliers 2 (tous types confondus) pour 53 médecins.

### **Utilisation des antalgiques palier 2**

25, soit 32% des médecins répondants ne prescrivait pas d'antalgique palier 2, malgré les recommandations.

	<b>Utilisation palier 2</b>	<b>Pas de palier 2</b>	<b>Valeur du p</b>
<b><u>sexe</u></b>			
Femme	35 (66%)	18 (34%)	0.59 (Chi2)
Homme	18 (72%)	7 (28%)	
<b><u>expérience</u></b>			
Moins d'un an	6 (50%)	6	0.39 (Chi2)
1 à 5 ans	26 (76,5%)	8	
Plus de 5 ans	10 (66,6%)	5	
Plus de 10 ans	11 (64.7%)	6	
<b><u>Formation (plusieurs réponses possibles)</u></b>			
Protocole avec hôpital conventionné	1	1	0.22 (Fisher)
Formation théorique	43 (81.1%)	15 (60%)	
Expérience	22 (41.5%)	12 (48%)	
Recherches/ étude sur le sujet	8 (15%)	0	
Recommandations	7	4	
<b>total</b>	<b>53 (68%)</b>	<b>25 (32%)</b>	

Tableau 6 : utilisation des antalgiques et profil des médecins

Dans notre échantillon, Les hommes préconisaient plus de palier 2 que les femmes (72% des hommes versus 66% des femmes interrogées).

Les médecins prescrivant des antalgiques palier 2 avaient plus fait de recherches sur la prise en charge de la douleur (15% versus 0%), et citaient plus souvent leur formation.

### Utilisation des AINS

	Utilisation AINS	Pas d'AINS	Valeur du p
<b><u>sexe</u></b>			
Femme	49 (92.5%)	4	0.066
Homme	19 (76%)	6	(Fisher)
<b><u>expérience</u></b>			
Moins d'un an	11 (91.7%)	1	0.78
1 à 5 ans	29 (85, 3%)	5	(Fisher)
Plus de 5 ans	14 (93, 3%)	1	
Plus de 10 ans	13 (81.2%)	3	
<b><u>formation</u></b>			
Protocole avec hôpital conventionné	2	0	0.96
Formation théorique	49 (72%)	8 (80%)	(Fisher)
Expérience	29 (42.6%)	4 (40%)	
Recherches/ étude sur le sujet	7	0	
Recommandations	6	0	
<b>total</b>	<b>68 (87.2%)</b>	<b>10 (12.8%)</b>	

**Tableau 7 : utilisation des AINS et profil des médecins**

92.5 % des femmes prescrivait des AINS versus 76 % des hommes.

Parmi les médecins non prescripteurs d'AINS, aucun n'avait fait de recherche sur la prise en charge de la douleur et aucun n'indiquait le recours aux recommandations comme source d'information.

Dans les 2 groupes, la formation par l'expérience théorique ou personnelle était la même.

### Utilisation des antispasmodiques

	Anti-spasmodique	Pas d'anti-spasmodique	Valeur du p
<b><u>sexe</u></b>			
Femme	14	39	0.53
Homme	5	20	(Chi2)
<b><u>expérience</u></b>			
Moins d'un an	5	7	0.52
1 à 5 ans	7	27	(Fisher)
Plus de 5 ans	3	12	
Plus de 10 ans	4	13	
<b><u>formation</u></b>			
Protocole avec hôpital conventionné	1	1	<b>0.00019*</b>
Formation théorique	14	43	(Fisher)
Expérience	5	28	
Recherches/ étude sur le sujet	7	0	
Recommandations	3	7	
<b>total</b>	<b>19 (24.5%)</b>	<b>59 (75.6%)</b>	

**Tableau 8 : utilisation des antispasmodiques et profil des médecins** \*attention effectif faible pour « souvent et pas de prémédication », le  $p \leq 0.05$  ne suffit pas à conclure une différence significative

19 médecins utilisaient des antispasmodiques pour leur effet antalgique, soit près d'un quart des médecins interrogés. Nous n'avons pas démontré de différence significative chez les utilisateurs/non utilisateurs, par rapport à leur sexe, expérience et type de formation.

### 3.1.6. Connaissance des facteurs de risques de la douleur

#### Adaptation du traitement antalgique en fonction des facteurs de risque de douleur

73,8% des médecins affirmaient adapter leur traitement en fonction du profil de la patiente (34 toujours et 25 médecins souvent). Parmi les médecins qui ne tenaient pas compte des facteurs de risques (soit 21 médecins), l'un deux précisait « *je suis toujours maximaliste dans le traitement de la douleur, je n'évalue pas, je la traite* » ; 3 ne connaissaient pas de facteur de risques, un trouvait la douleur peu prévisible, et un témoignait que « *l'IVG médicamenteuse est toujours douloureuse* ».

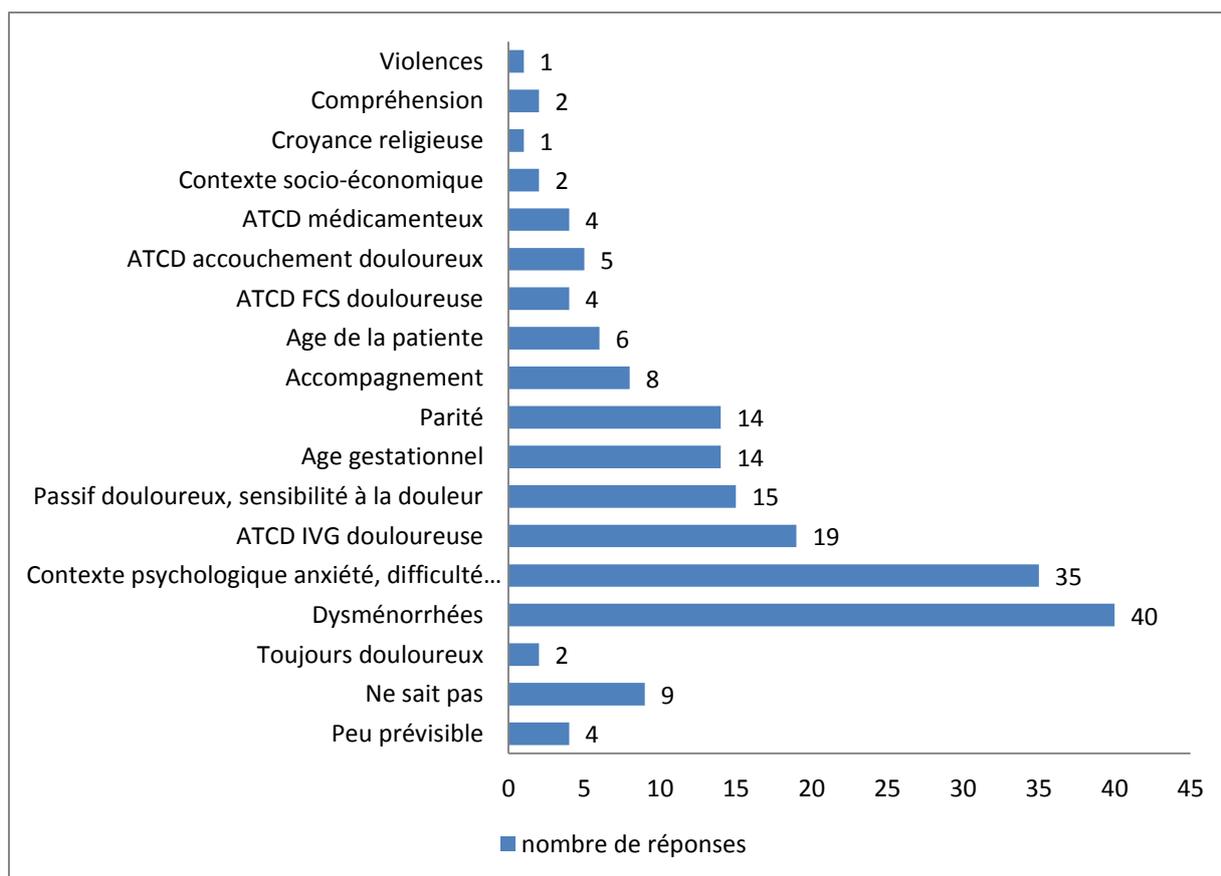


Figure 3 : répartitions de l'effectif en fonction des facteurs de risques de douleur cités

**Le facteur de risque de douleur le plus rapporté par les médecins était la présence de douleurs pendant les règles (40 réponses).**

Pour **45 % des médecins interrogés le contexte psychologique de la patiente était fondamental** ; il était cité 35 fois comme facteur de risque sous plusieurs formes: « vécu de l'IVG difficile », « anxiété », « appréhension de l'IVG », « difficultés psychologiques », « terrain anxieux ».

Un ATCD d'IVG douloureuse semblait être un facteur de risque de douleur pour 19 médecins (23.7%). Et un passif douloureux, une sensibilité à la douleur un facteur de risque pour 15 d'entre eux (18.7%).

L'âge gestationnel de la grossesse, et la parité n'étaient cités que 14 fois (17.5%).

Plusieurs médecins n'identifiaient pas clairement de facteur de risque : 2 médecins trouvaient l'IVG « *toujours douloureuse* », 4 pensaient que les douleurs étaient « *peu prévisibles* », et 9 médecins déclaraient ne pas connaître de facteur de risque de douleur.

### 3.1.7. Évaluation de la douleur

	n	%
Absence d'évaluation	14	17.5
Auto-évaluation par la patiente	14	17.5
Echelle numérique simple	17	21.2
Echelle verbale simple	6	7.5
Echelle visuelle analogique	23	28.7
Durée de la douleur	5	6.3
Comparaison par rapport aux règles ou à d'autres douleurs habituelles	7	8.7
Retentissement sur les activités	4	5
Description / vécu de la douleur	20	25
Utilisation des antalgiques	5	6.3

**Tableau 9 : modalités d'évaluation de la douleur par les médecins (plusieurs réponses possibles)**

14 médecins ne recherchaient pas à évaluer la douleur, plusieurs précisait « *la douleur n'est pas ressentie au cabinet* ». Plusieurs médecins évoquaient également que de nombreuses patientes ne revenaient pas à la consultation de contrôle et n'appelaient pas. Ces patientes non revues étaient par ce fait, non éligibles à l'évaluation de leur douleur.

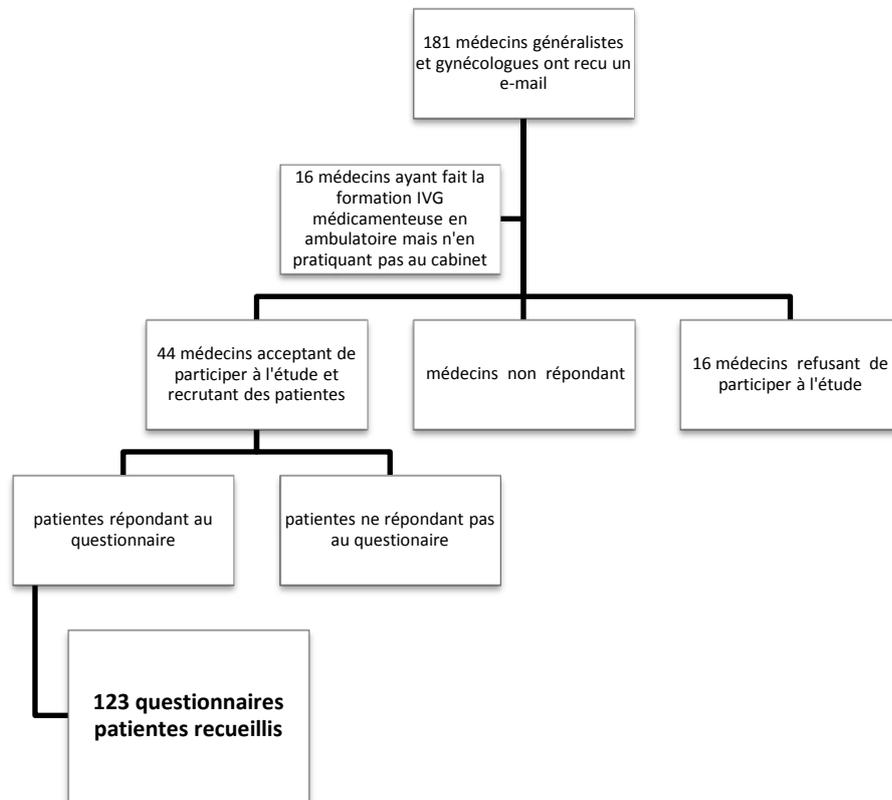
Certains médecins évoquaient que l'acte est toujours douloureux alors que d'autres précisait « *je n'ai jamais eu d'appel concernant la douleur* » « *les femmes s'inquiètent et appellent plus pour des métrorragies persistantes que pour des douleurs* », "*les douleurs sont faibles avant 7SA*".

Les échelles classiques d'évaluation étaient utilisées : EN pour 21.2% des médecins, EVS pour 7 médecins et EVA pour 28.7% des médecins.

Certains médecins demandaient aux patientes de décrire leur vécu global de l'IVG (20 médecins) et l'expérience de leur douleur, par rapport à leurs règles habituelles par exemple (7 médecins), ou leur utilisation d'antalgiques (6 médecins).

## 3.2. Résultats de l'étude 2 : enquête auprès des patientes

### 3.2.1. Nombre de patientes



**Figure 4 : diagramme de flux des médecins et patientes**

Parmi les 181 médecins contactés, 16 médecins ont été exclus de l'étude car ils ne pratiquaient pas d'IVG ambulatoire (retraite, modification du mode d'exercice, pas d'accord avec un centre référent, pas d'IVGM au cabinet, pas de demande d'IVG).

44 médecins ont accepté de recruter des patientes, en expliquant l'étude et en diffusant le questionnaire à leur patiente réalisant l'IVG.

Parmi les médecins répondant au téléphone, 16 médecins ont refusé de participer au recrutement des patientes, les raisons invoquées par ces 16 médecins étaient: le très faible nombre d'IVG fait chaque année (pour 3 médecins), le manque d'intérêt pour le sujet (pour 3 médecins « *les patientes ne se plaignent pas d'avoir mal* »), la volonté de ne pas ré-aborder le sujet de l'IVG avec leur patiente par crainte des répercussions psychologique (3 médecins) et enfin le manque de temps (pour 6 médecins).

Les autres médecins n'ont répondu ni au mail ni à la relance téléphonique et ne participent de ce fait pas à cette étude.

Nous ne connaissons pas le nombre de patientes non répondeuses.

123 questionnaires-patientes ont ainsi été recueillis.

### 3.2.2. Caractéristiques de la population

#### 2.1. Caractéristiques sociales

La population de cette étude comprenait 123 patientes, avec un âge médian de 29 ans et une moyenne de 29.86 ans, répartie entre 16 et 46 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25-29 ans (presque 30% de notre effectif). 40% des patientes étaient employées et 15 % des cadres.

	n	%
<b><u>Tranches d'âge</u></b>		
< 20 ans	6	4.8
20-24 ans	22	17.9
25-29 ans	36	29.3
30-34 ans	26	21.1
35-39 ans	18	14.7
Plus de 40 ans	15	12.2
<b><u>Catégories socio-professionnelles</u></b>		
artisan	3	2.5
cadre	19	15.4
employé	49	39.8
agriculteur	3	2.5
Au chômage	7	5.7
Au foyer	7	5.7
étudiant	14	11.4
ouvrier	5	4
Autre	16	13
	123	100

**Tableau 10 : caractéristiques sociales des patientes**

La population de cette étude comprenait 123 patientes, avec un âge médian de 29 ans et une moyenne de 29.86 ans, répartie entre 16 et 46 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25-29 ans (presque 30% de notre effectif). 40% des patientes étaient employées et 15 % des cadres.

## 2.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales

	n	%
<b><u>Nombre d'enfants</u></b>		
0	63	51.2
1	23	18.7
2	24	19.5
3	9	7.3
plus	4	3.3
<b><u>ATCD d'IVG (plusieurs réponses possibles)</u></b>		
aucune	87	70.7
IVGM ambulatoire	15	12.2
IVGM en centre	13	10.6
IVG chirurgicale	14	11.4
<b><u>ATCD FCS</u></b>		
non	100	81.3
oui	23	18.7
<b><u>Règles douloureuses</u></b>		
non	47	38.2
Oui, douleurs légères	36	29.3
Oui, douleurs modérées	31	25.2
Oui, douleurs sévères	9	7.3
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

**Tableau 11 : caractéristiques gynéco-obstétricales**

La parité est comprise entre 0 et plus de 3 enfants.

Parmi les femmes, **environ la moitié (51.2%) étaient nullipares.**

87 femmes n'ont jamais eu recours à une IVG et 100 femmes n'ont jamais vécu de FCS. On note que 27 femmes ont déjà pratiqué une IVG médicamenteuse et parmi elles, 15 en ont déjà réalisé une en ambulatoire.

38% des patientes interrogées ont des règles non douloureuses, 29% des douleurs légères, et 25% des douleurs modérées. Seulement 7.3% des femmes présentaient des douleurs de règles considérées comme sévères et répondant mal aux antalgiques.

### 3.2.3 Les informations sur la douleur délivrées par le médecin

La grande majorité des femmes avaient été informées que l'IVG médicamenteuse pouvait être un acte douloureux. Néanmoins, **9 patientes (7.3%) n'avaient pas reçu cette information.**

### 3.2.4. Les accompagnants

La plupart des femmes étaient accompagnées au cours de la prise de misoprostol à domicile. Toutefois, **21 femmes (17%) étaient seules malgré les recommandations** de sécurité et de bonnes pratiques.

### 3.2.5. L'état émotionnel accompagnant l'IVG

Sept questionnaires ne renseignaient pas cette information. Parmi les 116 répondentes, et parmi les mots proposés à cet item : 14 patientes se reconnaissaient comme « *angoissée(s)* », 39 comme « *triste(s)* », 14 comme « *hésitante(s)* », 34 comme « *soulagée(s)* » et 41 comme « *en confiance* ».

2 patientes se sentaient « *coupable(s)* », 1 avait « *peur de la douleur* », 1 était « *perplexe* ».

Les patientes pouvaient cocher plusieurs des items.

Nous avons déterminé 3 groupes de patientes d'après ces émotions:

-les patientes ressentant seulement des émotions d'ordre négatif : la tristesse, l'angoisse, la culpabilité, la peur ; 45 patientes appartenaient à cette catégorie.

-les patientes ressentant des émotions dont les champs lexicaux délivraient plutôt une image positive : le soulagement, la confiance, pour 41 patientes.

-les patientes exprimant l'hésitation, ou des émotions contradictoires étaient classées parmi les « ressentis mixtes », et il s'agissait de 30 patientes.

### 3.2.6. La douleur ressentie

#### **-Auto-évaluation de la douleur par l'échelle numérique(EN entre 0 et 10)**

**La douleur moyenne de l'IVG médicamenteuse était à 5.55, et la médiane à 6.** 8 femmes n'ont pas ressenti de douleur pendant leur IVG médicamenteuse. Les patientes ont été réparties en 4 classes selon le niveau de douleur :

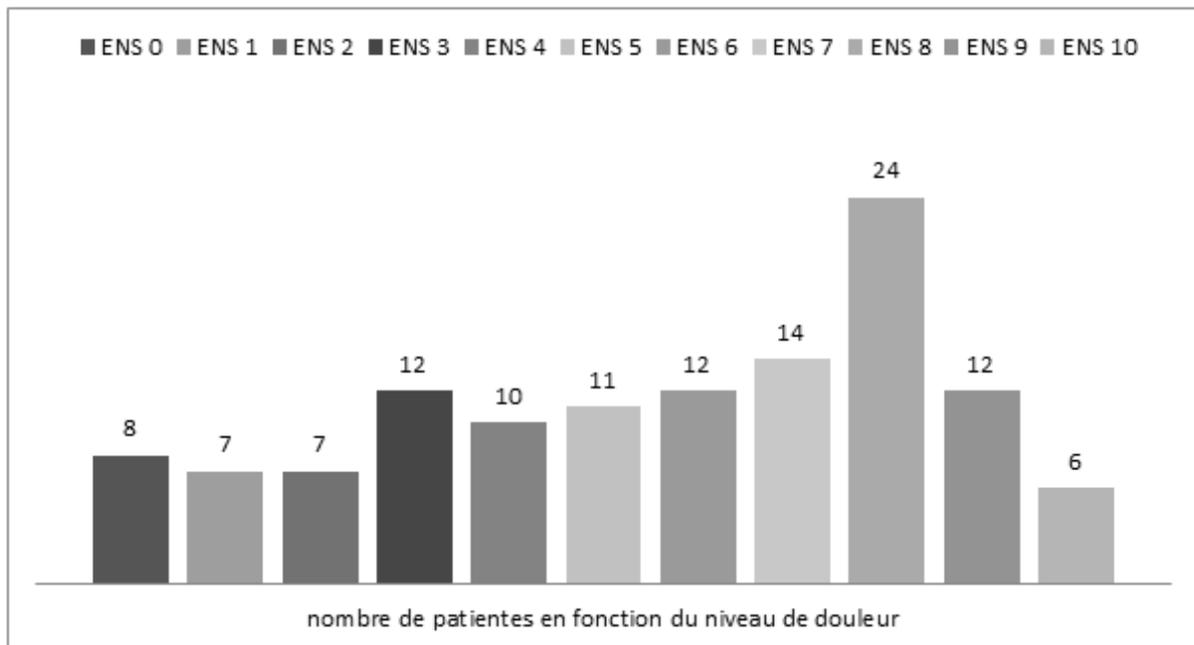
-EN à 0 : douleur nulle ; pour 8 femmes.

-EN entre 1-3 : douleur légère ; pour 26 femmes

-EN entre 4-6 : douleur modérée ; pour 33 femmes

**-EN $\geq$ 7 : douleur intense ; pour 56 femmes**

**44% des femmes ont ressenti une douleur de niveau intense.**



**Figure 6 : répartition des patientes en fonction du niveau de douleur exprimée en échelle numérique**

**-échelle comportementale : retentissement sur les activités du quotidien cotées entre 0 et 10**

Tous les scores étaient compris entre 0 et 10.

-Pour le retentissement sur l'humeur, la médiane était à 3 et la moyenne à 3.36

-Par rapport à la capacité à la marche, la médiane était à 3 et la moyenne à 4.29.

-Pour le travail, la médiane était à 4 et la moyenne à 4.69, donc la plus élevée des moyennes et des scores. Le travail était la sphère la plus atteinte par la douleur de l'IVG.

-Au sujet de la capacité de conserver des relations avec les autres et son environnement, la moyenne était à 4.18 et la médiane à 3.

-Le sommeil était la sphère comportementale la moins touchée, avec une valeur médiane à 2 et un retentissement moyen à 3.35.

**Les scores de retentissement étaient globalement moins élevés que ceux de l'évaluation unidimensionnelle de la douleur.**

#### **-Auto-évaluation par un mot, multidimensionnelle**

**Les mots « horrible » (6 fois) et « atroce » (2 fois), « insupportable » (2 fois), « angoissante » sont cités plusieurs fois.**

La notion de douleur subie revient sous plusieurs formes : « subie », « barbare », « arrachement des organes du ventre ».

L'intensité de la douleur est décrite comme « violente » « profonde » ou au contraire « légère » (3 fois), « faible » (3 fois).

Le type de la douleur est parfois évoqué comme des « coups de couteaux », des « contractions », la douleur est « spasmodique », « viscérale ».

La durée revient plusieurs fois comme courte : « pic », « brève », « rapide », « crise ».

Quelques patientes interprètent leur douleur, elle est décrite comme « morale » ou qualifiée de « dégoût », « normale » ou « supportable » (5 fois).

Elle est comparée aux règles 5 fois, et « plus douloureuse que l'accouchement sans péridurale ».

#### **-Comparatif de la douleur par rapport à ce que les femmes avaient imaginé**

**47 femmes (38.2%) ont trouvé la douleur plus intense que celle qu'elles avaient prévue** par rapport à leur connaissance de la douleur, les explications données par le médecin, leur vécu.

**L'intégralité des patientes qui ont été « surprise(s) » par cette douleur qu'elles n'avaient pas anticipée avait des EN supérieures ou égales à 6.** Et, parmi elles, 11 patientes avaient déjà réalisé une IVG, et 5 déclaraient ne pas avoir reçu l'information « l'IVG médicamenteuse peut être un acte douloureux » par leur médecin.

35 femmes l'ont jugée moins intense que prévue, et 41 femmes l'avaient imaginée comme elles l'ont ressentie.

### **-Comparatif de la douleur par rapport à la douleur des règles**

80 patientes avaient évalué la douleur comme plus intense par rapport à celle de leurs règles, 29 comme identique et 14 moins intense.

### **3.2.7. Antalgie durant l'IVG médicamenteuse**

#### **- Prémédication et antalgie au moment de la prise de misoprostol**

**88 femmes (71.5%) ont pris un antalgique avant la survenue des douleurs.** Parmi les femmes n'ayant pas anticipé les douleurs par un antalgique (35), **13 patientes déclaraient que cette prise médicamenteuse ne leur avait pas été conseillée par leur médecin.**

**64 femmes, soit plus de la moitié des patientes, avaient utilisé un AINS pour leur prémédication.**

	n	%
<b><u>Prémédication</u></b>		
Prémédication en même temps que misoprostol	62	50.4
Prémédication après le misoprostol	26	21.1
Pas de prémédication mais conseillée	22	17.9
Pas de prémédication, non conseillée	13	10.6
<b><u>Type de prémédication</u></b>		
AINS seul	48	39
Paracétamol seul	11	8.9
phloroglucinol seul	3	2.4
Paracétamol +AINS	6	4.9
AINS + palier 2+ paracétamol	9	7.3
AINS + palier 2 + para + phloroglucinol	1	
Paracétamol + palier 2	3	2.4
Paracétamol + phloroglucinol	1	
Paracétamol +palier 2+ phloroglucinol	3	2.4
Pas de prémédication	35	28.5
Non précisé	3	
Total	123	100

**Tableau 12 : description de la prémédication**

## -Antalgie dans les heures qui suivent la prise du misoprostol

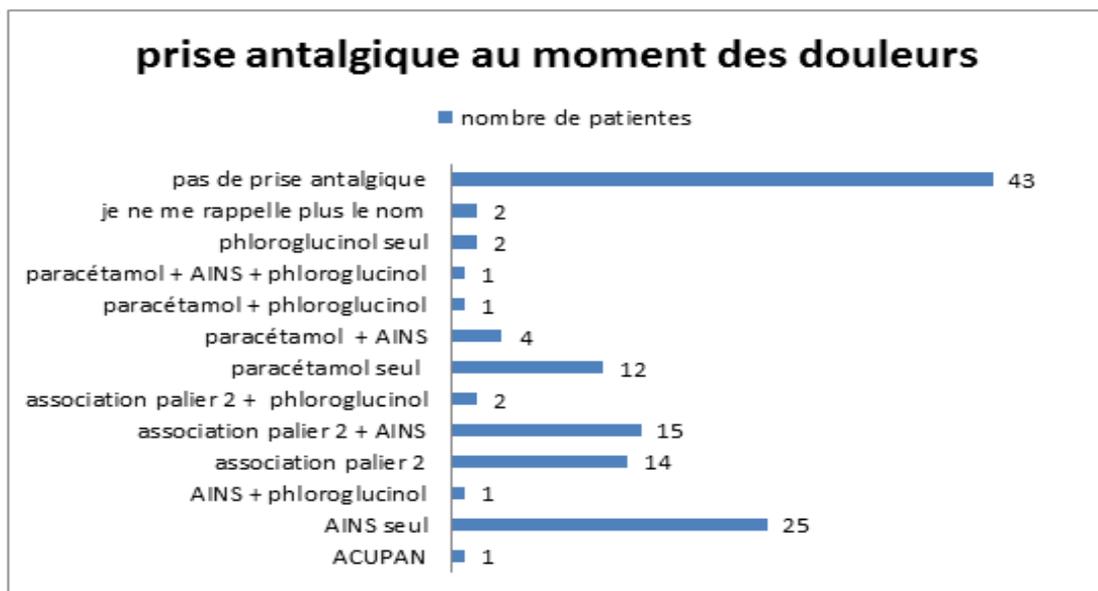


Figure 7 : répartition de l'échantillon en fonction des différents antalgiques pris

43 patientes n'ont pas pris d'antalgique au moment des douleurs.

**24 patientes (19, 5%) ont ressenti des douleurs et n'ont pas pris d'antidouleur.** Parmi ces 24 patientes, 16 avaient pris une prémédication.

### -les antalgiques pris et l'adéquation avec le niveau de la douleur ressentie.

Sur les 123 patientes de la cohorte, seulement 38 patientes ont pris un antalgique adapté à leur niveau de douleur. **83 (67.5%) patientes présentant des douleurs ont pris un traitement non adapté à leur niveau de douleur.** Pour la plupart, elles présentaient une douleur d'intensité sévère (EN sup à 7) et ont pris un antalgique de palier 1 simplement.

### 3.2.8. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse

25 patientes pensaient que le moment le plus douloureux était dans les 30 minutes qui suivaient la prise de misoprostol, 48 patientes dans les 3 heures, et 9 patientes dans les 3 jours.

Pour 22 patientes, le moment le plus douloureux de l'IVG a été celui de l'expulsion de l'œuf.

Pour 3 patientes les douleurs ont duré une semaine, et pour 1 patiente 15 jours. 10 patientes n'ont pas ressenti de douleur.

### **3.2.9. Facteurs prédictifs de douleur durant l'IVG médicamenteuse**

#### ***Facteurs prédictifs d'une douleur modérée ( $EN \geq 4$ ) au cours d'une IVG médicamenteuse***

Puis pour chaque critère ( $EN4$  et  $EN7$ ), un modèle logistique multi-varié a permis de préciser l'influence des facteurs de risque identifiés précédemment, en tenant compte de leurs effets conjointement. Tous les facteurs ayant une p-value  $< 0.20$  dans les tests univariés (Chi 2 ou Fisher) ont été retenus. Dans ce modèle multi-varié, les facteurs étaient retirés un à un en partant du moins significatif, jusqu'à ce que tous les facteurs aient une p-value  $< 0.10$ . Les facteurs influents sont ceux ayant une p-value  $< 0.05$  dans ce modèle final.

L'événement étudié est la présence de douleurs ( $EN \geq 4$  ou  $EN \geq 7$ ) : les Odds Ratios sont donc relatifs à la probabilité d'occurrence de cet événement.

Echelle Numérique	EN<4		EN≥4		Valeur Du p simple	Valeur du p Et OR Multi variée
	n	%	n	%		
<u>Age (n=123)</u>					p=0.59	
Moins de 25 ans	6	21,4	22	78,6	(Fisher)	
25-29	12	33,3	24	66,7		
30-34	6	23,1	20	76,9		
35-40	7	38,9	11	61,1		
Plus de 40 ans	3	20,0	12	80,0		
<u>Parité (n=123)</u>					<b>P= 0.0097</b>	<b>P=0.0076</b>
nullipare	11	17,5	52	82,5	<b>(Chi2)</b>	OR=2.76
multipare	23	38,3	37	61,7		
<u>ATCD IVG(n=123)</u>					P=0.36	
non	22	25,3	65	74,7	(Chi2)	
IVG	12	26,1	34	73,9		
<u>ATCD FCS (n=123)</u>					P=0.85	
oui	6	26,1	17	73,9	(Chi2)	
non	28	28,0	72	72,0		
<u>Dysménorrhée(n= 123)</u>					<b>P= 0.013</b>	<b>P =0.025</b>
non	21	44,7	26	55,3	<b>(Fisher)</b>	
Oui, légères	6	16,7	30	83,3		OR=7.09
Oui, modérées	6	19,4	25	80,6		OR=5.76
Oui, sévères	1	11,1	8	88,9		OR=3.71
<u>Accompagnement(n=123)</u>					P= 0.92	
oui	28	27,5	74	72,5	(Chi2)	
non	6	28,6	15	71,4		
<u>Information sur la douleur(n= 123)</u>					P = 0.44	
oui	33	28,9	81	71,1	(Fisher)	
non	1	11,1	8	88,9		
<u>Anticipation de la douleur (n=123)</u>					<b>P&lt;0.001</b>	<b>P&lt;0.001</b>
Prévue (moins et comme prévue)	34	44,7	42	55,3	<b>(Chi2)</b>	OR=3,29x10 <sup>-9</sup>
Non prévue		0,0	47	100		
<u>Etat psychologique accompagnant l'IVG (n= 116)</u>					P=0.39	
Sentiment négatif	13	28,9	32	71,1	(Chi2)	
Sentiment mixte	10	33,3	20	66,7		
Sentiment positif	8	19,5	33	80,5		
<u>Prémédication (n= 120)</u>					P=0.18	
-AINS	21	32,8	43	67,2	(Chi2)	
Pas d'AINS	13	23,2	43	76,8		
-Paracétamol	5	27,8	13	72,2	(Chi2)	
Pas de paracétamol	29	28,4	73	71,6		
-palier 2	3	18,8	13	81,3	(Fisher)	
Pas de palier 2	31	29,8	73	70,2		
-pas de prémédication	9	25,7	26	74,3	(Chi2)	
prémédication	25	29,4	60	70,6		

Echelle numerique	EN<4		EN≥4		P simple	P et OR multivarié
	n	%	n	%		
<u>Traitement antalgique (n= 121)</u>						
-Paracétamol	5	29,4	13	76,5	P=0.99	
Pas de Paracétamol	29	28,2	74	71,8	(Chi2)	
-AINS	7	15,2	39	84,8	<b>P =0.017</b>	
Pas d'AINS	27	35,5	48	63,2	<b>(Chi2)</b>	
-Palier 2	2	6,5	29	93,5	<b>P=0.0021</b>	
Pas de Palier 2	32	35,6	58	47,9	<b>(Fisher)</b>	
-pas de priseantalgique	22	18,2	21	23,3	<b>P&lt;0.001</b>	<b>P&lt;0.001</b>
Prise d'antalgique	12	15,4	66	84,6	<b>(Chi2)</b>	OR 0.21
<u>Douleurs sans prise antalgique (n=123)</u>						
oui	8	33,3	16	66,7	P=0.49	
non	26	26,3	73	73,7	(Chi2)	
<u>Manque de prescription antalgique proposée par le médecin (n=123)</u>						
Oui	3	8,8	31	91,2	<b>P=0.039</b>	
non	31	31,3	58	58,6	<b>(Chi2)</b>	
<u>Recommandation de la méthode (n=123)</u>						
oui	32	26,0	76	61,8	P= 0.23	
non	2	1,6	13	10,6	(Fisher)	
<u>Acceptabilité(n=123)</u>						
oui	34	37,4	67	73,6	<b>P&lt;0.001</b>	<b>P= 0.045</b>
non	0	0,0	22	100,0	<b>(Fisher)</b>	OR=1,15x10 <sup>-</sup>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>27,6</b>	<b>89</b>	<b>72,4</b>		

**Tableau 13 : recherche de lien de causalité entre différentes variables et douleur modérée**

**72% des femmes de notre étude avaient exprimé un score d'échelle numérique supérieur ou égal à 4, correspondant à une douleur dite « modérée » et « sévère ».**

Les facteurs de risque corrélés avec la présence d'une douleur modérée ou plus (soit avec un EN > ou = à 4) étaient:

**-la nulliparité :** 83% des nullipares ressentait des douleurs évaluées à >=4 contre 62% des multipares avec un p=0.0097 en Chi 2 et p=0.0076 en analyse multi-variée, mettant en évidence un lien encore plus fort entre ces 2 variables.

**-les dysménorrhées :**

L'intensité de la douleur mesurée par EN était corrélée avec l'importance des douleurs ressenties pendant les règles, de façon significative (facteur significatif à plus de 2 modalités). On observe que les patientes ayant des règles légèrement ou modérément douloureuses avaient significativement plus souvent des IVG douloureuses (au sens

d'EN $\geq$ 4) que les patientes qui n'ont pas de douleurs de règles (Odds Ratio de 0,25 et 0.30).

**-le fait d'avoir mal anticipé la douleur était corrélé significativement avec le fait d'avoir plus mal** : 100% des patientes n'ayant pas prévu de douleur ont un EN $\geq$ 4 (contre 45% chez les autres) (P<0.001).

Les femmes ayant mieux prévu la douleur ont des scores de douleur plus faibles ; elles décrivent les douleurs de manière moins négative et ont trouvé les douleurs plus acceptables.

Inversement, les facteurs non prédictifs d'une douleur modérée, avec un p-value  $\geq$  0.05, étaient:

-l'âge n'était pas retrouvé comme significativement corrélé avec l'importance des douleurs.

-les antécédents de FCS ou d'IVG.

**-l'accompagnement**, la présence d'un ami le jour de la prise du misoprostol à domicile.

**-l'état psychologique accompagnant l'IVG** : les patientes exprimant des sentiments négatifs (71.1% ayant un EN supérieur ou égal à 4) pour commenter leur état émotionnel, ne ressentaient pas plus de douleurs que les patientes ressentant des sentiments plus positifs (80.5% avaient un EN sup ou égal a 4).

**- l'existence d'une prémédication et le type de molécules utilisé** AINS, paracétamol ou palier 2 n'était pas significativement lié à une diminution des douleurs maximales ressenties. Parmi les 85 patientes ayant pris une prémédication, 70.6% ont ressenti une douleur maximale  $\geq$ 4, contre 74.5% des patientes sans prémédication.

**-le fait d'avoir reçu l'information, par le médecin, que l'IVG médicamenteuse pouvait entraîner des douleurs, n'avait pas d'impact sur le niveau de douleur ressentie (p=0.44)**

Echelle Numérique	EN<7		EN≥7		p-value simple	p-value et OR multi-variée
	n	(%)	n	(%)		
<u>Age (n= 123)</u>						
Moins de 25 ans	12	42,9	16	57,1	p=0.512 (Chi2)	
25-29	22	61,1	14	38,9		
30-34	13	50,0	13	50,0		
35-39	10	55,6	8	44,4		
40 ans et plus	10	66,7	5	33,3		
<u>Parité (n=123)</u>						
nullipare	29	46,0	34	54,0	<b>P=0.054</b>	<b>P=0.052</b>
multipare	38	63,3	22	36,7	(Chi2)	OR=0.79
<u>ATCD IVG (n=123)</u>						
non	46	52,9	41	47,1	P=0.58 (Chi2)	
IVG	21	58,3	15	41,7		
<u>ATCD FCS( n=123)</u>						
oui	11	16,4	12	21,4	P= 0.48 (Chi2)	
non	56	83,6	44	78,6		
<u>Dysménorrhée ( n= 123)</u>						
non	33	70,2	14	29,8	<b>P=0.005</b> <b>(Fisher)</b>	<b>P=0.027</b> <b>OR=4.8</b> <b>OR=6.15</b> <b>OR=19.4</b>
Oui, légères	18	50,0	18	50,0		
Oui, modérées	15	48,4	16	51,6		
Oui, sévères	1	11,1	8	88,9		
<u>Accompagnement (n=123)</u>						
oui	56	54,9	46	45,1	P=0.83 (Chi2)	
non	11	52,4	10	47,6		
<u>Information sur la douleur (n=123)</u>						
oui	63	51,2	51	91,1	P=0.73 (Fisher)	
non	4	44,4	5	55,6		
<u>Anticipation de la douleur (n=123)</u>						
Prévue (moins et comme prévue)	61	80,3	15	19,7	<b>P&lt;0.001</b> (Chi2)	<b>P&lt;0.001</b> OR= 0.05
Non prévue	6	12,8	41	87,2		
<u>Etat psychologique accompagnant l'IVG (n=116)</u>						
Sentiment négatif	26	57,8	19	42,2	P=0.75 (Chi2)	
Sentiment mixte	15	50,0	15	50,0		
Sentiment positif	21	51,2	20	48,8		
<u>Prémédication (n= 120)</u>						
-AINS	36	56,2	28	43,8	P=0.68 (Chi2)	
Pas d'AINS	30	53,6	26	46,4		
-Paracétamol	9	50,0	9	50,0	P=0.68 (Chi2)	
Pas de paracétamol	57	55,9	45	44,1		
-palier 2	6	37,5	10	62,5	P=0.14 (Chi2)	
Pas de palier 2	60	57,7	44	42,3		
-pas de prémédication	20	57,1	15	26,8	P=0,71 (Chi2)	
prémédication	46	54,1	39	45,9		
<u>Traitement antalgique (n=121)</u>						
-Paracétamol	12	66,7	6	33,3	P=0.26 (Chi2)	
Pas de Paracétamol	55	53,4	48	46,6		
-AINS	19	41,3	27	58,7	<b>P=0.023</b> <b>(Chi2)</b>	
Pas d'AINS	48	64,0	27	36,0		
-Palier 2	6	19,4	25	80,6	<b>P&lt;0.001</b> <b>(Chi2)</b>	
Pas de Palier 2	61	67,8	29	32,2		
-pas de prise antalgique	35	81,4	8	18,6	<b>P&lt;0,001</b> <b>(Chi2)</b>	<b>P&lt;0.001</b> OR=0.29
Prise d'antalgique	32	41,0	46	59,0		

Echelle Numérique	EN<7		EN≥7		p-value simple	p-value et OR multi-variée
	n	(%)	n	(%)		
<u>Douleurs sans prise antalgique (n= 123)</u>					P=0.18	
oui	16	66,7	8	33,3	(Chi2)	
non	51	51,5	48	48,5		
<u>Manque de prescription antalgique proposée par le médecin (n= 123)</u>					<b>P&lt;0.001</b>	
oui	9	26,5	25	73,5	<b>(Chi2)</b>	
non	58	65,2	31	34,8		
<u>Recommandation de la méthode</u>						
oui	62	57,4	46	42,6	<b>P=0.079</b>	
non	5	33,3	10	66,7	<b>(Chi2)</b>	
<u>Acceptabilité (n=123)</u>					<b>P&lt;0.001</b>	<b>P=0.041</b>
oui	65	64,4	36	35,6	<b>(Fisher)</b>	<b>OR= 0.13</b>
non	2	9,1	20	90,9		
Total	67	54,5	56	45,5		

**Tableau 14 : recherche de lien de causalité entre différentes variables et douleur sévère**

**Les facteurs de risques retrouvés restent les mêmes : la parité, la présence de règles douloureuses, l'anticipation de la douleur.**

-Les patientes ayant des dysménorrhées importantes ont significativement plus souvent des IVG douloureuses (au sens d'EN≥7) que les patientes qui n'ont pas de douleurs de règles (Odds Ratio de 19, soit très fort). Le lien de causalité est moins fort pour les patientes ayant des règles peu ou modérément douloureuses.

87% de celles qui n'ont pas prévu de douleurs ont un EN≥7 (contre 20% chez les autres)

74% de celles à qui on n'a pas prescrit d'antalgique supplémentaire ont une EN≥7, contre 35% chez les autres.

La probabilité de ressentir une douleur est 20 fois plus élevée chez les patientes n'ayant pas anticipé de douleurs que chez les autres (Odds Ratio 0.05).

### 3.2.10. Les douleurs et la prise d'antalgiques

#### -les antalgiques et la douleur

**Les patientes ayant ressenti plus de douleur ont plus pris d'antalgiques.** 84.6% des patientes prenant des antalgiques ont ressenties des douleurs d'intensité modérées ou plus (EN  $\geq$ 4), contre 23.3% chez les autres.

59% des patientes prenant des antalgiques ont subi des douleurs sévères versus 18.6% des autres.

L'effet sur l'EN de la prise d'un traitement antalgique (en général ou en particulier)n'a pas été mis en évidence du fait d'effectifs trop faibles dans les différents groupes et de groupes trop nombreux. En outre, les patientes prenaient le plus souvent plusieurs molécules en même temps.

Parmi les patientes exprimant un score en échelle numérique supérieur à 4, 44.8% avaient pris des AINS et 55.2% non ; pour celles exprimant un score  $\geq$  à 7, les chiffres avec ou sans AINS étaient équivalents (51.9% avec et 48.1% sans). Pour les antalgiques classés en palier 2, 94% des patientes traitées ont une EN $\geq$ 4, contre 75% chez les patientes ne prenant pas d'antalgiques palier 2 et 81% ont une EN $\geq$ 7, contre 34% chez les autres.

Par rapport à l'efficacité des antalgiques, une tendance au non soulagement des douleurs (p=0.061) pour les patientes ayant pris des AINS, une non efficacité pour soulager les douleurs lors de la prise d'antalgiques de palier 2 (p=0.00951) et une tendance à un meilleur soulagement pour le paracétamol.

	<i>N : Effectif</i> <i>Non soulagée</i>	<i>%</i>	<i>N : effectif</i> <i>Soulagée</i>	<i>%</i>	<i>p-value</i>
<u><i>AINS</i></u>					
<i>oui</i>	17	37.0	29	63.0	<i>P= 0.061</i>
<i>non</i>	16	21.3	59	78.7	<i>(Chi2)</i>
<u><i>Paracétamol</i></u>					
<i>oui</i>	2	11,1	16	88.9	<i>P=0.096</i>
<i>non</i>	31	30.1	72	69.9	<i>(Chi 2)</i>
<u><i>Palier 2</i></u>					
<i>oui</i>	14	45.2	17	54.8	<i>P=0.00951</i>
<i>non</i>	19	21.1	71	78.9	<i>(Chi2)</i>
<u><i>Traitement versus pas de traitement</i></u>					
<i>traitement</i>	26	31.7	56	68.3	<i>P=0.063</i>
<i>Pas de traitement</i>	7	16.3	36	83.7	<i>(Chi2)</i>
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>27.3</b>	<b>88</b>	<b>72.7</b>	

**Tableau 15 : soulagement de la douleur en fonction de la prise d'antalgiques**

-le manque d'antalgique prescrit par le médecin

**Un rôle négatif est ressorti des prescriptions insuffisantes d'antalgiques.** Parmi les items proposés dans le questionnaire, « *oui, j'ai ressenti le besoin de prendre des antidouleurs autres que ceux prescrits par mon médecin* » a été coché 25 fois chez les patientes avec  $EN \geq 7$  et 31 fois par les patientes avec  $EN \geq 4$ . Soit 91.2% ayant une douleur évaluée à 4 ou plus, et 73.5% avec une douleur évaluée à 7 ou plus.

-l'acceptabilité de la douleur

**100% des femmes qui jugeaient les douleurs de leur IVG inacceptables ont une  $EN \geq 4$ , et 90.9% ont une  $EN \geq 7$ . La survenue d'une douleur d'intensité modérée est un critère de non acceptation de la douleur (plus que la survenue d'une douleur intense).**

### 3.2.11. Acceptabilité globale de l'IVG

	N : Effectif	%	N : Effectif	%	p-value
	Recommande la méthode		Ne recommande pas		
<u>Score de douleur</u>					
EN 0	8	100	0	0	P=0.41
EN entre 1 et 3	24	92.3	2	7.7	(Fisher)
EN entre 4 et 6	30	90.9	3	9.1	
EN ≥ 7	46	82.1	10	17.9	
<u>Prévisibilité de la douleur</u>					
oui	71	93.4	5	6.6	P=0.022
non	37	78.7	10	21.3	(Chi2)
<u>prémédication</u>					
oui	77	87.5	11	12.5	P=1
non	31	88.6	4	11.4	(Fisher)
<u>Adéquation douleur et antalgique</u>					
oui	37	97.4	1	2.6	P= 0.031
Non trop faible	70	84.3	13	15.7	(Fisher)
Non trop fort	1	50.0	1	50.0	
<u>Antalgie supplémentaire</u>					
Oui, re-consultation	10	83.3	2	6.7	P=0.043
Oui, automédication	6	6.7	3	3.3	(Fisher)
Oui mais pas de prise	10	76.9	3	23.1	P= 0.017
Non, bien soulagée	63	90.0	7	10.0	(Chi2)
Non, pas de douleur	19	100	0		oui/non)
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>87.8</b>	<b>15</b>	<b>12.2</b>	

Tableau 16 : recommandation de la méthode

L'acceptabilité globale de l'IVG médicamenteuse à domicile était bonne : La majorité des femmes (101 femmes) jugeaient la douleur ressentie lors de leur IVG « acceptable », et 108 recommanderaient la méthode à une amie.

Les scores de douleur semblaient liés avec la satisfaction globale de l'IVG, avec un p néanmoins supérieur à 0.05. La prise d'une prémédication (ou non) ne jouait pas de rôle sur la satisfaction globale.

Parmi les femmes ayant mal anticipé la douleur, 21.2 % ne conseillaient pas la méthode à une amie (versus 12.2 sur l'échantillon global).

**Ainsi le manque de prescription antalgique (p=0.017), l'inadéquation entre la douleur et les paliers antalgiques pris, et le fait d'avoir anticipé la douleur était retrouvés comme facteurs favorisant une mauvaise acceptation globale de l'IVG.**

# DISCUSSION

## 4.1. Résultat principal : Evaluation de l'efficacité des traitements antalgiques sur l'intensité de la douleur ressentie

### 4.1.1. L'intensité de la douleur ressentie

Dans notre étude, l'échelle numérique médiane de la douleur maximale ressentie pendant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire était de 6 sur 10, versus 8.2 pour l'étude de Livshits (16), 6.02 à 4 h de la prise du misoprostol pour l'étude d'Abdel-Aziz (17). 26.8% des femmes ressentaient une douleur modérée (EN entre 4 et 6) et 45.5% une douleur intense (EN≥7).

### 4.1.2. Description de la prise en charge antalgique

Dans la littérature, il n'existe pas de recommandation concernant un prise en charge antalgique précise au cours de l'IVG médicamenteuse. Plusieurs études ont essayé de montrer une possible efficacité de certains antalgiques, sans atteindre des résultats concordants. Elles sont résumées dans le tableau 17.

Etudes	Effectifs et schéma IVG	Protocole antalgique	Douleur	Méthodes évaluation	Efficacité des antalgiques
Livshits(16), 2009 Pregnancy Israël	N : 120 600 mg mifepristone et 400 µg misoprolol po 48h plus tard <b>En surveillance à l'hôpital</b>	16000 mg ibuprofène versus 2 g paracétamol <b>au début des douleurs</b> Voir 500 mg dipyronne <b>si douleur à 1 h</b>	80% des femmes ont un EV≥ 7 après le misoprostol	-Echelle Numérique (0 à 10) après misoprostol et une heure après -nécessité d'une 2nde ligne d'antalgique	-EV= 8.35 puis EV= 5.67 après paracétamol -EV = 8.2 puis 3.41 après ibuprofène <b>P&lt;0.0001</b> <b>Diminution significative des douleurs plus importante par ibuprofène</b>
Westhoff(18), 2000, contraception USA ; étude multicentrique	N : 2747 200 mg Mifepristone puis 800 µg vaginale misoprostol <b>A domicile</b>	<b>1-prémédi-cation</b> codéine et paracétamol puis à la demande ou <b>2-antalgiques à prendre</b> <b>3-antalgiques à la demande</b>	79 % des femmes utilisent des antalgiques codéines	Utilisation des codéines	<b>Les femmes prenant une prémédication utilisent plus d'antalgiques</b> que les autres <b>p&lt;0.01</b>

Etudes	Effectifs et schéma IVG	Protocole antalgique	Douleur	Méthodes évaluations	Efficacité des antalgiques
Kopp(19), 2012, Contraception, suède	N : 395 200 mg Mifepri-stone puis 800 µg misoprostol voie vaginal 36-48h plus tard <b>A domicile</b>	<b>Prémédication :</b> 100mg diclofénac , 2* 500mg /10paracétamol dihydro-codeine <b>en même temps que misoprostol et 4 h après</b> 500/10		-EV entre 0 et 10 -satisfac-tion : referait la même méthode	72.4% referaient la même méthode 20% des femmes estiment la procédure pire que prévue <i>Pas de comparaison entre les groupes antalgiques</i>
Abdel-aziz(20), 2004, BJOG, Angleterre,	N : 205 Mifepri-stone 200 mg oral puis 800 µg misoprostol vaginal a 36h à l'hôpital	1/ paracétamol 2/20 mg dyhydro-codeine et 1 g paracétamol 3/pethidine IM Antalgiques utilisés <b>en fonction des douleurs</b>	EVA = 4.76 à 2 h EVA= 6.07 à 4 h après la prise de misoprostol	EVA à 2 h et 4 h après la prise de misoprostol	<i>Pas de comparaison des scores de douleurs en fonctions des antalgiques</i>
Wiebe(14), 2001 Canada	N : 281 Metho-trexate puis 200µg misoprostol intra vaginal 72h après	1/Placebo, 2/ibuprofène 400 mg 3/association paracétamol 325mg + 30 mg codéine En même temps que le misoprostol, <b>en prémédication</b>	EN 6.2 23.4% des femmes ont des EN à 9 ou 10	EN maximale ressentie Satisfaction de la méthode	1/EN = 6.5, 2/EN = 6.2, 3/EN= 6 p=0.66 <b>pas de différence entre les 3 groupes</b>
Madignier(21), 2012, France , Thèse	N: 246 Mifépri-stone 600 mg po puis 400µg misoprostol 72h après Sous surveillance	1/en fonction des douleurs 2/paracétamol 30 min av misoprostol puis nefopam, tramadol , phloroglucinol si besoin	EN 4, 5 ou 6 pour 32.6% des femmes EN 7, ou plus pour 29.1% des femmes	-EN horaire entre h0 et h5 , mais pas réaliser en systématique -utilisation des antalgiques	Pas de différences entre les groupes Avant et après instauration protocole antalgique

**Tableau 17 : différentes études détaillant le niveau de douleur et les antalgiques pris au cours de l'IVG médicamenteuse**

### Les antalgiques proposés par les médecins de notre cohorte

87.5% des médecins de notre étude déclaraient utiliser un protocole antalgique lors des IVG médicamenteuses. La moitié des médecins utilisaient l'association paracétamol + AINS + Palier 2, avec des molécules très variables (dosage en paracétamol et palier 2 très différents). Le reste des prescriptions était disparate, avec des prescriptions antalgiques utilisées seulement par un médecin (alprazolam, phloroglucinol, Acupan®).

32% des médecins ne prescrivait pas de palier 2 et aucun médecin ne prescrivait de palier 3. Dans plusieurs études, il est précisé que le recours aux antalgiques palier 2 est souhaitable(22). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens dont l'efficacité est reconnue dans les dysménorrhées et dans les douleurs de l'IVG(1) étaient largement prescrits par 68 médecins. Les hommes de notre étude en délivraient moins que les médecins femmes.

19 médecins, soit 24.5% de notre échantillon, prescrivait des antispasmodiques alors qu'il n'existe pas de preuve de leur efficacité et qu'ils ont été évalués avec un service médical rendu (SMR) insuffisant(23).

#### 4.1.3. Le traitement pris par les patientes et son efficacité

Dans notre étude, 43 patientes n'ont pas repris d'antalgiques à la suite du misoprostol : 23% parce qu'elles ne ressentaient pas de douleur mais le **nombre de patientes ayant ressenti des douleurs et n'ayant pas pris d'antalgiques en conséquence avoisine les 20%**. Les patientes douloureuses n'ont donc pas toujours pris d'antalgique. La question ne leur a pas été posée quant à la cause de cette non-prise. Avaient-elles peur des effets secondaires des antalgiques ? Avaient-elles besoin de ressentir la douleur pour confirmer le déroulement normal de l'IVG ? Jugeaient-elles la douleur comme « normale » ? La douleur était-elle une fatalité, un effet secondaire attendu de leur IVG?

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'OMS, concernant l'utilisation des antalgiques, les femmes présentant des douleurs légères auraient dû recevoir un antalgique palier 1, celles présentant des douleurs modérées un antalgique palier 1 ou 2 (en cas d'échec du palier 1) et celles avec des douleurs sévères un antalgique de palier 2 ou 3. Dans notre étude, la grande majorité des femmes, **67.5%, a pris un antalgique non adapté à son niveau de douleur. 27.6% des patientes ont ressenti le besoin d'utiliser des antalgiques supplémentaires, non prescrits par leur médecin.**

Les patientes prenant plus d'antalgiques ont évalué leur douleur comme plus forte et ont été plus nombreuses à ne pas être « *bien soulagées* ».

L'utilisation différente des antalgiques par les patientes peut dépendre des conseils de prise donnés par les médecins (étude multicentrique), comme le montrait l'étude Penney (10), ou de Westhoff (24), mais aussi par des variables individuelles liées à la

patiente elle-même, comme l'habitude de prendre des antalgiques, un antécédent de douleur intense, ou leur niveau d'étude.

Les antalgiques de palier 3 doivent être proposés d'emblée en cas de douleur intense ou en seconde intention pour des douleurs non soulagées. Parmi les 56 femmes ressentant des douleurs d'intensité supérieure ou égale à 7, aucune n'a reçu d'antalgiques de palier 3 et aucune femme non soulagée non plus.

Nos hypothèses sont les suivantes :

Il existe un manque de prise en compte général des médecins de la douleur et ses traitements antalgiques adaptés. Par ailleurs les médecins ne sont pas assez sensibilisés à l'intensité de la douleur de l'IVG médicamenteuse (comme plusieurs médecins nous l'ont signalé). En effet nous avons pu relever différents propos de médecins, confirmant cette hypothèse : « *les femmes ressentent peu de douleurs avant 7 SA* » « *les patientes ne rapportent pas de douleur* ».

La **peur de l'usage des morphiniques** : risques de surdosages, de mésusage et d'effets secondaires (vomissements ou somnolence)(25)(26) peut expliquer l'absence de leur utilisation et la sous-utilisation des opioïdes faibles.

A contrario, si aucun « effet bénéfique » d'utilisation des antalgiques n'a pu être démontré, un **effet négatif est ressorti des prescriptions insuffisantes d'antalgiques**, ce qui montre encore que les prescriptions des médecins doivent progresser pour mieux répondre aux besoins de leur patiente.

## 4.2. Forces et limites de l'étude

### 4.2.1. Taille de l'échantillon :

L'échantillon de 80 médecins recrutés pour répondre au questionnaire d'enquête de pratique permet une bonne visibilité des attitudes antalgiques en cas d'IVG médicamenteuse, mettant en évidence leurs multiplicités.

Concernant l'étude patientes, les résultats sont plus mitigés. 44 médecins ont accepté de recruter des patientes, ceci garantissant des approches médicales différentes, peu de questionnaires nous ont été retournés, et ceci malgré l'allongement du temps de recueil

initialement prévu. Ce faible nombre de réponses aux questionnaires patientes, entraîne une extrapolation des résultats difficiles.

Cette petite taille d'échantillon peut avoir plusieurs origines : les difficultés mises en évidence pour la faible participation des médecins au recrutement des patientes peuvent s'expliquer par des notions fréquemment rencontrées dans la recherche en médecine générale. La méconnaissance de son existence, le manque de temps, de formation et de rémunération pour la recherche, ainsi que par la crainte du jugement, comme l'a montré une étude qualitative sous forme de focus group réalisée en 2014 par J.S Cadwallader interrogeant les médecins généralistes enseignants et non enseignants.

La méconnaissance de la douleur de l'IVG a motivé le refus de plusieurs médecins, pour qui l'IVG médicamenteuse est non douloureuse, et dont les patientes ne rapporteraient pas de douleur. D'autres médecins évoquent un manque de temps, ou l'absence d'intérêt pour l'étude. Plusieurs médecins ont déclaré ne pas vouloir gêner la patiente en lui remémorant des évènements difficiles.

La plupart des médecins finalement participant ont déclaré avoir distribué la notice d'information mais les patientes n'ont pas été toutes répondeuses.. le nombre total de questionnaires délivrés est inconnu, cependant, le taux de participation semble avoir été faible. Deux patientes contactées par téléphone, malgré leur accord initial, préféraient ne pas repenser à l'IVG et ne souhaitaient pas répondre à l'étude

L'ensemble de ces facteurs représente un frein considérable au recrutement des patientes pour cette étude. .

Le recrutement des patientes a tout de même été multicentrique permettant une investigation sur une population plus diverse.

#### **4.2.2. La représentativité de l'échantillon**

##### **- l'échantillon de médecins**

Dans l'étude Perron (27), réalisée en 2013 chez les médecins de Rhône- Alpes réalisant des IVG, 62.8% était des femmes, contre 67% dans notre étude.

On peut penser que grâce à notre taux de participation l'échantillon est représentatif des médecins réalisant des IVG en Rhône Alpes en ambulatoire.

Il persiste sans doute un biais de sélection : Les médecins se sentant concernés par la douleur et adaptant leur prise en charge dans ce sens ont participé plus volontiers à l'étude. Au cours de la relance téléphonique, un médecin a spécifié ne pas vouloir participer à l'étude ne comprenant pas son intérêt, selon ses propos : « *mes patientes n'ont pas mal* ».

#### -l'échantillon de femmes

Le nombre de perdues de vue entraîne également un biais de sélection: beaucoup de patientes ne se présentent pas à la consultation de contrôle pourtant recommandée et primordiale au cours de l'IVG médicamenteuse, le questionnaire était pourtant remis la plupart du temps à ce moment-là. Les médecins ont été encouragés à délivrer l'information plus tôt dans l'IVG mais cela n'a pas été fait de manière systématique. Les patientes répondant au questionnaire sont peut-être celles qui ont été les plus frappées par la douleur et qui ont ressenti le besoin d'en témoigner.

Nous n'avons pas pu étudier les caractéristiques des patientes non répondeuses pour les comparer à celles des répondeuses pour limiter ce biais de sélection.

Par rapport à l'étude de Gaudu 10) en Ile de France, l'âge moyen était de 28.9 ans, ¾ des femmes avaient entre 20 et 34 ans, versus 28.2 ans dans notre étude et les 68.3% avaient entre 20 et 34 ans.

En 2014, 2 963 IVG médicamenteuses hors établissement de santé réalisées en Rhône Alpes ont été déclarés à l'assurance maladie (selon la base ERASME de l'assurance maladie), la catégorie des femmes de 25/29 ans étaient les plus représentées (24%) et 68.4% des femmes avaient entre 20 et 34 ans.

Dans l'étude Amaya, réalisée sur les IVG médicamenteuses en centre et en ambulatoire, 42.8% des patientes étaient nullipares versus 51.2 % dans notre étude, et 62.8% n'avaient jamais pratiqué d'IVG antérieure contre 70% pour notre étude.

#### **4.2.3 Le questionnaire médecins**

Nous n'avons pas retrouvé dans la bibliographie d'études recherchant les pratiques antalgiques utilisées par les médecins réalisant des IVG médicamenteuses. Nous ne pourrions donc pas comparer ces résultats avec la littérature.

L'étude médecin avait pour objectif de faire un état des lieux, en ayant une vision globale et la plus complète possible. Le questionnaire étant rapide à remplir et comportant peu de questions, nous avons pu recevoir un nombre statistiquement intéressant de réponses par rapport au nombre de médecins pratiquant des IVG en ambulatoire.

La brièveté recherchée du questionnaire a induit certains biais d'information et d'interprétation. On aurait pu mieux détailler le protocole médicamenteux de l'IVG pour s'assurer des dosages en misoprostol et mifégyne et confirmer qu'il s'agissait du « protocole classique » (cf. annexe V). Plusieurs études ont mis en évidence que la dose et la voie d'administration sont en rapport avec l'intensité des douleurs (28), (29). Et l'étude Amaya, montrait l'hétérogénéité des protocoles utilisés pour la pratique des IVGM (30). Le profil général du médecin, avec son âge, ses motivations à la pratique des IVG, ses croyances religieuses, le nombre d'IVG ambulatoires(31) réalisées par an aurait peut-être permis d'identifier des variables significatives influençant les protocoles antalgiques choisis (27).

Nous avons choisi de poser plusieurs questions ouvertes pour ne pas ressembler à un test d'évaluation des pratiques professionnelles, mais ceci laisse percer un biais d'interprétation. La description du protocole antalgique, le fait que les traitements soient systématiques ou non, l'horaire de la prise de la prémédication si précisé, n'ont ainsi pas souvent été décrits par les médecins.

#### **4.2.4. Le questionnaire patiente**

Le questionnaire patiente part d'un pré requis : l'IVG médicamenteuse est douloureuse, pourtant plusieurs femmes ne ressentent aucune douleur, il existe un biais d'interprétation dans notre questionnaire, qui, de ce fait, est mal adapté aux patientes non douloureuses.

Nous avons choisi de ne pas détailler le terme gestationnel, par peur d'un biais d'information trop important par les patientes (calcul exact le jour de la prise du mifégyne, terme de la grossesse en âge gestationnel ou en semaine d'aménorrhée), et selon les études préexistantes cette variable est souvent importante sur l'importance des douleurs IVG médicamenteuses(17). En ambulatoire, la majorité des IVG se déroulent entre 6 et 7 SA.

Une notification sur le niveau d'étude aurait peut-être été plus intéressante à analyser que « l'activité professionnelle » demandée.

Nous n'avons pas demandé aux patientes si cette méthode avait été choisie et si on leur avait proposée d'autres options thérapeutiques, alors que plusieurs études ont montré que c'était un item prépondérant dans l'acceptabilité globale de l'IVG(32).

#### **4.2.5. Les modalités d'évaluation de la douleur et de l'efficacité du traitement**

Les outils utilisés dans le questionnaire sont multiples :

- L'échelle numérique a été utilisée à plusieurs reprises dans les études (16)(17) pour évaluer la douleur. Cette échelle permet une évaluation globale.. L'échelle numérique utilisée est un outil d'évaluation de la douleur de référence, simple, facilement reproductible et compréhensible(33), (34).

-Nous avons souhaité explorer différents aspects de la douleur ressentie par la patiente et tester des échelles multidimensionnelle d'évaluation : échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien, utilisée habituellement pour l'évaluation et le suivi des douleurs chroniques, dont nous avons retiré l'item retentissement sur « le goût de vivre ». Cette évaluation semblait compléter la précédente.

-Nous avons retenu l'échelle verbale multidimensionnelle développée par Andersch pour grader la sévérité des dysménorrhées (35).

-Nous avons rencontré des difficultés pour l'évaluation de la composante psychologique de la douleur. Nous avons donc proposé aux patientes un item libre pour développer leur ressenti. Les échelles préexistantes semblant non adaptées à notre évaluation (Questionnaire de Saint Antoine pour les douleurs chroniques par exemple).

Certains médecins, se considéraient comme « absent » lors de l'évaluation des douleurs aiguës et ne se sentaient pas toujours concerné par cette problématique. Selon plusieurs médecins, la patiente doit s'autogérer à domicile, 14 médecins (17.5%) ne réalisent pas d'évaluation de la douleur. On peut donc penser que les médecins sont simplement intéressés lors de la consultation de contrôle par l'efficacité de la méthode. D' autres médecins évaluaient la douleur et utilisaient les échelles classiques unidimensionnelles pour la plupart : 17 pour l'échelle numérique, 6 pour l'échelle verbale simple et 23 pour l'échelle visuelle analogique. Ou d'autres échelles de retentissement (pour 4) ou de

comparaison par rapport aux douleurs connues (pour 7). 20 médecins écoutaient le vécu/ ressenti global de la patiente.

Plusieurs remarques montrent l'importance du lien médecin-patiente dans ce contexte, des médecins sont joignables en permanence, d'autres rappellent systématiquement les patientes.

Pour l'évaluation de l'efficacité des antalgiques dans notre étude, une EVA avant et après la prise de traitement aurait pu individuellement mieux juger de l'effet d'un traitement.

### **4.3. Autres résultats : critères de jugements secondaires significatifs**

#### **4.3.1. La prémédication**

**Dans la littérature médicale,**

Etudes	Effectifs et protocole IVGM	Prémédication	Horaire pré-médication	Méthodes évaluation de la douleur	Efficacité des antalgiques
Wiebe(14), 2001 International journal of Gyn and Obs Canada	n : 281  Méthotrexate et 200µg misoprosolol intra-vaginal à domicile a 72h max	1/325 mg Paracétamol et 30mg codéine ou 2/ 400mg ibuprofène ou 3/placebo	En même temps que misopros-tol	-Echelle numérique entre 0 et 10 -Satisfaction globale en posant la question « si vous deviez refaire une ivg, quelles méthodes choisiriez-vous »	<b>Pas de différence significative (p =0.66)</b> EN 9 ou 10 (douleur sévère) pour 23.4% des patientes de la cohorte, score moyen EN= 6.2 P=0.66
Avraham(13), 2012, fertility and sterility, Israel	n: 61  600mg mifepristone puis 400 µg misoprostol a 48h PO À l'hôpital	1/800mg ibuprofène versus 2/ placebo <b>en prémédication</b>  2nd ligne <b>si nécessaire</b> dipyrone	En même temps que misoprostol	-Echelle de douleur à 1 et 2 h après misoprostol -Utilisation d'antalgiques supplémentaires	1/38% versus 2/78%, p=0.001 <b>nécessitent des antalgiques supp</b> <b>Et niveau de douleur plus élevé pour le groupe placebo</b> EVA à 1/4.0 versus 2/5.4 p=0.18
Raymond(36), 2013 obstetrics and Gynecology  USA, etude multi-centrique	n : 250  200 mg Mifepristone et 800 µg misoprostol oral A la maison	1/800 mg ibuprofène 2/ rien en prémédication puis à la demande en fonction des douleurs ttes les 4h	1 heure avant la prise du misoprostol	-Echelle numérique entre 0 et 10 -utilisation des autres antalgiques -satisfaction	<b>Pas de différences</b> dans les 2 groupes 1/EN= 7.1 versus 2/EN= 7.3 P= 0,87
Jain(37), 2001, Contraception, USA	n : 200  Misoprostol 800 µg voie vaginale En ambulatoire	1/500 mg Paracétamol + 4mg lopéramide versus 2/ placebo Puis palier 2 à la demande	En même temps que le misoprostol	-Prise médicamenteuse de palier 2	<b>Moins d'utilisation palier 2 dans les groupes</b> 1/para + lopéramide (4%) versus 2/placebo (16%) P= 0.01

**Tableau 18 : les différentes études sur la prémédication au cours de l'IVG médicamenteuse**

On notera que les études ont été réalisées sur des petits échantillons, utilisant parfois des protocoles différents, et que les conclusions sont très contradictoires, ne permettant pas un niveau de preuve suffisant pour connaître la molécule antalgique efficace et l'horaire de la prise la plus efficace.

Dans les études, la prémédication n'a pas été évaluée comme efficace, comme on peut le lire dans l'étude de Wiebe (14), qui utilise un autre protocole médicamenteux

(méthotrexate et misoprostol vaginal) comparant 3 groupes avec des prémédications différentes (paracétamol + codéine 30 mg ou ibuprofène 400 mg ou placebo) sans différence significative sur les douleurs maximales ressenties.

### **L'utilisation de la prémédication selon les médecins : type, horaire et fréquence d'utilisation**

92.5% des médecins prescrivaient une prémédication (83.7% en systématique) ; la plupart prescrivaient des AINS seuls ou associés. L'horaire de prise de la prémédication n'était pas souvent spécifié. Les habitudes de prémédication ne variaient pas dans notre étude en fonction des critères étudiés (lieu de travail, habitude de l'IVG, sexe, type de formation). Nous n'avons peut-être pas étudié les bons facteurs confondants : l'âge des médecins, le fait de suivre des formations continues, leur croyance, leur motivation à la réalisation des IVG.

### **La prémédication selon les patientes : prise réelle et efficacité sur la douleur**

Seulement 71.5% des femmes de notre étude ont pris une prémédication et parmi celles qui n'avaient pas pris de traitement, 13 (soit 10.6% de la cohorte) déclaraient que la prise ne leur avait pas été conseillée par leur médecin.

Plus de la moitié des patientes utilisaient un AINS en prévention des douleurs, seul (pour 48) et associé avec du paracétamol ou une association palier 2+ paracétamol.

Les patientes prenant une prémédication n'avaient pas moins de douleurs que les autres patientes. Et les différentes prémédications n'avaient pas d'importance sur cet effet.

### 4.3.2. Facteurs prédictifs de douleur dans l'IVG médicamenteuse

Etude	Effectifs	Protocole ivg	Facteur de risque
Suhonen(11), 2011, Contraception, Finlande	N : 54	200 mg Mifepristone puis 400µg misoprostol voie vaginale (parfois oralement) surveillance 3/4h	Age jeune, Age gestationnel, nulligeste, douleur des règles
Ashok(38), 2002, bjog, Ecosse	N : 4132	200 mg Mifepristone et 800 µg misoprostol vaginal 1 (36/48h) ou 2 éme dose à l'hôpital et surveillance	Nulliparité (p= 0.0001), nulligeste idem, âge gestationnel (p=0.001) (sup a 50 jours)
Westhoff(24), 2000, Contraception USA Etude multicentrique	N : 2121	600 mg Mifepristone puis à 48h 400µg misoprostol oral En clinique surveillance pendant 4 h	Jeune âge (p=0.01), nulliparité(p=0.0), âge gestationnel(p=0.00) avancé, couleur blanche,
Abdel-aziz, (2) 2004, international journal of Gynecology, Angleterre,	N : 205	Mifepristone 200 mg oral puis 800 µg misoprostol vaginal a 36h à l'hôpital	âge (P=0.01), nulliparité (P=0.0001), nulligestité (P=0.01), Age gestationnel (P=0.01), statut marital (P=0.0001), et conditions socio-économique défavorables(P=0.0001)
Teal(9), 2007, usa, contraception	N : 1080	Mifepristone et misoprostol entre 6h et 24 h plus tard	âge gestationnel et nulliparité
Paul(39), 2014, France, these en paca	N : 152	Mifepristone + misoprostol par voie jugale, sublinguale ou orale. En ambulatoire	nulliparité (p=0.05), dysménorrhée (p=0.02), et intensité des douleurs pendant les règles, nulligestité,
Etude Rhône alpes 2014-2015	N=123	Selon recommandation ANAES, 200mg Mifepristone suivi de 400 µg de misoprostol En ambulatoire	Nulliparité (p=0.052 pour EN7), dysménorrhée (p=0.027 pour EN7), mauvaise anticipation de la douleur (p<0.001 pour EN7)

**Tableau 19 : les facteurs de risque de douleur pendant l'IVG médicamenteuse retenus dans les différentes études**

#### Les facteurs prédictifs de douleur méconnus par les médecins

Les médecins mentionnaient le plus fréquemment les dysménorrhées (40 soit 50%) ainsi que l'anxiété de la patiente (pour 35 médecins) comme facteur de risque de douleur pendant l'IVG. Alors que la parité n'est citée que 14 fois, de même que l'âge gestationnel.

Neuf médecins ne connaissaient pas de facteurs de risques de la douleur pendant l'IVG.

### Les facteurs prédictifs retrouvés dans notre étude

Dans notre étude, la nulliparité était retrouvée comme significativement corrélée avec la survenue de douleur modérée ou plus ( $p=0.076$ ), et de douleur sévère ( $p=0.052$ ). La présence de dysménorrhée en général, surtout d'intensité sévère, augmentait également le risque de présenter des douleurs importantes pendant l'IVG. La mauvaise anticipation de la douleur était prépondérante également avec un très fort lien de causalité ( $p<0.001$ ).

### Les facteurs pour lesquels il n'y a pas d'association avec une douleur modérée ou intense durant l'IVG médicamenteuse

L'âge de la patiente, les antécédents d'IVG ou de FCS, l'information reçue sur les douleurs délivrées par le médecin, la présence d'un accompagnant le jour de l'IVG (contrairement à l'étude suédoise de Kopp (19)) ne semblaient pas être liés avec la survenue d'une douleur modérée ou intense.

Dans l'étude de Marie Chaumette (15), les facteurs ne montrant pas de corrélation avec une douleur intense (considérée comme EVA sup ou égale à 5) sont : l'âge, la couverture sociale, l'hésitation face à l'IVG, la mise au courant et l'opinion du partenaire face à l'IVG, les violences, un antécédent de douleur importante.

### **4.3.3. Le terrain anxieux et la douleur**

La première partie de l'étude montre que les médecins estimaient le terrain psychologique de la femme comme déterminant par rapport au ressenti de la douleur. A cause de la dimension affective de la douleur, celle-ci pourrait donc être majorée dans des situations d'anxiété. Au cours de l'IVG, Wiebe (14) et Suhonen (11) retrouvaient que les patientes ayant des douleurs sévères étaient plus anxieuses.

Nous avons essayé d'aborder de manière quantitative des variables qualitatives comme le ressenti de la douleur et le contexte psychologique de la femme. La deuxième partie de l'étude montre en effet que les patientes qui se décrivent comme « *angoissée(s)* », « *triste(s)* » ne sont pas plus sujettes à des douleurs intenses (EN supérieur à 4 ou à 6) ( $p=0.39$  pour EN4 et  $p=0.75$  pour EN7) que les patientes exprimant des sentiments plus positifs (la confiance, le soulagement). De manière identique, dans l'étude de Rhudy(41) en 2002, les affects négatifs pouvaient réduire l'intensité de la douleur. En outre une

étude en 2003 montrait que l'utilisation d'un anxiolytique tel le lorazepam lors de l'IVG chirurgicale ne diminuait pas de manière significative les douleurs (42).

#### 4.3.4. Le vécu de la douleur, son acceptabilité

Dans le travail de thèse de Sophie Martin (43), étude qualitative sur le vécu de l'IVG médicamenteuse à domicile, il ressort que « *la douleur permet la réalisation physique de l'IVG* », expliquant la bonne acceptabilité de ses douleurs par les patientes. Elles seraient vécues comme « *responsabilisante* », mais peut l'être également comme « *punitive* », ayant ainsi une composante morale. Nous avons à ce propos remarqué dans notre étude que les patientes décrivant leur douleur, l'associaient à la morale ou au dégoût.

Les patientes ayant mal anticipé la douleur étaient significativement plus douloureuses que les autres. Dans une large étude multicentrique portant sur 2121 femmes réalisant une IVG médicamenteuse avec un protocole quasi identique au protocole français, Winikoff (44) retrouvait que 19.5% des femmes subissaient des douleurs « *pires que prévues* », dans l'étude de Teal (9), la non satisfaction globale de la patiente était corrélée à l'échec de la méthode, à la présence d'une douleur pire que prévue et à celle de saignements plus abondant que prévus .

17.9% des femmes ont trouvé les douleurs non acceptables contre 22.6% dans l'étude du REVHO (8).

#### 4.4. Signification du travail et intérêt de l'étude:

Le choix de ce thème de travail a été motivé par notre intérêt personnel pour l'IVG médicamenteuse en ambulatoire. Le droit à l'IVG est un droit pour les femmes et, en tant que soignant, il paraît inacceptable d'imposer des douleurs jugées modérées ou intenses sans avoir de thérapeutique à proposer.

Au moment de la recherche bibliographique initiale, aucune étude en ambulatoire en France n'avait été réalisée. Quelques études sur la douleur et l'IVG médicamenteuse montrent la présence de douleurs intenses sans protocoles antalgiques efficaces proposés.

Il s'agissait de restituer les douleurs de l'IVG médicamenteuse, qui, malgré la bonne acceptation globale de l'IVG, **restent inacceptables dans le cadre d'un soin**. Ces

douleurs restent trop élevées malgré une large utilisation par les médecins des antalgiques, y compris en prémédication. Les antalgiques utilisés semblent insuffisants et mal adaptés au niveau de douleur des patientes. Les médecins connaissent mal les facteurs de risques de douleurs et plusieurs médecins sous-estiment encore leur importance et n'utilisent que des antalgiques de palier 1, malgré les recommandations. De nombreux médecins estiment que le terrain psychologique est prépondérant dans l'importance des douleurs alors que notre travail tend à montrer l'absence de différences entre les groupes exprimant de l'anxiété ou de la tristesse et les autres groupes. Les patientes doivent être bien informées car un effet de surprise de la douleur augmente significativement son intensité(45). Elles doivent également connaître les antalgiques et oser les utiliser avec un schéma d'utilisation bien codifié.

#### 4.5. Perspectives et questions sans réponses :

La prémédication et **l'horaire de la prise** de la prémédication par rapport à la prise du misoprostol n'a pas été établie dans notre étude, ce qui pourrait expliquer l'absence de différence entre les groupes et les différents moments de la prise.

Une étude incluant des patientes avec moins de protocoles antalgiques différents permettrait de mieux calculer l'effet d'un traitement.

Il faudrait envisager **la réalisation d'un essai thérapeutique contrôlé randomisé** pour élaborer un protocole antalgique évalué.. Les antalgiques proposés pourraient être un palier 3 (d'emblée pour les nullipares) et d'autres thérapeutiques peu étudiées jusqu'alors. Par exemple, le lopéramide utilisé dans les diarrhées aiguës est un opioïde dont les propriétés sembleraient également intéressantes en antalgie, comme décrit par Jain (37). Le ketorolac intra-nasal qui semble adapté pour soulager des accès douloureux aigus post opératoire (46)(47), des migraines ou des soins dentaires, pourrait-il avoir une efficacité dans la douleur de l'IVG médicamenteuse ? Pour l'instant, cette efficacité a été étudié sur une petite cohorte en comparant ibuprofène oral versus ketorolac intramusculaire dans le cadre d'IVG chirurgicale(48)). Une étude prospective en Guyane sur un petit effectif montrait des résultats intéressants de la nalbuphine en sublingual (47).

**L'information aux patientes:** On aurait pu proposer la question aux patientes : avez-vous reçu suffisamment d'informations pour vous prévenir des douleurs de la part de votre médecin ? Auriez-vous souhaité d'autres informations ?

**La sensibilisation des médecins à la douleur de l'IVG :** dans leurs remarques plusieurs patientes ont noté « *bien prévenir la patiente des douleurs* » « *bien prendre la prémédication* ».

**La nécessité du maintien de l'offre de soins :** les patientes ayant des facteurs de risques de douleur semblent plus douloureuses quelle que soit la prise antalgique et la prémédication. Il paraît donc indispensable de conserver une offre de soins multiple en matière d'IVG afin de pouvoir proposer aux femmes une surveillance plus étroite ou une prise en charge chirurgicale.

# CONCLUSIONS

---

Nous avons réalisé une étude multicentrique en Rhône-Alpes dans les cabinets de médecins pratiquants des IVG médicamenteuses en ambulatoire. Nous avons recueillis 80 questionnaires médecins pour notre enquête sur les pratiques antalgiques. 123 questionnaires ont été remplis par des patientes réalisant une IVGM en ville pour renseigner à la fois leur douleur, son ressenti et sa gestion au domicile.

En considérant simplement les familles antalgiques sans leurs dosages et les types de molécules, une dizaine de protocoles antalgiques ont été décrits. Les prescriptions ne variaient pas en fonction du profil du médecin : sexe, mode de formation et ancienneté dans la pratique de l'IVG.

Les protocoles différaient au niveau des molécules, des doses, de l'existence d'une prémédication et de son horaire de prise. La prémédication étaient largement répandue pour 92.5% des médecins interrogés et 44% utilisaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens (29 seuls, 5 les associaient avec un antalgique de palier 2 et 10 avec du paracétamol). L'association paracétamol+ palier 2 + AINS était très largement prescrite, par la moitié des médecins. 32% des médecins répondeurs ne prescrivaient pas d'antalgique palier 2 et ce malgré les recommandations.

Le facteur de risque de douleur le plus rapporté par les médecins était la présence de douleurs pendant les règles (40 réponses). 45 % des médecins considéraient le contexte psychologique de la patiente comme fondamental dans le ressenti et l'importance des douleurs.

Certains médecins restent peu sensibilisés à l'importance des douleurs de l'IVG médicamenteuse (motif de refus de participation à l'étude entre autre) et 17.5% ne l'évaluaient pas au cours de la consultation de contrôle.

La douleur était évaluée par les patientes en moyenne à 5.55 et la médiane à 6. 44% des patientes ressentaient des douleurs intenses ( $EN \geq 7$ ). Les facteurs de risques de douleurs étaient la nulliparité ( $p=0.052$  pour  $EN \geq 7$ ), les dysménorrhées ( $p=0.027$  pour  $EN \geq 7$ ) et le manque d'anticipation de la douleur ( $p < 0.001$  pour  $EN \geq 7$ ). La présence d'une anxiété et les autres sentiments négatifs entourant l'IVG ne semblaient pas augmenter l'importance des douleurs ( $p=0.75$  pour  $EN \geq 7$  et  $p=0.39$  pour  $EN \geq 4$ ).

Il n'existait pas de différences significatives entre les types de prémédication et le niveau de douleur maximale ressentie ( $p=0.76$  prémédication versus pas de prémédication). Les patientes

ressentant plus de douleurs utilisaient d'avantage d'antalgiques ( $P < 0.001$ ). Elles se sentaient également moins bien soulagées par la prise.

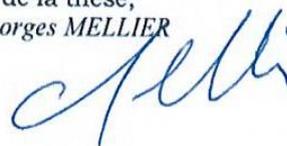
Du fait de la multiplicité des antalgiques utilisés et du trop faible nombre de patiente à inclure dans chaque groupe, l'analyse statistique n'a pas pu aboutir à des résultats significatifs. Notre étude ne nous a pas permis de réaliser de propositions antalgiques pertinentes pour un meilleur contrôle de la douleur de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire.

D'autres études et essais contrôlés randomisés de haut niveau de preuve doivent être réalisés pour pouvoir proposer un protocole antalgique efficace aux patientes qui souhaitent réaliser une IVG médicamenteuse en ambulatoire. Des recherches pourraient être menées avec d'autres types d'antalgiques, jusqu'alors peu ou sous utilisés, afin de pouvoir mieux répondre aux douleurs qui restent importantes et mal soulagées par les antalgiques classiques.

En attendant les résultats de ces études, il paraît indispensable de sensibiliser les médecins à l'importance des douleurs et aux facteurs de risques afin de pouvoir choisir avec la patiente le mode d'IVG le plus adapté à son profil. Les nullipares ayant des règles douloureuses devraient d'avantage être guidées vers une prise en charge chirurgicale ou vers un traitement médicamenteux avec surveillance. Les différentes structures prenant en charge les IVG chirurgicales et médicales sous surveillance doivent être maintenues.

Pour les patientes qui optent pour la méthode médicamenteuse en ambulatoire, le médecin doit les informer que la méthode est le plus souvent douloureuse. D'autres sources d'information doivent être proposées. La plaquette d'information (cf annexe VI) a, à ce titre, un rôle important à jouer. Elle doit être améliorée.

Le Président de la thèse,  
Professeur Georges MELLIER  
Signature



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 19 05 2015

**28 MAI 2015**

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE



VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



# REFERENCES

---

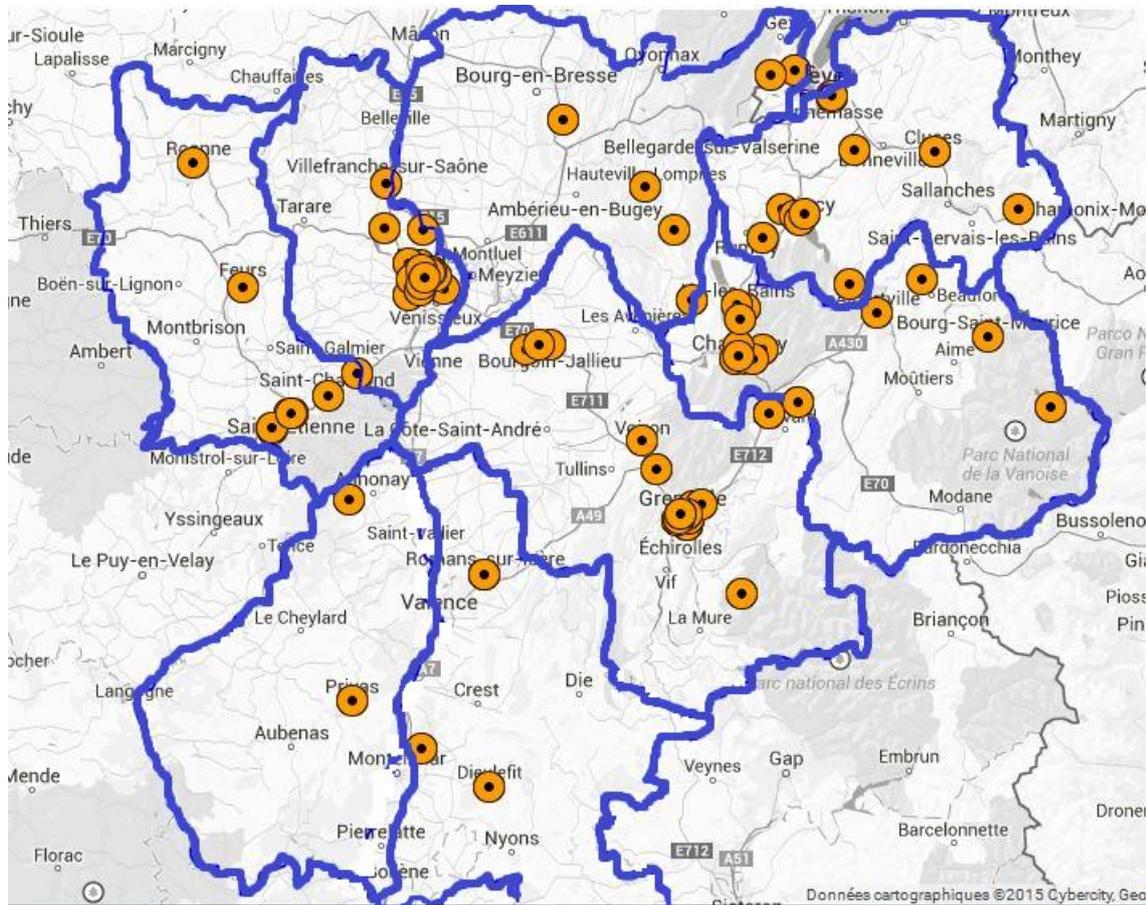
1. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [www.drees.santé.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2012,11311.html). [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2012,11311.html>
2. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect*. août 1995;27(4):142-8, 185.
3. Collet M, Vilain A, Moisy M. Un panorama de l'offre de soins en orthogénie en France : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de la ville. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. juin 2011;59:S56.
4. Swica Y, Chong E, Middleton T, Prine L, Gold M, Schreiber CA, et al. Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*. juill 2013;88(1):122-7.
5. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone.. *BMJ*. 28 août 1993;307(6903):532-7.
6. ANAES. ANAES- Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [Internet]. [cité 11 avr 2014]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines?xtmc=&xtcr=7](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines?xtmc=&xtcr=7)
7. HAS. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'IVG médicamenteuse [Internet]. [cité 11 avr 2014]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1149335/fr/prise-en-charge-de-livg-medicamenteuse?xtmc=&xtcr=5](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1149335/fr/prise-en-charge-de-livg-medicamenteuse?xtmc=&xtcr=5)
8. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. avr 2005;33(4):220-7.
9. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*. mars 2007;75(3):224-9.
10. Penney G. Treatment of pain during medical abortion. *Contraception*. juill 2006;74(1):45-7.
11. Suhonen S, Tikka M, Kivinen S, Kauppila T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*. avr 2011;83(4):357-61.
12. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. mai 2010;81(5):372-88.
13. Avraham S. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*. mars 2012;97(3):612-5.
14. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynecol Obstet*. sept 2001;74(3):275-80.
15. Raymond EG. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. janv 2013;87(1):26-37.
16. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril*. mai 2009;91(5):1877-80.

17. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher HM. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynecol Obstet.* mars 2004;84(3):264 - 5.
18. Westhoffa C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception.* déc 2000;62(6):311 - 4.
19. Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception.* avr 2012;85(4):394 - 7.
20. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* janv 2004;24(4):429 - 33.
21. Madignier M. Interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses en établissements de santé: quel protocole antalgique proposer ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
22. The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7) [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>
23. Baisse du taux de remboursement. *Prescrire,* février 2012;340(32):107.
24. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception.* mars 2000;61(3):225 - 9.
25. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer.* 1 déc 1995;76(11):2375 - 82.
26. Tanné M. Prescription par les médecins généralistes d'un traitement morphinique de palier III chez les patients douloureux atteints de cancer. S.l.: s.n.; 2014. 1 p.
27. Perron M, Université Claude Bernard (Lyon). Etat des lieux de la prise en charge ambulatoire des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse en région Rhône-Alpes. [S.l.]: s.n.; 2013.
28. Aubeny E, Chatellier G. A randomized comparison of mifepristone and self-administered oral or vaginal misoprostol for early abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* sept 2000;5(3):171 - 6.
29. Chong E, Tsereteli T, Nguyen NN thi, Winikoff B. A randomized controlled trial of different buccal misoprostol doses in mifepristone medical abortion. *Contraception.* sept 2012;86(3):251 - 6.
30. Agostini A, Maruani J. Acceptabilité de l'IVG médicamenteuse: étude aMaYa. *Mises À Jour En Gynécologie Médicale.* 2013;233 - 47.
31. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 18 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-etablissements-et-les-professionnels-realissant-des-ivg,4464.html>
32. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod Oxf Engl.* nov 1994;9(11):2167 - 72.
33. Bahreini M, Jalili M, Moradi-Lakeh M. A comparison of three self-report pain scales in adults with acute pain. *J Emerg Med.* janv 2015;48(1):10 - 8.

34. Besson. Pratique du traitement de la douleur [Internet]. Institut UPSA. 2006 [cité 26 janv 2015].  
Disponible sur:  
[http://issuu.com/upsa/docs/pratique\\_douleur?mode=embed&layout=http://skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true](http://issuu.com/upsa/docs/pratique_douleur?mode=embed&layout=http://skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true)
35. Renouvel, Panel. Les scores et Échelles de la douleur - Revue bibliographique : P. Panel. [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2005/conf2005/002/](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2005/conf2005/002/)
36. Raymond EG. Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* sept 2013;122(3):558-64.
37. Jain JK, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol combined with loperamide and acetaminophen prophylaxis. *Contraception.* avr 2001;63(4):217-21.
38. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 nov 2002;109(11):1281-9.
39. Paul M. Evaluation de la douleur dans les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en ville [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2014.
40. Chaumette M. Douleur de l'IVG médicamenteuse: évaluation et recherche de facteurs prédictifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
41. Rhudy JL, Meagher MW. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain. *Pain.* août 2003;104(3):617-26.
42. Wiebe E, Podhradsky L, Dijak V. The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception.* mars 2003;67(3):219-21.
43. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 5 mars 2014;105.
44. B W, C E, B E, I S. Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. Mifepristone Clinical Trials Group. *Arch Fam Med.* déc 1997;7(4):360-6.
45. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *Am J Obstet Gynecol.* août 2000;183(2, Supplement):S26-33.
46. Singla N, Singla S, Minkowitz HS, Moodie J, Brown C. Intranasal ketorolac for acute postoperative pain. *Curr Med Res Opin.* août 2010;26(8):1915-23.
47. Pergolizzi JV, Taylor R, Raffa RB. Intranasal ketorolac as part of a multimodal approach to postoperative pain. *Pain Pract Off J World Inst Pain.* avr 2015;15(4):378-88.
48. Braaten KP, Hurwitz S, Fortin J, Goldberg AB. Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception.* févr 2014;89(2):116-21.

# ANNEXES

## Annexe I : Répartition géographique des médecins sur la liste de l'ARS



Forte disparité régionale des médecins pratiquant des IVG ambulatoires en Rhône Alpes

## Annexe II : Enquête de pratiques

*Je suis médecin généraliste,*

*Je réalise un travail de thèse sur la prise en charge de la douleur lors de l'IVG médicamenteuse en ville, pour lequel j'aurais besoin de votre aide.*

*En effet, ce sujet est trop peu étudié, alors qu'il s'agit d'un des effets secondaires attendus (dans 98%) de l'IVG médicamenteuse, et que les recommandations antalgiques restent floues. Selon l' ANAES, les douleurs ressenties sont modérées à intenses pour au moins 50% des femmes.*

### 1. Vous êtes ?

- un homme
- une femme

### 2. Quel âge avez-vous?

### 3. Vous exercez ?

- en milieu urbain
- en milieu rural
- en milieu semi urbain

### 4. Depuis quand réalisez-vous des IVG médicamenteuses? (plusieurs réponses possibles)

- moins d'un an
- 1 à 5 ans
- plus de 5 ans
- plus de 10 ans
- je pratique des IVG en ville depuis que la loi le permet
- je réalisais déjà des IVG en centre depuis longtemps et je me suis formé à la pratique en ville

### 5. Avez-vous un protocole antalgique standard ?

- oui
- non

### 6. Conseillez-vous à la patiente un traitement avant l'apparition de la douleur ?

- systématiquement
- souvent
- non

### 7. Quel traitement utilisez-vous en prémédication? (avant l'apparition des douleurs)

- je n'utilise pas de prémédication
- AINS
- Paracétamol
- Association contenant de la codéine ou autre palier 2
- Autre :

précisez la molécule et le protocole (horaire de prise de la prémédication par exemple)

### **8. Quels médicaments utilisez-vous en systématique et en cas de douleur ?**

- je ne conseille pas à la patiente de traitement en particulier, elle prend ce qu'elle a l'habitude de prendre en cas de douleurs
- AINS
- paracétamol
- association contenant de la codéine ou autre palier 2
- Autre :

précisez la molécule et le protocole

### **9. Pourquoi utilisez-vous ces molécules ? (plusieurs réponses possibles)**

- mon expérience personnelle
- ma formation à l'IVG médicamenteuse
- les recherches que j'ai faites sur le sujet
- selon les recommandations
- Autre :

### **10. Adaptez-vous le traitement en fonction des patientes et de leurs facteurs de risque de douleur ?**

- oui, toujours
- oui, parfois
- non

### **11. Quels facteurs de risques, pour la survenue des douleurs, vous paraissent les plus importants ?**

### **12. Comment évaluez-vous la douleur ?**

### **13. Seriez-vous d'accord pour délivrer des questionnaires pour évaluer la douleur ressentie par les patientes lors de leur IVG médicamenteuse ?**

si oui, pouvez-vous me laissez votre mail, ou si vous préférez que votre questionnaire reste anonyme, vous pouvez m'envoyez un mail à l'adresse thesedouleur@gmail.com

### **Annexe III: notice d'information à remettre à la patiente :**

**Pour aider la recherche sur la douleur de l'IVG médicamenteuse, répondez à ce questionnaire anonyme.**

Je suis médecin généraliste et je réalise ma thèse sur la douleur de l'IVG médicamenteuse, au sein de l'université de médecine Claude Bernard Lyon 1.

**Cette étude a pour objectif de mieux pouvoir soulager la douleur des patientes et d'améliorer l'accompagnement des patientes à domicile.**

**Ce questionnaire comporte des questions sur votre douleur physique ressentie (ou non) pendant l'IVG que vous venez de réaliser.**

Ce questionnaire est **anonyme**. Vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche. Selon la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, vous pouvez exercer votre droit de rectification et d'opposition de vos données.

Une déclaration a été réalisée auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) avant la réalisation de cette étude, enregistrée sous la référence 1789121 v 0 et 1789120 v 0. Le comité d'éthique des Hospices civils de Lyon a donné un avis favorable à cette étude le 14/10/2014.

**Pour remplir le questionnaire :** (plusieurs possibilités)

-**allez sur le site : [thesedouleurivg.com](http://thesedouleurivg.com)** et cliquez sur le lien pour le questionnaire en ligne

-**écrivez un e-mail à [thesedouleur@gmail.com](mailto:thesedouleur@gmail.com)** et je vous renvoie le lien pour le questionnaire

-appelez ou envoyez un SMS au 06 63 58 66 21 pour convenir d'un rendez-vous téléphonique et je vous appelle pour vous poser les questions du questionnaire.

-demandez un questionnaire papier à votre médecin.

Pour toutes demandes de renseignement complémentaires, merci d'envoyer un mail à l'adresse suivante : **[thesedouleur@gmail.com](mailto:thesedouleur@gmail.com)**, ou de me téléphoner au **06 63 58 66 21**

**Merci de votre participation à cette recherche.**

## Annexe IV : questionnaire patiente

Je suis médecin généraliste et je réalise ma thèse sur la douleur de l'IVG médicamenteuse, au sein de l'université de médecine Claude Bernard Lyon 1.

**Cette étude a pour objectif de mieux pouvoir soulager la douleur des patientes et d'améliorer l'accompagnement des patientes à domicile. Ce questionnaire comporte des questions sur votre douleur physique ressentie (ou non) pendant l'IVG que vous venez de réaliser.**

Ce questionnaire est **anonyme**

Vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche. Selon la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, vous pouvez exercer votre droit de rectification et d'opposition de vos données.

Une déclaration a été réalisée auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) avant la réalisation de cette étude, enregistrée sous la référence 1789120 v 0 et 1789121 v 0. Un accord du comité d'éthique des HCL a été reçu le 14/10/2014.

### **Merci de répondre à ce questionnaire et de votre participation**

Pour toutes demandes de renseignement complémentaires, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : [thesedouleur@gmail.com](mailto:thesedouleur@gmail.com)

\*Obligatoire

**1. Quel est votre âge? \***

**2. Quelle profession exercez-vous? \*** (une seule réponse possible)

- artisan
- cadre
- employé
- agriculteur
- ouvrier
- au chômage
- au foyer
- étudiant
- autre

**3. Combien d'enfant(s) avez-vous? \***

**4. Avez-vous déjà réalisé une IVG (Interruption volontaire de grossesse) avant celle-ci? (plusieurs réponses possibles)**

- oui, une IVG médicamenteuse en cabinet de ville
- oui, une IVG médicamenteuse en centre spécialisé
- oui, une IVG chirurgicale
- non

**5. Avez-vous déjà fait une fausse couche spontanée? \***(arrêt de la grossesse et expulsion sans intervention)

- oui
- non

**6. Habituellement, avez-vous des règles douloureuses? \* (une seule réponse possible)**

- non, vous n'avez pas de douleur de règles
- oui, vous avez des douleurs légères et vous ne prenez pas de médicaments
- oui, vous avez des douleurs modérées, bien soulagées par les médicaments
- oui, vous avez des douleurs importantes qui ne sont pas bien soulagées par les médicaments et qui vous obligent à diminuer votre activité

**7. Vous a-t 'on informée que la méthode d'IVG pouvait être douloureuse? \* (le médecin qui vous a accompagnée lors de cette IVG)**

- oui
- non

**8. Etiez-vous accompagnée le jour de la prise du Cytotec®/Misoprostol (médicament pris au domicile, provoquant l'expulsion)? \***

- oui
- non

**9. Comment vous sentiez-vous avant la réalisation de l'IVG? \* (plusieurs réponses possibles)**

- angoissée
- hésitante
- triste
- soulagée
- en confiance
- Autre :

**10. Pouvez-vous donner une note entre 0 et 10 pour situer votre douleur maximale ressentie? \***

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Absence de douleur

douleur maximale imaginable

**11. Dans quelle mesure, votre douleur a-t-elle modifié votre humeur? \***

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Aucun retentissement

changement complet, irritabilité,

**12. Dans quelle mesure, votre douleur vous a-t-elle gênée pour marcher? \***

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Aucun retentissement,  
activités normales

activités impossibles  
car douleur trop importante

**13. Dans quelle mesure, votre douleur vous a-t-elle gênée lors de votre travail habituel? \***

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Aucun retentissement,  
activités normales,

activités impossibles  
impossibilité de concentration, car douleur trop importante

**14. Dans quelle mesure, votre douleur vous a-t-elle gênée \* sur votre relation avec les autres?**  
(pour s'occuper de vos enfants par exemple)

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

aucun retentissement

activités classiques et discussion impossible  
car douleur trop importante

**15. Dans quelle mesure, votre douleur vous a-t-elle gênée, pour dormir? \***

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Aucun retentissement

Insomnie totale,  
Douleur trop importante

**16. Quel mot qualifierait le mieux la douleur que vous avez ressentie? \***

**17. Par rapport à la douleur que vous avez imaginée, avez-vous trouvé la douleur? \*** (d'après les informations du médecin ou les informations que vous aviez) (une seule réponse)

- moins intense que vous l'aviez prévue
- comme vous l'aviez prévue
- plus intense que vous l'aviez prévue

**18. Par rapport à la douleur de vos REGLES habituelles, avez- vous trouvé la douleur? \*** (une seule réponse)

- moins intense que vos douleurs de règles
- identique à vos douleurs de règles
- plus intense que vos douleurs de règles

**19. Avez-vous pris des médicaments pour la douleur AVANT d'avoir mal? \*** (pour prévenir la douleur) (une seule réponse possible)

- oui, en même temps que le Cytotec® (médicament de l'IVG pris à la maison)
- oui, après la prise de Cytotec®
- non, mais mon médecin me l'avait conseillé
- non, mon médecin ne me l'avait pas conseillé

**Si oui, quels médicaments avez-vous pris? (plusieurs réponses possibles)**

- paracetamol, Doliprane® , Dafalgan®, Efferalgan®
- tramadol, Topalgic®, Contramal®
- Ixprim®, Lamaline®, Codoliprane®, Efferalgan Codeiné®, paracétamol codéiné
- ibuprofene, kétoprofène, Advil®, Nurofen®, Antadys®, Profenid®,
- Spasfon®, phloroglucinol
- je ne me rappelle plus le nom
- Autre :

**20. Avez-vous pris des médicaments QUAND VOUS AVEZ COMMENCE à avoir mal? \* (une seule réponse possible)**

- Oui
- non, j'ai attendu que la douleur passe
- non, je n'ai pas eu mal
- non, j'ai eu peur des effets secondaires des médicaments
- non, j'ai utilisé des moyens non médicamenteux

**Si oui, quels médicaments avez-vous pris? (plusieurs réponses possibles)**

- paracetamol, Doliprane® , Dafalgan®, Efferalgan®
- tramadol, Topalgic®, Contramal®, Ixprim®,
- Lamaline®, Codoliprane®, Efferalgan Codeiné®, paracétamol codéiné
- ibuprofene, kétoprofène, Advil®, Nurofen®, Antadys®, Profenid®,
- Spasfon®, phloroglucinol
- je ne me rappelle plus le nom
- autre :

**21. Quel a été le moment le plus douloureux de votre IVG? \* (une seule réponse possible)**

- dans la demi-heure qui a suivi la prise de Cytotec® (médicament de l'IVG pris au domicile)
- dans les 3 heures qui ont suivi la prise du Cytotec®
- avant et pendant l'expulsion
- après l'expulsion, dans les 3 jours qui ont suivi la prise
- autre :

**22. Avez-vous ressenti le besoin de prendre d'autres médicaments pour la douleur que ceux prescrits par votre médecin? \*(plusieurs réponses possibles)**

- oui, j'ai utilisé d'autres médicaments présents dans ma pharmacie
- oui, j'ai téléphoné au médecin ou je suis allée aux urgences du centre référent
- oui, mais je n'ai rien pris
- non, j'ai été bien soulagée
- non, je n'ai pas eu mal

**Si oui, quels médicaments avez-vous pris? (plusieurs réponses possibles)**

- paracétamol, Doliprane® , Dafalgan®, Efferalgan®
- tramadol, Topalgic®, Contramal®
- Ixprim®, Lamaline®, Codoliprane®, Efferalgan Codeiné®
- ibuprofene, kétoprofène, Advil®, Nurofen®, Antadys®, Profenid®,
- Spasfon®, phloroglucinol
- je ne me rappelle plus le nom
- Autre :

**23. Jugez-vous la douleur que vous avez ressentie acceptable? \***

- Oui
- non

**24. Conseilleriez-vous la méthode à une amie? \***

- Oui
- non

**25. Avez-vous des remarques pour améliorer la prise en charge de votre douleur? \***

## **Annexe V : Le protocole français selon le REVHO : Conditions de réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville, c'est-à-dire hors hospitalisation**

### Conditions légales :

Délai de 7 jours minimum entre la 1ère demande et la prise de Mifépristone,  
49 jours d'aménorrhée maximum le jour de prise de Mifépristone,  
Un entretien social doit être systématiquement proposé. Il est obligatoire pour les mineures.

### Recommandations pratiques :

La patiente doit avoir bien pesé sa décision et son choix de méthode.  
Elle doit disposer d'un logement adapté (toilettes et téléphone, trajet vers le centre hospitalier référent inférieur à 1 heure).  
La patiente doit comprendre les explications et paraître capable de suivre les consignes.  
La prise en charge est alors possible en dehors des contre-indications.

### Les étapes d'une IVG en ville (voir circulaire)

#### **Consultation préalable (non comprise dans le forfait) :**

- Demande d'IVG;
- Information délivrée par le médecin; sur l'IVG (notamment explication des techniques), sur la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial;
- Remise du dossier-guide.

Délai légal de réflexion d'une semaine.

#### **1ère Consultation (comprise dans le forfait) :**

- Confirmation de la demande d'IVG et consentement écrit de la patiente;
- Explications du médecin relatives à la procédure IVG en ville;
- Remise par le médecin d'un document descriptif du protocole à respecter par la patiente;
- Fixation des dates de consultations comportant prise de la mifépristone et du misoprostol.

La loi ne prévoyant pas de délai entre la 1ère et la 2ème consultation, elles peuvent avoir lieu le même jour.

#### **2ème Consultation (comprise dans le forfait) :**

- Prise de la mifépristone;
- Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques utiles en cas d'urgence;
- Remise par le médecin à la patiente de la fiche de liaison (la patiente sera munie de cette fiche à chaque consultation);
- Facturation du forfait;
- La déclaration anonymisée de l'IVG est remplie et transmise à l'établissement de santé.

**3ème Consultation (comprise dans le forfait) :**

prise du misoprostol, 36 à 48h après la prise de mifépristone;  
la fiche de liaison est mise à jour.

N.B : la prise de misoprostol devant le médecin, comme prévue par la loi, ne correspond pas aux recommandations de l'ANAES ni à la pratique habituelle des CIVG.

**4ème Consultation de contrôle (comprise dans le forfait) :**

14 à 21 jours, après la prise de mifépristone;  
contrôle de l'efficacité de la procédure;  
la fiche de liaison est mise à jour, une copie est transmise à l'établissement de santé.

Médicaments et protocoles

Il existe deux protocoles :

le protocole ayant obtenu l'AMM : 600 mg (3cp) de mifépristone suivis de 400 µg (2cp) de misoprostol par voie orale;

le protocole de l'ANAES : 200mg (1 cp) de mifépristone suivi de 400 µg (2cp) de misoprostol.

## Annexe VI : Fiche d'information de la patiente sur l'IVG: Modèle de fiche proposée par l'ANCIC

### **Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation**

#### **La méthode**

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en présence du médecin dans son cabinet ou dans un centre de santé ou dans un centre de planification, au cours de 2 consultations :

- la mifépristone;
- le misoprostol de 36 à 48 h plus tard.

La mifépristone interrompt la grossesse : elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.

Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

#### **Après la prise de mifépristone : que peut-il se passer ?**

Si vous vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin ou le centre afin de renouveler la prise si nécessaire.

Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles. Quelquefois vous pouvez saigner comme des règles, vous sentir fatiguée.

Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs.

Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles. Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade. Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol.

#### **Après la prise de misoprostol : que peut-il se passer ?**

Après la prise de misoprostol au cabinet du médecin ou au centre, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile.

Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée. Vous pouvez boire et manger. Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.

Des nausées, vomissements ou diarrhées sont possibles. Les saignements peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;
- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol. Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

**À TOUT MOMENT, si vous êtes inquiète ou si les troubles suivants surviennent :**

- de la fièvre ;
- des douleurs qui persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang qui persistent ;
- un malaise.

**APPELEZ :**

- le médecin de ville ou le centre qui vous a remis les médicaments ;

**- à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées.**

N'oubliez pas la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

### **Les suites immédiates de l'IVG**

#### Avant la visite de contrôle

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestro-progestative (pilule) peut être commencée le jour même de la prise du Misoprostol.

#### La visite de contrôle

Elle est absolument nécessaire et intervient entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode d'environ 5 %) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage  $\beta$ HCG).

La visite a lieu au cabinet du médecin de ville ou du centre qui vous a remis les médicaments. Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation. La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psychosocial, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif d'une IVG en cabinet de ville est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait ne peut en aucun cas être dépassé. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires, la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 100 %.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la 1<sup>re</sup> consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.

Le forfait est payé par la patiente lors de la consultation de prise du 1<sup>er</sup> médicament (la mifépristone, excepté dans le cas de la personne mineure - cf. annexe 5).

### **Comment disposer d'informations complémentaires ?**

En médecine de ville, l'absence de dispense d'avance de frais ne permet pas de garantir l'anonymat dans la procédure de prise en charge. Cependant, votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver

la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage.

Pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu'aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue.

### **Les sites à consulter :**

**[www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr)**, vous apporte des informations détaillées sur l'IVG et la contraception après une IVG.

**[www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)**, vous apporte des conseils afin de choisir la méthode de contraception qui vous convient le mieux en fonction de votre mode de vie et de votre situation personnelle. Les coordonnées des structures apportant une information et une aide, figurent sur ce site, pour l'ensemble des départements

## Annexe VII Liste des pays réalisant des IVG Médicamenteuses

### 1988

- China
- France

### 1991

- UK

### 1992

- Sweden

### 1999

- Austria
- Belgium
- Denmark
- Finland
- Germany
- Greece
- Iceland
- Israel
- Luxembourg
- Netherlands
- Spain
- Switzerland

### 2000

- Norway
- Taiwan
- Tunisia
- US

### 2001

- New Zealand

- South Africa

- Ukraine

### 2002

- Belarus
- Georgia
- India
- Latvia
- Russia
- Serbia
- Vietnam

### 2003

- Estonia

### 2004

- Guyana
- Moldova

### 2005

- Albania
- Hungary
- Mongolia
- Uzbekistan

### 2006

- Kazakhstan

### 2007

- Armenia
- Kyrgyzstan
- Portugal
- Tajikistan

### 2008

- Romania

- Nepal

### 2009

- Italy
- Cambodia

### 2010

- Zambia

### 2011

- Ghana
- Mexico
- Mozambique

### 2012

- Australia
- Bangladesh
- Ethiopia
- Kenya

### 2013

- Azerbaijan
- Bulgaria
- Czech Republic
- Slovenia
- Uganda
- Uruguay

© 2015  Health Projects

**SCHOFFIT Céline:** Prise en charge de la douleur pendant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire  
89 f. 7 ill. 19 tab.  
Th. Méd : Lyon 2015 n° 136/2015

---

**Résumé :**

**Contexte :** Les douleurs pelviennes constituent le principal effet secondaire de l'IVG par méthode médicamenteuse. Les protocoles d'antalgie en ambulatoire sont hétérogènes et médecin-dépendant, et il n'existe pas de recommandation malgré le développement de cette méthode d'IVG. L'objectif de notre étude était d'analyser les différents protocoles antalgiques existant afin de savoir s'ils répondaient aux attentes des patientes en termes de soulagement de la douleur.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude multicentrique en Rhône-Alpes dans les cabinets de médecins pratiquants des IVG médicamenteuses en ambulatoire.

**Résultats :** Nous avons recueillis 80 questionnaires médecins pour notre enquête sur les pratiques antalgiques. 123 questionnaires ont été remplis par des patientes réalisant une IVGM en ville pour renseigner à la fois leur douleur, son ressenti et sa gestion au domicile. Une dizaine de protocoles antalgiques ont été décrits. Les prescriptions ne variaient pas en fonction du profil du médecin. La prémédication était largement répandue pour 92.5% des médecins interrogés et 44% utilisaient pour celle-ci les anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'association paracétamol + palier 2 + AINS était prescrite par la moitié des médecins. 32% des médecins répondants ne prescrivaient pas d'antalgique palier 2. Certains médecins restaient peu sensibilisés à l'importance des douleurs de l'IVG médicamenteuse et 17.5% ne l'évaluaient pas au cours de la consultation de contrôle. La douleur était évaluée par les patientes en moyenne à 5.55, et la médiane à 6. 44% des patientes ressentaient des douleurs intenses (EN $\geq$ 7). Les facteurs de risques de douleurs intenses étaient la nulliparité (p=0.052), les dysménorrhées (p=0.027), et le manque d'anticipation de la douleur (p<0.001). La présence d'une anxiété et les autres sentiments négatifs entourant l'IVG ne semblaient pas augmenter l'importance des douleurs (p=0.75 pour EN7 et p=0.39 pour EN4). Il n'existait pas de différence significative entre les types de prémédication et le niveau de douleur maximal ressenti (p=0.76 prémédication versus pas de prémédication). Les patientes ressentant plus de douleurs utilisaient d'avantage d'antalgiques (p<0.001) et elles se sentaient également moins bien soulagées par la prise.

**Conclusion :** Notre étude ne nous a pas permis de mettre en évidence des propositions antalgiques pertinentes pour un meilleur contrôle de la douleur de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire. Les nullipares ayant des règles douloureuses devraient davantage être guidées vers une prise en charge chirurgicale ou vers un traitement médicamenteux avec surveillance. L'information à la patiente sur la douleur et la prise d'antalgique doit être plus claire. Les médecins doivent être sensibilisés aux facteurs de risques de douleur comme la nulliparité et l'absence possible de lien avec l'anxiété.

**MOTS CLES :** Medical Abortion- Pain control-Avortement- IVG- Interruption volontaire de grossesse- IVG médicamenteuse- Douleur-Acceptabilité

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur MELLIER Georges

Membres : Monsieur le Professeur COLIN Cyrille  
Monsieur le Professeur LAINE Xavier  
Madame le Docteur PERDRIX Corinne  
Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric

**DATE DE SOUTENANCE : 30 juin 2015**

**Adresse de l'auteur : 30 rue JB Say 69001 Lyon**

Celine.schoffit@hotmail.fr