



HAL
open science

Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

Marion Azerot

► **To cite this version:**

Marion Azerot. Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-00993341

HAL Id: dumas-00993341

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00993341>

Submitted on 20 May 2014

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

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



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Marion AZEROT

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**EVALUATION DE LA DOULEUR PHYSIQUE CHEZ LES
FEMMES PRATIQUANT UNE INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE**

Soutenu le : 9 avril 2014

JURY

Madame Annie BRÛLÉ, Gynécologue-Obstétricien référente orthogénie du Centre Hospitalier de Poissy/Saint-Germain-en-Laye (Directrice de mémoire)

Madame Christine ETCHEMENDIGARAY, Sage-femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil (Co-Directrice de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 2501047661s



Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



Remerciements

Je remercie

Madame Annie BRÛLÉ, pour avoir accepté de diriger ce mémoire ainsi que pour ses remarques avisées.

Madame Christine ETCHEMENDIGARAY, dans son rôle de co-directrice grâce à qui j'ai pu avancer malgré mes doutes et qui a toujours su me redonner confiance en moi.

Madame Helena SEGAIN, pour avoir accepté que mon étude se déroule au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Poissy/Saint-Germain-en-Laye.

Toute l'équipe du service pour avoir distribué mes questionnaires mais également pour leurs conseils pertinents.

Ma mère, Agnès AZEROT, sans qui je n'aurai jamais pu comprendre Excel®.

Mon père, Thierry AZEROT, pour avoir travaillé avec moi jusqu'à ce que mes statistiques soient valables.

Madame Anne ROUSSEAU, pour sa patience sans failles et ses encouragements.

*A toutes ces femmes, pour qui ce projet a été mené et sans qui ce travail n'aurait
jamais vu le jour,*



Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES ANNEXES	X
LEXIQUE	XI
TITRE ET RESUME	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1 PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ETUDE	2
1.1 L'historique de l'IVG en France et son cadre législatif	2
1.1.1 La genèse des IVG	2
1.1.2 Les lois fondamentales	3
1.1.3 Délais de prise en charge et différentes méthodes possibles pour l'IVG en fonction du terme [12]	5
1.1.4 Les démarches obligatoires à effectuer	7
1.2 IVG et épidémiologie	10
1.2.1 L'IVG en France	10



1.2.2	Résultats de l'étude COhorte CONtraception (COCON) [20]	11
1.3	IVG et prise en charge de la douleur	13
1.3.1	Définition et évaluation de la douleur	13
1.3.2	Les caractéristiques en lien avec la perception de la douleur en général et lors des IVG	14
1.3.3	Quelle prise en charge optimale ?	15
2	SECONDE PARTIE : MATERIEL ET METHODE	17
2.1	Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude	17
2.1.1	Problématique	17
2.1.2	Objectifs	17
2.1.3	Hypothèses	18
2.2	Description de l'étude	18
2.2.1	Type et durée	18
2.2.2	Lieu et population concernée	18
2.3	Déroulement de l'IVG médicamenteuse au CHIPS	19
2.4	La prise en charge de la douleur des patientes	20
2.4.1	Avant l'arrivée au centre d'orthogénie	20
2.4.2	Au cours de l'hospitalisation	20
2.4.3	Après l'IVG	20
2.5	Modalités de recueil des données	20
2.6	Identification du seuil de douleur	21
2.6.1	Méthode employée	21
2.6.2	Seuil retenu	21
2.7	Analyse statistique	22
3	TROISIEME PARTIE : RESULTATS	24
3.1	Nombre de patientes	24
3.2	Caractéristiques de la population	24
3.2.1	L'âge	24
3.2.2	La parité et la gestité	25
3.2.3	Les antécédents d'IVG	27

3.2.4	Les dysménorrhées	27
3.2.5	Le statut tabagique	29
3.2.6	L'indice de masse corporelle	30
3.2.7	Le terme	30
3.3	Les antalgiques prescrits	30
3.3.1	Avant l'IVG	30
3.3.2	Pendant et après l'IVG	30
3.4	La douleur ressentie par les patientes au cours de l'IVG médicamenteuse	32
3.5	Quel choix pour une éventuelle IVG ultérieure ?	34
3.6	Détermination des caractéristiques des patientes pouvant entraîner une EN \geq 3/10 pendant l'IVG médicamenteuse	38
4	QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	40
4.1	Analyse des résultats	40
4.1.1	Moment le plus douloureux et horaires d'expulsion	40
4.1.2	Caractéristiques des patientes pouvant entraîner une EN \geq 3/10 au cours de l'IVG médicamenteuse	40
4.2	Discussion	41
4.2.1	Renseignements manquants	41
4.2.2	Taille de l'échantillon	42
4.2.3	Facteurs de confusion	43
4.3	Etude des antalgiques en vue d'un protocole de prise en charge de la douleur	43
4.3.1	Gélule de Lamaline® [43]	45
4.3.2	Comprimé de Spasfon® [44 ; 45]	45
4.3.3	Comprimé d'Advil® [46]	46
4.3.4	Comprimé de Doliprane® [47]	46
4.3.5	Ampoule d'Acupan® [48]	47
4.3.6	Gélule de Contramal® [51]	47
4.3.7	Comprimé de Dafalgan Codéiné® [52]	48
4.3.8	Cytotec® [53]	48
4.4	Propositions de protocoles	49
4.4.1	Définition des deux groupes	49



4.4.2	Protocole du premier groupe	49
4.4.3	Protocole du deuxième groupe	50
4.4.4	Dans les deux cas	50
CONCLUSION		51
BIBLIOGRAPHIE		52
ANNEXES		60



Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques des patientes pouvant entraîner une EN \geq 3/10 pendant l'IVG médicamenteuse	39
--	----

Liste des figures

Figure 1 : répartition de l'âge dans la population (n = 148).....	25
Figure 2 : représentation de la parité dans la population (n = 148).....	26
Figure 3 : représentation de la gestité dans la population (n = 148).....	26
Figure 4 : les antécédents d'IVG dans la population (n = 148)	27
Figure 5 : antalgiques utilisés en cas de dysménorrhées dans la population (n = 49)	28
Figure 6 : nombre de cigarettes fumées par jour dans la population (n = 148).....	29
Figure 7 : antalgiques supplémentaires administrés dans la population (n = 128) ...	31
Figure 8 : répartition des patientes selon l'EN maximale ressentie au cours de l'IVG (n = 148).....	32
Figure 9 : évolution des moyennes des scores de douleur des femmes au cours de l'IVG.....	33
Figure 10 : répartition de la population ayant expulsé selon l'heure (n = 112).....	34
Figure 12 : choix de l'IVG chirurgicale ultérieure dans la population (n = 148).....	35
Figure 13 : causes de refus d'IVG chirurgicale ultérieure (n = 116).....	36
Figure 14 : causes d'acceptation d'IVG chirurgicale ultérieure (n = 23).....	36
Figure 15 : raisons de choix de l'AL (n = 12)	37
Figure 16 : raisons de choix de l'AG (n = 11)	38
Figure 11 : efficacité des antalgiques administrés aux femmes.....	44



Liste des annexes

Annexe I : questionnaire destiné aux femmes	61
---	----



Lexique

AG	: Anesthésie Générale
AINS	: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AL	: Anesthésie Locale
AME	: Aide Médicale d'Etat
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
BIG	: Bulletin d'Interruption de Grossesse
CHIPS	: Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNRD	: Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
COCON	: COhorte CONtraception
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
EN	: Echelle Numérique
EVA	: Echelle Visuelle Analogique
EVS	: Echelle Verbale Simple
HAS	: Haute Autorité de Santé
IASP	: International Association for the Study of Pain
IMC	: Indice de Masse Corporelle
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
MFPF	: Mouvement Français pour le Planning Familial
SA	: Semaines d'Aménorrhée
SFAR	: Société Française d'Anesthésie Réanimation

Titre et résumé

Objectifs

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un réel problème de santé publique en France : elle concerne près de 200 000 femmes chaque année sans que ce nombre ne diminue [1].

Cette intervention peut être douloureuse pour les patientes mais peu d'études se sont penchées sur la question : nous avons donc cherché à évaluer la douleur des femmes pratiquant une IVG médicamenteuse. Nous avons également tenté de mettre en évidence certaines caractéristiques qui pourraient entraîner une douleur plus forte afin de les prendre en compte pour l'élaboration d'un protocole antalgique.

Matériel et méthode

Cette étude prospective, descriptive et uni-centrique s'est déroulée au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye (CHIPS). 160 questionnaires ont été distribués aux patientes et leurs dossiers médicaux ont été étudiés afin de recueillir des informations complémentaires.

Résultats

Notre étude montre que 33,8% des patientes ont ressenti une douleur supérieure à 3/10 sur une échelle numérique au cours de l'intervention. Pour 66,2% des femmes, elle était inférieure à ce seuil.

Les données recueillies ont ensuite permis de montrer que l'âge, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), la parité, la gestité, les antécédents d'IVG et l'existence de dysménorrhées étaient significativement liés à une douleur plus importante.

Finalement, grâce à ces éléments, 2 protocoles ont été établis pour une prise en charge optimale de la douleur des femmes au cours de l'IVG médicamenteuse.

Mots-clés : IVG, prise en charge de la douleur, antalgiques, protocole.

Title and abstract

Objectives

Abortion is a real public health problem : around 200 000 women have an abortion every year in France and this number is continually on the rise [1].

It is well known that abortions can be painful for patients but few studies have examined this : therefore, an investigation was made to evaluate the pain experienced by a woman during a medical abortion. We also tried to highlight some characteristics that could promote the painful feelings in order to take into account the development of an analgesic procedure.

Materials and methods

This prospective descriptive and uni-centric study took place at the family planning center of Poissy/Saint-Germain-en-Laye hospital (CHIPS). 148 questionnaires were distributed to patients and their medicals files were explored to collect additional informations.

Results

First, our study shows that 33,8% of patients felt a pain higher than 3/10 on a numeric scale during the intervention. For 66,2% of women, it was less than this figure.

Then, the data was analyzed and it showed that the age, BMI, parity, gravidity, number of previous abortions and the existence of dysmenorrhea were all greatly significant factors that resulted in higher pain.

Finally, with these elements, two procedures have been established to enable optimal management of the pain experienced by a woman during a medical abortion.

Keywords : abortion, management of pain, analgesic, protocol.



Introduction

En France, les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) concernent chaque année environ 200 000 femmes, issues de tous types de milieux socio-économiques et de tous âges [1].

Elles ont été légalisées par la loi Veil votée en 1975 [2]. Depuis, des avancées significatives ont eu lieu dans le domaine de l'orthogénie : modifications des délais, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie..., et des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées [3]. Elles ont pour but de guider le professionnel lors d'une demande d'IVG mais ne prennent pas en compte la douleur psychologique qui peut être ressentie. Elles n'envisagent que partiellement la prise en charge de la douleur physique des femmes au cours de l'avortement.

Ces prises en charge n'étant pas détaillées, cela signifierait-il que cette intervention n'est pas douloureuse ?

Nous avons donc choisi de réaliser une évaluation de la douleur ressentie par ces femmes à travers une étude descriptive, prospective et uni-centrique. Dans cet objectif, un questionnaire a été communiqué aux patientes au cours de leur hospitalisation puis couplé à leur dossier médical.

Notre étude avait également pour but de définir des caractéristiques en lien avec une éventuelle douleur plus importante afin de pouvoir adapter la prise en charge et de proposer un protocole thérapeutique.

Au cours de ce travail, nous aborderons successivement les différentes modalités de l'IVG et la prise en charge de la douleur. Après l'exposé de la méthodologie et des résultats de notre étude, nous discuterons de la nécessité de prendre en charge la douleur lors d'une IVG médicamenteuse.



1 Première partie : Cadre de l'étude

1.1 L'historique de l'IVG en France et son cadre législatif

1.1.1 La genèse des IVG

Les populations ont toujours cherché à réguler la natalité : de la Préhistoire en passant par l'Antiquité, les femmes ont essayé diverses décoctions abortives et contraceptives, sans toujours obtenir de grands résultats [4]. Ces méthodes étaient condamnées plus ou moins sévèrement selon les civilisations et les âges mais en France, l'avortement a longtemps été considéré comme un crime [4].

En 1556, le roi Henri II publie un édit dans lequel est inscrit que la dissimulation de la grossesse, l'infanticide et l'avortement sont punis de mort [5].

En 1810, le code pénal de Napoléon indique que l'avortement est un crime contre la société et l'Etat, passible d'une peine d'emprisonnement [4].

Dans les années 1900, naît un courant appelé le Néomalthusianisme qui prône la diffusion des procédés anticonceptionnels. Ce mouvement est rapidement balayé par les pensées natalistes car avec le début de la révolution industrielle et les périodes de guerres, la démographie a fortement diminué [6].

C'est donc le 23 juillet 1920 qu'une loi est votée réprimant la complicité, l'incitation à l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle afin de contrer les avortements clandestins qui se chiffrent alors aux alentours de 100 000 par an à Paris [6].

Suite à cette loi, en découlent 3 autres [6] : le 27 mars 1923, l'avortement est correctionnalisé et le 14 septembre 1941, il est classé parmi les infractions "de



nature à nuire à l'unité nationale, à l'Etat et au peuple français". Finalement, le 15 février 1942, cet acte devient un crime contre la sûreté de l'Etat et est donc puni de la peine de mort.

Il faudra attendre les années 1960-1970 avec la création du mouvement Maternité Heureuse en 1956 remplacé par le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) en 1960, afin que les mentalités commencent à évoluer grâce, entre autre, à la diminution des mortalités infantiles et maternelles [6] : les femmes culpabilisaient donc moins de ne pas mener leur grossesse à terme car la démographie française était en hausse.

La France assiste alors à 2 grandes révélations : le « Manifeste des 343 salopes » en 1971 réunit les signatures de personnes célèbres comme Françoise Sagan, Catherine Deneuve ou encore Simone de Beauvoir et dans ce texte, elles attestent avoir déjà avorté. Le « Manifeste des 331 » paraît ensuite en 1973, ratifié par les médecins s'accusant d'avoir pratiqué des interruptions de grossesse clandestines.

Grâce à ces différentes avancées, les lois autorisant les IVG seront promulguées.

1.1.2 Les lois fondamentales

Parmi les dates marquant l'histoire de la régulation des naissances, la loi Neuwirth de 1967 pose la première pierre d'un édifice qui n'a cessé d'évoluer.

Cette loi abroge en effet celle de 1920 qui interdisait tout accès à la contraception. Il faudra attendre 1971 pour les premiers décrets d'application et 1974 afin que les centres de planification et d'éducation familiale soient autorisés à délivrer gratuitement et anonymement des moyens contraceptifs sur ordonnance aux mineures [7].

La loi permettant un tournant majeur dans l'histoire de l'avortement est celle n°75-17 du 17 janvier 1975 dite loi Veil [2]. Elle autorise à titre expérimental pour 5 ans l'arrêt de la grossesse pour les femmes qui en font la demande et qui se trouvent en situation de détresse et ce, jusqu'à la 10^{ème} semaine de grossesse soit 12 Semaines d'Aménorrhée (SA).

Ce précepte fait suite aux nombreuses complications recensées après des IVG clandestines telles que les infections, les hémorragies et les perforations utérines pouvant aller jusqu'à entraîner la mort et les échecs.

Cette loi Veil fut modifiée et définitivement adoptée lors de sa révision le 31 décembre 1979 et elle rend donc caduques celles de 1920, 1923, 1941 et 1942. Ce n'est qu'en 1989 que l'interruption de grossesse par méthode médicamenteuse est autorisée [1] et la loi Neiertz de 1993 condamne l'entrave à l'avortement.

Finalement, c'est le 4 juillet 2001 que la loi n° 2001-588 modifie les anciennes dispositions de 1975 et 1979 [8] :

- Le délai légal d'avortement passe de 12 à 14 SA ;
- La résidence en France n'est plus obligatoire ;
- Les femmes majeures ne sont plus contraintes à l'entretien psycho-social jusqu'alors obligatoire pour toutes mais il reste imposé aux mineures ;
- Les mineures n'ont plus besoin d'une autorisation parentale afin de pratiquer une IVG mais elles doivent être accompagnées d'un référent majeur.

En outre, le décret n°2004-636 stipule que les IVG sont possibles en cabinet de médecine de ville lorsqu'ils respectent les critères énoncés dans ce décret [9].

La loi de 2001 ne modifie cependant pas le nombre de consultations obligatoires qui reste de 2, avec un délai minimum de réflexion d'une semaine entre elles. Ce délai peut être réduit à 48 heures si la femme est proche du terme limite [8].

En ce qui concerne les modalités de remboursement des IVG par l'Assurance Maladie, plusieurs modifications ont eu lieu au cours des années.



C'est grâce à la loi du 31 décembre 1982 dite loi Roudy [10], que cet acte est coté afin d'être pris en charge. Les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation pour les IVG chirurgicales ou médicamenteuses s'élevaient alors pour une IVG [11] :

- Sans Anesthésie Générale (AG) pour une durée inférieure ou égale à 12 heures à 306,14 euros ;
- Avec AG pour une durée inférieure ou égale à 12 heures à 383,32 euros ;
- Sans AG pour une durée comprise entre 12 et 24 heures à 364,64 euros ;
- Avec AG pour une durée comprise entre 12 et 24 heures à 441,82 euros ;
- Avec forfait de 24 heures supplémentaires à 58,60 euros ;
- Pratiquée par technique médicamenteuse à 257,91 euros ;
- Médicamenteuse réalisée en cabinet de ville à 191,74 euros.

Ces montants étaient intégralement remboursés par la Sécurité Sociale pour les mineures sans accord parental et à hauteur de 70% en ville et 80% en établissement de santé pour les majeures assurées [12].

Ce n'est que récemment que ces différences ont été abolies : désormais, toute IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie pour toutes les femmes et quel que soit l'âge grâce au décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 [12]. Avant cette date, seuls les frais des patientes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU) étaient couverts à 100% [11].

1.1.3 Délais de prise en charge et différentes méthodes possibles pour l'IVG en fonction du terme [3]

Il existe deux méthodes différentes en fonction du terme de la grossesse, précisées ci-après :

- Méthode médicamenteuse avant 7 SA en cabinet de ville et/ou en centre de santé et jusqu'à 9 SA en établissement de santé ;
- Méthode chirurgicale du début de la grossesse jusqu'aux 14 SA limites.



1.1.3.1 La méthode médicamenteuse

La Haute Autorité de Santé (HAS) différencie les grossesses de plus ou moins de 7 SA.

IVG de moins de 7 SA :

Il existe 3 enchaînements principaux pour la prise des médicaments abortifs dont 2 fondés sur les recommandations de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la Mifégyne® (mifépristone) :

- 600 mg de mifépristone par voie orale suivis 36 à 48 heures après de la prise de 400µg de Cytotec® (misoprostol) per os ;
- 200 mg de Mifégyne® par voie orale suivis 36 à 48 heures après de la pose de 1g de géméprost (Cervagème®) en intra-vaginal.

Une troisième séquence pratiquée hors AMM et décrite dans les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS semblerait être toute aussi efficace : 200 mg de mifépristone par voie orale suivis 36 à 48 heures après par la prise de 400µg de misoprostol per os.

IVG de 7 à 9 SA :

Selon l'AMM de la Mifégyne®, les IVG médicamenteuses entre 7 et 9 SA doivent s'effectuer de la manière suivante : 200 à 600 mg de Mifégyne® par voie orale suivis d'1g de géméprost en intra-vaginal.

Différentes études ont montré qu'il n'existerait pas de bénéfices à donner plutôt 200 ou 600 mg de mifépristone [13-15] et le Cervagème®, étant une molécule réservée à l'usage hospitalier présentée uniquement sous forme d'ovules à conserver au congélateur, est peu utilisé.

1.1.3.2 La méthode chirurgicale [16]

Elle est possible du début de la grossesse jusqu'à 14 SA et nécessite une anesthésie qui peut être locale, via un bloc paracervical, ou générale : c'est à la femme de faire son choix après que le médecin ou la sage-femme lui ait exposé les avantages et inconvénients des deux options.

En plus de cette anesthésie, cette technique requiert une préparation du col pour favoriser sa dilatation afin de faciliter le passage de la canule d'aspiration. Cette préparation cervicale repose :

- Soit sur la prise orale de 200mg de Mifégyne® 36 à 48 heures avant l'opération ;
- Soit sur l'ingestion ou la pose en intra-vaginal de 400µg de Cytotec® 3 à 4 heures avant l'aspiration.

Après cette préparation, la patiente bénéficie de l'anesthésie souhaitée et le médecin procède à l'aspiration du contenu utérin avec une canule adaptée à l'âge de la grossesse [11]. Si la dilatation cervicale n'est pas satisfaisante, l'opérateur peut s'aider de bougies de Hégar ou de Dubreuil.

A la fin de l'intervention, un contrôle échographique est généralement pratiqué afin de vérifier la vacuité utérine et la pose d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) est réalisée si la femme en a exprimé le souhait [17].

1.1.4 Les démarches obligatoires à effectuer

1.1.4.1 Pour l'IVG médicamenteuse en établissement de santé [11]

Elle se pratique uniquement jusqu'à 9 SA et la première démarche à effectuer est de déposer une demande d'IVG chez n'importe quel médecin de ville. Au cours de cette consultation, la patiente recevra des informations sur les différents types d'IVG possibles et un dossier-guide.

Le praticien doit également préciser qu'un entretien psycho-social est obligatoire pour les mineures et facultatif pour les majeures et qu'un autre peut avoir lieu après l'IVG en cas de besoin.

La deuxième consultation aura lieu au moins 7 jours après la première pour respecter le délai de réflexion. Cette consultation permettra à la femme de confirmer sa demande d'IVG en signant un consentement écrit et éclairé. Pour les mineures, si elles n'ont pas l'accord d'un de leurs parents, la signature d'une personne majeure est obligatoire.

Un interrogatoire vise à répertorier les informations essentielles à propos de la patiente :

- Antécédents médicaux, familiaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux ;
- Carte de groupe sanguin et rhésus ;
- Date des dernières règles et présentation d'une éventuelle échographie de datation.

Suite à ce recueil de données, le médecin expose les différentes techniques possibles en fonction du terme de la grossesse et évoque également le sujet de la future contraception. La patiente pourra ensuite décider du lieu de l'intervention.

Si la femme contacte directement un centre d'orthogénie, les mêmes démarches seront à effectuer. La différence est que les consultations auront lieu sur le site de l'intervention et non pas en cabinet de ville.

1.1.4.2 Pour l'IVG médicamenteuse à domicile [18]

Elle ne peut être réalisée qu'avant 5 semaines de grossesse soit 7 SA et seulement par un médecin capable de justifier ses connaissances en gynécologie médicale, gynécologie/obstétrique ou détenant un document délivré par le directeur d'un établissement de santé prouvant que le praticien a déjà effectué des IVG médicamenteuses.

Le médecin doit également être conventionné avec un établissement de santé ayant l'autorisation de pratiquer des IVG. Ce partenariat est dans l'intérêt de la patiente : elle sera accueillie dans la structure de soins en cas de complications ou pour une prise en charge en cas d'échec.

Le praticien de ville a donc l'obligation de remplir une fiche de liaison comportant les informations essentielles concernant la femme en demande pour l'établissement qui devra potentiellement la prendre en charge.

Pour ce qui est des formalités obligatoires à observer, elles sont identiques à celles des établissements de santé. Les modalités de prise des médicaments abortifs sont également les mêmes c'est-à-dire que la Mifégyne® et le Cytotec® doivent être pris en présence du médecin.

Au total, l'IVG médicamenteuse en ville comprend 4 consultations en plus de la première qui correspond à la demande d'IVG avec remise du dossier-guide et des informations dans le cabinet que la patiente choisit :

1. Une semaine après, pour le temps légal de réflexion et la potentielle visite psycho-sociale, la femme prend rendez-vous chez un médecin autorisé à pratiquer les IVG en ville.

Lors de cette consultation, le praticien vérifie la faisabilité de l'acte (terme, localisation de la grossesse et consentement signé par la patiente), donne à nouveau des informations sur les modalités de l'IVG et fixe les deux prochaines consultations qui permettront la prise des médicaments abortifs ;

2. Prise de la Mifégyne® et informations sur la conduite à tenir en cas de survenue d'effets indésirables, prescription d'antalgiques et prévention de l'incompatibilité Rhésus pour les femmes Rhésus négatif ;
3. Prise du Cytotec® et prescription d'une contraception post-IVG ;
4. Visite de contrôle 14 à 21 jours après la prise de la mifépristone.

1.1.4.3 Pour l'IVG chirurgicale [11]

Possible jusqu'à 14 SA, elle nécessite les mêmes formalités que l'IVG médicamenteuse et la patiente doit bénéficier d'une consultation pré-anesthésique si elle demande une anesthésie générale.

Quelle que soit la méthode, une visite de contrôle doit avoir lieu 14 à 21 jours après l'acte afin de contrôler l'arrêt de la grossesse et la vacuité utérine. Elle sert également à mettre en place la contraception si elle n'avait pas été débutée après l'IVG : pose de DIU, implant, contraception œstro-progestative... Les diaphragmes et les capes pendant le premier cycle suivant l'IVG seront déconseillés ainsi que les anneaux afin d'éviter les manipulations vaginales [17].

1.2 IVG et épidémiologie

1.2.1 L'IVG en France

Le nombre d'IVG en France métropolitaine reste relativement stable depuis 2006, aux alentours de 210 000 par an, ainsi que dans les départements d'outre-mer, où sont recensés 13 100 IVG par an en moyenne depuis 1996 [1]. Au total, ce sont plus de 225 000 avortements qui sont effectués sur l'ensemble du territoire français chaque année.

On compte de manière conjoncturelle 0,53 IVG par femme en 2010 et une estimation fait état de 36,2% de la population féminine qui pratiquera au moins une IVG au cours de sa période féconde [1].

Le nombre d'IVG ne diminue pas en France malgré la progression de la contraception [19] : 91% des femmes déclarent en utiliser une. La contraception d'urgence s'est démocratisée depuis juin 1999, date de droit de délivrance de la



« pilule du lendemain » sans ordonnance. Les raisons de cette stagnation restent encore floues mais plusieurs pistes sont suivies :

- Le recours à l'IVG, plus fréquent en cas de grossesses non prévues car aujourd'hui, les femmes mettraient en avant leur carrière professionnelle plutôt que leur vie de famille ;
- Les relations sexuelles hors mariage plus fréquentes ;
- La situation socio-économique des futurs parents qui jouerait un rôle dans les conditions d'accueil de l'enfant.

Le recours à l'IVG varie en fonction de l'âge et, en 2010 sont comptabilisés en moyenne [1] :

- 27 IVG pour 1000 femmes de 20 à 24 ans ;
- 15 IVG pour 1000 femmes de moins de 20 ans et entre 35 et 39 ans ;
- 6 IVG pour 1000 femmes entre 40 et 44 ans.

Globalement, 14,7 femmes sur 1000 sont concernées par les IVG entre 15 et 49 ans soit 15,1 pour 1000 sur la France entière [1].

1.2.2 Résultats de l'étude COhorte CONtraception (COCON) [20]

Cette étude menée de septembre 2000 à janvier 2001 avait pour but de recenser les conditions d'accès et la prise en charge des IVG en France. L'équipe COCON a comparé ses résultats avec ceux des Bulletins d'Interruption de Grossesses (BIG) afin de vérifier leur concordance.

L'étude comptait alors 2863 femmes âgées de 18 à 44 ans résidant en France métropolitaine mais seules 320 patientes ont été incluses dans l'analyse pour limiter les différents biais possibles.

Type de femmes selon la structure d'accueil :

Il apparaît que les femmes les plus diplômées, au chômage ou avec des revenus intermédiaires se sont plus souvent adressées au secteur privé. Cependant,

il n'existe pas de différence en fonction de l'âge, du statut marital ou de la présence ou non d'un enfant au sein du foyer.

Prise en charge selon le type d'établissement :

Grâce à l'étude COCON, il a été mis en évidence que la majorité des femmes ayant eu recours au secteur privé ont consulté leur gynécologue pour la première visite IVG de même dans le secteur public, bien que la différence soit moins marquante entre les gynécologues et les médecins généralistes :

- 54,4% auprès du gynécologue en secteur privé et 31,1% en secteur public ;
- 14,5% auprès du médecin généraliste en secteur privé et 28,6% en secteur public.

Il a été démontré que les patientes étaient satisfaites de la disponibilité des structures afin d'obtenir un rendez-vous rapidement (bien qu'il y ait légèrement plus de facilités dans le secteur privé) mais dans le secteur public, les entretiens avec les conseillers conjugaux étaient plus nombreux.

La consultation de contrôle a été pratiquée dans les 2 types de secteurs de la même manière, à hauteur de 70%.

Déroulement de l'IVG selon la structure :

Environ une IVG sur 5 a été pratiquée selon la méthode médicamenteuse aussi bien dans le secteur privé (20%) que public (22%) et plus d'une femme sur 2 dit avoir choisi cette technique. Cependant, 15% d'entre elles auraient opté pour IVG chirurgicale avec une anesthésie générale lors d'une IVG ultérieure.

Les IVG chirurgicales ont généralement été effectuées sous anesthésie générale, sans concertation avec la patiente dans plus d'un cas sur 5. Ces anesthésies générales concernent 63% de femmes dans le secteur public, 94% dans le secteur privé et seulement 15% des femmes disent avoir choisi cette technique. De plus, les patientes prises en charge chirurgicalement en secteur public auraient préféré, deux fois plus que les femmes en secteur privé, une autre méthode (34% contre 17%).

Dans la plupart des cas, les patientes ont été satisfaites de leur prise en charge mais elles ne se sont pas senties suffisamment entourées par l'équipe médicale du centre, surtout dans le secteur public.

En conclusion :

L'accès à l'IVG en France est relativement aisé mais il apparaît que les recommandations de la HAS ne sont pas toujours parfaitement respectées. Malgré cela, la grande majorité des patientes se dit satisfaite de cette prise en charge.

Avec l'étude COCON, les conditions d'accès et la prise en charge de l'IVG ont été explorées. Cependant, la douleur des femmes ainsi que sa prise en charge au cours de l'intervention n'a pas été évaluée.

1.3 IVG et prise en charge de la douleur

1.3.1 Définition et évaluation de la douleur

L'International Association for the Study of Pain (IASP) a proposé en 1979 la définition suivante : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* » [21].

Il existe différents moyens d'évaluer la douleur, qui doit être cotée correctement afin d'être prise en charge de manière optimale [22]. Il existe de nombreuses échelles mais les plus couramment utilisées sont :

- L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) ;
- L'Echelle Numérique (EN) ;
- L'Echelle Verbale Simple (EVS).

1.3.2 Les caractéristiques en lien avec la perception de la douleur en général et lors des IVG

De manière générale, en fonction du type de chirurgie et de la technique utilisés, les douleurs seront différentes.

De même, le jeune âge [23] et le sexe féminin seraient connus pour être des critères qui augmenteraient de manière importante l'intensité douloureuse [24].

D. Fletcher démontre que l'existence d'une douleur préopératoire nécessitant plus ou moins d'utilisation d'analgésiques avant le geste [24] entraînerait les mêmes conséquences.

Les caractéristiques anxio-dépressives telles que les émotions négatives [24], la fatigue, la vue du matériel et un mauvais état physique [25] y jouent également un rôle. En outre, la (les) pathologie(s) associée(s) causant des interactions médicamenteuses ou les problèmes d'alimentation entraînant un mauvais état nutritionnel ont également une influence [24].

En ce qui concerne les caractéristiques des patientes lors des IVG, l'âge est étroitement lié à la douleur ressentie : en-dessous de 25 ans, les femmes auraient tendance à être plus algiques [26]. D'autres critères ont été clairement établis [27-32] comme étant annonciateurs de douleurs tels que :

- La parité et la gestité ;
- Les antécédents d'IVG ;
- L'âge gestationnel au moment de l'avortement ;
- La dose de misoprostol reçue ;
- La présence de dysménorrhée avant l'IVG.

Certaines études, parfois contradictoires, montrent que l'IMC, l'ethnie, le niveau d'éducation et le statut marital auraient une influence sur la douleur [33-35].

Finalement, bien que des caractéristiques aient été mises en évidence, les douleurs restent diverses et toujours subjectives. Il est donc généralement difficile de mettre en évidence une ou plusieurs données significatives.

1.3.3 Quelle prise en charge optimale ?

Après le premier plan de lutte contre la douleur de 1998 à 2000 de Monsieur Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé, un deuxième grand plan sur trois ans a été lancé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, délégué au Ministère de la Santé [36]. Ainsi, de 2002 à 2005, trois priorités furent mises en place dont la prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie à travers cinq objectifs :

- Une meilleure information des usagers ;
- Un accès plus simple aux structures permettant la prise en charge des douleurs chroniques ;
- L'amélioration de l'information et de la formation des soignants ;
- Inciter les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- Impliquer davantage l'infirmier dans cette voie.

Lors de ce plan, le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) a été créé afin de prévenir la douleur et d'améliorer cette prise en charge. Le comité a poursuivi son travail dans le programme de lutte de 2006-2010 de Monsieur Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé et de la Solidarité [37].

Les moyens non médicamenteux [25] :

En premier lieu, il s'avèrerait qu'une écoute attentive permettrait de repérer des caractéristiques qui pourraient engendrer de la douleur : il s'agit donc de prendre le temps de laisser les patientes s'exprimer afin qu'elles puissent confier leurs craintes. Ainsi, il sera possible de leur donner les informations et les conseils nécessaires pour tenter de limiter leur anxiété.

L'environnement jouerait aussi un rôle important sur la douleur : si l'ambiance est paisible et que les personnes présentes parlent calmement, les patientes auraient tendance à se détendre plus facilement.

Les moyens médicamenteux [25] :

Pour les lourdes interventions, la morphine et une prémédication à base d'anxiolytiques semble judicieuse afin de détendre les patientes dans le but de diminuer leur appréhension de l'acte. C'est dans ce sens que la prise d'Atarax®, de Xanax® ou de Lexomil® est indiquée. La posologie est fixée en fonction des femmes.

Généralement, les analgésiques mentionnés dans la littérature pour les IVG sont le paracétamol, les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), la codéine et la morphine [27 ; 29 ; 38]. Cependant, il n'existe pas de recommandations de l'HAS à propos de la prise en charge de la douleur physique pendant les IVG médicamenteuses.

Dans l'étude menée, les caractéristiques de la population seront analysées afin de répondre aux hypothèses émises.

2 Seconde partie : Matériel et méthode

2.1 Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude

2.1.1 Problématique

Le cœur de ce mémoire est la douleur physique chez les femmes effectuant une IVG médicamenteuse.

L'intérêt pour ce sujet est apparu à la suite d'un stage dans un service d'orthogénie, après avoir pu constater le manque de moyens antalgiques efficaces pour soulager les patientes qui en avaient besoin.

Il n'existe pas de recommandations à ce propos et cette question étant peu traitée, il apparaît alors pertinent de chercher à savoir si la prise en charge de la douleur des femmes au cours de l'IVG médicamenteuse était suffisante.

2.1.2 Objectifs

Afin de répondre à cette problématique, l'étude avait pour objectifs d'évaluer la douleur physique au cours des IVG médicamenteuses et de mettre en avant certaines caractéristiques qui seraient en lien avec une sensibilité accrue à cette douleur pour finalement proposer un protocole antalgique permettant une prise en charge adaptée et optimale.

2.1.3 Hypothèses

Dans le cadre de ce mémoire, les hypothèses de recherche étaient les suivantes :

- La prise en charge de la douleur est insuffisante car elle n'est pas adaptée aux patientes ;
- Les caractéristiques des patientes qui pourraient être en lien avec une douleur intense ne sont pas connues et non prises en compte ;
- Un protocole de service permettrait d'homogénéiser cette prise en charge afin qu'elle soit plus efficiente.

2.2 Description de l'étude

2.2.1 Type et durée

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et uni-centrique qui s'est déroulée du 18 août au 8 novembre 2013.

2.2.2 Lieu et population concernée

Les données étudiées sont celles du CHIPS. Toutes les femmes qui y ont pratiqué une IVG médicamenteuse et qui ont accepté de répondre au questionnaire ont été incluses dans l'étude.

Il n'y a pas de limite d'âge mais ont été exclues les patientes présentant des complications au cours de leur hospitalisation puisque l'objectif n'était pas d'évaluer l'impact sur la prise en charge.

2.3 Déroulement de l'IVG médicamenteuse au CHIPS

Le premier rendez-vous est pris par téléphone ou physiquement auprès de la secrétaire du CHIPS. C'est elle qui fixe le jour de la première consultation et qui vérifie que la patiente a bénéficié d'une échographie de datation. En effet, bien que la législation ne la rende pas obligatoire, cette échographie précoce paraît essentielle pour une prise en charge correcte (datation précise, évolutivité, absence de grossesse extra-utérine etc.) donc elle est requise pour effectuer une IVG.

La première consultation a lieu dans le service s'il n'y en a pas eu de préalable en ville. Si c'est le cas, le courrier du médecin atteste que la femme a reçu les informations sur l'IVG. Le délai de réflexion commence donc à partir de cette date.

A sa première venue, la patiente sera examinée par une sage-femme ou un médecin qui créera son dossier médical et prescrira les éventuels examens complémentaires (carte de groupe et Rhésus par exemple). C'est également à ce moment que les différentes méthodes seront proposées et expliquées en fonction du terme de la grossesse.

A la suite de la première consultation, un rendez-vous avec la conseillère conjugale est systématiquement proposé : il est facultatif pour les majeures et obligatoire pour les mineures [11].

Cet entretien pourra être réitéré après l'IVG si la patiente en ressent le besoin et ce, quel que soit son âge.

Après l'IVG, la visite de contrôle peut être réalisée en ville ou au centre d'orthogénie selon le choix de la patiente seulement si la grossesse a été expulsée au cours de l'hospitalisation. Les femmes qui ne sont pas dans ce cas reviennent obligatoirement en consultation dans le service de Saint-Germain-en-Laye deux semaines après l'IVG afin de rencontrer un médecin qui fera une échographie pour évaluer la vacuité utérine.

La conduite à tenir diffère alors en fonction du résultat.



2.4 La prise en charge de la douleur des patientes

2.4.1 Avant l'arrivée au centre d'orthogénie

Une prescription pour une gélule de Lamaline® de 300 mg/10 mg est donnée à la patiente qui devra la prendre à 6h00 soit 1 heure avant les 400 µg de Cytotec®.

2.4.2 Au cours de l'hospitalisation

C'est à 9h00 et en même temps que les deux autres comprimés de Cytotec® qu'il sera prescrit un comprimé de Spasfon-Lyoc® de 80 mg.

2.4.3 Après l'IVG

En cas de persistance des douleurs pelviennes, il est prévu d'administrer :

- 20 mg d'Acupan® si la patiente n'a pas expulsé la grossesse ;
- 400 mg d'Advil® si elle l'a expulsée.

2.5 Modalités de recueil des données

Dans un premier temps, des questionnaires ont été distribués aux patientes. Il leur a été demandé les renseignements suivants :

- Le poids et la taille ;
- L'existence ou non de dysménorrhées ;
- Le score de douleur selon l'EN heure par heure pendant l'hospitalisation ;
- Le choix de la technique en vue d'une éventuelle IVG ultérieure et la raison de cette volonté.



Ensuite, chaque questionnaire a fait l'objet d'une étude du dossier de la patiente afin de recueillir des informations complémentaires. Ce second travail a permis de nous renseigner sur :

- L'âge ;
- La parité et la gestité ;
- Le terme de la grossesse au moment de l'IVG ;
- Le profil tabagique de la patiente ;
- Le nombre de comprimés de Cytotec® donnés ;
- Les antalgiques prescrits ;
- L'expulsion ou non de la grossesse au cours de l'hospitalisation ;
- La survenue de complications.

2.6 Identification du seuil de douleur

2.6.1 Méthode employée

Il est désormais admis grâce à différentes études [39-41] que l'EVA est la méthode la plus fiable pour l'évaluation de la douleur. Cependant, cet outil n'était pas utilisable au cours de notre étude pour une raison pratique : le personnel du service ne pouvait pas relever le score de douleur sur une EVA toutes les heures car c'était impossible d'un point de vue organisationnel ; c'est donc l'EN qui a été choisie.

Cette méthode est celle qui se rapproche le plus de l'EVA d'après O. Gall [42] avec un score qui variait de 0, « aucune douleur » à 10, « la pire douleur imaginable ».

2.6.2 Seuil retenu

Grâce à ce relevé, nous avons pu calculer la moyenne des EN pour chaque patiente et les classer en deux catégories. La Société Française d'Anesthésie

Réanimation (SFAR) indique que la douleur est faible pour une EVA ≤ 30 mm et que l'administration de morphine peut être nécessaire au-delà de 30 à 40 mm [41] : c'est donc ce seuil (3/10 pour l'EN) qui a été choisi pour rechercher les caractéristiques des patientes pouvant induire une douleur modérée à intense lors d'une IVG médicamenteuse.

2.7 Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au logiciel R i386 version 3.0.2.

Les valeurs qualitatives sont exprimées en pourcentage et les valeurs quantitatives en moyenne.

Les scores moyens d'EN ont été calculés ainsi que l'âge moyen, l'IMC moyen et le terme moyen.

La recherche d'une relation a été effectuée entre une douleur modérée à intense nécessitant des antalgiques supplémentaires (EN $\geq 3/10$) pendant l'IVG et les différentes variables suivantes :

- Age ;
- Parité et gestité ;
- Nombre d'IVG antérieures ;
- Dysménorrhées ;
- Tabac ;
- IMC ;
- Terme de la grossesse au moment de l'IVG.

Afin de déterminer si ces critères avaient un lien avec la douleur ressentie par les femmes, la variable quantitative EN a été transformée en variable qualitative binaire avec un seuil à 3/10.



Pour l'analyse statistique, le test de Student a été employé selon les conditions d'application pour la comparaison des variables quantitatives et le test de Chi-2 pour les variables qualitatives.

Il est admis que la relation entre les variables est significative lorsque la valeur du p est inférieure à 5%.



3 Troisième partie : Résultats

3.1 Nombre de patientes

Du 18 août au 8 novembre 2013, 248 patientes ont consulté pour une IVG médicamenteuse au CHIPS.

Sur ces 248 patientes, 160 questionnaires ont été récupérés (64,5%) et trois n'ont pas pu être exploités car les dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés. En outre, une patiente a été exclue de l'étude pour métrorragies nécessitant une aspiration et 8 autres ont été exclues car leurs questionnaires étaient incomplets.

Au total, 148 questionnaires (92,5%) ont pu être exploités.

Pour l'analyse statistique, quatre patientes n'ont pas été prises en compte car :

- Une avait eu 8 comprimés de Cytotec® ;
- Deux en avait eu 6 ;
- Dans un dossier, le nombre de comprimés ingérés n'avait pas été renseigné.

Cette exclusion a permis de ne pas prendre en compte le facteur de confusion qu'aurait pu être le nombre de comprimés de Cytotec® pris (toutes les autres patientes en avaient eu quatre).

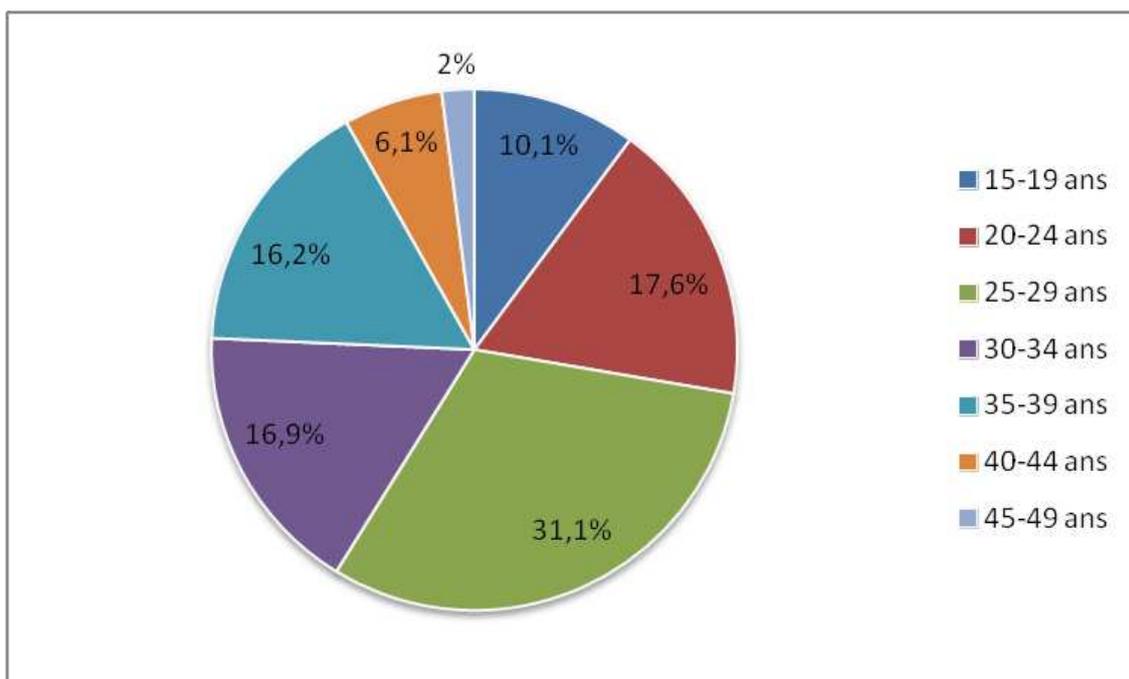
3.2 Caractéristiques de la population

3.2.1 L'âge

L'âge des femmes est compris entre 15 et 48 ans. La moyenne est de 29 ans.



Figure 1 : répartition de l'âge dans la population (n = 148)



3.2.2 La parité et la gestité

Sur les 148 femmes : 73 (49,3%) sont nullipares et 75 (50,7%) ont eu au moins un enfant. La moyenne est de 1.

La parité est comprise entre 0 et 4.

Sur les 148 femmes : 64 (43,2%) n'ont jamais été enceintes et 84 (56,8%) l'ont déjà été au moins une fois. La moyenne est de 2,5.

La gestité est comprise entre 0 et 12.



Figure 2 : représentation de la parité dans la population (n = 148)

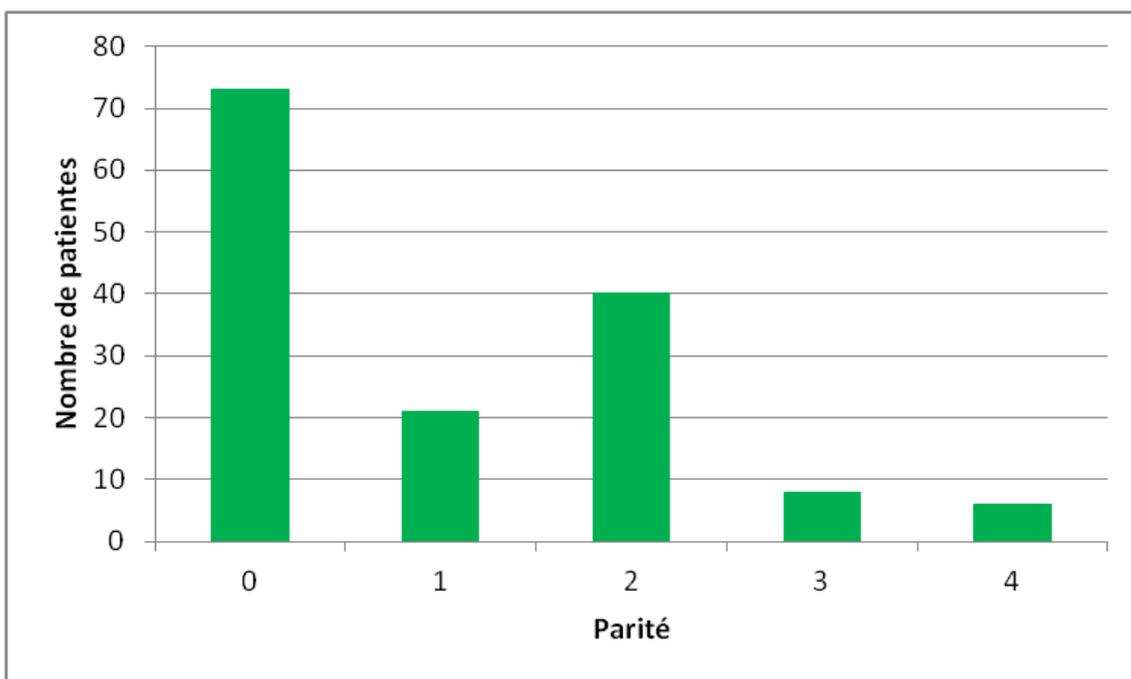
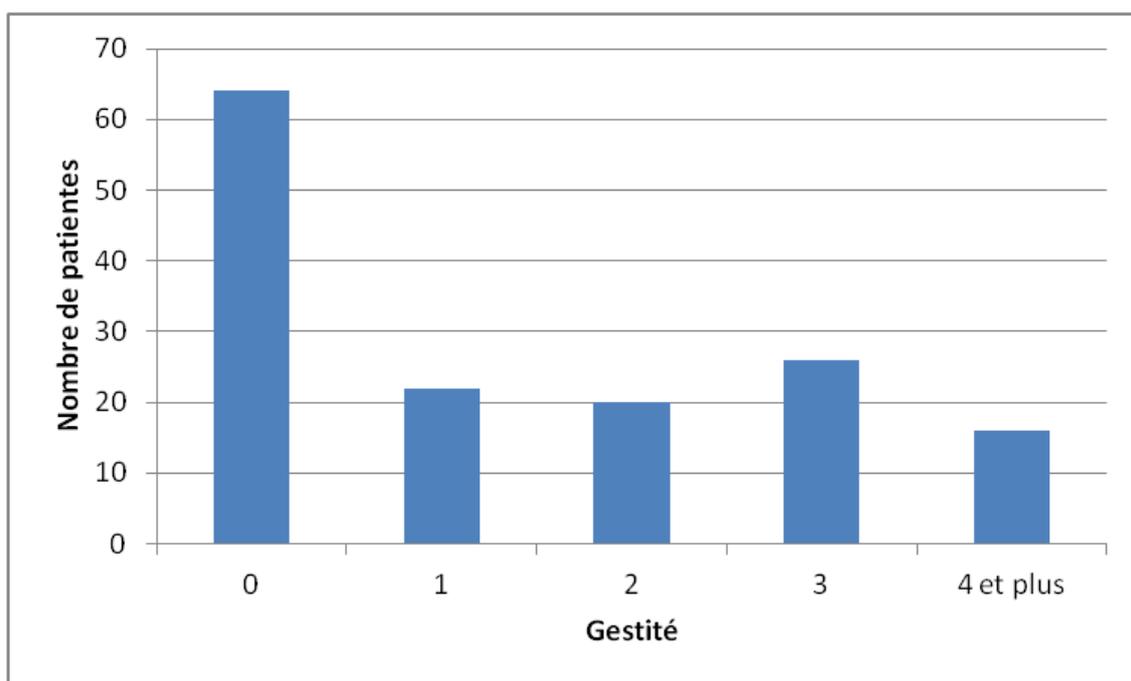


Figure 3 : représentation de la gestité dans la population (n = 148)

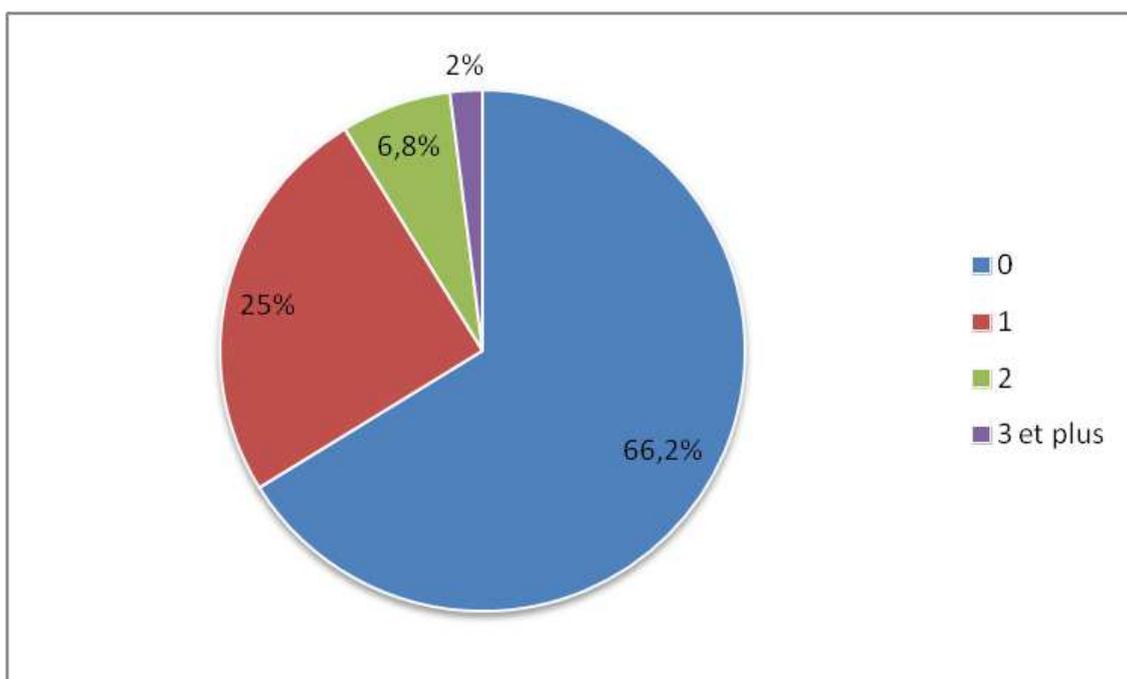


3.2.3 Les antécédents d'IVG

Sur les 148 femmes : 98 (66,2%) n'ont pas d'antécédents d'IVG et 50 (33,8%) en ont déjà pratiqué au moins une.

La moyenne est de 0,5. Ils sont compris entre 0 et 10.

Figure 4 : les antécédents d'IVG dans la population (n = 148)



La (les) technique(s) utilisée(s) pour l' (les) IVG antérieure(s) n'a (ont) pas été demandée(s).

3.2.4 Les dysménorrhées

Sur les 148 femmes : 72 (48,6%) n'en ressentait aucune et 76 (51,4%) en souffraient.

Sur les 76 patientes présentant des dysménorrhées, 49 (64,5%) prennent des antalgiques.

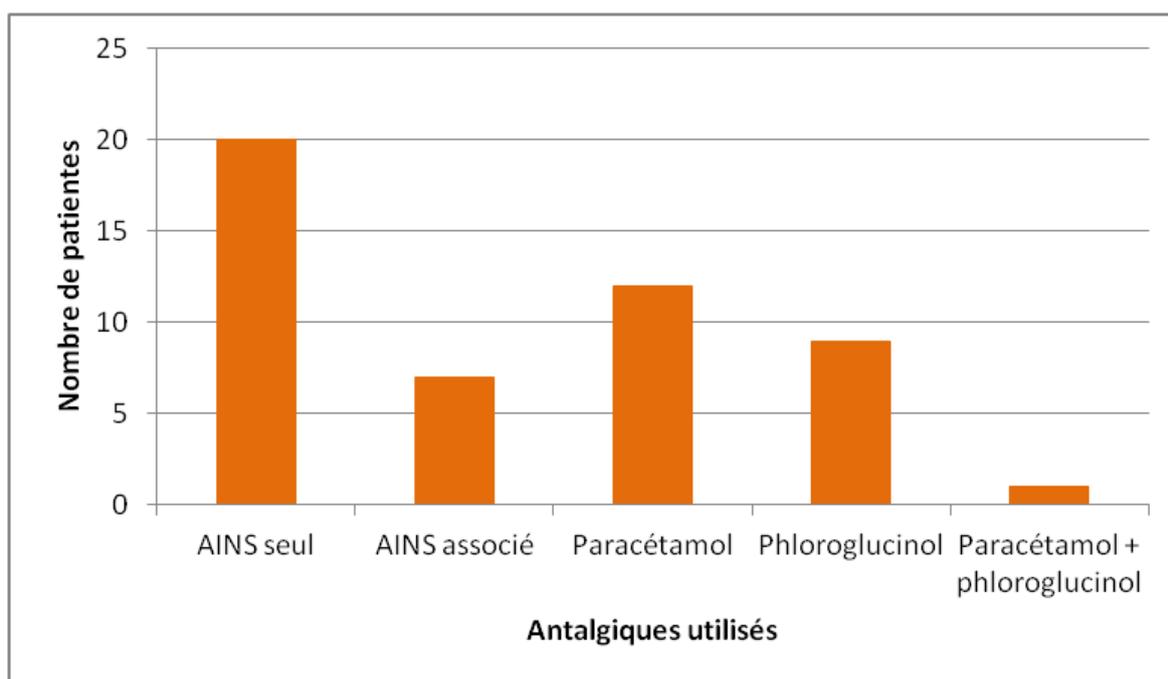
27 femmes prennent des AINS tels que l'ibuprofène, le flurbiprofène, le naproxène et l'acide méfénamique :

- 20 patientes (74,1%) les prennent seuls ;
- 7 patientes (25,9%) les associent à un autre antalgique (paracétamol ou phloroglucinol).

Sur les 49 femmes qui traitent leurs dysménorrhées, 22 prennent autre chose que des AINS :

- 12 patientes (52,2%) prennent du paracétamol seul ;
- 1 patiente (4,3%) associe le Doliprane® au Spasfon® ;
- 9 patientes (39,1%) prennent du phloroglucinol seul.

Figure 5 : antalgiques utilisés en cas de dysménorrhées dans la population (n = 49)



La question suivante du questionnaire était de savoir si les antalgiques que les femmes prenaient étaient efficaces ou pas. Globalement, ces derniers le sont car 43 patientes (87,8%) étaient complètement soulagées après les avoir pris. Cependant, 3 (6,1%) ne l'étaient pas totalement et 3 autres (6,1%) ne l'étaient pas du tout.

25 des 43 femmes soulagées (58,1%) prenaient des AINS seuls ou associés à d'autres antalgiques. 18 (41,9%) prenaient du Doliprane® et/ou du Spasfon®.

Parmi les 3 femmes qui n'étaient pas totalement satisfaites de l'action des antalgiques, deux avaient pris du Spasfon® seul et une avait pris un AINS seul.

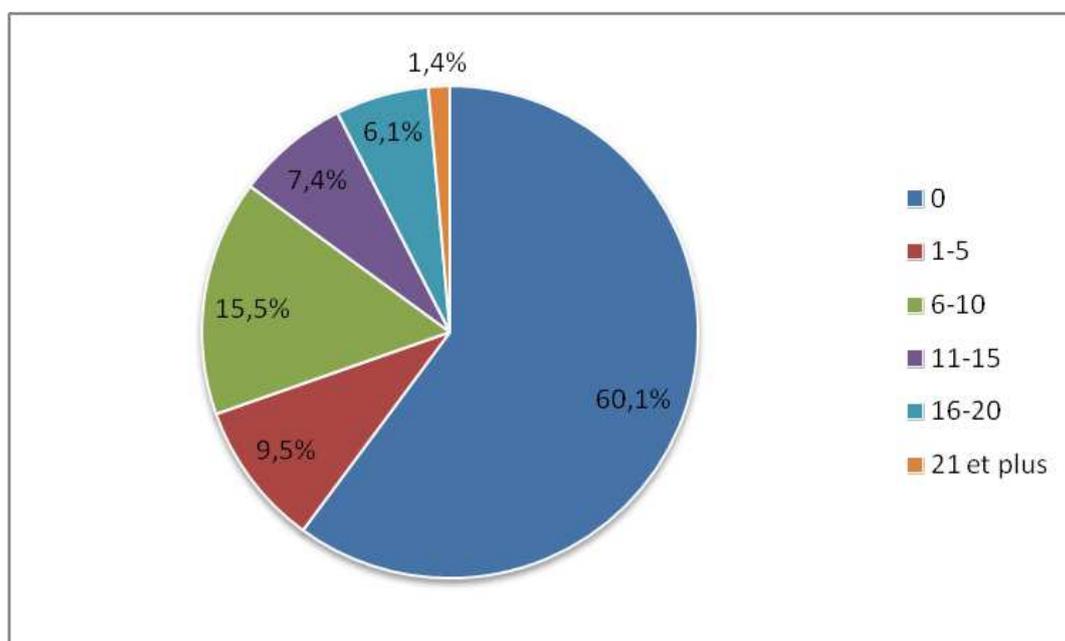
Finalement, sur les 3 femmes qui restaient douloureuses après la prise de médicaments :

- 1 avait pris du paracétamol seul ;
- 1 avait associé ce dernier avec du phloroglucinol ;
- 1 avait associé un AINS avec du paracétamol.

3.2.5 Le statut tabagique

Sur les 148 femmes : 89 (60,1%) ne fument pas et 59 (39,9%) sont fumeuses. La moyenne est de 4,3 cigarettes par jour. Le nombre de cigarettes fumées par jour est compris entre 0 et 30.

Figure 6 : nombre de cigarettes fumées par jour dans la population (n = 148)



3.2.6 L'indice de masse corporelle

L'IMC des patientes de l'étude est compris entre 15,6 et 39,8 kg/m². La moyenne est de 22,7 kg/m².

3.2.7 Le terme

Le terme est compris entre 37 jours (5 SA + 2 j) et 65 jours (9 SA + 2 j). La moyenne est de 53,6 jours (\approx 7 SA + 4 j).

3.3 Les antalgiques prescrits

3.3.1 Avant l'IVG

Au centre d'orthogénie du CHIPS, la gélule de Lamaline® est prise une heure avant l'ingestion des premiers comprimés de Cytotec® : 139 patientes (93,9%) l'avaient prise à 6h00 et 9 patientes (6,1%) à 7h00.

3.3.2 Pendant et après l'IVG

En même temps que les troisième et quatrième comprimés de Cytotec®, un comprimé de Spasfon® est délivré aux femmes : 137 patientes (92,6%) en ont bénéficié à 9h00 et 11 (7,4%) à 10h00.

Nous avons recensé 98 femmes (66,2%) peu douloureuses et 50 femmes (33,8%) algiques à très algiques. Globalement, 128 patientes (86,5%) ont eu besoin d'antalgiques supplémentaires : respectivement 41,8% et 98%.

La plupart de ceux qui ont été administrés aux femmes sont ceux appartenant au palier I :

- 7,8% de Doliprane® 1g ;
- 52,3% d'Advil® 400 mg ;
- 4,7% de Profénid® sous forme de suppositoire de 100 mg ;
- 17,2% d'Acupan® 20 mg per os.

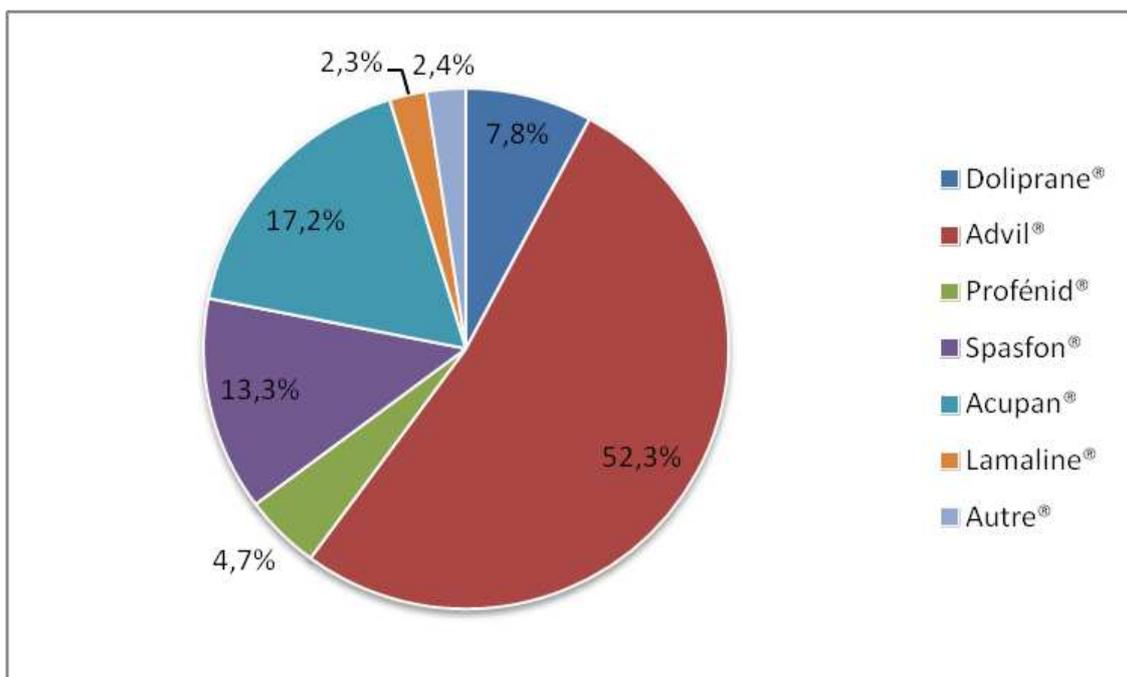
13,3% des femmes ont bénéficié de deux comprimés de 80 mg de Spasfon® supplémentaires

Ceux de palier II sont administrés lorsque les précédents ne sont pas suffisants avec 2,3% de Lamaline® 300 mg/10 mg.

En plus de ces médicaments une patiente a eu du Nifluril® 250 mg, une autre du Contramal® 50 mg et une autre de l'Efferalgan Codéiné® 500 mg/30 mg.

Aucun antalgique de palier III n'a été prescrit.

Figure 7 : antalgiques supplémentaires administrés dans la population (n = 128)





3.4 La douleur ressentie par les patientes au cours de l'IVG médicamenteuse

Elle a été mesurée une fois par heure au cours de l'hospitalisation. Sur les 148 femmes et tout au long de l'IVG, la douleur est comprise entre 0 et 10 avec une moyenne :

- des scores pour chaque patiente comprise entre 0 et 6,7 ;
- globale des scores à 2,3.

Parmi les 148 patientes, 33 (22,3%) ont une douleur maximale < 3/10 et pour les 115 autres (77,7%), elle est \geq 3/10.

Figure 8 : répartition des patientes selon l'EN maximale ressentie au cours de l'IVG (n = 148)

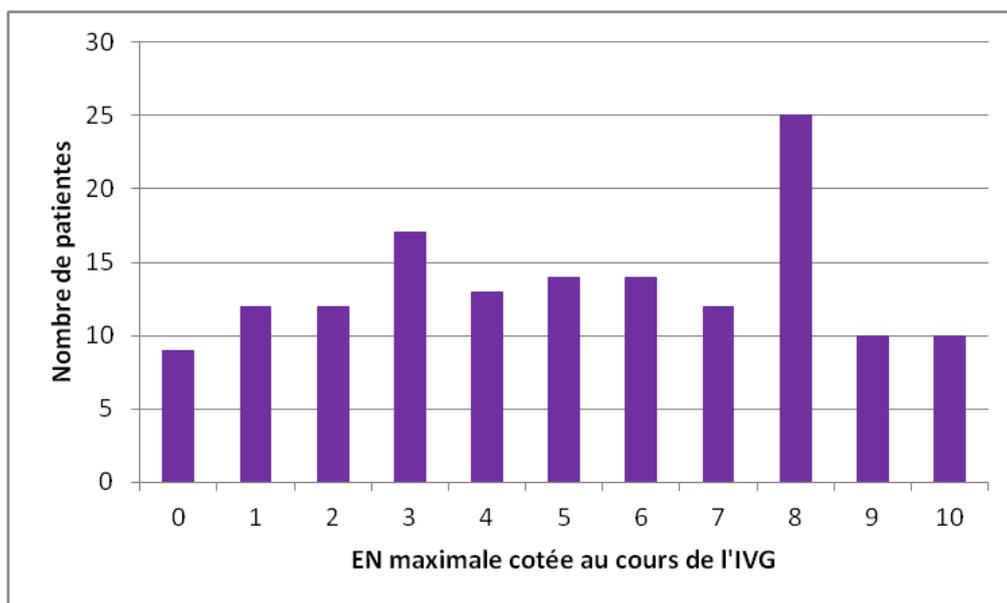
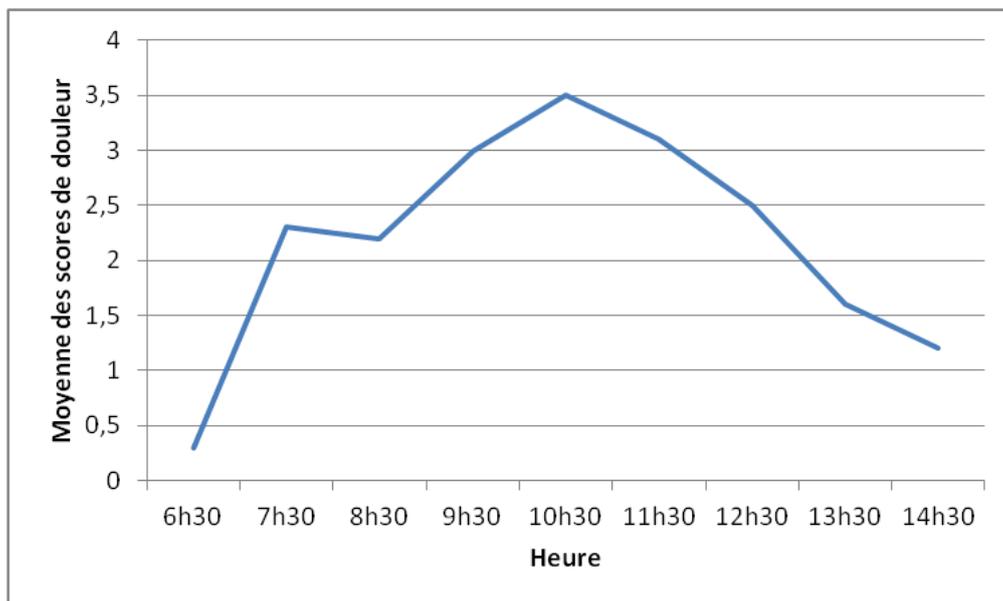


Figure 9 : évolution des moyennes des scores de douleur des femmes au cours de l'IVG



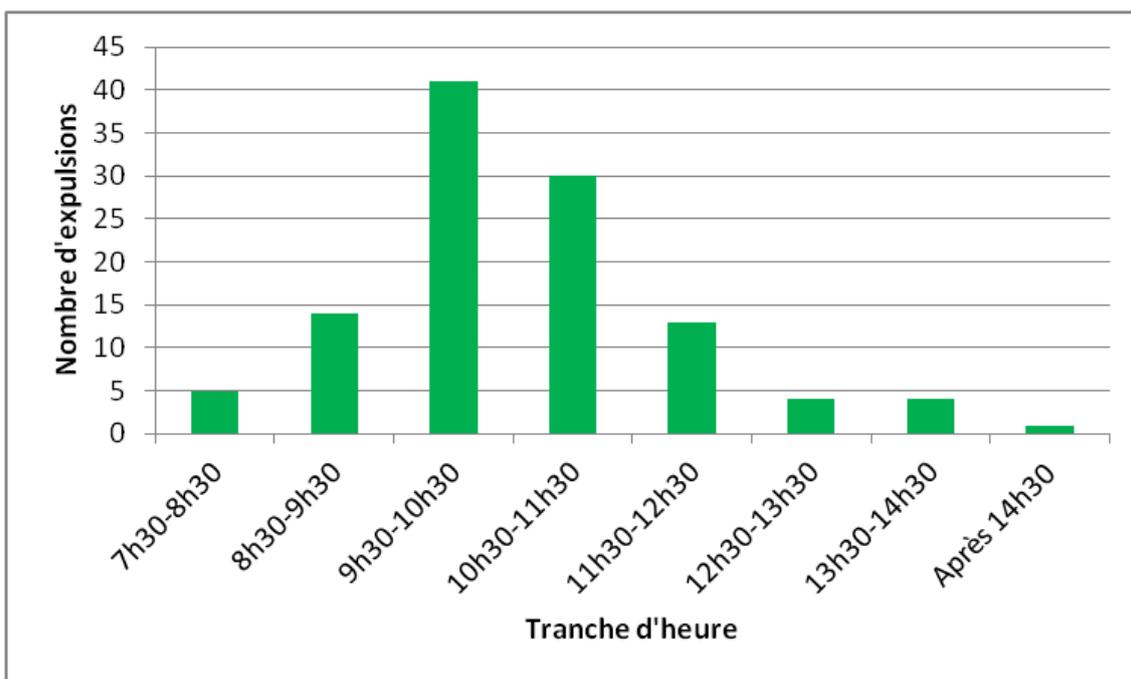
Grâce à cette figure, il semblerait que plusieurs hypothèses puissent être émises :

- Un premier pic de douleur serait présent à 7h30 soit un délai de 30 minutes après la prise des premiers 400 µg de Cytotec® ;
- Un second pic de douleur serait présent à 9h30 soit un délai également de 30 minutes après la prise des seconds 400 µg de Cytotec® ;
- Le moment le plus douloureux de l'IVG semble être à 10h30.

Sur les 148 femmes, 112 (75,7%) ont expulsé leur grossesse au cours de l'hospitalisation. La majorité a eu lieu entre 9h30 et 10h30 (41 patientes soit 36,6%) et un nombre important d'expulsions s'est déroulé entre 10h30 et 11h30 (30 patientes soit 26,8%).



Figure 10 : répartition de la population ayant expulsé selon l'heure (n = 112)



3.5 Quel choix pour une éventuelle IVG ultérieure ?

Une des questions posées était « *A posteriori, auriez-vous plutôt pratiqué une IVG chirurgicale ?* ».

Sur les 148 femmes : 116 (78,4%) ont répondu négativement, 23 (15,5%) ont répondu positivement, 2 (1,4%) n'ont pas d'opinion et 7 (4,7%) n'ont pas donné de réponse.

Parmi les 116 femmes ne souhaitant pas d'aspiration lors d'une IVG ultérieure :

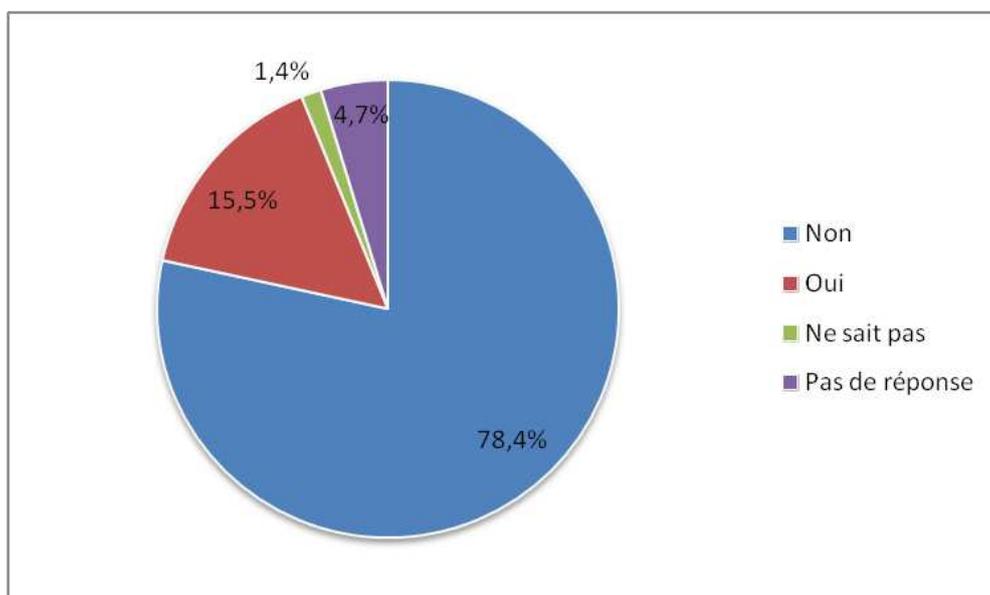
- 82 (70,7%) faisaient partie du groupe « EN < 3/10 » ;
- 34 (29,3%) faisaient partie du groupe « EN ≥ 3/10 ».

Parmi les 23 femmes qui, à l'inverse, souhaitent une aspiration lors d'une IVG ultérieure :

- 15 (66,2%) faisaient partie du groupe « EN < 3/10 » ;
- 8 (34,8%) faisaient partie du groupe « EN ≥ 3/10 ».

La corrélation statistique entre l'EN et le choix de méthode d'IVG ultérieure n'a pas été recherchée car les calculs ne prennent pas en compte les dimensions affectives, religieuses, personnelles... propres à chaque patiente.

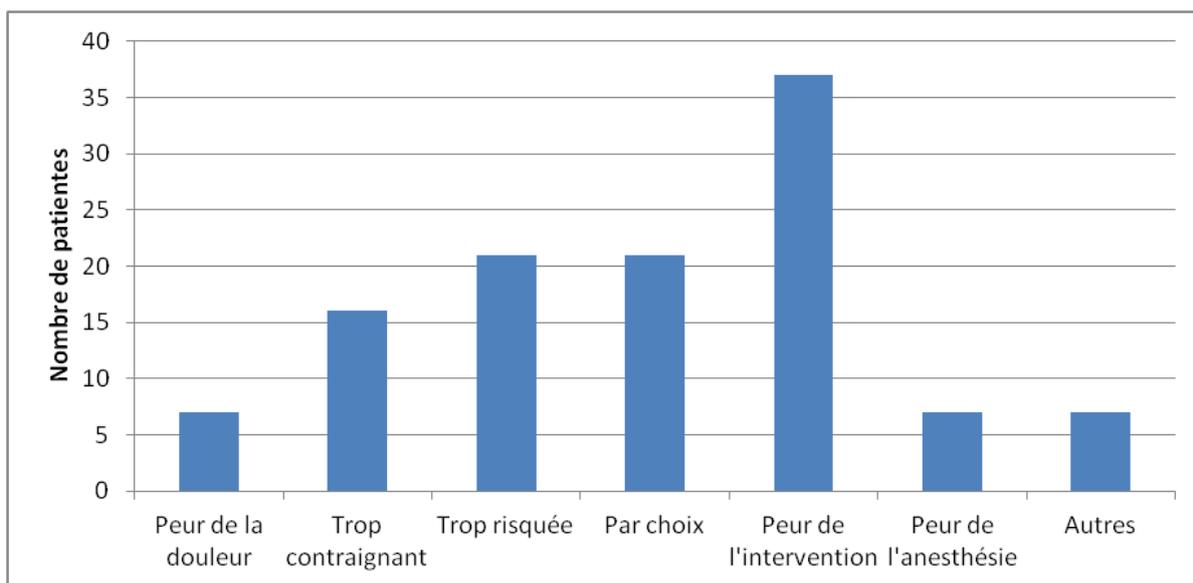
Figure 11 : choix de l'IVG chirurgicale ultérieure dans la population (n = 148)



Sur les 116 femmes qui ont répondu négativement à la question « *A posteriori, auriez-vous plutôt pratiqué une IVG chirurgicale ?* » :

- 7 (6%) avaient peur de la douleur ;
- 16 (13,8%) trouvaient cette méthode trop contraignante ;
- 21 (18,1%) la trouvaient trop risquée ;
- 21 (18,1%) préfèrent la méthode médicamenteuse ;
- 37 (40%) ont peur de l'intervention ;
- 7 (6%) craignent l'anesthésie ;
- 7 (6%) n'en voulaient pas pour d'autres raisons.

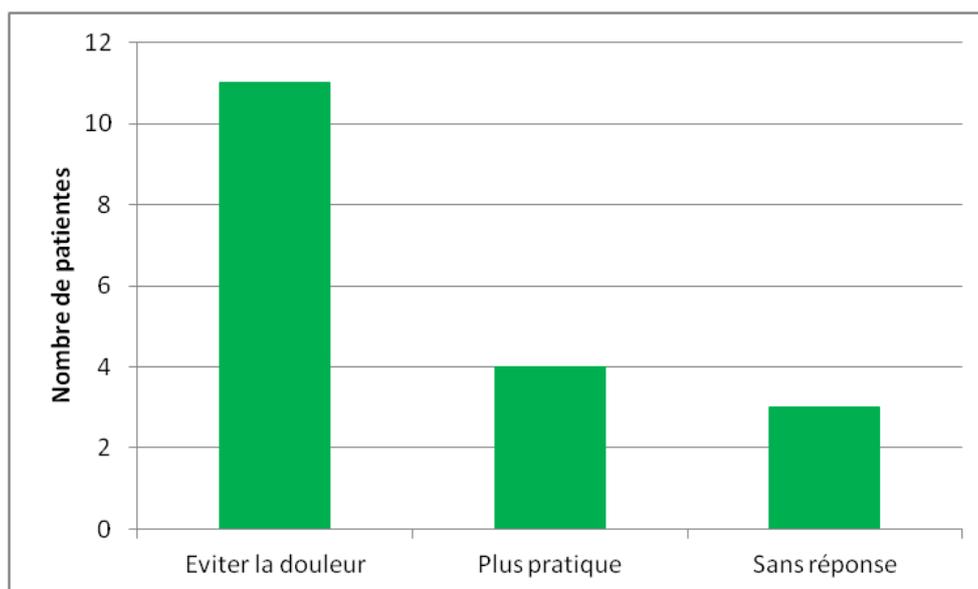
Figure 12 : causes de refus d'IVG chirurgicale ultérieure (n = 116)



Les 23 femmes qui souhaiteraient une IVG chirurgicale ultérieure ont également expliqué leur choix : 11 ne veulent pas ressentir de douleur et 4 trouvent cette méthode plus pratique et plus rapide.

Sur ces 23 femmes, 5 opéreraient pour cette méthode en cas de dépassement du délai et 3 n'ont pas motivé leur choix.

Figure 13 : causes d'acceptation d'IVG chirurgicale ultérieure (n = 23)





Par la suite, nous avons demandé aux patientes qui préféreraient une aspiration ultérieure de choisir entre l'Anesthésie Locale (AL) Générale (AG) : 12 femmes (52,2%) opéreraient pour une AL et 11 (47,8%) pour une AG.

L'anesthésie locale a été choisie par 4 patientes sur 12 car l'hospitalisation est moins longue et par 3 autres pour une récupération plus rapide.

4 patientes sur 12 ont avancé des raisons autres et 1 femme n'a pas argumenté son choix.

En ce qui concerne l'anesthésie générale, 7 patientes sur 23 optent pour cette dernière car elles ne souhaitent ni voir ni entendre et 3 autres ont peur de ressentir la douleur avec l'AL. Une femme sur 23 n'a pas coché de réponse.

Figure 14 : raisons de choix de l'AL (n = 12)

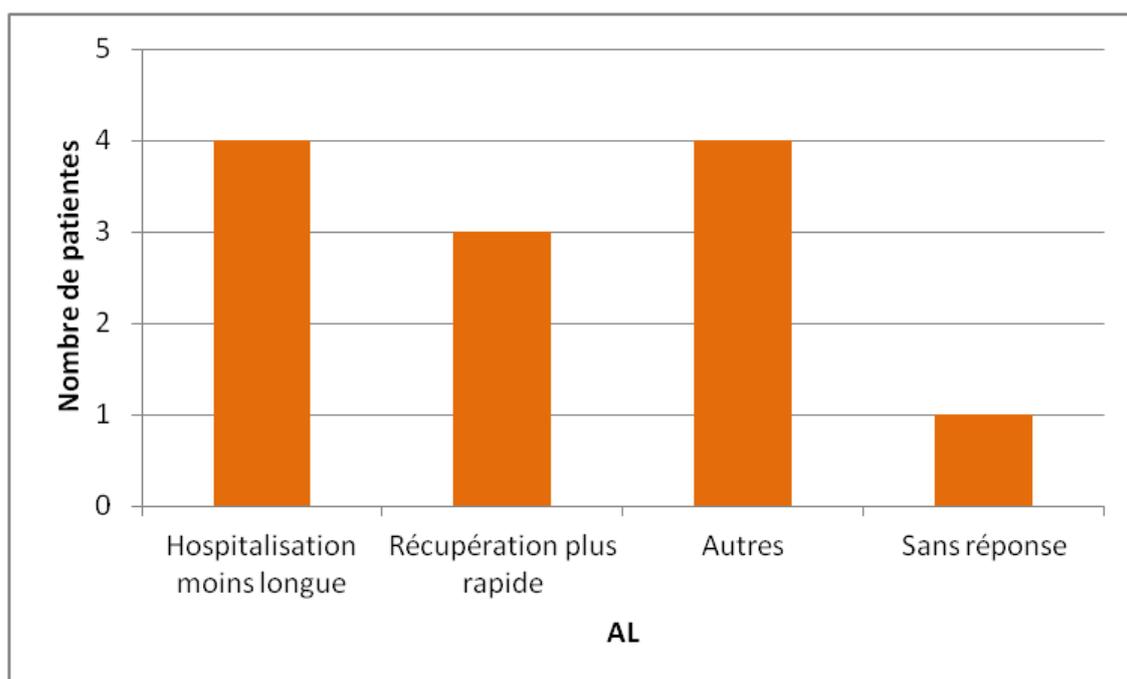
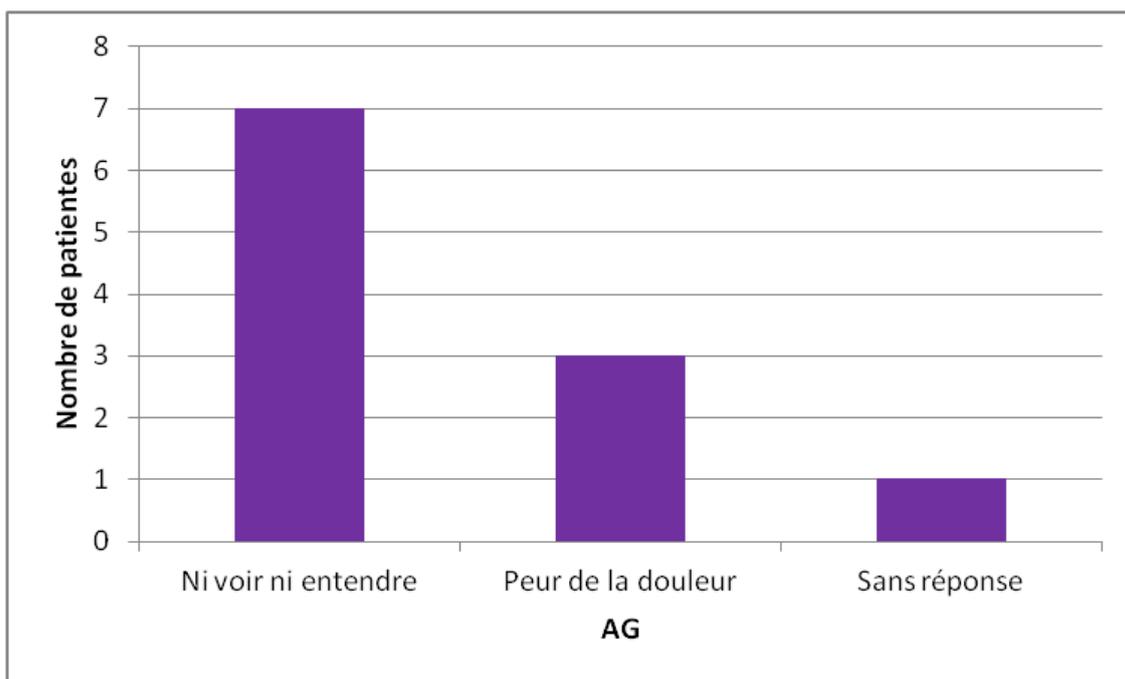




Figure 15 : raisons de choix de l'AG (n = 11)



3.6 Détermination des caractéristiques des patientes pouvant entraîner une EN \geq 3/10 pendant l'IVG médicamenteuse

Parmi les 148 femmes de l'étude, 98 (66,2%) ont un score de douleur moyen sur toute la durée de l'hospitalisation strictement inférieur à 3/10 et pour les 50 autres patientes (33,8%), le score est supérieur ou égal à 3/10.

Après exclusion des 4 patientes ayant eu un nombre de comprimés de Cytotec® différent de 4, il reste 98 patientes (68,1%) avec un score moyen $<$ 3/10 et 46 (31,9%) avec un score moyen \geq 3/10.

Tableau 1 : caractéristiques des patientes pouvant entraîner une EN \geq 3/10 pendant l'IVG médicamenteuse

Variables	EN < 3/10 (n = 98)	EN \geq 3/10 (n = 46)	Valeur du p
IMC (moyenne)	23,1 kg/m ²	22,6 kg/m ²	0,04
Terme (moyenne)	53,5 j \approx 7 SA + 4 j	53,6 j \approx 7 SA + 4 j	0,2
Age (moyenne)	28,9 ans	29 ans	0,0005
Parité (%)			
- Nullipare	37,8% (n = 37)	76,1% (n = 35)	0,004
- Multipare	62,2% (n = 61)	23,9% (n = 11)	
Gestité (%)			
- Nulligeste	36,7% (n = 36)	58,7% (n = 27)	0,02
- Multigeste	63,3% (n = 62)	41,3% (n = 19)	
IVG antérieures (%)			
- Aucune	61,2% (n = 60)	76,1% (n = 35)	0,1
- Au moins une	38,8% (n = 38)	23,9% (n = 11)	
Dysménorrhées (%)			
- Oui	41,8% (n = 41)	71,7% (n = 33)	0,002
- Non	58,2% (n = 57)	28,3% (n = 13)	
Fumeuse (%)			
- Oui	43,9% (n = 43)	34,8% (n = 16)	0,4
- Non	56,1% (n = 55)	65,2% (n = 30)	



4 Quatrième partie : Analyse et discussion

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Moment le plus douloureux et horaires d'expulsion

Au cours de l'étude, il a été établi que le moment le plus douloureux de l'IVG se situe à 10h30. En outre, les expulsions se déroulent majoritairement entre 9h30 et 10h30 et un nombre important a également lieu entre 10h30 et 11h30.

Ces taux expliqueraient donc ce moment où la douleur est à son paroxysme.

4.1.2 Caractéristiques des patientes pouvant entraîner une $EN \geq 3/10$ au cours de l'IVG médicamenteuse

Grâce aux analyses et avec les résultats obtenus après étude de la population, il semblerait que les femmes du groupe « $EN < 3/10$ » avaient un IMC significativement plus élevé que celles du groupe « $EN \geq 3/10$ ». De même :

- Les femmes du groupe « $EN < 3/10$ » étaient significativement plus jeunes que celles du groupe « $EN \geq 3/10$ » ;
- Les femmes du groupe « $EN < 3/10$ » étaient significativement plus souvent des multipares et celles du groupe « $EN \geq 3/10$ », plus souvent des nullipares ;
- Les femmes du groupe « $EN < 3/10$ » étaient significativement plus souvent des multigestes et celles du groupe « $EN \geq 3/10$ », plus souvent des nulligestes ;
- Les femmes du groupe « $EN < 3/10$ » n'avaient significativement pas de dysménorrhées et celles du groupe « $EN \geq 3/10$ » en souffraient.



A l'inverse, il semblerait que l'âge gestationnel au moment de l'IVG, le tabagisme et les antécédents d'IVG ne soient pas significativement liés à une douleur intense.

4.2 Discussion

4.2.1 Renseignements manquants

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la douleur physique des patientes au cours des IVG médicamenteuses. Dans le questionnaire distribué, plusieurs items étaient abordés mais il s'est avéré que 3 éléments manquaient :

- La consommation de cannabis ;
- La satisfaction de la patiente vis-à-vis de sa prise en charge ;
- Les antalgiques régulièrement pris par les femmes.

La consommation de cannabis :

Il semblerait que le fait d'en consommer permettrait d'obtenir une meilleure tolérance à la douleur [43-45]. Cependant, ce sujet étant difficile à aborder en entretien, il a semblé encore plus délicat de poser la question par écrit.

La satisfaction de la patiente :

La question n'a pas été posée afin de ne pas influencer les réponses des patientes. Néanmoins, ce renseignement manque à notre étude.

Les antalgiques régulièrement utilisés :

Il est admis que la tolérance à la morphine se présente en cas d'administrations répétées ou continues car elles entraînent une adaptation des récepteurs [46]. Il semblerait qu'il en soit de même lorsqu'une personne utilise fréquemment un médicament : son efficacité est diminuée car il y a une adaptation de l'organisme à la présence de la molécule [47].

Nous n'avons pas de renseignements sur les antalgiques régulièrement pris par les patientes de notre étude. Il est alors possible que les médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation n'aient pas eu un effet similaire sur toutes les femmes. Cette différence a pu modifier la douleur ressentie au cours de l'IVG et donc engendrer un score d'EN plus ou moins important.

4.2.2 Taille de l'échantillon

L'étude a été menée sur 3 mois et a permis de recenser 148 patientes : un échantillon plus important aurait peut-être été plus intéressant à traiter afin d'obtenir des résultats plus significatifs.

Nous avons choisi de rechercher les caractéristiques qui pouvaient être en lien avec une douleur intense en nous basant sur ceux de la littérature.

Au sein de notre population, l'âge gestationnel au moment de l'IVG ne serait pas en lien avec une douleur plus forte tandis que plusieurs études démontraient le contraire [27-32]. De la même manière, ici le jeune âge serait protecteur à l'inverse des autres résultats publiés [23 ; 26].

L'IMC faisait partie des critères qui n'étaient pas toujours associés à une douleur plus intense [33-35] et dans notre cas, ce lien est significativement établi. Cela irait dans le sens de certaines publications [48-50] qui montreraient que le surpoids et l'obésité entraîneraient des modifications pharmacocinétiques. Elles obligeraient à augmenter les posologies afin d'obtenir un effet semblable à celui observé sur une personne avec un IMC normal.

Peut-être qu'un échantillon plus important aurait permis d'obtenir plus de résultats en accord avec la littérature.

Les autres critères pour lesquels il n'existe pas de consensus (l'ethnie, le niveau d'éducation et le statut marital) [33-35] n'ont pas été étudiés au cours de ce travail car les résultats étaient trop contradictoires.



4.2.3 Facteurs de confusion

Toutes les patientes s'étaient vues administrer 4 comprimés de Cytotec® exceptées 4 : pour l'analyse statistique, elles ont été exclues. Nous avons pensé que ce facteur de confusion aurait pu avoir une influence sur le ressenti douloureux.

Les antalgiques en constituent également un de la même manière que le misoprostol. Cependant, leur distribution était trop aléatoire pour qu'elle puisse être étudiée comme influençant ou pas la douleur, et donc les éléments qui pourraient la favoriser.

Le fait de n'avoir pas pris en compte ces facteurs de confusion a sûrement induit un biais dans nos résultats. Pour l'éviter, il aurait fallu vérifier que le nombre de comprimés de Cytotec® ingérés ainsi que le nombre et le type d'antalgiques distribués aient été les mêmes dans nos 2 groupes ($EN < 3/10$ et $EN \geq 3/10$).

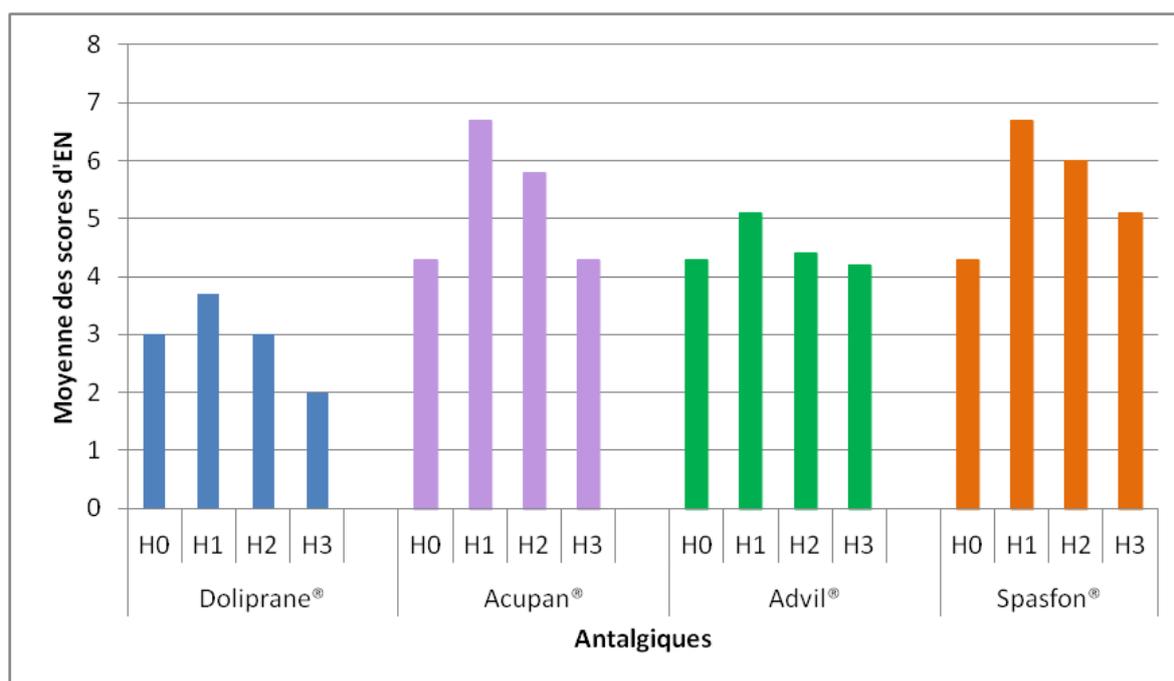
4.3 Etude des antalgiques en vue d'un protocole de prise en charge de la douleur

Un des objectifs de ce mémoire est d'établir un protocole de prise en charge de la douleur physique des femmes au cours de l'IVG médicamenteuse en essayant d'optimiser les antalgiques déjà disponibles au centre d'orthogénie du CHIPS.

Afin que cela soit possible, nous avons évalué l'efficacité des différents antalgiques distribués grâce aux EN des patientes.



Figure 16 : efficacité des antalgiques administrés aux femmes



Il semblerait que chaque molécule utilisée ne soit efficace qu'à partir de 2 heures suivant la prise.

Les autres antalgiques n'ont pas pu être testés puisqu'ils étaient donnés en association avec d'autres médicaments ce qui aurait créé un biais dans notre évaluation.

Nous avons recensé les moyens médicamenteux régulièrement utilisés pour la prise en charge de la douleur :

- Gélules de Lamaline® dosée à 300 mg/10 mg ;
- Comprimés de Spasfon® de 80 mg ;
- Comprimés d'ibuprofène de 200 mg ;
- Comprimés de paracétamol de 500 mg ;
- Ampoules d'Acupan® de 20 mg.

Les antalgiques donnés de manière exceptionnelle au cours de l'étude sont le Contramal® (50 mg), le Dafalgan Codéiné® (500 mg/30 mg), le Profénid® sous forme de suppositoire de 100 mg et le Nifluril® (250 mg).



Certaines molécules étant du même groupe, nous avons donc décidé de prendre en compte seulement les plus utilisées. C'est pourquoi le Nifluril® et le Profénid® n'apparaîtront pas dans notre protocole au profit de l'ibuprofène car ce sont tous des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Certains antalgiques présentent les mêmes substances : la Lamaline®, le Doliprane® et le Dafalgan Codéiné® contiennent du paracétamol. Nous ferons donc en sorte que leurs prises soient suffisamment espacées afin d'éviter les surdosages.

Finalement, chaque molécule a été étudiée au niveau de sa pharmacocinétique et des recommandations afin de permettre une action optimale et au meilleur moment possible.

4.3.1 Gélule de Lamaline® [51]

Classe pharmaceutique :

C'est un antalgique de palier II, composé de 300 mg de paracétamol, 30 mg de caféine et 10 mg de poudre d'opium. Il est indiqué dans le traitement des douleurs modérées à intense ou résistantes aux antalgiques de palier I utilisés seuls.

Pharmacocinétique du paracétamol :

L'absorption est rapide et complète et le pic plasmatique est obtenu 30 à 60 minutes après l'ingestion. La demi-vie est d'environ 2 heures et il est recommandé de prendre 1 à 2 gélules par prise en les espaçant d'au moins 4 heures.

4.3.2 Comprimé de Spasfon® [52 ; 53]

Classe pharmaceutique :

C'est un antispasmodique composé de 80 mg de phloroglucinol hydraté pour la forme lyophilisée. Dans la forme comprimé se trouvent 80 mg de phloroglucinol hydraté et 80 mg de triméthylphloroglucinol.

Il est indiqué entre autre en gynécologie pour soulager les manifestations spasmodiques douloureuses.

La pharmacocinétique n'est pas renseignée mais pour chaque forme, il n'existe pas de risque particulier pour l'homme à propos de la toxicité.

Il est recommandé de prendre 160 mg de Spasfon® au moment de la crise avec au moins 2 heures d'intervalle entre chaque prise.

La forme lyophilisée permet une distribution plus rapide du principe actif : c'est donc cette dernière que nous choisirons.

4.3.3 Comprimé d'Advil® [54]

Classe pharmaceutique :

C'est un AINS appartenant aux antalgiques de palier I. Il est composé de 200 ou 400 mg d'ibuprofène et est indiqué entre autre dans le cadre de courbatures et de règles douloureuses.

Pharmacocinétique :

La concentration sérique maximale est obtenue environ 90 minutes après l'ingestion et la demi-vie est de 2 heures. Il est recommandé de prendre 400 mg et d'espacer les prises d'au moins 6 heures avec des prises en systématiques afin d'éviter les oscillations de douleurs.

4.3.4 Comprimé de Doliprane® [55]

Classe pharmaceutique :

C'est un antalgique de palier I composé de 500 mg de paracétamol qui est indiqué en cas de douleurs légères à modérées et/ou de fièvre.



Pharmacocinétique :

De la même manière que pour la gélule de Lamaline®, le paracétamol est absorbé de manière rapide et complète avec un pic plasmatique obtenu 30 à 60 minutes après ingestion.

Il est recommandé de prendre 1 à 2 comprimés simultanément avec un intervalle de temps d'au moins 4 heures entre 2 prises.

4.3.5 Ampoule d'Acupan® [56]

Classe pharmaceutique :

C'est un antalgique de palier I composé de 20 mg de néfopam. Il est indiqué dans le traitement des douleurs aiguës, en particulier post-opératoires.

Pharmacocinétique :

Le néfopam est normalement injectable en intraveineux ou intramusculaire. Cependant, son administration per os hors AMM est pratiquée régulièrement [57].

Le pic plasmatique serait obtenu en 30 minutes à 1 heure après l'ingestion [58] avec une demi-vie d'environ 5 heures. Il est recommandé de vider une ampoule sur un sucre et d'espacer les prises d'au moins 4 heures.

4.3.6 Gélule de Contramal® [59]

Classe pharmaceutique :

C'est un antalgique de palier II composé de 50 mg de tramadol chlorhydrate indiqué dans le traitement des douleurs modérées à intenses.

Pharmacocinétique :

Le pic sérique est obtenu 2 heures après l'ingestion de 100 mg et la demi-vie est comprise entre 5 et 7 heures.

Pour les douleurs aiguës, il est recommandé de débiter le traitement avec 100 mg puis 50 à 100 mg toutes les 4 heures minimum.

4.3.7 Comprimé de Dafalgan Codéiné® [60]

Classe pharmaceutique :

C'est un antalgique de palier II composé de 500 mg de paracétamol et de 30 mg de codéine phosphate hémihydraté. Il est indiqué dans le traitement des douleurs modérées à intenses ou ne cédant pas après la prise d'antalgiques de palier I seuls.

Pharmacocinétique :

Celle du paracétamol est expliquée plus haut (Cf. 3.6.4).

Pour la codéine, le pic plasmatique est obtenu en 1 heure et la demi-vie est de 2 à 4 heures.

Il est recommandé de prendre 1 comprimé en espaçant les prises d'au moins 4 heures.

4.3.8 Cytotec® [61]

Classe pharmaceutique :

C'est un analogue de la prostaglandine E1 indiqué initialement dans le traitement des lésions gastroduodénales. Il est néanmoins utilisé pour les IVG médicamenteuses [3].

Pharmacocinétique :

Le pic plasmatique est atteint au bout de 30 minutes avec une demi-vie de 1h30. Dans le cadre des IVG, il est recommandé de prendre 400 µg per os 36 à 48 heures après l'ingestion de 600 mg de Mifégyne® [3].



4.4 Propositions de protocoles

Ils ont été élaborés en tenant compte des éléments de pharmacocinétique et des recommandations vis-à-vis des différentes molécules utilisées au centre d'orthogénie du CHIPS.

4.4.1 Définition des deux groupes

Deux protocoles sont établis afin de pouvoir prendre en compte les caractéristiques des femmes qui entraîneraient un ressenti douloureux plus intense. Le premier concernera les patientes du groupe EN < 3/10 et le deuxième, celles du groupe EN ≥ 3/10.

Grâce aux questionnaires recueillis et à l'analyse statistique pratiquée, les multigestes et/ou multipares, les femmes de moins de 29 ans, celles avec un IMC supérieur à 22 kg/m² et les patientes ne présentant pas de dysménorrhées seront incluses dans le premier groupe.

Toutes les autres feront partie du deuxième groupe.

4.4.2 Protocole du premier groupe

Le jour de l'hospitalisation :

- 6h00 : 400 mg d'Advil® ;
- 7h00 : 400 µg de Cytotec® et 160 mg de Spasfon® ;
- 9h00 : 400 µg de Cytotec® et 1 gélule de Lamaline® dosée à 300 mg/10 mg ;

En cas de douleur persistante, la coter grâce à l'EN :

- Si elle est inférieure à 3/10, 160 mg de Spasfon® et 500 mg de Doliprane® ;
- Si elle est supérieure ou égale à 3/10, 20 mg d'Acupan®.

En cas de score ne diminuant pas (ou pas assez), 1 gélule de Dafalgan Codéiné® à 500 mg/30 mg pourra être administrée.

De la même manière, la gélule de 100 mg de Contramal® sera disponible par la suite si la patiente n'est pas soulagée.

Avant la sortie :

400 mg d'Advil® et 160 mg de Spasfon®.

4.4.3 Protocole du deuxième groupe

Le jour de l'hospitalisation :

- 6h00 : les patientes prennent l'antalgique habituel contre leur dysménorrhées et 100 mg de Contramal® ;
- 7h00 : 400 µg de Cytotec®, 160 mg de Spasfon® et 500 mg de Doliprane® ;
- 9h00 : 400 µg de Cytotec® et 1 gélule de Lamaline dosée à 300 mg/10 mg.

En cas de douleur persistante, la coter grâce à l'EN :

- Si elle est inférieure à 3/10, 1 gélule de Dafalgan Codéiné de 500 mg/30 mg ;
- Si elle est supérieure ou égale à 3/10, 1 ampoule d'Acupan® de 20 mg.

En cas de score ne diminuant pas ou trop peu, une nouvelle gélule de 100 mg de Contramal® sera proposée à la patiente.

Avant la sortie :

400 mg d'Advil et 160 mg de Spasfon®.

4.4.4 Dans les deux cas

En cas de vomissements importants, chaque antalgique pourra être administré par voie parentérale.



Conclusion

Souvent, l'IVG apparaît comme étant un évènement psychologiquement mais aussi physiquement douloureux dans la vie d'une femme. Certaines caractéristiques telles que l'âge, les dysménorrhées, la parité, la gestité et l'IMC, permettent de nous orienter vers une prise en charge plus individualisée pour une plus grande efficacité.

Grâce aux protocoles proposés, une meilleure utilisation des antalgiques et une harmonisation des pratiques pourrait permettre une prise en charge de la douleur plus efficace. Ils ne peuvent en aucun cas être dissociés d'une considération globale de la femme, en particulier en ce qui concerne la douleur psychique.

Actuellement, l'Espagne remet le droit à l'IVG en question. Ce sujet est fréquemment source de polémiques dans ce pays car il divise l'opinion des espagnols et des partis politiques.

C'est en 1985 que l'Espagne adopte une loi qui permettait l'IVG seulement en cas de viol, de risques de santé pour la mère ou de malformations du fœtus [62]. En 2010, la modification de cette loi marque un tournant majeur en ce qui concerne les droits des femmes espagnoles : l'IVG est désormais autorisée sans justifications jusqu'à 14 SA et en cas de risques de santé pour la mère ou de malformations pour le fœtus jusqu'à 22 SA [62].

L'actuel gouvernement espagnol a proposé un revirement radical de cette loi le 20 décembre 2013. Si le texte est adopté, bientôt, il ne sera possible en Espagne de bénéficier d'une IVG qu'en cas de danger pour la santé de la femme ou de viol. De plus, les conditions d'accès seront largement réduites [63].

Monsieur Mariano Rajoy, Chef du gouvernement espagnol, souhaite étendre son projet à l'Europe [64]. L'Espagne ayant pu revenir aussi abruptement presque 30 ans en arrière, quelle sera la réaction des autres pays vis-à-vis de cette loi et quel est l'avenir de l'IVG en France ?



Bibliographie

- [1] VILAIN A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*. Etudes et résultats, DREES 2012 ; n°804.
- [2] Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
- [3] HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, décembre 2010.
- [4] NISAND I., MERG-ESSADI D. *Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse*. Paris : EMC (Elsevier Masson SAS Paris), 2009, 13p.
- [5] BOSSER. L. *Consentement éclairé et méthodes d'IVG : paroles de femmes*, 86p. Mémoire pour l'obtention du D.E. de sage-femme. Paris : école de sages-femmes de Baudelocque, 2010.
- [6] HASSOUN D. *Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France*, in CESBRON P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil, Médecine-Sciences Flammarion, 1997. p1-10.
- [7] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Contraception et IVG : les lois. <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html> (page consultée le 27 juillet 2013).
- [8] Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.



- [9] Décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- [10] Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.
- [11] Ministère de la Santé et des Sports. Dossier-guide, interruption volontaire de grossesse, août 2012.
- [12] Décret n°2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.
- [13] SCHAFF EA. and al. *Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion*. Contraception 1999 ; volume 59 : p1-6.
- [14] RAYMOND EG. and al. *First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol : a systematic review*. Contraception 2013 ; volume 87 : p26-37.
- [15] FIGO Working Group on Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences and International Federation of Gynecology and Obstetrics. *The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy*. Int J Gynaecol Obstet 2011 ; volume 115 : p1-4.
- [16] ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, 2010.
- [17] HAS. Fiche mémo contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG), avril 2013.

- [18] Ministère de la Santé et des Sports. Livret d'information à l'intention des médecins, interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé, août 2012.
- [19] BAJOS N. and al. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* Population et sociétés 2004 ; n°407.
- [20] LELONG N. and al. *Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; volume 34 : p53-61.
- [21] Institut UPSA de la douleur. Mécanismes de la douleur. http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-126/Mecanismes_de_la_douleur.igwsh (page consultée le 11 octobre 2013).
- [22] Institut UPSA de la douleur. Outils d'évaluation de la douleur. <http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1197/Outils-evaluation-douleur.igwsh> (page consultée le 27 juillet 2013).
- [23] LAUTENBACHER S. and al. *Age effects on pain thresholds, temporal summation and spatial summation of heat and pressure pain.* Pain 2005 ; volume 115 : p410-418.
- [24] SFAR. FLETCHER D. Quels sont les patients à risque de douleur postopératoire intense ? http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou08/html/d08_06/dou08_06.htm (page consultée le 27 juillet 2013).
- [25] CNRD. MALAQUIN-PAVAN E., MORIZE V. Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée : organisation des soins avant/pendant/après. <http://www.cnrdr.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html> (page consultée le 27 juillet 2013).



- [26] HEIKINHEIMO O. and al. *Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion*. *Contraception* 2008 ; volume 78 : p149-154.
- [27] HAMODA H. and al. *Medical abortion at 9-13 weeks' gestation : a review of 1076 consecutive cases*. *Contraception* 2005 ; volume 71 : p327-332.
- [28] ASHOK PW. and al. *Factors affecting the outcome of early medical abortion : a review of 4132 consecutive cases*. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002 ; volume 109 : p1281-1289.
- [29] HAMODA H. and al. *Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation*. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004 ; volume 111 : p996-1000.
- [30] WIEBE E. *Pain control in medical abortion*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001 ; volume 74 : p275-280.
- [31] SUHONEN S. and al. *Pain during medical abortion : predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity*. *Contraception* 2011 ; volume 83 : p357-361.
- [32] RØRBYE C. and al. *Medical versus surgical abortion : comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study*. *Human Reproduction* 2005 ; volume 20 : p834-838.
- [33] WESTHOFF C. and al. *Predictors of analgesia use during supervised medical abortion*. *Contraception* 2000 ; volume 61 : p225-229.

- [34] TEAL SB. and al. *Predictors of acceptability of medication abortion*. Contraception 2007 ; volume 75 : p224-229.
- [35] SINGH RH. and al. *Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion*. Contraception 2008 ; volume 78 : p155-161.
- [36] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005, 2002.
- [37] Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, mars 2006.
- [38] PENNEY G. *Treatment of pain during medical abortion*. Contraception 2006 ; volume 74 : p45-47.
- [39] BENHAMOU D. *Evaluation de la douleur postopératoire*. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; volume 17 : p555-572.
- [40] AUBRUN F. *Comment évaluer la douleur postopératoire ?* Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; volume 17 : p462-470.
- [41] SFAR. BELBACHIR A. Pourquoi développer l'autoévaluation ? http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou08/html/d08_08/dou08_08.htm (page consultée le 28 janvier 2014).
- [42] SFAR. GALL O. Comment évaluer la douleur postopératoire ? http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca99/html/ca99_24/99_24.htm (page consultée le 28 janvier 2014).

- [43] LEE SK. and al. *Management of cancer pain : 1. Wider implications of orthodox analgesics*. International Journal of General Medicine 2014 ; volume 7 : p49-58.
- [44] LUCAS P. *Cannabis as an adjunct to or substitute for opiates in the treatment of chronic pain*. J Psychoactive Drugs 2012 ; volume 44 : p125-133.
- [45] LEE MC. and al. *Amygdala activity contributes to the dissociative effect of cannabis on pain perception*. Pain 2013 ; volume 154 : p124-134.
- [46] SFAR. CADY P., JAYR C. *Prise en charge de la douleur postopératoire chez le patient cancéreux préalablement traité par les morphiniques*. http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou00/html/d00_01/d00_01.htm (page consultée le 28 janvier 2014).
- [47] OMS. *Bien prescrire les médicaments, guide pratique de l'OMS*, 1994.
- [48] SERVIN F. *Particularités pharmacologiques liées à l'obésité*. MAPAR 2009 ; p383-390.
- [49] LLORET LINARES C. and al. *Pharmacocinétique des médicaments chez les sujets obèses*. Médecine thérapeutique 2013 ; volume 19 : p215-228.
- [50] GOUBAUX B. *Prise en charge périopératoire du patient obèse*. Paris : EMC (Elsevier Masson SAS Paris), 2004, 14p.
- [51] Vidal. LAMALINE gél. <http://www.vidal.fr/Medicament/lamaline-9854.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).
- [52] Vidal. SPASFON cp enr. <http://www.vidal.fr/Medicament/spasfon-15374.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).

- [53] Vidal. SPASFON LYOC 160 mg lyoph oral. http://www.vidal.fr/Medicament/spasfon_lyoc-108137.htm (page consultée le 28 janvier 2014).
- [54] Vidal. ADVIL 200 mg cp enr. <http://www.vidal.fr/Medicament/advil-364.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).
- [55] Vidal. DOLIPRANE 500 mg cp. <http://www.vidal.fr/Medicament/doliprane-5476.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).
- [56] Vidal. ACUPAN sol inj. <http://www.vidal.fr/Medicament/acupan-296.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).
- [57] HEISSAT T. *Traitement par néfopam des douleurs abdominales de l'adulte en médecine ambulatoire d'urgence par les praticiens de SOS Médecins 54 : Enquête de pratiques sur l'utilisation des voies injectable et sub-linguale*, 114p. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Nancy : Université Henri Poincaré, 2009.
- [58] CHAUVIN M. Néfopam. http://www.jlar.com/epe/epe24_02_2005/nefopam.pdf (page consultée le 1er février 2014).
- [59] Vidal. CONTRAMAL 50 mg gél. <http://www.vidal.fr/Medicament/contramal-4439.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).
- [60] Vidal. DAFALGAN CODEINE cp pellic. http://www.vidal.fr/Medicament/dafalgan_codeine-4741.htm (page consultée le 28 janvier 2014).
- [61] Vidal. CYTOTEC 200 µg cp séc. <http://www.vidal.fr/Medicament/cytotec-4727.htm> (page consultée le 28 janvier 2014).



- [62] JOL press. LOUISE MICHEL D. Le gouvernement espagnol veut réviser la loi sur l'avortement. <http://www.jolpress.com/espagne-avortement-loi-ivg-rajoy-eglise-catholique-article-821554.html#.Uv3cfXtutes.email> (page consultée le 14 février 2014).
- [63] Le Monde. Avortement : la régression espagnole. http://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2013/12/30/avortement-la-regression-espagnole_4341313_3208.html (page consultée le 14 février 2014).
- [64] Le Monde. CHAMBRAUD C. Le gouvernement Rajoy veut lancer une croisade contre l'avortement en Europe. http://www.lemonde.fr/europe/article/2013/12/28/le-gouvernement-rajoy-veut-lancer-une-croisade-contre-l-avortement-en-europe_4340993_3214.html (page consultée le 14 février 2014).



Annexes

Annexe I : questionnaire destiné aux femmes

Numéro de dossier :

Mémoire de fin d'études de sage-femme de M^{elle} AZEROT Marion :

**La prise en charge de la douleur physique chez les femmes pratiquant une Interruption
Volontaire de Grossesse Médicamenteuse.**

Mademoiselle, Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil à Montigny-le-Bretonneux.

Dans le cadre de mes études et pour l'obtention de mon diplôme, je réalise un travail de recherche à propos des douleurs physiques ressenties pendant les IVG médicamenteuses. Mon objectif est, dans un premier temps d'effectuer un état des lieux de la prise en charge de ces douleurs pour finalement aboutir à l'élaboration d'un protocole permettant d'améliorer votre confort : pour cela, je vous demande de répondre à quelques questions.

Cette enquête n'est pas obligatoire et repose entièrement sur le volontariat. Les renseignements que vous me fournissez par le présent questionnaire sont confidentiels et feront l'objet d'un traitement statistique anonyme.

AZEROT Marion

1) Quels sont votre poids et votre taille actuellement ? :.....kg etcm

- 2) Vos règles sont-elles douloureuses ? OUI NON
- a. Si OUI, prenez-vous un traitement ? OUI NON
- b. Lequel ?.....
- c. Est-il efficace ? OUI NON

- 3) Pendant votre hospitalisation, veuillez noter toutes les heures votre score de douleur en sachant que :
- 0 = pas de douleur du tout ;
 - 10 = les pires douleurs imaginables.

	6h30	7h30	8h30	9h30	10h30	11h30	12h30	13h30	14h30
Score									



4) A posteriori, auriez-vous plutôt pratiqué une IVG chirurgicale ?

OUI

- Car vous pensez ressentir moins de douleurs
- Pour l'aspect pratique ;
- En dernier recours, si nécessaire ;
- Autre :

NON

- Par peur de l'intervention ;
- Méthode trop contraignante ;
- Technique non « naturelle » ;
- Autre :

5) Si vous avez répondu OUI à la question précédente, auriez-vous opté pour une anesthésie locale (AL) ou générale (AG) et pourquoi ?

AL car

- Meilleure récupération ;
- Hospitalisation moins longue ;
- Peur de l'anesthésie générale ;
- Autre :

AG car

- Vous ne voulez rien voir ni entendre ;
- Vous avez peur de souffrir ;
- Vous pensez que l'AL est insuffisante ;
- Autre :

Merci !