



HAL
open science

Étude observationnelle descriptive quantitative sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée en ambulatoire en Ile-de-France

Sandra Laurence, Emilie, Florentine Cavet

► **To cite this version:**

Sandra Laurence, Emilie, Florentine Cavet. Étude observationnelle descriptive quantitative sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée en ambulatoire en Ile-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01133924

HAL Id: dumas-01133924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133924v1>

Submitted on 20 Mar 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. 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.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N° 212

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude observationnelle descriptive quantitative sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse réalisée en ambulatoire en Ile-de-France.

Présentée et soutenue publiquement
le 21 novembre 2014

Par

Cavet, Sandra

Née le 9 avril 1986 à Avranches

Dirigée par Mme Le Docteur Scemama, Agathe

Jury :

M. Le Professeur Lepercq, Jacques Président

M. Le Professeur Carbonne, Bruno

M. Le Professeur Carbillon, Lionel

Mme Bajos, Nathalie



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Merci au Pr Lepercq qui me fait l'honneur de présider mon jury. Je vous suis très reconnaissante.

Merci au Pr Carbonne qui me fait l'honneur de faire partie de mon jury. Merci à tout votre service pour toutes les compétences que j'ai pu acquérir pendant 6 mois.

Merci au Pr Carbillon qui me fait l'honneur de faire partie de mon jury. Merci d'avoir porté autant d'intérêt à mon travail.

Merci à Madame Bajos qui me fait l'honneur de faire partie de mon jury. Vos travaux ont été une vraie référence pour moi.

Un grand merci au Docteur Agathe Scemama qui a accepté de diriger ma thèse. Bien plus qu'une directrice de thèse et une tutrice, tu as été un véritable soutien pendant ces trois années de DES. Merci de ton investissement dans mon travail, de ta patience, ta disponibilité et ton expertise.

Puis sans hiérarchie et en espérant n'oublier personne :

Merci au Dr Teboul pour son soutien, pour son humanité. Merci à toute l'équipe du service d'orthogénie de Port Royal et notamment Cécilia qui ont grandement contribué à mon travail. J'espère que nous nous retrouverons.

Merci au Dr Gaudu pour ses précieux conseils sur mon travail.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à mon étude et spécialement le Dr Bezanson pour sa grande implication.

Merci au Dr Autier, Bihorel et Marçais pour m'avoir confortée dans mon amour de la médecine générale. J'espère montrer le même dévouement dans mon travail que le vôtre.

Merci à ces chefs qui ont définitivement été bien plus que cela, en particulier Sandrine Laffitte, mon internat n'aurait pas été le même sans ta rencontre, Sandrine Beauvoit, Franck et Mada. Un vrai bonheur de travailler avec vous !

Merci à tous mes co-internes, j'ai appris de chacun d'entre vous. Une Pensée particulière à Michel et ses sms, Sabine, Marie-Christine, Sarrah et Laura.

Merci à mes amies de toujours Delphine (et ses traductions !), Céline (et les conseils d'Anne-Sophie), Claire, Emilie.

Merci à mes compagnons de médecine pour tout ce qu'on a vécu pendant ces longues années. Merci à Marie, pour tout ce qu'on a partagé et qu'on partagera encore. Merci à Olivier, par qui tout a commencé. Merci à Floflo pour sa bienveillance. Merci à Anaïs pour sa disponibilité et vivement la reprise de nos sessions de running. Merci à Hélène et ses séances de décompression à St Dio. Merci à Mariela et son enthousiasme contagieux pour la recherche en médecine générale. Merci à Aurélie, improbable rencontre au bout du monde pour finalement vivre notre internat presque main dans la main. Tu es mon anxiolytique !

Merci à ma famille que j'aime, à mon père qui je l'espère a trouvé la sérénité. A ma tante, mon oncle, Babou et Julien pour votre présence. A ma Valou qui m'encourage depuis le premier jour de la P1. Tu avais raison j'y suis arrivée.

Merci à ma belle famille, Jacques et Véronique, je ne pourrai jamais vous rendre tout ce que j'ai reçu. Je vous dois une grande partie de ma réussite. Merci à toute la cousinade. Que je suis chanceuse que vous m'ayez adoptée. Que de bonheur à venir avec la famille qui s'agrandit de toute part !

Merci à Nicolas, je savoure chaque jour le bonheur d'être à tes côtés. Aucun mot n'est suffisant pour exprimer tout ce que je souhaiterais te dire. Tu as fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je suis si fière de porter en moi la plus belle preuve de notre amour.

Glossaire

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens
AME : Aide Médicale de l'État
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
BIG : Bulletins d'Interruption de Grossesse
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CCF : Conseiller(ère) Conjugal(e) et Familial(e)
CMU : Couverture Médicale Universelle.
COX : Cyclo-OXYgénase
CRAT : Centre de Référence pour les Agents Tératogènes
CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale
CSP : Code de la Santé Publique
DES : Diplôme d'Etudes de Spécialités
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
D(I)U : Diplômes (Inter) Universitaires
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EMA : Agence Européenne des Médicaments
EN : Echelle Numérique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
GACEHPA : Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement
HAS : Haute Autorité de Santé
HCEfh : Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
hCG : human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope)
IASP : International Association for the Study of Pain
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
INED : Institut National d'Études Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
NSTC : NeuroStimulation TransCutanée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds Ratio
PMI : Planification Maternelle et Infantile
RAI : Recherche des Agglutinines Irrégulières
REVHO : Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
SA : Semaines d'Aménorrhée

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	9
II - IVG.....	11
1. Généralités	11
1.1. Historique	11
1.2. Cadre légal en France et actualités récentes	15
1.3. Epidémiologie en France	17
2. L'IVG médicamenteuse	21
2.1. Les médicaments utilisés	21
2.1.1. La mifépristone (Mifégyne®)	21
2.1.2. Le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®)	25
2.1.2.1. Voie d'administration.....	25
2.1.2.2. Posologie	26
2.1.2.3. Répétition des doses.....	27
2.1.2.4. Effets secondaires.....	27
2.2. La méthode	28
2.2.1. Indications et contre-indications	28
2.2.2. Déroulement	30
2.2.3. Complications et échecs.....	33
2.3. Acceptabilité de la méthode	34
2.4. L'IVG hors établissement hospitalier : exemple du réseau REVHO	35
III - LA DOULEUR	37
1. Définition de la douleur aiguë	37
2. Evaluation de la douleur	40
2.1. Échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles.....	40
2.2. L'exemple de l'échelle numérique.....	41

3. Les antalgiques.....	42
3.1. Définition	42
3.2. Les paliers.....	42
3.2.1. Palier 1.....	44
3.2.1.1. Paracétamol	44
3.2.1.2. Aspirine et AINS	45
3.2.1.3. Nefopam (Acupan®)	46
3.2.2. Palier 2.....	47
3.2.2.1. Codéine.....	47
3.2.2.2. Tramadol	47
3.2.2.3. Lamaline®.....	48
3.2.3. Palier 3.....	49
3.3. Méthodes non médicamenteuses	50
3.3.1. Méthodes physiques.....	50
3.3.1.1. Cryothérapie et thermothérapie	50
3.3.1.2. Vibrothérapie.....	50
3.3.1.3. Massages.....	50
3.3.1.4. Contention et immobilisation	51
3.3.1.5. Stimulations périphériques.....	51
3.3.2. Méthodes cognitivo-comportementales	51
4. Douleur et IVG médicamenteuse.....	52
4.1. Etat des connaissances	52
4.1.1. Intensité de la douleur	52
4.1.2. Facteurs influençant la douleur.....	53
4.1.3. Prise en charge de la douleur.....	53
4.2. Recommandations actuelles	56

IV - ETUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE SUR L'INTENSITE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS L'IVG MEDICAMENTEUSE REALISEE À DOMICILE EN ILE-DE-FRANCE	57
1. Cadre de l'étude	57
2. Matériels et méthodes	58
2.1. Type d'étude	58
2.2. Questionnaire	58
2.3. Recrutement des médecins et des patientes	62
2.4. Recueil des données.....	63
2.5. Analyse des données.....	63
3. Résultats.....	64
V – DISCUSSION	78
1. Caractéristiques de la population	78
2. Critères d'évaluation principale et secondaire	78
3. Facteurs influençant la douleur.....	81
4. Biais et limites de l'étude	83
4.1. Recrutement des médecins	83
4.2. Recrutement des patientes	83
4.3. Recueil des données.....	84
5. Ouverture.....	85
5.1. Information délivrée aux femmes.....	85
5.2. Offre de soins.....	85
5.3. Formation des médecins.....	87
VI – CONCLUSION.....	89
VII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90

VIII – ANNEXES.....	100
IX – RESUME	115

I - INTRODUCTION

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un événement fréquent de la vie des femmes, selon une étude récente (1) près d'une femme sur trois y aura recours dans sa vie. Elle ne doit pas être considérée comme un problème mais comme une solution pour toute femme qui souhaite interrompre une grossesse. La liberté des femmes à maîtriser leur sexualité et leur vie reproductive est un droit fondamental que la société actuelle se doit d'assurer.

222 500 IVG ont été pratiquées en France en 2011 (2). Si ce nombre est stable depuis plusieurs années, la proportion d'IVG médicamenteuses tend à augmenter. Depuis la loi du 4 juillet 2001 (3), et les décrets d'application de 2004 (4), les médecins de ville ont le droit de pratiquer les IVG médicamenteuses sous condition d'avoir signé une convention avec un établissement de santé public ou privé, de même que les centres médicaux de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) depuis la loi du 19 décembre 2007. Les médecins de ville pratiquent aujourd'hui 24% des IVG médicamenteuses, soit 13% du nombre total d'IVG (2).

Plusieurs études ont montré que la pratique des IVG médicamenteuses en ambulatoire était aussi sûre que les IVG médicamenteuses réalisées en hospitalisation de courte durée et tout aussi acceptable par les femmes (5, 6, 7).

Un récent rapport (8) du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) a mis en évidence les difficultés croissantes d'accès à l'IVG avec notamment la fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG ces 10 dernières années et un manque de moyens et de personnels dédiés rendant le parcours de soins parfois difficile et peu accessible pour les femmes.

Ainsi, à l'heure où la pratique des IVG médicamenteuses réalisées à domicile ne va probablement pas cesser d'augmenter, on peut s'interroger sur le point de vue des femmes concernant la reconnaissance et la prise en charge de la douleur relative à une IVG médicamenteuse, car cette dernière reste peu codifiée à l'échelle internationale.

Pour répondre à ces interrogations, je développerai dans un premier temps un axe sur l'IVG en général et les dernières actualités et dans un deuxième temps un axe sur la douleur en étudiant les différents travaux déjà réalisés sur la prise en charge de la douleur liée à l'IVG.

J'ai également mené une étude observationnelle descriptive quantitative à l'aide d'auto-questionnaires sur internet auprès de patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile dans différentes structures

d'Ile-de-France, hospitalières, CPEF, cabinet de ville de médecins généralistes et gynécologues. Je décrirai et discuterai cette étude dans un troisième temps.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'intensité et la prise en charge de la douleur ressentie par les femmes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée à domicile et secondairement de déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de la douleur ressentie chez les patientes. La discussion sera axée sur les améliorations envisageables sur la prise en charge de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse à domicile mais aussi sur l'IVG en général.

II - IVG

1. Généralités

1. 1. Historique (9, 10, 11, 12)

L'avortement a toujours existé, mais a été considéré différemment en fonction des époques. Ainsi l'histoire de l'avortement évolue au cours des temps, au rythme des mutations sociales et mentales, et en lien avec les possibilités techniques et scientifiques de chaque époque.

Dans l'antiquité, il est autorisé et pratiqué, des conseils abortifs sont même prodigués, l'avortement est un moyen de contrôle des naissances. Hippocrate aurait ainsi soumis plus de cent recettes à ses successeurs.

Avec l'arrivée du christianisme, l'avortement devient assimilé à un crime et est puni par l'excommunication. Au Moyen Age, l'Eglise en fait un péché capital, à double titre, puisqu'en faisant mourir le fœtus, on supprime un être vivant, qu'on empêche en plus de recevoir la grâce du baptême.

Cependant, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, en France, royaume pourtant "très chrétien", aucune loi ne réprime l'avortement et aucun tribunal n'a jamais condamné des avorteuses ou des avortées, alors que les condamnations à mort pour infanticides sont fréquentes.

Comme le dit un juriste en 1780 (9) : « ces crimes [d'avortement], quoique très fréquents ne sont point poursuivis ni punis publiquement parmi nous, à cause de la difficulté qu'il y a d'en convaincre les coupables, la grossesse des femmes pouvant n'être qu'apparente, et son interruption provenir de différents accidents aussi bien que de la Nature. »

Au XVIIe siècle, l'invention du microscope permet de découvrir ovules et spermatozoïdes ; puis au XVIIIe siècle, les progrès de l'embryologie et de la clinique font remonter les débuts de la vie à la conception. Désormais, naturalistes, médecins et théologiens sont d'accord pour décréter que l'apparition de la vie et celle de l'âme se font dès la fécondation : « le fœtus est un être humain vivant dès sa conception ». C'est pourquoi, à partir du XIXe siècle, la plupart des Etats adoptent une législation laïque qui criminalise l'avortement dès les débuts de la grossesse.

En France, en 1810 selon l'article 317 du code pénal l'avortement est un crime passible de la cour d'assises qui sera puni de réclusion d'un an à cinq ans ou de travaux forcés aussi bien pour la femme qui avorte que pour l'avorteur. Cependant ces dispositions sévères sont peu appliquées et, au cours du XIXe siècle, les avortements augmentent considérablement dans les villes.

A partir des années 1870, la prise de conscience conjointe de l'ampleur de l'avortement et des dangers de la dénatalité française, après la défaite de 1871, incite les classes dirigeantes à réagir.

Dans les années 1900, un lobby populationniste (composé de députés, de médecins, de notables, groupés autour de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française) se met en place, pour lutter à la fois contre la propagande anticonceptionnelle des néomalthusiens (13) et contre la banalisation des avortements comme moyen de contrôle des naissances. Les pertes humaines liées à la guerre 14-18 entraînent la création de deux lois répressives.

La loi du 31 juillet 1920 (14) réprime "la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle".

La loi du 27 mars 1923 fait de l'avortement provoqué non plus un "crime" passible de la cour d'assises, jugée trop indulgente, mais un "délit", passible du tribunal correctionnel et jugé par un juge, réputé plus sévère, comme un "trouble à l'ordre public".

Même si l'avortement se banalise incontestablement en France entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle, la pratique de l'avortement reste freinée par la peur de la douleur, la crainte des séquelles médicales et l'ombre de la mort. Dans l'échantillon de huit cents cas étudiés par Anne-Marie Sohn (9), un quart des avortées disent avoir beaucoup souffert et plus 4% en sont mortes, par hémorragies, septicémies ou péritonites.

Il est difficile d'évaluer le nombre d'avortements pratiqués à cette époque puisqu'ils sont clandestins. A partir de la mortalité induite par l'avortement, relevée dans les hôpitaux, Jacques Dupâquier avance le chiffre de 30 000 avortements en 1900 et de 60 000 en 1914. Pour la période 1914-1939, Anne-Marie Sohn propose prudemment l'hypothèse d'un nouveau doublement, ce qui donnerait 120 000 avortements en 1939 (pour 618 000 naissances, sur 42 millions d'habitants soit un avortement pour 5 grossesses), chiffre déjà élevé, si l'on songe que tous ces avortements se déroulent dans la clandestinité et sont susceptibles d'être poursuivis en justice.

Avec la guerre de 1939-45 et le régime de Vichy, la répression de l'avortement devient féroce : la loi du 15 février 1942 fait de l'avortement un crime contre la sureté de l'état et prévoit la peine de mort pour avorteurs et avorteuses. Marie-Louise Giraud, dite « la faiseuse d'anges » est la dernière femme guillotinée le 30 juillet 1943 pour avoir pratiqué des avortements. Cette loi sera abrogée en 1945.

La fondation du Planning familial en 1960, sous l'action de personnalités comme Simone de Beauvoir puis de gynécologues comme Marie-Andrée Weill-Hallé et Suzanne Képès, et une vigoureuse propagande pour l'abolition des lois de 1920-23 aboutissent le 28 décembre 1967 (15) au vote de la loi Neuwirth qui autorise la propagande pour la contraception et espère faire ainsi baisser le nombre des avortements.

Le 5 Avril 1971, le manifeste des "343 salopes" est publié dans *le Nouvel Observateur* (16). 343 femmes célèbres et non célèbres ont avoué avoir avorté. Aucune poursuite n'a été engagée, car même le fait d'en parler ou de divulguer quoi que ce soit, en rapport avec ce sujet était passible de 6 mois de prison et de 100 à 500 francs d'amende (100 à 500 francs convertis en euros est égale à environ 15 à 75 euros d'amende qu'il faut rapporter au coût de la vie de l'époque).

En 1972, au cours du « procès Bobigny » (17) Marie-Claire, 16 ans est jugée pour avoir avorté après un viol. Marie-Claire est défendue par Maître Gisèle Halimi qui a fondé une association s'appelant « Choisir la cause des femmes ». Ce procès suscita de grands débats et l'acquiescement de la prévenue.

En 1973, Le planning familial commence à pratiquer des avortements clandestins, notamment grâce à la méthode Karman (18).

Le 28 Juin 1974, L'assemblée Nationale décide de voter le Projet de Simone Veil, alors ministre de la santé. La loi Veil dépénalise l'avortement appelé Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ; ce vocabulaire nouveau signifie qu'on espère révolue l'époque où l'avortement était clandestin. La loi est votée mais pas encore promulguée, il va falloir attendre le 17 Janvier 1975 (19), pour que la loi Veil soit autorisée et promulguée mais elle n'est mise en place que pour une période de 5 ans. « Les articles L162-1 à L162-11 du code de la santé publique permettent à toute femme enceinte qui s'estime placée par son état dans une situation de détresse et qui s'est soumise aux consultations prévues par certains de ces articles d'obtenir l'interruption de la grossesse avant la fin de la 10^e semaine ». L'avortement est interdit aux femmes étrangères.

En 1979, la période de 5 ans est presque achevée et c'est à cette date que la loi a été définitivement acceptée.

Au final, à travers les différentes époques, il faut noter la permanence de la détermination des femmes à mettre fin à une grossesse non désirée : quel que soit l'état des techniques, elles y ont toujours réussi, à toutes les époques, presque toujours sans recourir aux médecins, mais en trouvant de l'aide du côté des sages-femmes. Envers et contre tout, dans l'illégalité, les difficultés et les douleurs, sans tenir compte des pressions politiques,

sanitaires, sociales, les femmes ont voulu échapper à la fatalité biologique des grossesses successives qui avait eu cours pendant des siècles, pour gérer leur sexualité en fonction de leurs désirs plus que de leurs craintes.

L'IVG reste le symbole de la liberté, de la maîtrise de son corps. Longtemps interdit en France et pratiqué clandestinement l'avortement entraîne encore aujourd'hui dans les pays où il n'est pas autorisé une morbidité et surtout une mortalité féminine importante, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de décès liés à l'avortement non médicalisé est de 47 000 en 2008 (20). En France, en 1963, on recensait 332 décès liés à un avortement provoqué contre 0 à 2 sur 220 000 (soit moins d'1 décès pour 1 000 IVG) ces dernières années (21).

1.2. Cadre légal en France et actualités récentes (10)

Depuis la promulgation de la loi Veil le 17 janvier 1975 (19), la loi a été à de nombreuses reprises modifiée en fonction des évolutions sociétales, des progrès techniques et des avancées pharmaceutiques.

Les principes de la loi de 1975 et confirmés par la Loi du 31 décembre 1979 dite Loi Pelletier, définissent le cadre légal de la pratique de l'IVG en France (22). L'IVG est alors autorisée pour toute femme enceinte s'estimant dans une situation de détresse et jusqu'à 10 semaines de grossesse ou 12 semaines d'aménorrhée (SA).

L'IVG doit être pratiquée par un médecin dans un établissement public ou privé agréé après deux consultations médicales, un entretien social obligatoire et après un délai de réflexion de sept jours. Un dossier guide, un certificat d'entretien et un certificat médical attestant que le médecin s'est conformé aux dispositions de la loi sont remis à la patiente. Une information sur la contraception est obligatoire.

Concernant les mineures, l'autorisation d'un des deux parents est indispensable, et le consentement de la mineure doit être donné en dehors de la présence du représentant légal. Le délai de réflexion peut être ramené à 48 heures si le terme légal risque d'être dépassé. La demande d'IVG doit être confirmée par écrit par la femme après le délai de réflexion.

Une femme étrangère doit attester d'une présence depuis au moins trois mois en France pour bénéficier d'une IVG sauf si elle est réfugiée politique.

Concernant la personne réalisant l'IVG, il existe une clause de conscience, le médecin ne souhaitant pas pratiquer l'IVG doit en informer la patiente dès la première consultation. La pratique d'avortements illégaux est plus gravement punie et la publicité pour l'avortement est interdite. Il existe une obligation d'archivage des documents liés à la pratique de l'IVG et une obligation de déclaration de l'IVG au médecin inspecteur régional de santé.

Les années suivantes ont vu des modifications à ces principes initiaux, ils sont décrits ci-dessous.

La Loi Roudy du 31 décembre 1982 (23) permet le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale.

Le 28 décembre 1988, un arrêté légalise la distribution de la mifépristone autorisant ainsi la méthode médicamenteuse comme méthode d'IVG.

La Loi du 27 janvier 1993 (24) portant diverses mesures d'ordre social dite « loi Neiertz » crée le délit d'entrave à l'IVG en réaction aux « commandos anti-IVG ».

La Loi du 4 juillet 2001 (3) ou loi Aubry-Guigou modifie la loi de 1975 et inscrit l'IVG dans le code de la santé publique. Elle reprend certaines propositions formulées par le rapport du professeur Nisand (25). On y retrouve notamment les points suivants :

- le délai de recours à l'IVG est porté 14 semaines d'aménorrhée article L2212-1 du Code de la Santé Publique (CSP) contre 12 SA précédemment
- l'accès est facilité pour les mineures en permettant de pratiquer une IVG sans autorisation parentale (article L2212-7 du CSP)
- la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses est ouverte à la médecine de ville
- les centres autonomes réalisant les IVG doivent être intégrés aux services de gynécologie obstétrique des établissements de santé
- les établissements publics de santé qui disposent de lits ou de places en gynécologie obstétrique ou en chirurgie, ne peuvent refuser de pratiquer des IVG (art L.2212-8 et R. 2212-4 du CSP). Le chef de service de l'un ou l'autre de ces services a obligation d'organiser la prise en charge des IVG.

La loi de juillet 2001 (3) et ses textes d'application de juillet 2004 (4) permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ils doivent déclarer cette activité par le biais de l'établissement avec lequel ils ont passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée.

La loi du 19 décembre 2007 complétée par le décret du 6 mai 2009 (26), étend le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, ainsi, les centres de santé et CPEF peuvent également réaliser des IVG médicamenteuses.

Depuis le décret du 26 mars 2013 (27), les forfaits d'IVG sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. C'est également le cas pour toutes les méthodes contraceptives remboursables pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance et de la carte vitale des parents. De plus, le tarif payé aux établissements de santé pour le forfait d'IVG chirurgicale est revalorisé de 50 %.

Enfin, la loi Veil a été modifiée par un amendement en janvier 2014 avec la suppression de la notion de « détresse » pour la femme qui recourt à une IVG. Un amendement qui a fait resurgir les polémiques sur la pratique de l'IVG, comme dans un article publié dans le Figaro le 16 janvier 2014 (28) entre banalisation du geste pour certains tandis que pour d'autres la notion de détresse ne représente plus aujourd'hui la situation des femmes réalisant une IVG.

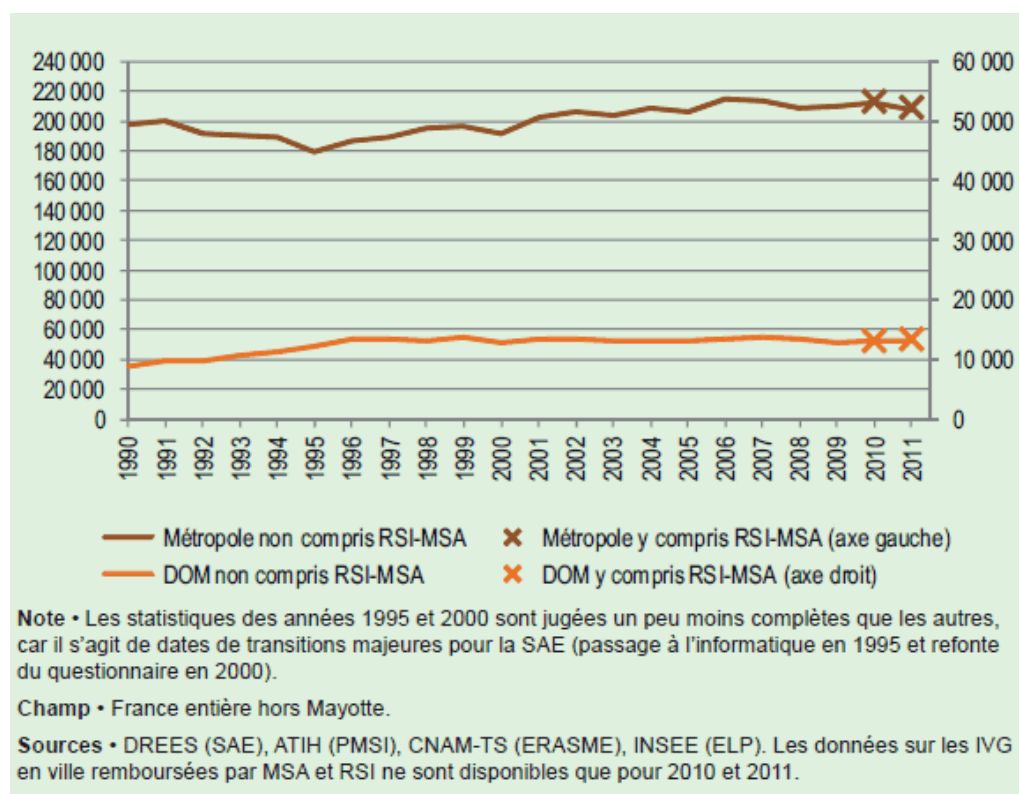
Concernant l'accès à l'IVG en France, suite au rapport du HCEfh (8), l'Etat a développé et mis en ligne depuis septembre 2013 un site internet « www.ivg.gouv.fr » dédié à l'IVG et à destination des femmes afin de permettre une meilleure diffusion de l'information et accroître la connaissance

des droits des femmes en matière d'IVG. Ce site a également pour but de lutter contre les sites de désinformation des femmes. Il apparaît en premier lorsque l'on réalise une recherche « ivg » sur Google.

1.3. Epidémiologie en France (2)

222 500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France en 2011, dont 209 300 en Métropole contre 823 394 naissances la même année (29) soit 1 IVG pour 4 grossesses menées à terme environ.

Ce nombre est stable depuis 2006 (Graphique 1), après une dizaine d'années de hausse entre 1995 et 2006. D'après les données, le nombre d'IVG n'a pas augmenté non plus au cours des derniers mois de 2012, malgré la polémique concernant les pilules de 3^e et 4^e génération et l'annonce de leur déremboursement au mois de septembre 2012.



Graphique 1 : évolution du nombre d'IVG en France entre 1990 et 2011 (2)

Selon les données de 2011, on recense 14,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine.

La part des IVG médicamenteuses continue d'augmenter. Actuellement, en France métropolitaine, 48 % des IVG réalisées en établissements de santé sont de type médicamenteux. En ajoutant à ces chiffres les IVG réalisées en ville (gynécologue ou médecin généraliste) ou en centres de santé, 55 % du nombre total d'IVG sont médicamenteuses.

Parmi l'ensemble des IVG médicamenteuses, 31 % sont réalisées en cabinet de ville.

En 2011, en Métropole, 13 % du nombre total d'IVG sont réalisées en cabinet libéral soit 28 800 IVG médicamenteuses en Métropole, et seulement 1 % en centres de santé ou en CPEF.

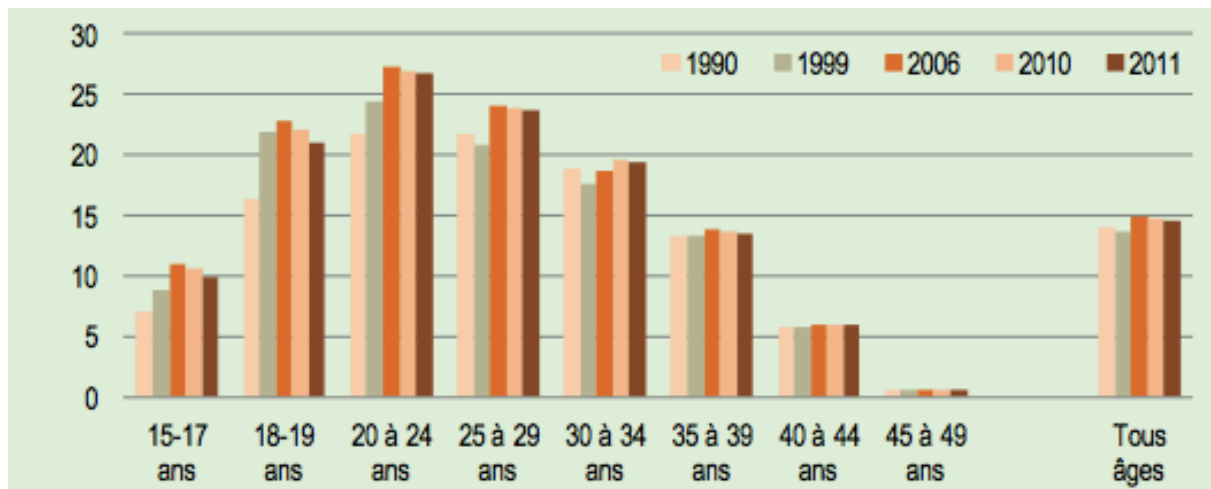
L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et CPEF depuis 2009 s'est accompagnée d'une baisse du nombre des IVG chirurgicales réalisées en établissements hospitaliers, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé est stable depuis 2005.

Le détail du nombre d'IVG en fonction de la méthode et de la structure est détaillé dans le tableau 1.

		2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Secteur Public	IVG chirurgicales	90 450	77 854	79 244	79 849	77 824	75 729	74517	71 741
	IVG médicamenteuses	44 550	66 320	67 505	68 019	68 209	68 637	71190	71 967
Secteur Privé	IVG chirurgicales	49 713	36 563	33 676	29 289	26 158	25 292	22876	21 525
	IVG médicamenteuses	17 467	20 566	20 640	17 952	16 629	16 908	16279	15 276
Ensemble des établissements	IVG chirurgicales	14 163	114 417	112 920	109 138	103 982	101 021	97393	93 266
	IVG médicamenteuses	62 017	86 886	88 145	85 971	84 838	85 545	87469	87 243
IVG médicamenteuses en ville			5 008	14 325	18 273	20 427	22 702	25747	25 704
IVG médicamenteuses en Centre de santé ou CPEF							719	1376	1647
IVG médicamenteuses en ville tous régimes								27 026	27 077
IVG médicamenteuses en Centre de santé ou CPEF tous régimes								1429	1705

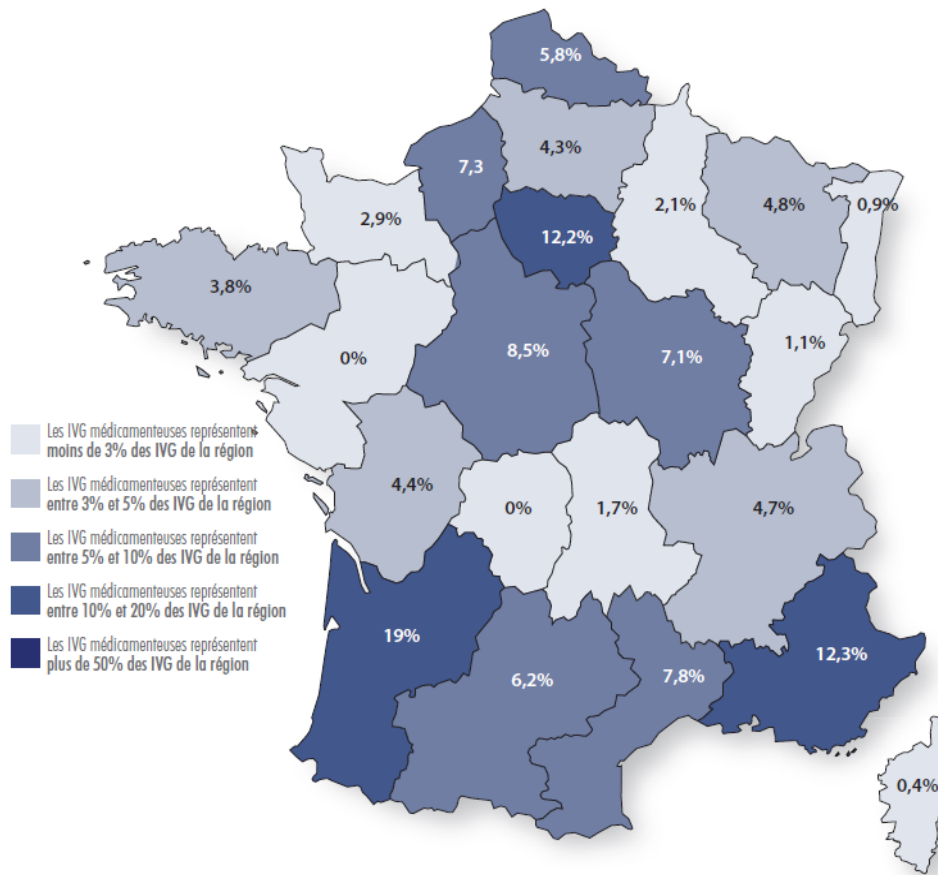
Tableau 1 : les IVG selon la méthode et le lieu d'exercice entre 2001 et 2011 (2)

En s'intéressant à l'âge des femmes réalisant une IVG depuis 1990 (Graphique 2), la tranche d'âge des 20-24 ans reste la plus concernée par l'IVG avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes en 2011.



Graphique 2 : Evolution des taux de recours à l'IVG en fonction de l'âge entre 1990 et 2011 (2)

La proportion d'IVG médicamenteuses augmente, il est cependant important de signaler les disparités d'accès à l'IVG médicamenteuse en fonction des régions de France (carte n°1).



Carte 1 : Part du nombre d'IVG médicamenteuses en ville par rapport au total des IVG pratiquées par région en 2011 (30)

2. L'IVG médicamenteuse

2. 1. Les médicaments utilisés

L'avortement médicamenteux consiste à interrompre la grossesse sans geste chirurgical.

L'IVG médicamenteuse est basée sur l'administration par voie orale de deux molécules : la mifépristone (Mifégyne®) et le misoprostol (Gymiso® ou Cytotec®).

2.1.1. La mifépristone (Mifégyne®)

La mifépristone ou RU 486 est un stéroïde antagoniste spécifique de la progestérone, il se fixe spécifiquement sur le récepteur de la progestérone et inhibe son action. La mifépristone se lie également au récepteur des glucocorticoïdes avec une forte affinité.

Au début de la grossesse, la progestérone maintient le col utérin fermé et inhibe la contraction utérine, elle a pour objectif de maintenir la nidation c'est-à-dire l'implantation de l'œuf dans la muqueuse utérine. La progestérone ne peut agir que sur un endomètre sensibilisé par les œstrogènes.

Le blocage de la progestérone induit des modifications sur l'endomètre, entraînant la séparation du chorion et du trophoblaste, sur le myomètre, avec une augmentation de sa contractilité et sur le col qui va se ramollir et se dilater. La mifépristone potentialise également l'action des prostaglandines. Toutes ces modifications concourent à obtenir l'arrêt de la grossesse.

Les contre-indications sont l'insuffisance surrénale chronique, l'allergie connue à la mifépristone, l'asthme sévère non équilibré, la porphyrie héréditaire et la suspicion de grossesse extra-utérine.

Il est conseillé (31) d'interrompre l'allaitement en cas de prise de mifépristone bien que le Centre de Référence pour les Agents Tératogènes (CRAT) indique qu'une poursuite de l'allaitement est possible en cas d'avortement médicamenteux (32). La mifépristone est généralement déconseillée en cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, ou de malnutrition.

Les effets secondaires principaux sont les métrorragies. D'autres effets plus rares sont décrits comme les douleurs abdominales, le rash cutané, les nausées, les diarrhées et les manifestations vagues (bouffées de chaleur, sensations vertigineuses, frissons).

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) (33) a été obtenue la première fois en 1988 et prévoit comme indications :

- interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive, en association à un analogue des prostaglandines, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée ;
- ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre ;
- préparation à l'action des analogues des prostaglandines dans l'interruption de grossesse pour raison médicale au-delà du premier trimestre ;
- induction du travail lors de mort fœtale in utero : lorsque les prostaglandines ou l'ocytocine ne peuvent être utilisées.

Sur le plan pharmacocinétique (34), après administration orale (seule voie d'administration), la mifépristone est rapidement et fortement absorbée (70%). La biodisponibilité est faible (environ 40%), la demi-vie d'élimination est de 30 heures environ. Le pic plasmatique est atteint 3 heures après la prise. La pharmacocinétique du produit est la même quelle que soit la dose au-dessus de 100 mg, ainsi, la concentration plasmatique totale durant les 72 premières heures est identique pour 200 et 600 mg. Ceci permet donc d'administrer des doses plus faibles, et donc d'obtenir des effets secondaires moins importants pour une efficacité similaire.

Auteur	Dose de mifépristone	Prostaglandine utilisée et voie d'administration	Taux de succès	Taux de Grossesses évolutives	Taux d'échecs	effectif	Âge gestationnel
McKinley 1993 (35) Randomisée	200 mg	misoprostol 600 µg VO	93,6	0,9	5,5	110	≤ 9 SA
	600 mg		93,6	0	6,4	110	
Ashok 1998 (36) Rétrospective	200 mg	misoprostol 800 µg VV	98,5	0,2	1,1	928	≤ 7 Sa
OMS 2000 (37) Randomisée	200 mg	misoprostol 400 µg VO	89,3	2,8	5,8	792	≤ 9 SA
	600 mg		88,1	1,9	6,1	797	
Schaff 2000 (38) Non randomisée	200 mg	misoprostol 800 µg VV	96,4	2,4	2,3	829	≤ 8SA
Shannon 2005 (39) Non randomisée	200 mg	misoprostol 400 µg VO	91,5	3,6	4,6	354	≤ 7 SA
Goldstone 2012 (40) rétrospective	200 mg	misoprostol 800 µg VB	96,5	0,6	2,9	13 345	≤ 9 SA

Tableau 2 : études concernant l'efficacité d'une dose de 200mg de mifépristone dans le cadre d'un avortement médicamenteux avant 9 SA associé à des doses variables de misoprostol (VO : voie orale, VV : voie vaginale, VB : voie buccale)

La posologie recommandée selon le protocole initial ou « protocole français » qui avait obtenu l'AMM est de 600 mg de mifépristone par voie orale, suivie 48 h après par la prise du misoprostol. Cependant de nombreuses études randomisées ou non (35, 36, 37, 38, 39, 40) ont étudié l'efficacité de la mifépristone administrée à une dose réduite de 200 mg, avec des doses variables de prostaglandines. Je n'ai répertorié dans ce travail que les études utilisant dans leur protocole le misoprostol, car le gemeprost est peu utilisé en France pour des contraintes de conservation du produit. Une étude randomisée (37) menée par l'OMS ne montrait pas de différence significative sur le taux de succès de l'avortement entre les doses de 200 et

600 mg. Les principaux résultats de ces études sont rassemblés dans le tableau 2.

A partir de ces résultats, plusieurs institutions et notamment l'OMS ont recommandé la dose de 200 mg de mifépristone suivie d'une prostaglandine dans les IVG précoces du premier trimestre, du fait d'une efficacité (critère « taux d'avortement complet ») et d'une tolérance comparable à la dose de 600 mg et d'un coût du médicament trois fois moindre.

Néanmoins, s'appuyant sur une méta-analyse en non-infériorité (33), l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) a conclu, lors d'une réévaluation menée en 2007, qu'une posologie de 200 mg de mifépristone (associée à 400 µg de misoprostol) ne pouvait pas être considérée comme non inférieure à 600 mg sur le critère de « grossesses évolutives ». Du fait de ce risque, l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments n'a pas autorisé l'utilisation d'une dose de 200 mg de mifépristone en association au misoprostol avant 7 SA dans l'AMM de la mifépristone. Ces résultats ont également été confirmés par une nouvelle méta-analyse publiée en 2009 (41).

Une revue systématique publiée récemment par la Cochrane (42) conclut qu'une dose de 600 mg de mifépristone comparée à une dose de 200 mg donne une efficacité similaire pour obtenir un avortement complet sans différence significative sur les grossesses évolutive entre 200 mg et 600 mg de mifépristone.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2010 (43) suggèrent elles qu'une prise de 200 mg de mifépristone n'entraîne pas plus de recours à une aspiration chirurgicale secondaire mais incitent le médecin à tenir compte de la possibilité de patientes « perdues de vues » et donc de potentielles grossesses évolutives, estimées selon les hypothèses maximalistes entre 300 à 400 cas par an en France compte tenu du taux de patientes ne se présentant pas à la consultation de contrôle.

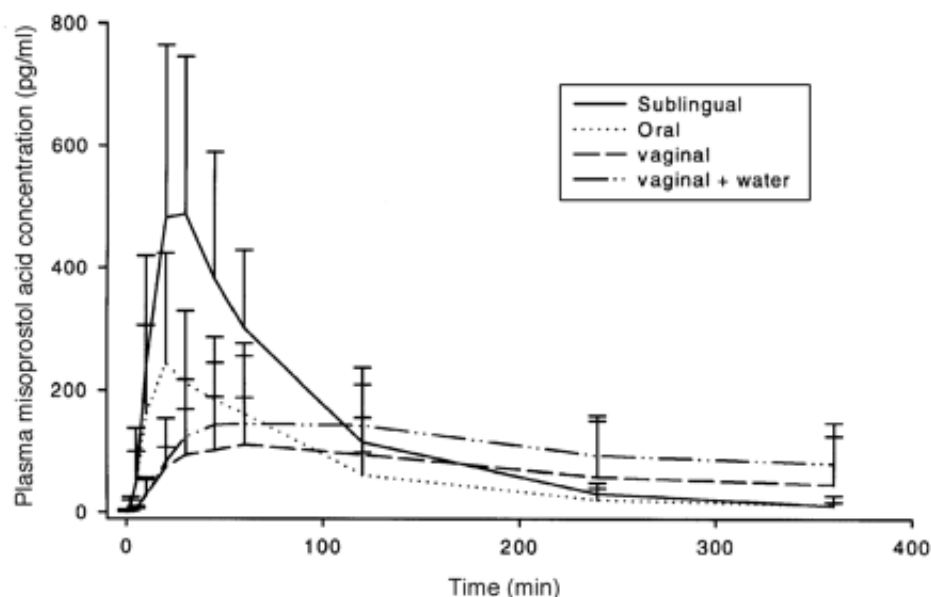
2.1.2. Le misoprostol

Le misoprostol est commercialisé par deux laboratoires sont les noms de Gymiso® et de Cytotec®. Il s'agit d'un analogue d'une prostaglandine E1 (PGE1) qui stimule les contractions utérines en se fixant sur des récepteurs présents dans le myomètre. Il possède également une activité anti glucocorticoïdes.

Les contre-indications sont l'hypersensibilité au misoprostol et les antécédents d'allergie aux prostaglandines (44).

2.1.2.1. Voie d'administration

Les voies d'administration sont multiples : orale, jugale, sublinguale, vaginale et rectale. La pharmacocinétique du produit dépend évidemment de ces voies d'administration. Les concentrations plasmatiques en fonction des différentes voies d'administration sont illustrées dans le graphique ci-dessous (Graphique 3).



Graphique 3 : Concentration plasmatique du misoprostol en fonction de la voie d'administration (orale, sublinguale, vaginale et vaginale humidifiée) (45)

Dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, toutes les voies hormis la voie rectale ont été étudiées et semblent équivalentes permettant d'atteindre

jusqu'à plus de 98 % d'efficacité (tableau 3). Cependant plusieurs cas de choc septique à *Clostridium sordelli* ayant été rapporté aux Etats-Unis (46) avec l'utilisation par voie vaginale du misoprostol, cette voie d'administration a été depuis abandonnée.

Auteur	Dose de prostaglandine et voie d'administration	Taux de succès	Taux de grossesses évolutives	Age gestationnel
Hamoda 2003 (47) non randomisée, comparative	misoprostol 800 µg VV	96,2 %	0	≤ 9 SA
	misoprostol 800 µg VSL	98,9 %	0	
Winikoff 2008 (48) randomisée	misoprostol 800 µg VO	91,3%	3,5%	< 9 SA
	misoprostol 600 µg VJ	96,2%%	1%	
Raghavan 2009 (49) randomisée	misoprostol 400 µg VO	94%	2,1%	≤ 9 SA
	misoprostol 400 µg VSL	98,7%	0,4%	
Fjerstad 2009 (50) rétrospective	misoprostol 600 µg VB	98,3%	0,4%	< 60 jours
Von Hertzen (WHO) 2010 (51) randomisée	misoprostol 800 µg VV	94,5%	1,1%	< 9 SA
	misoprostol 800 µg VSL	93,9%	0,5%	
Tableau 3 : Etudes évaluant l'efficacité de l'association mifépristone 200 mg + misoprostol en fonction de la dose et de la voie d'administration (VO: voie orale, VV: voie vaginale, VB: voie buccale, VSL: voie sublinguale) du misoprostol (43, 52)				

2.1.2.2. Posologie

Concernant la posologie utilisée, une étude randomisée de 2006 (53) a comparé trois doses de misoprostol, 400, 600 et 800 µg, 48h après 200 mg de mifépristone, il n'y a avait pas de différence significative, avec seulement une grossesse évolutive dans le groupe 600 µg sur 319 patientes dans ce groupe. Cette étude a été reprise par une revue systématique de la Cochrane en 2011 (42). Il n'était pas retrouvé de différence sur le critère succès de la

méthode mais le nombre de grossesses évolutives était plus important dans le groupe 400 µg et d'autant plus que l'âge gestationnel augmente.

2.1.2.3. Répétition des doses

Il est assez courant d'observer dans les pratiques une seconde prise de misoprostol, 2 à 3 heures après la première. Cependant, plusieurs études dont une revue systématique (54, 55) portant sur les études évaluant la répétition des doses de misoprostol après la prise de mifépristone a conclu qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité par rapport à une administration unique de misoprostol, sur le taux de succès.

2.1.2.4. Effets secondaires

Les effets secondaires connus sont : les diarrhées, la nausée et les vomissements, les flatulences, les contractions utérines, les céphalées et vertiges, l'hypotension.

Ces effets secondaires diffèrent selon la voie d'administration et les doses reçues, comme l'ont démontré plusieurs études reprises dans les recommandations de la HAS de 2010 (43). Ainsi, la voie vaginale entraîne plus fréquemment des douleurs abdomino-pelviennes que la voie orale (mais la voie orale entraîne plus souvent des nausées et des diarrhées que la voie vaginale).

La comparaison des voies d'administration sublinguale et vaginale du misoprostol montre une plus grande fréquence des diarrhées, vomissements, dysgueusie et frissons avec la voie sublinguale (tableau 4). Les douleurs abdominales relatives aux contractions utérines sont quasiment systématiques et perçues de façon comparable pour les voies sublinguale et vaginale. Les études comparant la voie sublinguale à la voie orale montrent dans l'une significativement plus de fièvre et frissons avec la voie sublinguale, pour la seconde plus de douleurs, et pour la troisième significativement plus de nausées et vomissements avec la voie orale. La voie buccale entraîne elle significativement plus de fièvre, frissons et douleurs que la voie orale.

J'aborderai plus en détail les douleurs pelviennes associées à la prise de misoprostol dans la deuxième partie de mon travail.

Auteur, année, référence Pays Type d'étude	Population : âge gestationnel (SA), taille (n)	Traitements	Nausées	Vomissements	Diarrhées	Douleurs abdomino-pelviennes	Commentaires
Hamoda et al., 2003 (65) Écosse Étude non randomisée	< 9 SA n = 149	- n = 96 (7,1 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 600 µg, sublingual - n = 53 (7,7 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 800 µg, vaginal	79 % vs 78 % OR = 0,9 (0,4-2,2)	57 % vs 37 % OR = 0,4 (0,2-0,9)	32 % vs 41 % OR = 0,4 (0,2-0,9)	Échelle visuelle analogique (score de 0 à 100) : - douleur globale (score médian) : 50 vs 46 (NS) - douleur la plus intense : 63 vs 58 (NS)	Il y a significativement plus de vomissements, diarrhées et dysgueusies (76 % vs 39 %) par voie sublinguale. Il y a significativement plus de céphalées par voie vaginale (34 % vs 11 %).
Tang et al., 2003 (66) Chine Étude randomisée, en double aveugle	< 9 SA n = 224	- n = 112 (29 ≤ 7 SA ; 83 > 7 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 800 µg, sublingual - n = 112 (26 ≤ 7 SA ; 86 > 7 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 800 µg, vaginal	53,6 % vs 32,1 % (p < 0,05)	36,6 % vs 12,5 % (p < 0,05)	40,2 % vs 16,1 % (p < 0,05)	99,1 % vs 96,4 % (NS)	Il y a significativement plus de nausées, vomissements, diarrhées, frissons (29,5 % vs 8,9 %) et fièvre (39,3 % vs 2,7 %) par voie sublinguale.
Hamoda et al., 2005 (52) Écosse Étude randomisée, en ouvert	< 13 SA n = 340	- n = 158 (53 ≤ 9 SA ; 105 > 9 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 600 µg + 400 µg 3 h après, sublingual - n = 156 (69 ≤ 9 SA ; 87 > 9 SA) : - Mifépristone 200 mg - Misoprostol 600 µg + 800 µg 3 h après, vaginal Dans les deux groupes, si > 9 SA : une 3 ^e dose de misoprostol (400 µg sublingual ou vaginal) 3 h après en cas de non-expulsion	80 % vs 77 % OR = 0,86 (0,49-1,52)	70 % vs 61 % OR = 0,67 (0,41-1,10)	71 % vs 52 % OR = 0,46 (0,28-0,74)	Echelle visuelle analogique (score de 0 à 100) : - douleur globale (score médian) : 60 vs 55 (NS) - douleur la plus intense : 76 vs 73 (NS)	Il y a significativement plus de diarrhées, frissons (84 % vs 64 %) et dysgueusies (71 % vs 32 %) par voie sublinguale. La fatigue est présente dans 81 et 82 % des cas respectivement.

Tableau 4 : Études évaluant la tolérance du misoprostol, selon la voie d'administration associé à la mifépristone avant 13 SA (43)

En conclusion le protocole initial ou « protocole français » détenant l'AMM prévoit une dose de 400 µg par voie orale 48 heures après la prise de la mifépristone. Seul le Gymiso® possède cette AMM, cependant le Cytotec® est utilisé hors AMM en pratique courante pour des raisons économiques et de conditionnement.

2.2. La méthode

2.2.1. Indications et contre-indications

L'IVG médicamenteuse à domicile est indiquée en France pour toute femme désirant interrompre une grossesse dont le terme ne dépasse pas 5 semaines de grossesse soit 7SA. Ce délai peut être prolongé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée si l'IVG médicamenteuse est réalisée en établissement de santé, c'est-à-dire si la prise du misoprostol se déroule à l'hôpital.

Les recommandations de la HAS (43) suggèrent que « dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent choisir la méthode médicamenteuse ou chirurgicale ».

Le rôle du médecin est ici indispensable afin d'expliquer à chaque femme présentant un souhait d'interrompre une grossesse le déroulement de chaque méthode pour permettre un choix éclairé de chaque femme. L'information délivrée permet d'augmenter la satisfaction des femmes, notamment en diminuant l'écart entre leurs attentes et l'expérience vécue réellement.

Une bonne formation des praticiens réalisant les IVG médicamenteuses est donc nécessaire afin d'informer les patientes sur les différences entre les deux méthodes. Le Tableau 5 réalise une comparaison des 2 méthodes.

Méthode	Délais/Lieux	Processus	Avantages	Inconvénients
IVG médicamenteuse	Jusqu'à 7 semaines de grossesse dans les établissements de santé ; Jusqu'à 5 semaines de grossesse pour les médecins de ville et les CPEF	1 ^{er} RDV : prise de la Mifégyne (stoppe le développement de l'embryon) 2 ^e RDV, 36 à 48h plus tard : prise de prostaglandines (provoque les contractions de l'utérus pour expulser l'embryon par voies naturelles, 2-4h voire davantage, après la prise des comprimés)	Méthode non invasive A domicile Méthode faisable rapidement après le choix	Durée du processus (plusieurs jours) Expulsion chez soi (parfois) Charge psychologique ⁽⁵³⁾ Douleur et pénibilité (effets secondaires : hémorragies, vomissements, diarrhées, nausées, maux de ventre, voire perte de vue) Une aspiration est parfois nécessaire (3 à 5% d'échec de l'IVG médicamenteuse)
IVG par aspiration Anesthésie locale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Durée de l'intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2 h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Conscience	A l'hôpital Anesthésie
IVG par aspiration Anesthésie générale	Jusqu'à 12 semaines de grossesse, en établissement de santé	Intervention : 15-20 minutes (anesthésie, dilatation du col de l'utérus, aspiration) Pré et post-intervention : 1 à 2h	Moins douloureuse Moins d'hémorragies Durée totale du processus plus rapide Inconscience	A l'hôpital Anesthésie Davantage de complications possibles ⁽⁵⁴⁾ Récupération plus longue

Tableau 5 : Comparaison des méthodes de réalisation de l'IVG (8)

Concernant l'IVG médicamenteuse, outre les contre-indications liées aux deux molécules citées précédemment, l'anémie et les troubles de la coagulation contre-indiquent une méthode médicamenteuse.

De plus les recommandations de la HAS (56), anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2001, insistent, pour la prise de misoprostol à domicile, sur : la possibilité pour les femmes de joindre le centre référent et/ou de s'y rendre 24 h/24, l'accompagnement par un proche à domicile et la distance entre le domicile

de la patiente et le centre hospitalier référant limitée à 1 heure de transport maximum.

Les patientes avec des difficultés de compréhension ou de réalisation du protocole doivent être récusées d'une réalisation de l'IVG à domicile.

CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION
Terme ≤ 7 SA	Terme > 7 SA
Difficultés à réaliser une IVG chirurgicale (hymen intact, malformations utérines)	Contre-indications médicales aux médicaments ou à la méthode
Souhait de la patiente	Crainte forte de la douleur et des saignements
Bonne compréhension des informations données	Difficultés de compréhension (langue)
Acceptation des contraintes de la méthode	Impossibilité d'une visite de contrôle (par exemple voyage)
Trajet domicile → hôpital < 1h	Centre hospitalier difficilement accessible
Confort minimum à domicile (toilettes)	Patiente isolée ou très grande précarité
Besoin d'une confidentialité	Besoin de confidentialité, charge familiale importante
Présence d'un accompagnement au domicile	Ambivalence et nécessité de plus de réflexion
Tableau 6 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'IVG médicamenteuse à domicile (52)	

2.2.2. Déroulement

Le déroulement de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire est largement décrit et codifié, notamment dans les dernières recommandations de l'HAS (43) mais aussi sur le site du ministère de la santé (57), il est résumé dans la figure 1.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en cabinet de ville ou à l'hôpital. Elle consiste en la prise des 2 molécules citées précédemment en présence du médecin, initialement la mifépristone puis 36 à 48h après le misoprostol.

Une consultation préalable à la prise des médicaments et non incluse dans le forfait de remboursement de l'assurance maladie permet de recueillir les antécédents de la patiente, avec les éventuelles contre-indications à la méthode médicamenteuse, d'informer la patiente sur les différentes méthodes d'interruption de grossesse afin qu'elle puisse faire un choix éclairé. Tout médecin peut réaliser cette consultation. Il faut dater le début de grossesse par une échographie car cela peut modifier le choix de la méthode d'interruption. Il faut également prescrire une recherche du groupe sanguin et du rhésus si la femme ne possède pas de carte de groupe ainsi qu'une Recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI).

Un dossier-guide d'information édité par le ministère de la santé doit être remis à la patiente ainsi qu'une attestation de consultation médicale de demande d'IVG qui permet de faire débuter le délai de réflexion, actuellement de 7 jours en France.

À l'occasion ou préalablement à la deuxième consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute prévue à l'article L.2212-4 du CSP doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé par une Conseillère Conjugale et Familiale (CCF) pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. Il est obligatoire pour les femmes mineures. L'entretien doit être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et pour l'identification de difficultés psychosociales (57).

Selon la circulaire du 26/11/2004 (58), 4 consultations sont prévues dans le déroulement de l'IVG médicamenteuse. Ces quatre consultations sont comprises dans le forfait de 191.74 euros en ambulatoire et de 257.91 euros avec une courte hospitalisation. La séquence des consultations relatives à l'IVG médicamenteuse dans les établissements de santé et hors établissement de santé est identique.

La première consultation permet à la patiente de confirmer sa demande d'interrompre la grossesse et de s'assurer que la méthode médicamenteuse reste réalisable grâce à l'échographie de datation. La patiente doit signer un consentement écrit.

La deuxième consultation aboutit à la prise devant le médecin du premier médicament, la mifépristone (Mifégyne®) qui a pour but d'interrompre la grossesse. Cette consultation est souvent réalisée dans le même temps que la précédente. Une ordonnance comportant des antalgiques et une éventuelle méthode contraceptive doit être remise à la patiente, ainsi qu'une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG et un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

La troisième consultation consiste, 36 à 48 heures après la prise de la mifépristone, en la prise du misoprostol dont l'objectif est l'expulsion de la

grossesse. Les saignements commencent généralement dans les 4 heures suivant cette prise mais ne témoignent pas de l'expulsion complète.

Cette consultation n'a en pratique pas lieu car les comprimés de misoprostol sont confiés à la patiente afin qu'elle les absorbe à domicile. En effet bien que l'arrêté du 23 juillet 2004 indique que la prise du misoprostol doit être réalisée devant le médecin, les recommandations professionnelles de 2001 (56), confirmées par celles de l'HAS en 2010 (43) stipulent que « les comprimés peuvent être confiés à la patiente pour qu'elle les prenne 36 à 48 heures plus tard » et que cette prise des médicaments à domicile « n'est pas plus dangereuse ».

Si la contraception est hormonale, œstro-progestative ou progestative, elle doit être débutée le jour de la prise de prostaglandine.

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D (Rophylac®) par voie intraveineuse ou intramusculaire. Cette prévention doit être faite au plus tard dans les 72 h qui suivent les saignements. En cas d'IVG médicamenteuse à domicile, il est recommandé de faire l'injection lors de la prise de mifépristone.

Enfin, le forfait inclut la consultation de contrôle, 14 à 21 jours après la prise des médicaments, le but étant de s'assurer de l'efficacité de la méthode. Le moyen de contrôle de l'efficacité est laissé au choix du praticien : soit biologique (taux de Beta HCG inférieur à 1000 mUI/ml), soit échographique (épaisseur de l'endomètre inférieure à 15mm).

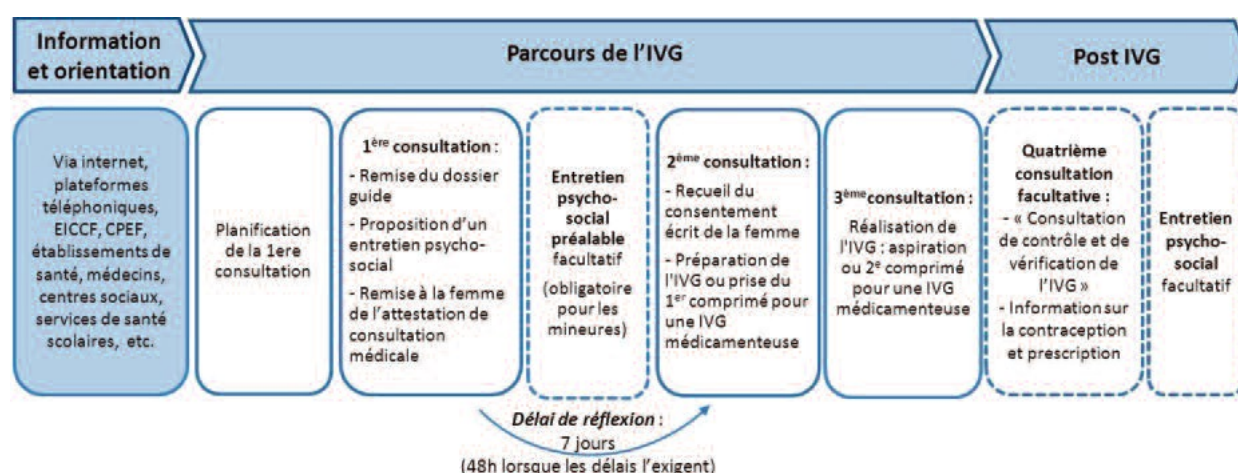


Figure 1 : Résumé du déroulement d'une IVG médicamenteuse (8)

2.2.3. Complications et échecs de la méthode

Les saignements sont un effet secondaire de l'IVG médicamenteuse. Ils surviennent systématiquement et abondamment. Ils apparaissent rarement après la mifépristone bien que dans 5 % des cas l'expulsion se fera après sa prise. Le plus souvent les saignements débutent entre 30 minutes et 10 heures après la prise de misoprolol, en moyenne 3-4 h (52).

Quand les saignements sont trop abondants ils deviennent une complication. Les hémorragies nécessitant une transfusion sont de l'ordre de 0 à 0,26 % et celles nécessitant une aspiration secondaire de 0,36 à 2,6 % (59). Selon les recommandations de l'HAS l'hospitalisation ne prévient pas ce risque d'hémorragie car elle survient souvent à distance de la prise (43).

La durée des saignements est en moyenne de 10 à 13 jours.

Le risque d'infection est rare au cours d'une IVG médicamenteuse. Il est estimé à 0,92% dans une revue de la littérature publiée par Shannon et al en 2004 (60). Il s'agit le plus souvent d'une endométrite. Cités précédemment, 6 cas de décès par choc septique à *Clostridium sordelli* ont été rapportés dans une étude aux Etats-Unis et au Canada (61) publiée en 2006 pour des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse où le misoprostol avait été administré par voie vaginale. Ces résultats ont conduit à l'abandon de cette voie d'administration.

Le taux de succès de la méthode, défini par l'obtention d'un avortement complet n'ayant pas nécessité de geste chirurgical, même complémentaire, est d'environ 95% jusqu'à 7 SA (43).

Le taux de grossesses évolutives est de l'ordre de 1 % pour les posologies autorisées par l'AMM. 2 à 4 % des IVG médicamenteuses peuvent nécessiter une aspiration secondaire du fait d'une expulsion incomplète.

Enfin, il est à signaler que la réalisation d'une IVG ne s'accompagnerait pas de complications psychiques graves. Une revue de la littérature publiée en 2008 (62) a conclu qu'il n'y avait pas de différence entre le bien-être psychique des femmes ayant réalisé une IVG par rapport à celles ayant mené une grossesse non désirée à terme. De plus une autre étude anglaise (63) a montré que « le prédicteur le plus fiable de problèmes psychologiques après un avortement est un antécédent de problèmes mentaux avant l'intervention ».

2.3. Acceptabilité de la méthode

L'acceptabilité de la méthode médicamenteuse est établie depuis plusieurs années grâce à plusieurs études en France (64, 65, 66). Deux revues systématiques de la littérature (67, 68) confirment l'acceptabilité de la méthode dans le monde entier. Entre 88 et 97% des femmes sont satisfaites selon ces études et choisiraient la même méthode dans le cas d'une nouvelle IVG.

Les facteurs intervenants dans l'acceptabilité de la méthode médicamenteuse à domicile retrouvés dans les différentes études (69, 70, 71) sont

- le sentiment d'une procédure « naturelle », non invasive,
- la sécurité,
- la possibilité d'être dans un contexte intime, familial,
- accompagnée d'un proche
- la rapidité d'accès à la procédure.

Par ailleurs, une étude (72) confirme que le choix de la méthode est également déterminant dans l'acceptabilité de la méthode, comme le suggèrent les recommandations HAS (43).

En matière de sécurité concernant la réalisation des IVG médicamenteuses à domicile par des médecins généralistes, une étude française (73) a montré qu'il n'y avait pas de différence en terme d'efficacité entre les médecins généralistes et les gynécologues.

2.4. L'IVG hors établissement hospitalier : exemple du réseau REVHO (74)

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée hors établissement de santé, en cabinet de ville, en centre de planification, en centre de santé, soit par un gynécologue, soit par un médecin généraliste selon les conditions fixées par le décret du 3 mai 2002, par l'arrêté du 23 juillet 2004 et par la circulaire du 6 octobre 2009 (75). Elles imposent la signature d'une convention type (annexe n° 1) entre le praticien et un établissement de santé ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, ou disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG.

La convention est établie pour une durée de 1 an et renouvelée par tacite reconduction.

Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) a été créé en novembre 2004 (JO du 01 décembre 2004), sous la forme d'une association Loi 1901, avec pour but de mettre en œuvre la nouvelle réglementation concernant l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé de juillet 2004 (76). Il couvre toute l'Île de France. Les membres du Conseil d'Administration sont : soit des responsables de centres d'IVG, soit des médecins de ville. Ils sont au nombre de 7 et sont tous bénévoles. Ce sont eux qui décident des orientations de l'association et qui valident toutes les décisions sous le contrôle de l'assemblée générale et du commissaire aux comptes.

Le réseau repose sur des professionnels de ville, qui peuvent bénéficier gratuitement d'une formation à l'IVG médicamenteuse, et qui prennent directement en charge les femmes souhaitant avoir recours à une IVG.

Les actions du réseau REVHO consistent à promouvoir et pérenniser la réalisation des IVG médicamenteuses en ville afin d'améliorer et faciliter la prise en charge des femmes.

Concernant les professionnels de santé, le réseau REVHO permet la formation initiale et continue des médecins et des para-médicaux. Il garantit le protocole et les procédures de soins, ainsi que l'évaluation des pratiques. Afin d'assurer un soutien logistique, le réseau fournit sur simple demande des médecins et gratuitement les documents cliniques qu'ils peuvent utiliser pour la consultation notamment notice d'information patiente (annexe n° 2), fiche de liaison (annexe n°3) et document de recueil du consentement de la patiente (annexe n°4). Le réseau permet également aux différents professionnels de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques.

Pour les patientes, le réseau permet un accroissement de l'offre de soins et un accès aux soins facilité permettant de raccourcir les délais de prise en charge notamment grâce au site internet « ivglesadresses.fr ». Il offre une information claire sur les modes de prise en charge au sein du réseau. Enfin la qualité de la prise en charge de l'IVG en ville est évaluée grâce au recueil et à l'analyse d'un dossier médical patiente minimum anonyme (appelé « fiche de liaison »).

Au 31 décembre 2012, le réseau REVHO regroupe 305 médecins (dont 251 médecins libéraux), 60 centres de santé ou CPEF (dans lesquels 54 médecins salariés pratiquent des IVG) et 22 établissements hospitaliers référents.

En 2011, 6 562 patientes ont été prises en charge par les professionnels du réseau soit 52% environ du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en ville en Ile-de-France cette même année. Depuis 2005, les médecins du réseau ont pratiqué presque 40000 IVG.

III – LA DOULEUR

1. Définition de la douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. Cette définition est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) (77) et fait référence au plan national et international. Elle a été également retenue par l'OMS (78). Elle donne un sens aux douleurs non documentées et une double dimension à la douleur : sensorielle et émotionnelle dont le caractère désagréable n'est apprécié que par le patient lui-même. Ceci implique donc nécessairement un caractère subjectif à la caractérisation de la douleur. Il est donc important pour traiter toute douleur d'appréhender le patient dans sa globalité, et non seulement la cause de la douleur. La douleur de part sa nature individuelle peut également avoir une définition différente selon les praticiens. Chaque professionnel de santé peut avoir sa propre représentation de la douleur. Ceci peut donc avoir des conséquences sur la reconnaissance de la douleur exprimée par les patients et donc sa prise en charge.

Il existe deux principaux types de douleurs (79) : par excès de nociception ou neuropathiques. Les recommandations de la HAS (anciennement ANAES) de 1999 (80) ajoutent un troisième type de douleurs souvent couplé aux deux autres types et plus difficiles à reconnaître, les douleurs psychogènes qui nécessitent une prise en charge psychologique.

Les douleurs par excès de nociception sont provoquées par la stimulation excessive des récepteurs nociceptifs périphériques lors d'une lésion tissulaire, d'une inflammation, d'une stimulation mécanique, thermique ou chimique. Elles ont une topographie non systématisée correspondant au territoire où se produit la stimulation.

Les douleurs neuropathiques sont toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central. La topographie de la douleur sera systématisée selon la localisation de cette lésion. L'examen neurologique retrouvera fréquemment un déficit dans le territoire correspondant. Le patient décrit souvent des douleurs continues évocatrices de brûlures, de torsion, ainsi qu'une composante plus paroxystique en « décharge électrique ». Des paresthésies, des dysesthésies, une allodynie ou une hyperalgésie sont souvent présentes.

On distingue douleur aiguë et douleur chronique. La douleur aiguë (79) est un signal d'alarme qui protège l'organisme. C'est un symptôme souvent utile dont il faut rapidement déterminer l'origine et la nature afin de mettre en œuvre le traitement adapté à la suppression de la cause (si possible) et à la

sédation complète de la douleur. Comme dans toute douleur, une composante affective intervient sous la forme de manifestations anxieuses.

Selon l'OMS (78), la douleur est chronique si sa durée est supérieure à 6 mois. Ce n'est plus un symptôme mais un syndrome, plurifactoriel et complexe, associant des manifestations physiques mais également psychiques, comportementales et sociales. Le seuil de déclenchement des influx nociceptifs peut être abaissé, responsable d'une perception anormalement forte de la douleur (hyperalgésie), d'une perception douloureuse de stimuli non douloureux (allodynie), voire de douleurs spontanées. La douleur n'est pas contrôlée et d'ailleurs souvent pas contrôlable par les seuls médicaments, envahissant progressivement tout l'univers psychologique, affectif, social du patient.

Quatre composantes interagissent dans la perception de la douleur (80) : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et enfin comportementale. L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents.

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

La composante affectivo-émotionnelle se retrouve dans la définition « expérience désagréable ». La perception de la douleur lui confère une tonalité parfois agressive, pénible ou difficilement supportable. Si la douleur intense impose un traitement symptomatique, c'est à cause de ce retentissement sur l'individu. Le contexte intervient dans cette perception de la douleur. La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler le vécu douloureux. Cette composante affective peut se prolonger vers des états d'anxiété ou de dépression.

La composante cognitive désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de diversion de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter. La signification accordée à la maladie influence ainsi le niveau de douleur.

Enfin, la composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent des indices reflétant l'importance du problème de douleur. Elles assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien.

2. Evaluation de la douleur

2.1. Échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles

Les échelles unidimensionnelles (80) sont des échelles d'auto-évaluation (utilisées directement par le patient). Elles mesurent globalement l'intensité de la douleur ; elles sont simples, reproductibles, fiables et validées. Parmi ces échelles unidimensionnelles, on retrouve l'échelle numérique (EN) qui permet au patient de donner une note de 0 à 10 ; la note 0 est définie par « Absence de douleur » et la note 10 par « Douleur extrême ». L'échelle verbale simple (EVS) qui comporte une série de qualificatifs hiérarchisés, pouvant être adaptés au patient et décrivant l'intensité de la douleur (« Absente » = 0, « Faible » = 1, « Modérée » = 2, « Intense » = 3, « Extrêmement intense » = 4). Enfin, l'échelle visuelle analogique (EVA) (81) correspondant à une règle avec une ligne horizontale de 100 mm, orientée de gauche à droite ; les deux extrémités sont présentées comme « Absence de douleur » et « Douleur maximale » ; le patient évalue sa douleur en mobilisant un curseur sur la ligne ; au dos de la règle, la graduation permet de chiffrer la position du curseur et donc l'intensité de la douleur de 0 à 100 mm.

Comme tout instrument d'auto-évaluation les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils doivent au préalable avoir été expliqués par le médecin. Leur utilisation se situe donc après un entretien clinique. Ils sont complémentaires de la consultation avec le patient et ne doivent pas s'y substituer.

L'EVA, l'EN et l'EVS ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur (80). Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents.

L'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle numérique et échelle verbale simple) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique ;

Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire.

Les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons interindividuelles.

2.2. L'exemple de l'échelle numérique

Les échelles numériques (EN) sont utilisées pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100 (7, 10, 25). Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable (Figure 2). Les échelles à 101 niveaux n'apportent pas plus d'information que les échelles à 11 ou 21 niveaux (82). Ces échelles permettent d'obtenir une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également de façon rétrospective et ce de façon fiable (83). Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA (84).

Ainsi, la douleur est légère lorsque l'EN est inférieure ou égale à 3, modérée à intense lorsque l'EN est supérieure à 3 et inférieure à 6 et sévère lorsque l'EN est égale ou supérieure à 6.

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Figure 2 : Exemple de présentation écrite de l'échelle numérique (80) :

Indiquez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

3. Les antalgiques (85, 86)

3.1. Définition

Un antalgique est une substance qui atténue ou supprime la douleur par action périphérique ou centrale. Pour réaliser son action, un antalgique dispose de trois mécanismes, inhiber la production de substances algogènes, renforcer le système de contrôle des afférences douloureuses, au niveau de la moelle, du tronc cérébral et de la région thalamo-hypothalamique, et enfin modifier le psychisme.

3.2. Les paliers

L'OMS a déterminé depuis 1987 une classification des antalgiques en trois paliers (87) pour prendre en charge les douleurs nociceptives initialement d'origine cancéreuses, depuis étendue à toute douleur nociceptive. Les antiépileptiques et les antidépresseurs sont utilisés dans le cas de douleurs neuropathiques.

La conduite à tenir concernant la prise en charge de la douleur est résumée dans l'algorithme de la figure 3.

En première intention, devant une douleur nociceptive on débute par un antalgique de palier 1, le principe étant de passer au palier supérieur en cas d'échec et de revenir au palier inférieur lorsque la douleur est suffisamment soulagée. Dans des situations de douleurs intenses, il faut commencer par un palier 2 voire d'emblée par un palier 3. Ainsi, L'IASP préconise la prescription d'opioïdes, d'emblée, pour toute douleur par excès de nociception supérieure à 6 sur l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) (88). Les paliers 1 sont souvent associés aux paliers 2 ou 3, car ils potentialisent leur action. Il n'y a en revanche pas d'indication à associer les paliers 2 et 3.

Les analgésiques du palier I, parfois appelés "analgésiques périphériques" ou "non morphiniques", ont la puissance antalgique la plus faible. Les analgésiques du palier II sont dits "centraux" ou "morphiniques faibles", car ils sont actifs sur la perception de la douleur au niveau cérébral. Ils sont utilisés seuls (par exemple le Tramadol), ou en association avec les analgésiques de palier I (par exemple codéine-paracétamol). Les analgésiques du palier III regroupent des agonistes morphiniques forts et des agonistes antagonistes. On distingue le niveau 3a quand les agonistes morphiniques forts sont administrés par voie orale et le niveau 3b quand ils le sont par voie parentérale ou centrale.

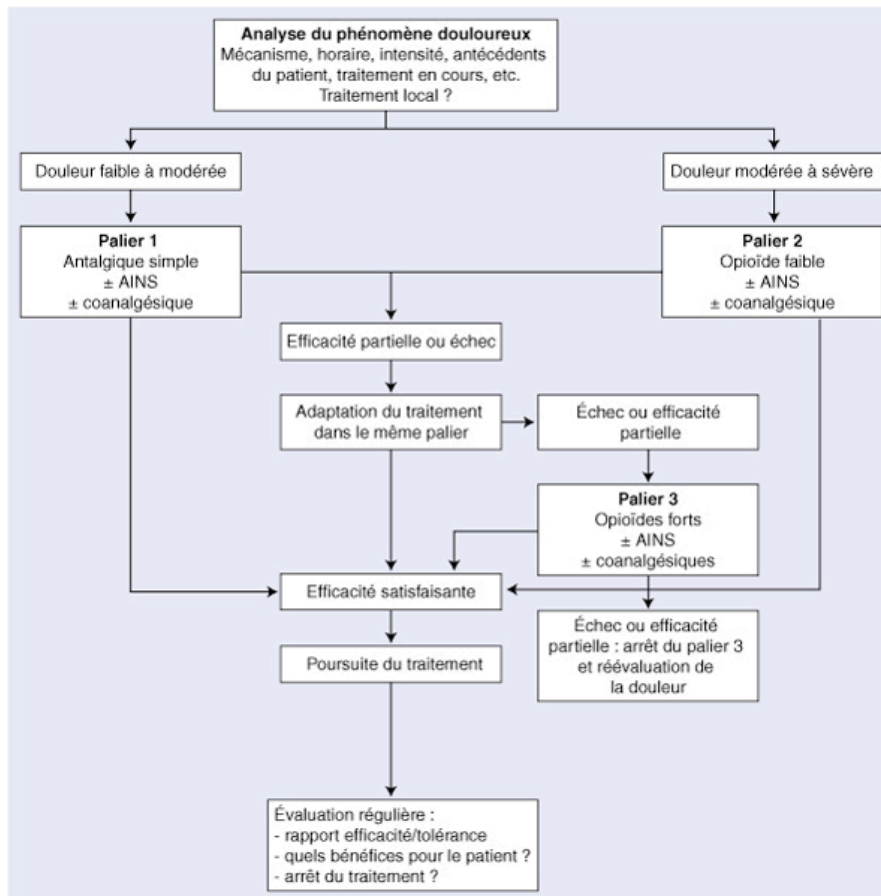


Figure 3 : Arbre décisionnel. Modalité d'instauration d'un traitement antalgique (85)

Depuis 2010, l'IASP a créé une nouvelle classification des médicaments antalgiques plus précise, prenant en compte les médicaments utilisés en cas de douleurs neuropathiques. Le tableau 7 résume cette classification.

<p>Antalgiques anti-nociceptifs</p> <p><i>Non opioïdes</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Paracétamol• Anti-inflammatoires non stéroïdiens <p><i>Opioïdes</i></p> <p>Anti-hyperalgésiques</p> <ul style="list-style-type: none">• Antagonistes NMDA (Kétamine)• Antiépileptiques : Gabapentine, prégabaline, Lamotrigine• Néfopam <p>Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs</p> <ul style="list-style-type: none">• Antidépresseurs tricycliques• Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline <p>Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques</p> <ul style="list-style-type: none">• Anesthésiques locaux• Carbamazépine, Oxcarbazépine, Topiramate• Capsaïcine <p>Mixtes : Analgésiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants</p> <ul style="list-style-type: none">• Tramadol• Tapentadol

Tableau 7 : Classification des antalgiques de l'IASP (89)

3.2.1. Palier 1

Ils regroupent les antalgiques non opiacés. Ils sont antalgique-antipyrétique (paracétamol), antalgiques-antipyrétiques-anti-inflammatoires (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) et Aspirine) et antalgiques purs (Néfopam). Ils ont en commun leur capacité à inhiber la cyclo-oxygénase.

3.2.1.1. Paracétamol

Le paracétamol est un antalgique d'action centrale. Bien que commercialisé depuis plus de 100 ans, son mécanisme d'action n'est que partiellement connu. Il diminuerait la synthèse des prostaglandines, pourrait interférer avec le système sérotoninergique et le système cannabinoïde. La posologie est de 500 mg à 1 g par prise chez l'adulte, sans dépasser 4 g par jour en 4 à 6 prises. Son index thérapeutique (rapport entre posologie efficace

et posologie toxique) est excellent. Il présente toutefois une toxicité hépatique. Il faut espacer les prises en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance < 10 ml/min).

3.2.1.2. Aspirine et AINS

Ils inhibent la synthèse des prostaglandines pro-inflammatoires et algogènes en bloquant de manière réversible la cyclo-oxygénase (COX) existant principalement sous deux isoformes : la COX 1 constitutive, présente dans la plupart des tissus de l'organisme et la COX 2 induite par l'inflammation. Bien qu'agissant sur les prostaglandines endogènes, les AINS n'ont pas d'action sur les prostaglandines exogènes donc le misoprostol, ce qui n'interfère pas avec l'efficacité du misoprostol, comme cela a été démontré par plusieurs travaux (90, 91, 92). L'inhibition de la COX-1 est responsable des effets secondaires principaux notamment de la toxicité gastro-intestinale, cutanée, rénale et de l'action anti-aggrégante.

La posologie de l'aspirine à dose anti-inflammatoire est de 500 mg à 1 g par prise toutes les 6 à 8 heures. La posologie des différents AINS est variable selon la molécule tout comme leur demi-vie. Le tableau 8 résume les principales familles d'AINS utilisées. Il faut tenir compte du risque allergique et des interactions médicamenteuses (anticoagulants, antidiabétiques, méthotrexate, AINS, corticoïdes).

Les AINS possèdent un pouvoir analgésique supérieur au paracétamol, ainsi le nombre de sujets qui doivent recevoir le principe actif pour voir réduite la douleur de 50% est de 3,3 (IC 2,8-4) pour l'ibuprofène 200 mg et 3,1 pour le naproxène 220 mg (IC 2,8-4,0) contre 5,6 (IC 3,9-9,5) pour le paracétamol 500 mg (93). Ainsi, dans le cas de douleurs aiguës avec un risque de toxicité faible des AINS et en l'absence de contre-indication, le choix du palier 1 doit se porter en première intention sur un AINS.

Famille chimique	Dénomination commune internationale	Spécialités (exemples)	Posologie quotidienne Moyenne / Maximale
Salicylés	Acide acétylsalicylique Acétylsalicylate de lysine Carbasalate calcique	Aspirine Ursa Aspégic Solupsan	2-3 g / 6 g 2-3 g / 6 g 2-3 g / 6 g
Acide arylcarboxylique	Acide tiaprofénique* Fénoprofène Flurbiprofène Ibuprofène* Kétoprofène* Naproxène sodique* Nabumétone Étodolac Didofénac* Kétorolac Ibuprofène * Alminoprofène Acéclofénac	Surgam Nalgésic Cébutid Brufen Profénid Apranax Nabucox Lodine Voltarène <i>Acular</i> <i>Advil</i> <i>Minalfène</i> <i>Cartrex</i>	300-400 mg / 600 mg 900 mg / 1 500 mg 100 mg / 300 mg 1,2 g / 2,4 g 150 mg / 300 mg 550 mg / 1 100 mg 1 g / 2 g 200 mg / 600 mg 75-100 mg / 150 mg collyre 1,2 g / 2,4 g 600 mg / 900 mg 200 mg / 200 mg
Acides anthraniliques ou fénamates	Acide néfénamique Acide niflumique	<i>Ponstyl</i> <i>Nifluril</i>	750-1 000 mg / 1 500 mg 750-1 000 mg / 1 500 mg
Coxibs	Célécoxib Parécoxib	<i>Celebrex</i> <i>Dynastat</i>	200 mg / 400 mg Voie parentérale
Oxicams	Méloxicam Piroxicam* Tenoxicam	<i>Mobic</i> Feldène Tilcotil	7,5 mg / 15 mg 10-20 mg / 30-40 mg 10 mg / 20 mg
Indoliques	Indométacine* Sulindac	<i>Indocid</i> <i>Arthrocline</i>	50-100 mg / 150-200 mg 200 mg / 400 mg
Pyrazolés	Phénylbutazone	<i>Butazolidine</i>	100-300 mg / 600 mg
Autre AINS	Nimésulide	<i>Néxen</i>	200 mg / 200 mg

Tableau 8 : principales familles d'AINS (94)

3.2.1.3. Néfopam (Acupan®)

Le Néfopam est un antalgique d'action centrale non morphinique par inhibition de la recapture des monoamines (dopamine, noradrénaline et sérotonine). Il peut être administré par voie parentérale mais également sous-cutanée (SC) ou per os (PO), hors AMM dans ces deux dernières voies d'administration à une posologie de 20 à 120 mg par jour. Il est contre-indiqué en cas d'antécédent de convulsion, d'adénome prostatique ou de glaucome à angle fermé (effet anticholinergique). Il faut adapter les posologies en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. Les effets secondaires sont les nausées et vomissements, les vertiges, les convulsions, la tachycardie et la sécheresse des muqueuses.

3.2.2 Palier 2

Les antalgiques de palier 2 sont dits antalgiques opioïdes « faibles » par opposition aux morphiniques dits opioïdes « forts ». Ils agissent sur des récepteurs au niveau spinal et supra-spinal (thalamus, substance grise péri-aqueducule et amygdale), du tronc cérébral et possèdent une action périphérique. Hormis l'activité antalgique, ils possèdent une activité sur les muscles lisses (diminution des contractions intestinales), sur le système cardio-vasculaire (hypotension orthostatique) et immunitaire (diminution de l'activité des lymphocytes T killer), psychomotrice (état de bien être, euphorie, hallucinations), respiratoire (dépression respiratoire et effet anti-tussif) et vomitive (stimulation des récepteurs de l'area postrema). Ils sont regroupés dans le tableau 9.

3.2.2.1. Codéine

Elle est souvent associée au paracétamol, selon des rapports variables (600 mg de paracétamol/50 mg de codéine ; 500/30, 300/25, 400/20 par exemple le Dafalgan codéine®), mais peut être utilisée chez l'adulte sous forme de dihydrocodéine LP (Dicodin®).

La posologie maximale est déterminée par la dose totale de paracétamol, en s'assurant de l'absence d'automédication associée.

Les principaux effets secondaires sont communs à tous les opioïdes et dérivent de leur mécanisme d'action : nausées, vomissements, constipation, céphalées, réactions cutanées allergiques, vertiges, somnolence. Il faut débiter le traitement par de faibles doses et augmenter progressivement, prévenir la constipation en cas de traitement sur plusieurs jours (laxatifs), traiter si besoin les nausées et surveiller l'apparition de troubles neurologiques, surtout chez les personnes âgées.

3.2.2.2. Tramadol

Le Tramadol représente une alternative à la codéine dont il est proche. Il présente en plus de l'effet opioïde, une action centrale en inhibant la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Il existe en forme à libération immédiate dosée à 50 mg, souvent mal tolérée (nausées, vertiges), à laquelle il faut préférer l'association au paracétamol sous forme d'Ixprim® ou Zaldiar® (Tramadol 37,5 mg + Paracétamol 325 mg) qui est mieux tolérée. Les formes à libération prolongée en 2 prises par 24 heures (Topalgic LP®, Contramal LP®, Zamudol LP®) voire en une seule prise (Monoalgic®) permettent de proposer un traitement à libération prolongée avec des interdoses, ou « doses de secours », à libération immédiate. La posologie maximale par 24 heures est de 400 mg. Les effets secondaires sont ceux des opioïdes avec un risque plus marqué de comitialité.

3.2.2.3. Lamaline®

La Lamaline® est une association de paracétamol, opium et de caféine. La classification dans les paliers n'est pas claire selon les ressources, il s'agit selon la HAS d'un antalgique non inférieur à l'association paracétamol et codéine qui possède l'AMM pour le « traitement symptomatique de la douleur aiguë d'intensité modérée à intense et/ou ne répondant pas à l'utilisation d'antalgiques de palier 1 utilisés seuls » (95) La posologie usuelle est de 1 gélule, à renouveler si besoin au bout de 4 à 6 heures. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 4 gélules par jour. Il est également disponible en suppositoire.

Molécules	Posologie	Dose d'équianalgésie Produit / morphine
Palier 2 : opioïdes faibles		
Codéine dicodine® LP	Cp à 60 mg LP 2 prises/j	60 mg/10 mg
Association paracétamol/codéine Efferalgan codéiné®, Codoliprane (liste non exhaustive)	Cp à 500 mg/30 mg ou 400 mg/20 mg 1 à 2 cp/prise Maximum 8 cp/j	60 mg/10 mg
Chlorhydrate de tramadol Zamudol®, Contramal®, Topalgic®, Takadol®	Cp à 50, 100, 150, 200 LP Cp à 50, 10, 150, 200 mg Cp sécables à 100 mg Maximum 400 mg/j	50 mg/10 mg
Association paracétamol/tramadol Zaldiar®, Ixprim®	325 mg / 37,5 mg Maximum 8 cp/j	

Tableau 9 : Antalgiques de palier 2 (85)

3.2.3. Palier 3

La morphine et ses dérivés sont réservés aux douleurs par excès de nociception, modérées à sévères d'emblée ou aux douleurs insuffisamment soulagées par les paliers inférieurs. Les morphiniques sont d'autant mieux tolérés qu'ils sont prescrits à dose progressive (titration) jusqu'à obtention d'une antalgie satisfaisante ou d'un rapport bénéfices/effets indésirables satisfaisant. Rappelons que l'intérêt de ce palier réside dans l'absence d'effet plafond. Les effets indésirables sont dus à l'action pharmacodynamique (sédation, prurit, constipation, etc.). Les patients doivent être informés des effets secondaires et la constipation traitée dès le début et tout au long du traitement. Les différents morphiniques disponibles sont regroupés dans le tableau 10.

Palier 3 : morphine et ses dérivés		
Agonistes partiels (effet plafond)		
Buprénorphine Temgésic®	Cp à 0,2 mg sublingual Maximum 12 cp/j	0,8 mg/10 mg (sublingual)
Agonistes purs		
Sulfate de morphine (voie orale, sous cutanée, IM) Oramorph® (voie orale)	Ampoule à 1,10, 50 ou 100 mg R. unidose à 10, 20, 30, 100 mg	10 mg/10 mg
Sulfate de morphine Skénan® ou Moscontin® Sévrédol® ou Actiskénan®	Cp ou gélule à 10, 30, 60, 100, 200 mg LP Cp à 10 ou 20 mg LN Gélule à 5, 10, 20, 30 mg	10 mg/10 mg
Fentanyl Durogésic® dispositifs buccaux Matrifen®	Patch à 12, 25, 50, 75,100 µg/h 1 patch/72 h	25 µg/60 à 90 mg/j
Actiq® dispositifs buccaux Abstral® cp sublingual Effentora® dispositifs buccaux Lustanyl® spray nasal	200, 300, 400, 600, 800 µg 100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	
Chlorhydrate d'hydromorphone Sophidone®	Cp à 4, 8,16, 32 mg	4 mg/30 mg
Chlorhydrate d'oxycodone Oxycontin® LP Oxynorm® LI	Cp à 10, 20, 40, 80 mg Gélule à 5, 10, 20 mg	5 mg/10 mg
Agonistes antagonistes		
Pentazocine Fortal®	30 mg/ml	
Nalbuphine Nalbuphine Renaudin® Nubain®	Ampoule 20 mg/2 ml i.v., i.m., s.c. ½ à 1 ampoule/3-6 h, max 160 mg/j	10 mg/10 mg

Tableau 10 : Antalgiques morphiniques de palier 3 (85)

3.3. Méthodes non médicamenteuses (96)

En dehors des traitements médicamenteux, des méthodes alternatives existent pour soulager la douleur, elles sont souvent utilisées dans le cadre de douleurs chroniques. Il n'existe pas de véritable consensus sur leurs indications spécifiques et j'ai trouvé peu de travaux scientifiques développant ces techniques. Elles présentent comme intérêt de présenter peu de contre-indications, d'être appréciées des patients et de favoriser l'approche relationnelle entre praticien et patient.

3.3.1. Les techniques physiques

3.3.1.1. Cryothérapie et thermothérapie

La cryothérapie consiste en l'application de froid à but antalgique : compresses froides, vessie de glace, cube de glace, spray de chlorure d'éthyle. La sensation de froid est suivie d'une brûlure localisée et finalement d'un engourdissement. Le froid agit par vasoconstriction avec diminution de l'oedème post traumatique, par action directe sur les nocicepteurs, par diminution de la conduction motrice et sensitive des fibres nerveuses et par mise en jeu des contrôles inhibiteurs diffus. La cryothérapie est indiquée dans les douleurs aiguës (épicondylites, tendinites ...) dans les lombalgies chroniques et les douleurs myofasciales.

La thermothérapie utilise les propriétés antalgiques de la chaleur : enveloppements chauds, cataplasmes, fango (boue), parafango (paraffine), bains chauds, ondes courtes, infrarouges, micro-ondes, ultrasons...La chaleur procure un relâchement musculaire propice à la sédation des contractures musculaires.

3.3.1.2. Vibrothérapie

La vibrothérapie consiste à utiliser les propriétés des vibrations mécaniques pour soulager la douleur. Elle est principalement utilisée dans le cadre des douleurs tendineuses et musculaires.

3.3.1.3. Massages

Les effets bénéfiques des massages sont en partie d'origine mécanique, ils font intervenir des mécanismes réflexes d'ordre vasomoteurs, neuromusculaires et psychomoteurs au niveau de la peau, des tissus conjonctifs et des muscles. Les manoeuvres classiques sont au nombre de cinq : l'effleurage, le glissé profond, le pétrissage, les vibrations et les percussions.

3.3.1.4. Contention ou immobilisation

La contention ou l'immobilisation permet de maintenir le segment douloureux. C'est typiquement le cas du lombostat dans les lombalgies aiguës. L'immobilisation peut avoir des effets néfastes en provoquant une amyotrophie et une rétraction musculaire.

3.3.1.5. Les stimulations périphériques

Parmi les techniques de stimulation périphériques, on retrouve la neurostimulation transcutanée (NSTC) et l'acupuncture.

La neurostimulation transcutanée est utilisée depuis 1965 et est basée sur l'hypothèse du "gate control" de WALL et MELZACK. En pratique, il existe deux manières d'utiliser la NSTC qui met en jeu des mécanismes neurophysiologiques différents de contrôle de la douleur : la NSTC conventionnelle utilise des courants de faible intensité, appliqués loco dolenti, et de fréquence élevée atteignant juste le seuil de la sensation de fourmillements électriques confortables. L'effet antalgique est localisé, immédiat et sans post effet. La NSTC à forte intensité est pratiquée à distance de la zone douloureuse et de basse fréquence. Elle produit une sensation de battement plus ou moins douloureux. L'effet antalgique est diffus, retardé avec post effet, c'est-à-dire que la phase de stimulation est suivie d'une phase d'analgésie plus ou moins longue.

Concernant l'acupuncture, on distingue deux types : l'acupuncture traditionnelle classique, chinoise et l'acupuncture moderne, réflexothérapique. L'acupuncture englobe une grande variété de modalités de stimulation notamment la puncture simple où seule l'implantation d'une aiguille est suffisante pour évoquer une sensation locale plus ou moins irradiante et la stimulation électrique ou électro-acupuncture où les aiguilles servent d'électrodes percutanées. Cette méthode est considérée comme la technique de choix.

3.3.2. Les techniques cognitives et comportementales

Les techniques cognitives et comportementales partent de l'hypothèse que le comportement douloureux peut se maintenir et être majoré par des facteurs variés, psychologiques, comportementaux ou environnementaux, indépendants des seuls facteurs somatiques présents ou non. L'un des objectifs principaux de ces méthodes est de détourner l'attention des patients de la douleur et de permettre la détente des patients. Parmi ces techniques on peut citer l'hypnose, la sophrologie ou l'art-thérapie.

4 - Douleur et IVG

4.1. Etat des connaissances

4.1.1. Intensité de la douleur

La douleur inhérente à l'IVG médicamenteuse est une douleur aiguë, par excès de nociception. Les douleurs sont liées aux contractions utérines induites par la prise du misoprostol (90). Elles sont quasiment systématiques, et surviennent rapidement après la prise du misoprostol comme le montre la figure 4 correspondant à la cinétique de la molécule.

Elles peuvent même selon cette étude (97) survenir après la prise de la mifépristone avec 11% des patientes (230/2030 patientes) qui ont ressenti des douleurs avant la prise de misoprostol.

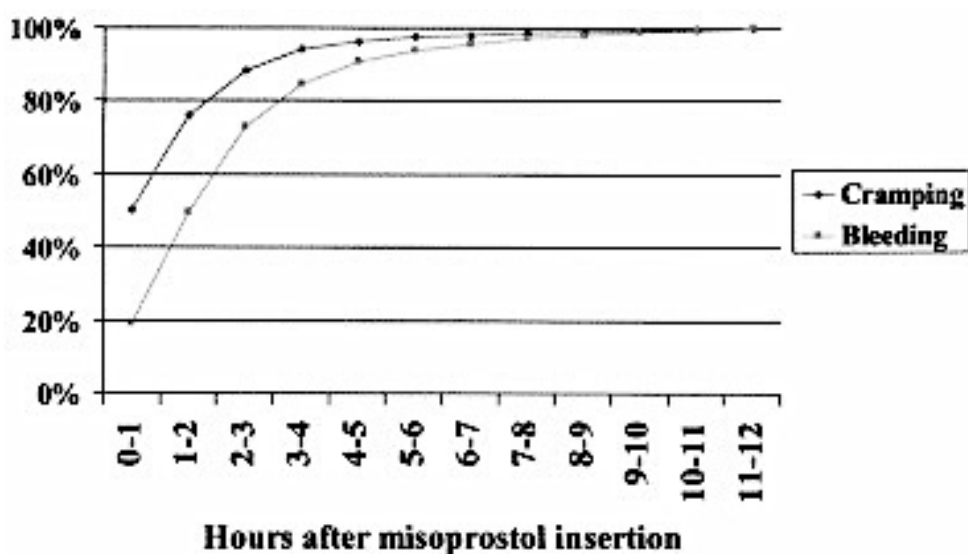


Figure 4 : Incidence cumulative de survenue des douleurs abdominales et des saignements après la prise du misoprostol (97)

D'autres études axées notamment sur l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse ont mis l'accent sur l'importance des douleurs. Ainsi l'étude du Dr Faucher (98) rapporte que 22,8 % des femmes ont jugé la douleur intolérable. La douleur étant dans cette étude l'effet secondaire le moins bien tolérée de la procédure. Dans une autre étude canadienne (99), le score moyen d'EVA était de 6,2 (sur une échelle de 0 à 10). 23,4 % des femmes incluses dans cette étude ont reporté une douleur entre 9 et 10. Dans une autre publication britannique de 2004 (100) avec une EVA moyenne respectivement à 2 et 4 h après la prise de misoprostol à 4,76 et 6,07. Dans une étude plus récente publiée en 2012 (40), 78,4 % des femmes (5001/6381) ont déclaré une douleur modérée ou sévère.

Il faut préciser de nouveau dans ce chapitre que l'intensité de la douleur varie selon le type de molécule utilisée et la voie d'administration. L'utilisation de

gémeprostat provoque notamment des douleurs plus importantes (101,102) comparé au misoprostol. L'administration du misoprostol par voie vaginale est associée à plus de douleurs que la prise per os.

Une revue de la littérature de 2006 (103) comportant 5 études britanniques et américaines de femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse au premier trimestre mettaient en évidence que 75% des femmes avaient rapporté une douleur intense nécessitant un analgésique de palier 2. Dans certains travaux, les patientes avaient même recours à un analgésique de palier 3 (36, 101, 104).

4.1.2. Facteurs influençant la douleur

Afin d'adapter le traitement analgésique, il semble indispensable de connaître les facteurs pouvant influencer la douleur en fonction des femmes.

De nombreux travaux ont étudié les facteurs de risques de survenue d'une douleur intense lors d'une IVG (100, 103, 105, 106, 107) : Le jeune âge, la nulliparité et nulligestité, les antécédents de dysménorrhée, le terme précoce et avancé et la répétition des doses de misoprostol. Le statut marital et la précarité ont été retrouvés dans une étude de façon significative $p= 0,0001$ (100).

L'antécédent d'IVG n'avait pas été retrouvé comme facteur influençant la douleur dans une étude (106).

L'indication d'une IVG chirurgicale doit tenir compte de ces facteurs et du choix de la patiente.

4.1.3. Prise en charge de la douleur

Concernant la prise en charge des douleurs au cours d'une IVG médicamenteuse, l'approche du traitement est différente puisque dans la majorité des cas, le praticien va anticiper le traitement analgésique en proposant plusieurs paliers d'analgésiques associés. Ainsi contrairement à la situation classique, le patient ne vient pas avec une plainte douloureuse pour laquelle il attend un soulagement mais c'est le praticien qui d'expérience doit proposer un traitement analgésique adapté.

Il n'existe à ce jour aucune étude randomisée ayant comparé différents protocoles pour évaluer leur efficacité concernant l'administration d'analgésique au cours d'une IVG par méthode médicamenteuse.

Une revue de la littérature réalisée en 2010 (108) portant sur la douleur liée à l'IVG médicamenteuse résume les principaux résultats. 4 études randomisées concernant l'IVG médicamenteuse au premier trimestre ont été retrouvées (99, 109, 110, 111). Les résultats des études réalisées peuvent être assez surprenants et contradictoires.

Ainsi l'étude canadienne menée par Wiebe (99) randomisée en trois bras : placebo, paracétamol codéiné et ibuprofène administrés de façon anticipée en même temps que la prise de misoprostol ne montrait aucune différence dans les scores d'évaluation de la douleur dans les trois groupes

avec une EVA à 6 en moyenne dans les trois groupes ($p=0,66$) après la prise des antalgiques.

Une seconde étude (109) réalisée en double aveugle a comparé le paracétamol à l'ibuprofène, administrés dès l'apparition des douleurs lors d'une IVG médicamenteuse avec le protocole mifépristone 600 mg per os et misoprostol 400 µg per os. Les scores d'EVA étaient similaires avant traitement avec respectivement 8.35 ± 1.59 et 8.2 ± 1.72 dans les groupes paracétamol et ibuprofène. Après la prise du traitement antalgique (1 g de paracétamol contre 400 mg d'ibuprofène), le score d'EVA était significativement plus faible dans le groupe ibuprofène (3.41 ± 2.0) que dans le groupe paracétamol (5.67 ± 1.93), avec $p=0.0001$, avec une diminution du score d'EVA plus importante dans le groupe ibuprofène (4.8 ± 1.47 en moyenne) que dans le groupe paracétamol (2.67 ± 1.39 en moyenne).

Les deux autres études (110, 111) citées dans la revue de la littérature concernaient des centres utilisant un protocole composé de mifépristone suivie 2 jours plus tard d'une injection de sulprostone (Nalador®). Les patientes étaient ensuite randomisées en trois groupes : paracétamol, alverine (Météospasmyl®) qui est un antispasmodique musculotrope de type papavérinique, non atropinique ou placebo administrés 30 à 40 minutes avant l'injection de sulprostone. La prise d'alverine était associée de façon significative ($p<0,05$) avec une diminution de la durée de la douleur initiale (157 ± 20 min dans le groupe paracétamol contre 103 ± 15 min dans le groupe alverine. Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur l'intensité maximale de la douleur dans les trois groupes, cependant les femmes du groupe placebo étaient moins souvent nullipares que dans les autres groupes ce qui est un facteur de confusion. De plus l'effectif de ces études était faible (45 femmes).

Une étude (112) est citée dans la revue de la littérature de 2010, il s'agit d'une étude non randomisée prospective d'une cohorte de 100 femmes réalisant une IVG médicamenteuse jusqu'à 56 jours de grossesse recevant soit du paracétamol et 4 mg de lopéramide (Motilium®) qui diminue les contractions des muscles lisses intestinaux, soit aucun traitement prophylactique avant la prise du misoprostol 800 µg par voie vaginale utilisé seul. Des antalgiques de palier 2 étaient remis aux patientes à utiliser à la demande. Les patientes du groupe lopéramide et paracétamol avaient moins recours aux antalgiques de palier 2 à domicile que dans le groupe sans traitement prophylactique. La douleur n'a pas été évaluée directement dans cette étude.

Deux études randomisées plus récentes ont également étudié l'impact d'une administration anticipée d'antalgiques sur l'importance de la douleur.

La première étude réalisée en 2011 (91) a comparé en double aveugle l'administration dans le même temps que le misoprostol de deux comprimés (800 mg) d'ibuprofène versus deux comprimés placebo. Les patientes répondaient ensuite à un questionnaire concernant la douleur. Cette étude a

montré une différence significative sur le recours à des antalgiques dans le groupe placebo par rapport au groupe ibuprofène avec respectivement 78% contre 38% ($p < 0,001$). De plus les scores moyens de douleur 1h et 2h après la prise du misoprostol étaient plus élevés dans le groupe placebo comparés au groupe ibuprofène avec respectivement 5,4 +/- 3,9 à 1h et 4,46 +/- 3,2 dans le groupe placebo et de 4 +/- 3,8 à 1h et 2,98 +/- 2,98 à 2h dans le groupe ibuprofène.

Cependant la seconde étude (92), publiée en 2012, qui a comparé deux protocoles de prise en charge de la douleur par l'ibuprofène, en thérapeutique (800 mg toutes les 4 à 6 heures selon la douleur) et en prophylactique (800 mg 1h avant la prise du misoprostol puis toutes les 4 à 6 heures si besoin) n'a pas confirmé ces résultats. Les femmes étaient randomisées dans l'un ou l'autre groupe. Le score moyen d'EVA était de 7,1 +/- 2,5 dans le groupe prophylactique et de 7,3 +/- 2,2 dans le groupe ($p = 0,87$). Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux groupes concernant le score d'EVA, ni concernant la durée de la douleur, ou le recours à d'autres antalgiques. Cette étude n'a donc pas mis en évidence de bénéfice à l'administration d'ibuprofène de façon anticipée à l'apparition de la douleur.

Les différents résultats de cette revue de la littérature et de ces études montrent à quel point les comparaisons de prise en charge de la douleur dans l'IVG sont difficiles à réaliser. Les auteurs de cette revue concluent qu'il n'est pas possible d'élaborer des recommandations de prise en charge de la douleur à partir des résultats de ces études. La difficulté à émettre de telles recommandations à l'échelle internationale est illustrée par des habitudes de pratiques différentes, notamment sur le choix des molécules, mais aussi des doses et des voies d'administration de ces molécules pour réaliser l'IVG médicamenteuse. De plus les effectifs de certaines études sont faibles, ce manque de puissance pouvant expliquer que les conclusions sont discordantes.

La reconnaissance de la douleur est également variable selon les praticiens et les équipes hospitalières. Ainsi dans la méta-analyse de 2006 (103) mais aussi dans une étude menée à l'initiative de l'OMS dans 11 pays en 2004 (113), le recours aux antalgiques de palier 2 était très variable d'une étude à l'autre car comme le soulignent les auteurs la disponibilité pour les femmes des antalgiques de palier 2 était différente. Certaines études préconisaient une prise systématique anticipée, d'autres à la demande et enfin certaines équipes et donc certaines patientes n'y avaient pas recours.

Un rapport de 2009 (114) de l'inspection générale des affaires sociales notait que « La douleur est une préoccupation inégalement partagée selon les services et peu traitée dans les travaux d'étude de même que le vécu par les patientes. Des équipes ont éprouvé le besoin de mettre en place des questionnaires de satisfaction dans les établissements, mais ces initiatives restent ponctuelles et il n'a pas à ce stade été jugé possible d'effectuer une enquête globale de satisfaction auprès des femmes ayant interrompu leur grossesse. La dimension psychologique de l'IVG est mal prise en compte, malgré son importance tant pour les patientes que pour les soignants, en

dehors des possibilités offertes à ces derniers par l'invocation de la clause de conscience. »

Il est également intéressant de noter comment est décrite la douleur dans le dossier guide (115) qui doit être remis à toute femme qui souhaite interrompre une grossesse par voie médicamenteuse : « *La consultation de prise du misoprostol (Gymiso ®), de 36 à 48 h plus tard. Ce médicament augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'oeuf. Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles des règles, parfois plus fortes. Des antalgiques, qui agissent contre la douleur, sont le plus souvent prescrits.* »

Et à la fin du guide (116), en annexe : « Après la prise de misoprostol (Gymiso ®) au cabinet du médecin ou au centre [...] 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. » Finalement la douleur est peu décrite et semble minimisée dans ce guide qui est pourtant sensé être la référence principale pour les patientes.

4.2. Recommandations actuelles

En France, les recommandations de l'HAS de 2010 (43) rappellent que « les douleurs abdomino-pelviennes sont quasiment systématiques, mais sont insuffisamment évaluées dans les études cliniques ». Ces mêmes recommandations préconisent que leur prise en charge doit être « anticipée » à domicile par une prescription d'antalgiques de paliers 1 (ibuprofène ou fénoprofène) et 2 (paracétamol associé à l'opium ou la codéine ; Tramadol seul ou en association avec le paracétamol). On peut encore une fois noter que l'éventail est large et que le choix est laissé à l'appréciation du praticien.

IV - ETUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE SUR L'INTENSITE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS L'IVG MEDICAMENTEUSE REALISEE À DOMICILE EN ILE-DE-FRANCE.

1. Cadre de l'étude

L'IVG médicamenteuse est un acte médical fréquent qui peut concerner tous les médecins généralistes, qu'ils la pratiquent ou non, car chaque patiente peut être amenée à prendre conseil auprès de son médecin.

Depuis l'autorisation et la mise en application en 2004 des IVG médicamenteuses en cabinet de ville et en centre de santé et de planification familiale en 2009, le nombre d'IVG médicamenteuses à domicile n'a eu de cesse d'augmenter et cette tendance va probablement se confirmer dans les années à venir.

Le manque de travaux réalisés sur la douleur au cours d'une IVG médicamenteuse, notamment concernant son intensité mais également sur sa prise en charge a motivé la réalisation de cette étude.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'intensité de la douleur ressentie par les patientes lors d'une IVG médicamenteuse réalisée à domicile.

Les objectifs secondaires étaient de répertorier les différents protocoles médicamenteux utilisés par les praticiens réalisant les IVG médicamenteuses à domicile et d'évaluer les éventuels facteurs prédisposant à une douleur intense soit une EN > ou = à 6.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive quantitative a été menée afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. L'étude consistait en un auto-questionnaire disponible sur internet et destiné à toutes les patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile en Ile-de-France.

J'ai créé une page internet afin d'héberger le lien internet vers le questionnaire sous format électronique.

2.2. Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé par moi-même et relu et validé par mon directeur de thèse, le Dr Agathe Scemama, ainsi que par la responsable du réseau REVHO, le Dr Sophie Gaudu. Je l'ai établi en reprenant certains items déjà utilisés dans d'autres études quantitatives menées sur l'IVG médicamenteuse.

Le questionnaire se divisait en plusieurs parties. Il est repris en intégralité à [l'annexe n°5](#).

Le questionnaire accessible sur internet était précédé d'un court argumentaire sur mon travail :

« Bonjour, dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine générale, je réalise une enquête sur la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de la douleur au cours d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, afin de déterminer si une amélioration de la prise en charge est nécessaire.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire (moins de cinq minutes seront nécessaires). »

Les deux premières questions avaient pour but d'exclure toutes les patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à l'hôpital avec une courte hospitalisation :

Où avez-vous réalisé cette IVG médicamenteuse ?

-A domicile

-A l'hôpital

Avez-vous pris le comprimé de misoprostol (=Cytotec®=Gymiso®) à la maison? (il s'agit du deuxième médicament déclenchant l'expulsion)

-OUI

-NON

La seconde partie consistait en la description du profil de la patiente :

1. *Quelle est votre tranche d'âge :*

-18 ans et moins -19 – 24 ans inclus

-25 – 30 ans inclus -31 – 39 ans inclus

-40 ans et plus

2. *Dans quel département vivez-vous ? (exemple Paris =75)*

-75 -91 -92

-93 -94 -95

-77 -78

3. *De quelle origine êtes-vous ?*

-Europe (France, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Roumanie, ...)

-Afrique nord (Maroc, Tunisie, Algérie, Egypte)

-Afrique sub-Saharienne (Sénégal, Mali, Congo, Benin, Côte d'Ivoire)

-Amérique du nord (Canada, Etats-Unis)

-Amérique du sud (Mexique, Brésil, Argentine etc.)

-Asie (Chine, Inde, Japon, Thaïlande, Corée, etc.)

-Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande)

-Autre : _ _ _ _ _

4. *Quelle est la prise en charge de vos soins médicaux ?*

-sécurité sociale classique seule

-sécurité sociale + mutuelle complémentaire

-Couverture Médicale Universelle = CMU

-Aide Médicale d'Etat = AME

-Aucune

5. *Etes-vous :*

-En couple ?

-Célibataire ?

La troisième partie concernait les antécédents gynéco-obstétricaux de la patiente :

6. *Dans le passé avez-vous déjà eu recours à une IVG (en dehors de cette IVG) ?*

-Oui

-Non

7. *Avez-vous des enfants ?*

-Oui

-Non

La quatrième partie déterminait les informations reçues au cours de la réalisation de la présente IVG :

8. *Vous a-t-on proposé une autre méthode (instrumentale = chirurgicale) pour réaliser cette IVG ?*

Le médecin que vous avez consulté vous a-t-il informée qu'une méthode chirurgicale par aspiration était aussi possible si vous le souhaitiez, même pour une grossesse très jeune?

-Oui

-Non

9. *Vous a-t-on informée que la méthode médicamenteuse pouvait être douloureuse ?*

-Oui

-Non

10. *Si oui, pensez-vous que l'information qui vous a été donnée correspond à votre vécu de la douleur ?*

-Oui

-Non

La suite du questionnaire était la description de l'intensité de la douleur ressentie au cours de l'IVG ainsi que les médicaments reçus et leur efficacité sur le soulagement de la douleur :

11. *A combien noteriez-vous la douleur ressentie lors de cette IVG (0=pas de douleur ; 10=douleur maximale imaginable)?*

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------



12. *Avez-vous reçu une ordonnance de médicaments contre la douleur ?*

-Oui

-Non

13. Si oui, merci de préciser le ou lesquels ?

- Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®)
- Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®)
- Tramadol (=Contramal®=Topalgic®)
- Flurbiprofène (=Antadys®)
- Codoliprane (=Dafalgan codéiné®)
- Lamaline®
- Phloroglucinol (=Spasfon®)
- Ixprim® (=Zaldiar®)
- Nefopam (=Acupan®)
- Autre : _ _ _ _ _
- Je n'ai pas pris de médicament

14. Ces médicaments ont-ils été efficaces pour soulager votre douleur ?

- Suffisamment efficaces
- Peu efficaces
- Non efficaces

15. Avez-vous ressenti le besoin de prendre d'autres médicaments contre la douleur ?

- Oui
- Non

La question suivante répondait à la présence d'un accompagnant lors de la prise du misoprostol à domicile :

16. Avez-vous été accompagnée par un proche lors de la prise du misoprostol =Cytotec ®=Gymiso® (médicament déclenchant l'expulsion pris à la maison ?

- Oui
- Non

Enfin, les deux dernières questions avaient pour objectif d'évaluer la satisfaction des patientes :

17. Conseilleriez-vous la méthode médicamenteuse à une amie ?

- Oui
- Non

18. Si vous étiez de nouveau confrontée à une grossesse non désirée, choisiriez-vous la méthode médicamenteuse pour réaliser l'IVG ?

- Oui
- Non

Il était également permis aux patientes qui le désiraient de laisser un commentaire libre de 250 caractères maximum.

2.3. Recrutement des médecins et des patientes

Afin d'assurer la diffusion du questionnaire, j'ai contacté par téléphone à partir du début du mois de décembre 2013 tous les médecins, généralistes et gynécologues, de structure libérale ou de centre de Planification Maternelle et Infantile (PMI) ou de centre de santé ou enfin de CPEF, ainsi que les structures hospitalières référencés sur le site internet « ivglesadresses.com » comme réalisant des IVG médicamenteuses à domicile. Mon travail a également été présenté aux médecins présents le 6 octobre 2013 lors de la réunion annuelle du réseau REVHO par le Dr Gaudu.

Au cours de mon appel téléphonique, après m'être présentée en tant qu'interne de médecine générale réalisant sa thèse sur l'IVG médicamenteuse, je décrivais brièvement la méthode de l'étude, l'objectif principal et les objectifs secondaires et proposais aux médecins de participer à mon projet en remettant aux patientes qui les consultaient pour une IVG médicamenteuse à domicile un feuillet comportant l'adresse du site internet qui héberge le questionnaire.

Le feuillet (*annexe n°6*) consistait en une feuille format A4 avec le texte suivant :

« Questionnaire sur la satisfaction concernant la prise en charge de la douleur lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse

Bonjour, je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine, je réalise une enquête sur la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de la douleur au cours d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, à domicile, en Ile-de-France afin de déterminer si une amélioration de la prise en charge est nécessaire.

Merci de prendre le temps de répondre à un court questionnaire (moins de 5 minutes sont nécessaires) en vous rendant sur le site internet suivant :

<http://sandracavet.wix.com/these-douleurativg>

Les informations que vous allez me communiquer sont tout à fait confidentielles. Aucune information concernant votre identité ou celle du médecin n'est demandée. Vous ne serez pas recontactée.

Vos réponses sont indispensables afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

MERCI de votre participation. »

Selon les préférences du praticien ou des structures contactés, le feuillet à distribuer aux patientes était transmis aux médecins soit par voie postale soit par voie électronique (e-mail). Il était demandé aux médecins de remettre le feuillet idéalement à la consultation de prise de la mifépristone ou à la consultation post IVG. Le recrutement, c'est-à-dire la distribution du feuillet a eu lieu entre le 1^{er} décembre 2013 et le 30 avril 2014. Le site internet est lui resté accessible jusqu'au 31 mai 2014.

Tous les médecins ont été recontactés à mi parcours soit début mars afin de les relancer et de motiver la distribution du feuillet.

Enfin, afin de déterminer le taux de participation, il a été demandé à tous les médecins et à toutes les structures participantes de me communiquer, par mail ou par téléphone le nombre de feuillets distribués.

2.4. Recueil des données

Le formulaire disponible en ligne me permettait, dès qu'une patiente y répondait de visualiser directement dans un tableau l'intégralité des réponses. Ainsi ni les médecins, ni les patientes n'avaient à imprimer le questionnaire ni à le renvoyer ou le rendre au médecin. Ceci garantissait l'anonymat complet à la fois concernant l'identité de la patiente et du médecin ou de la structure consulté(e).

2.5. Analyse des données

Les caractéristiques démographiques et cliniques des patientes, les informations reçues, la douleur exprimée, les médicaments reçus, la présence ou non d'un accompagnant et la satisfaction des patientes ont été étudiés.

Les variables catégorielles sont présentées en pourcentages et effectifs. Le test de chi 2 a été utilisé pour comparer les proportions, lorsque les conditions d'application étaient satisfaites. Lorsqu'un des effectifs théoriques était inférieur à 5, le test exact de Fisher a été utilisé pour les données quantitatives. Une analyse multivariée a été réalisée sur les facteurs indépendants significativement liés à la douleur en analyse univariée.

3. Résultats

172 médecins, généralistes et gynécologues, en cabinet libéral, ou PMI, centre de santé, CPEF ou structure hospitalière ont été contactés par téléphone à partir des coordonnées présentes sur « *ivglesadresses.com* ». Parmi ces professionnels, 8 ont refusé de participer à l'étude, 11 médecins ne réalisaient pas d'IVG médicamenteuses à domicile et 11 structures publiques ou privées hospitalisaient systématiquement les patientes souhaitant une IVG médicamenteuse. 56 médecins ou structures hospitalières n'ont pas donné suite à mon appel et mes mails. Au total, 86 médecins et structures hospitalières ont participé à cette étude dans toute l'Ile-de-France.

232 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en Ile-de-France entre le 1er décembre 2013 et le 30 avril 2014 ont répondu au questionnaire en ligne. Les feuillets invitant à répondre au questionnaire en ligne ont été distribués à 1 518 femmes ce qui correspond à un taux de participation estimé à 15%.

36 femmes ont été exclues de l'analyse car la prise du misoprostol n'avait pas eu lieu à domicile mais en hospitalisation de courte durée et nous avons décidé d'exclure les trois patientes mineures de cette analyse. 193 patientes au total ont donc été incluses dans cette étude.

Les principales caractéristiques des patientes sont regroupées dans le tableau 10.

La tranche d'âge 25-30 ans était la plus représentée avec 65 patientes soit 34% de l'effectif total des participantes. L'effectif dans chaque tranche d'âge est résumé dans la figure 5.

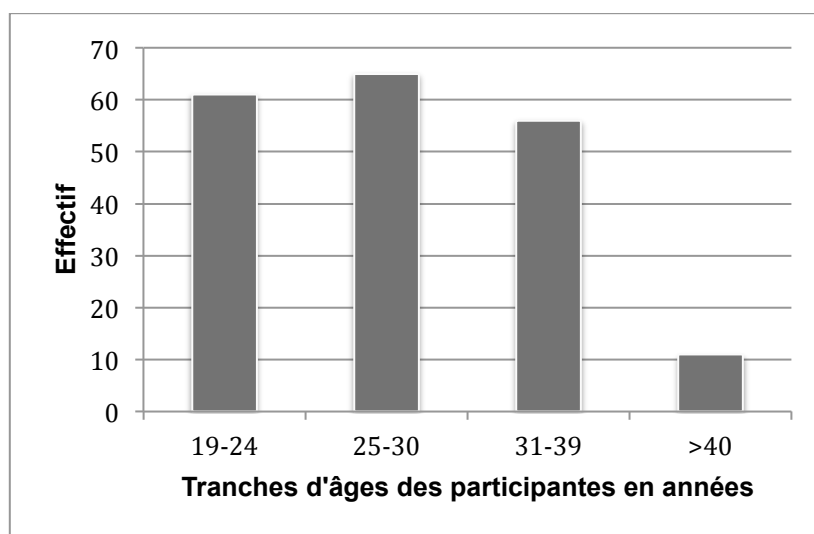


Figure 5 : Répartition des patientes incluses selon leur tranche d'âge en années

La majorité des patientes vivait à Paris (75), avec 106 patientes sur 193 (55%), mais tous les départements d'Ile-de-France ont été représentés dans l'étude. L'origine géographique des patientes était pour 139 patientes (72%) l'Europe.

132 patientes sur 193 (soit 68%) étaient en couple au moment de réaliser l'IVG médicamenteuse à domicile. La prise en charge des soins médicaux était pour 162 patientes (84%) la sécurité sociale associée ou non à une mutuelle. Aucune réponse ne provenait de patientes bénéficiaires de l'AME. 22 patientes (11%) bénéficiaient de la CMU, et 9 patientes (5%) ont déclaré ne pas avoir de prise en charge des soins médicaux.

54 femmes (28%) avaient déjà réalisé au moins une IVG et 132 femmes (68%) étaient nullipares au moment de cette IVG.

131 femmes sur 193 (68%) ont été prises en charge dans une structure hospitalière (hôpital, clinique, ou CPEF) contre 62 (32%) en cabinet de ville ou centre médical de santé ou centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Une autre méthode de réalisation de l'IVG a été proposée à 131 patientes (68% de l'effectif total). Ce choix alternatif pour une IVG par méthode chirurgicale n'a pas été proposé à 62 patientes, soit un tiers des patientes.

160 femmes (83%) ont été accompagnées à domicile lors de la réalisation de l'IVG médicamenteuse ; à l'inverse, 33 patientes (17%) ont été seules à domicile lors de la prise du misoprostol.

Age (années)	Effectif (%) (n total = 193)
19-24	32% (n=61)
25-30	34% (n=65)
31-39	29% (n=56)
>40	5% (n=11)
Département	
91	8% (n=16)
92	8% (n=16)
93	9% (n=18)
94	5% (n=9)
95	5% (n=10)
75	55% (n=106)
77	6% (n=11)
78	4% (n=7)
Origine	
EUROPE	72% (n=139)
AFRIQUE NORD	11% (n=22)
AFRIQUE SUD	6% (n=12)
AMERIQUE NORD	1% (n=2)
AMERIQUE SUD	6% (n=11)
ASIE	3% (n=6)
OCEANIE	1% (n=1)
Statut marital	
Célibataire	32% (n=63)
En couple	68% (n=133)
Prise en charge des soins médicaux	
Sécurité sociale et mutuelle complémentaire	66% (n=128)
Sécurité sociale seule	18% (n=34)
CMU	11% (n=22)
AME	0% (n=0)
Aucune	5% (n=9)

Antécédent d'IVG	
Oui	28% (n=54)
Non	72% (n=139)
Nulliparité	
Oui	68% (n=132)
Non	32% (n=61)
Lieu de réalisation de l'IVG	
Cabinet ville	33% (n=62)
Hôpital	67% (n=131)
Autre méthode d'IVG proposée	
Oui	68%(n=131)
Non	32%(n=62)
Accompagnement à domicile pendant l'IVG	
Oui	83% (n=160)
Non	17% (n=33)
Tableau 10 : Caractéristiques cliniques des patientes incluses dans l'étude	

L'objectif principal de l'étude était l'évaluation de l'intensité et de la prise en charge de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse réalisée à domicile en Ile-de-France.

La répartition de l'effectif total en fonction de l'échelle numérique (EN) de douleur exprimée est présentée dans la figure 6 et dans le tableau 11. 142 femmes ayant répondu au questionnaire (74%) ont présenté une douleur modérée à intense soit une EN supérieure ou égale à 4. Parmi elles, 105 patientes (55%) ont exprimé une douleur sévère correspondant à une EN déclarée supérieure ou égale à 6 au cours de la réalisation de l'IVG médicamenteuse à domicile.

51 femmes (21%) ont ressenti une douleur légère soit une EN inférieure ou égale à 3. Enfin, 6 patientes sur 193 n'ont ressenti aucune douleur (EN=0).

L'EN moyenne était de 5,6 sur 10. L'EN médiane était de 6 sur 10.

Echelle Numérique (EN) exprimée	Effectif (%) (n total=193)
0	3% (n=6)
1	7% (n=14)
2	4% (n=8)
3	12% (n=23)
4	9% (n=18)
5	10% (n=19)
6	9% (n=18)
7	14% (n=26)
8	17% (n=32)
9	11% (n=21)
10	4% (n=8)

Tableau 11 : Répartition des patientes selon l'Echelle Numérique (EN) de douleur exprimée

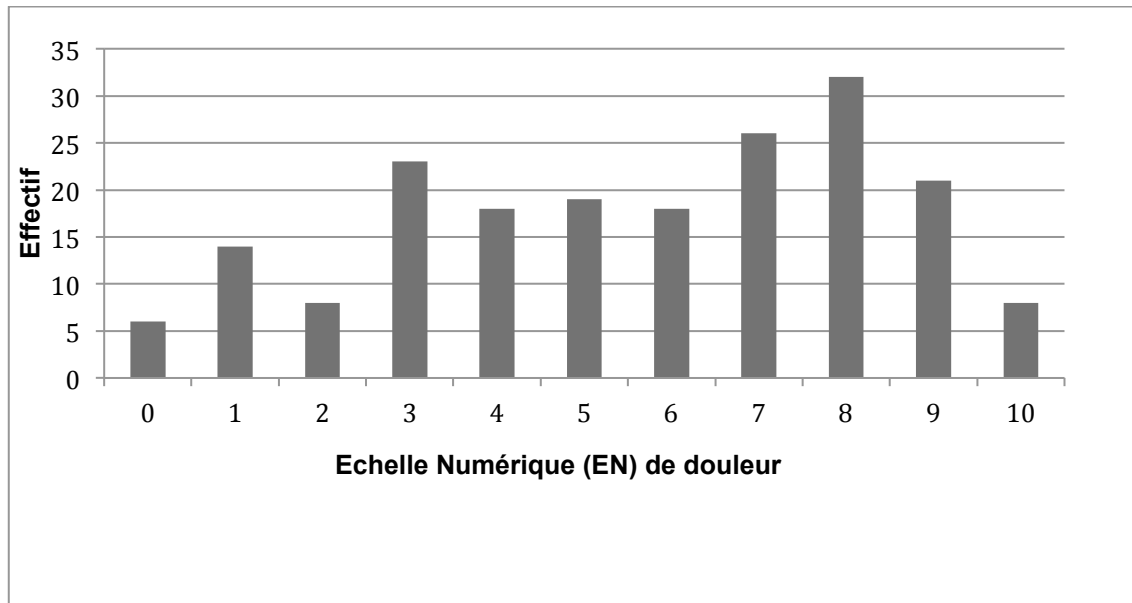


Figure 6 : Répartition de l'effectif en fonction de l'échelle numérique exprimée

Concernant la prise en charge de la douleur, il faut s'intéresser en premier lieu à l'information reçue par les femmes. Ces informations sont regroupées dans le tableau 12. 167 femmes (87%) ont été informées que la méthode médicamenteuse était douloureuse. Parmi ces dernières, le vécu de la douleur était en accord avec l'information reçue pour 107 patientes (64%). 60 femmes (36%) ont considéré que la douleur ressentie ne correspondait pas à l'information reçue.

26 femmes (13%) ont cependant déclaré ne pas avoir été informées que la réalisation de l'IVG par méthode médicamenteuse pouvait être douloureuse.

	Effectif (%) (n total = 193)
Information reçue sur la douleur liée à l'IVG médicamenteuse	
Oui	87% (n=167)
Non	13% (n=26)
Vécu en accord avec information reçue	
Oui	64% (n=107)
Non	36% (n=60)

Tableau 12 : Information reçue par les femmes concernant la douleur liée à l'IVG médicamenteuse.

182 femmes (94%) ont reçu une ordonnance d'antalgiques après la consultation contre 11 femmes qui n'ont reçu aucune ordonnance. 32 protocoles médicamenteux différents ont été prescrits aux patientes et répertoriés dans le tableau 13 et la figure 7. L'association ibuprofène (Advil®) et Lamaline® est la plus fréquemment prescrite avec 70 sur 193 patientes (36%) qui en ont bénéficié. L'ibuprofène seul a été prescrit à 21 patientes (11%), la Lamaline® seule à 16 patientes (8%) et le paracétamol seul à 15 patientes (8%).

Antalgiques reçus	Effectifs (%) (n total = 193)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®)	7,5% (15)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®)	0,5% (1)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®)	2% (4)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®)	1% (2)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®), Lamaline®	0,5% (1)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®), Lamaline®, Flurbiprofène (=Antadys®)	0,5% (1)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Lamaline®	2% (3)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Ixprim® (=Zaldiar®), Lamaline®	0,5% (1)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Lamaline®	3% (6)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Lamaline®, Nefopam (Acupan®)	0,5% (1)
Paracétamol (=Doliprane®=Dafalgan®), Phloroglucinol (=Spasfon®)	1% (2)
Phloroglucinol (=Spasfon®)	2% (3)
Phloroglucinol (=Spasfon®), Flurbiprofène (=Antadys®)	0,5% (1)
Phloroglucinol (=Spasfon®), Naproxène (=Apranax®)	0,5% (1)
Flurbiprofène (=Antadys®)	2% (3)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®)	11% (21)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®)	3% (5)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Ixprim® (=Zaldiar®)	0,5% (1)

Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Lamaline®	36 % (70)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Lamaline®, Nefopam (Acupan®)	3% (5)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Lamaline®, Phloroglucinol (=Spasfon®)	0,5% (1)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Nefopam (Acupan®)	0,5% (1)
Ibuprofène (=Advil®=Nurofen®), Phloroglucinol (=Spasfon®)	1% (2)
Lamaline®	8% (16)
Lamaline®, Flurbiprofène (=Antadys®)	1% (2)
Lamaline®, Kétoprofène (=Profenid®)	0,5% (1)
Ixprim® (=Zaldiar®)	0,5% (1)
Tramadol (=Contramal®=Topalgic®)	0,5% (1)
Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®)	3% (6)
Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®), Lamaline®	1% (2)
Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®), Phloroglucinol (=Spasfon®)	2% (3)
Codoliprane® (=Dafalgan codéiné®), Phloroglucinol (=Spasfon®), Flurbiprofène (=Antadys®)	0,5% (1)
Je n'ai pas pris de médicament	4,5% (9)
Tableau 13 : Résumé des différents antalgiques reçus par les patientes	

Les réponses correspondant à l'évaluation de l'efficacité des antalgiques sont regroupées dans le tableau 14. 119 patientes (62%) ont considéré comme suffisamment efficaces les antalgiques prescrits pour soulager la douleur. 43 patientes (22%) ont jugé les antalgiques peu efficaces et 20 femmes (10%) non efficaces. 11 patientes (6%) n'ont pris aucun antalgique au cours de l'IVG médicamenteuse.

66 patientes (34%) ont ressenti le besoin d'utiliser d'autres moyens pour soulager la douleur ressentie.

	Effectifs (%) (n total = 193)
Ordonnance d'antalgiques remise	
Oui	94% (n=182)
Non	6% (n=11)
Efficacité des antalgiques pour soulager la douleur	
Suffisamment efficaces	62% (n=119)
Peu efficaces	22% (n=43)
Pas efficaces	10% (n=20)
Non pris	6% (n=11)
Autres moyens pour soulager la douleur	
Oui	34% (n=66)
Non	66% (n=127)
Tableau 14 : Efficacité des antalgiques reçus	

Finalement, concernant la satisfaction des femmes, les résultats sont regroupés dans le tableau 15, 144 patientes (75%) choisiraient une méthode médicamenteuse en cas de nouvelle IVG contre 49 patientes (25%) qui opteraient pour une autre méthode.

155 femmes (80%) conseilleraient la méthode médicamenteuse à une amie.

	Effectifs (%) (n total = 193)
Choix d'une méthode médicamenteuse en cas de nouvelle IVG	
Oui	75% (n=144)
Non	25% (n=49)
Conseil de la méthode médicamenteuse à une amie	
Oui	80% (n=155)
Non	20% (n=38)
Tableau 15 : Satisfaction des patientes	

L'objectif secondaire de mon travail était d'évaluer l'existence d'éventuels facteurs favorisant ou au contraire protecteurs contre l'apparition d'une douleur sévère, soit une EN supérieure ou égale à 6. Une analyse univariée dont les résultats sont regroupés dans le tableau 16 a été réalisée afin de comparer les femmes en les séparant en deux groupes : celles ayant ressenti une douleur sévère (EN \geq à 6) et celles ayant ressenti une douleur faible à modérée (EN < 6).

Les résultats n'ont pas montré de différence significative selon l'âge des participantes. Ainsi 34 (55,7%) des 19-24 ans, 41 (63,1%) des 25-30 ans, 25 (44,6%) des 31-39 ans et 5 (45,4%) des 40 ans et plus ont ressenti une douleur sévère.

Concernant la parité, 63,6% des patientes n'ayant jamais eu d'enfant ont expérimenté une EN \geq 6 contre 34,4% parmi les femmes ayant eu au moins un enfant. Ainsi le risque d'expérimenter une forte douleur au cours d'une IVG médicamenteuse à domicile était plus de 3 fois supérieur chez les patientes n'ayant jamais eu d'enfant ($p < 0,05$).

L'antécédent d'IVG n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes de patientes.

Le statut marital des patientes n'a également pas révélé de différence significative sur la douleur exprimée, 74 femmes en couple (56,1%) ont ressenti une douleur sévère versus 31 femmes n'étant pas en couple (50,8%).

L'accompagnement à domicile lors de la prise du misoprostol n'a pas montré de lien significatif avec l'intensité de la douleur ressentie.

41 femmes (66,1%) n'ayant pas eu d'information sur la possibilité d'une méthode alternative pour réaliser l'IVG ont exprimé une EN \geq 6 versus 64 femmes (48,8%) ayant eu l'information. La comparaison de ces 2 pourcentages montre une différence significative ($p < 0,05$) avec un Odds Ratio (OR) à 2,04.

Cette absence de proposition alternative est significativement liée à la douleur exprimée avec un risque 2 fois supérieur de ressentir une douleur forte.

Enfin, 21 patientes (80,8%) non informées sur le caractère possiblement douloureux de la méthode médicamenteuse ont expérimenté une EN \geq 6 versus 84 patientes (50,3%) des patientes informées sur la douleur liée à l'IVG médicamenteuse. Cette comparaison montre une différence significative avec un OR à 4,05 ($p < 0,05$).

		Douleur sévère (EN >ou= 6)	Douleur faible à modérée	Odds Ratio (IC 95%)	
Age	19-24	55,7% (34)	44,3% (27)	1,35 IC 95% (0,66-1,77)	p=0,40
	25-30	63,1% (41)	36,9% (24)		
	31-39	44,6% (25)	55,4% (31)	0,64 IC 95% (0,30-1,32)	p=0,23
	40 et plus	45,4% (5)	54,6% (6)	0,66 IC 95% (0,18-2,40)	p=0,53
Nulliparité	Oui	63,6% (84)	36,4% (48)	3,33 IC 95% (2,54-9,07)	p= 0,0001
	Non	34,4% (21)	65,6% (40)		
ATCD IVG	Non	54,7% (76)	45,3% (63)	1,04 IC 95% (0,55-1,95)	p= 0,903
	Oui	53,7% (29)	46,3% (25)		
Statut	Célibataire	50,8% (31)	49,2% (30)	0,81 IC 95% (0,44-1,49)	p= 0,49
	Couple	56,1% (74)	43,9% (58)		
Accompagnement à domicile	Non	55,5% (18)	45,5% (15)	1,01 IC 95% (0,47-2,13)	p=0,98
	Oui	54,4% (87)	45,6% (73)		
Proposition d'une méthode alternative	Non	66,1% (41)	33,9% (21)	2,04 IC 95% (1,09-3,82)	p= 0,024
	Oui	48,8% (64)	51,2% (67)		
Information reçue sur la douleur	Non	80,8% (21)	19,2% (5)	4,15 IC 95% (1,49-11,52)	p= 0,003
	Oui	50,3% (84)	49,7% (83)		

Tableau 16 : Analyses univariées

Les résultats de l'analyse multivariée sont regroupés dans le tableau 17. L'OR ajusté de ressentir une EN \geq 6 au cours d'une IVG médicamenteuse dans la population de l'étude pour la nulliparité est égal à 4,10 (p=0,0001), pour l'absence d'information reçue sur la douleur est de 3,27 (p=0,0334) et pour l'absence de proposition d'une méthode alternative est de 3,32 (p=0,0218).

	Odds ratio	IC 95%	p
Nulliparité	4,10	2,04-8,22	0,0001
Absence d'information reçue sur la douleur	3,27	1,09-9,74	0,0334
Absence de proposition d'une méthode alternative	2,32	1,13-4,78	0,0218

Tableau 17 : Analyse multivariée - OR ajustés d'expérimenter une douleur forte (EN \geq 6)

V - DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population

Dans mon travail, 33% des IVG avaient été réalisées en cabinet contre 67% à l'hôpital ce qui correspond à la pratique puisqu'en 2011, 31% des IVG médicamenteuses avaient été réalisées en ville contre 69% à l'hôpital (2).

Dans ma population d'analyse, c'est la tranche d'âge des 25-30 ans (65 patientes) qui était la plus représentée puis celle des 19-24 ans (62 patientes) alors que selon les données de 2011 (2) ce sont chez le 20-24 ans que le taux de recours à l'IVG est le plus important. Cette différence peut être expliquée par le recrutement limité à l'Ile-de-France mais aussi par un biais de sélection des patientes, les patientes jeunes bénéficiant peut-être moins d'un accès à internet pour répondre au questionnaire.

2. Critères d'évaluation principale et secondaire

L'objectif principal de mon travail était d'évaluer l'intensité de la douleur dans le cadre de l'IVG médicamenteuse réalisée à domicile en Ile-de-France.

Le tableau 18 résume les principaux résultats d'étude portant sur l'évaluation de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse et répertorie les protocoles utilisés et les antalgiques prescrits.

Dans mon travail, l'EN moyenne était de 5,6 sur 10, avec une EN supérieure ou égale à 6 ressentie par 105 patientes (55% de l'effectif). Ce résultat concorde avec ceux de ces différents travaux. L'IVG par méthode médicamenteuse entraîne la survenue de douleurs d'intensité variable mais pouvant être sévères. Ces douleurs bien que variables en intensité selon chaque patiente doivent donc dans notre pratique quotidienne être reconnues et être prévenues systématiquement par la prescription d'antalgiques adaptés.

Concernant cette prescription d'antalgiques, les résultats de mon travail mettent en évidence un manque de consensus sur la prise en charge de la douleur avec un important panel d'antalgiques et de combinaison d'antalgiques utilisés. Malheureusement, la multiplicité des protocoles médicamenteux et le faible effectif de mon étude ne permettent pas d'analyser l'efficacité des différentes associations. Certaines combinaisons sont toutefois clairement insuffisantes ou inadaptées aux recommandations concernant la prescription d'antalgiques. On note également que la Lamaline a été un antalgique fréquemment utilisé, il n'existe pourtant pas de vraies recommandations à son sujet, l'HAS précise qu'il n'y a « pas d'avantage clinique démontré dans la douleur aiguë ne répondant pas aux antalgiques de palier 1 par rapport à l'association paracétamol 500 mg/codéine 30 mg » (95).

Sa place dans les paliers d'antalgiques n'est donc pas clairement définie et il n'existe pas, à ma connaissance, de travail scientifique sur son indication et son efficacité par rapport aux autres antalgiques dans le traitement de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse.

Etudes	Protocole IVG médicamenteuse	Antalgiques	EVA avant antalgiques	EVA après antalgiques	
Israël (91) Avraham et al. 2011 randomisée	mifépristone 600 puis misoprostol 400 VO	Placebo (n=32)		5,4 à 1h 4,46 à 2h	P=0,18 et 0,07
		Ibuprofène (n= 29)		4 à 1h 2,98 à 2h	
Canada (99) Wiebe et al. Randomisée 2001	méthotrexate puis misoprostol VV	Placebo (n=83)		6,5	P=0,66
		Ibuprofène (n=89)		6,2	
		Palier 2 (n=83)		6	
UK (100) Abdel Aziz et al. Observationnelle 2003	mifépristone 200 puis misoprostol 800 VV	Paracétamol, Palier 2 ou Palier 3 à la demande (n=205)		4,76 à 2h 6,07 à 4h	
Israël (109) Livshits et al. Randomisée 2009	mifépristone 600 puis misoprostol 400 VO	Paracétamol (n=49)	8,35	5,67	P<0,0001
		Ibuprofène (n=59)	8,2	3,41	

Tableau 18 : Comparaison des études évaluant EVA en fonction du traitement antalgique reçu (VV : voie vaginale ; VO : voie orale)

Les travaux cités ne peuvent être suffisants pour tirer des conclusions car leurs résultats sont discordants. Les protocoles médicamenteux pour réaliser l'IVG (association mifépristone ou méthotrexate et misoprostol) différent dans chacun des travaux mais aussi le type d'étude (observationnelle ou randomisée mais sur de petits effectifs) les méthodes

(administration des antalgiques systématiques en prophylactique ou à la demande) et les critères d'évaluation (EVA ou recours aux antalgiques). De plus la douleur reste un symptôme difficile à évaluer car subjectif et donc influencé par de nombreux facteurs notamment psychologiques et contextuels.

Il semble cependant raisonnable d'envisager une prescription comportant une association d'un palier 1 et 2. Le choix du palier 1 devrait se porter sur l'ibuprofène qui selon l'étude de Livshits et al. est supérieur au paracétamol pour soulager la douleur (109). De plus, nous savons maintenant que le choix d'un AINS n'interfère pas sur l'action du misoprostol.

Il n'existe pas non plus de recommandation sur le moment de la prise des antalgiques. Faut-il dire à nos patientes d'anticiper la prise d'antalgiques dès la prise du misoprostol ou bien leur préconiser d'attendre la survenue des douleurs pour les soulager ? Les résultats des différents travaux sont contradictoires mais les résultats des études de Wiebe et al. et Raymond et al. (92, 99) n'ont pas mis en évidence de réduction de la douleur lorsque l'antalgique est pris de façon prophylactique.

Ainsi, une étude randomisée menée en aveugle, de grande envergure comparant l'EVA avant et après différents paliers d'antalgiques pour un même protocole d'association mifépristone-misoprostol serait intéressante pour évaluer la douleur ressentie et établir une prise en charge adaptée et consensuelle de la douleur à appliquer à notre pratique. La rédaction d'une ordonnance type pourrait ressortir d'une telle étude et améliorer la prise en charge des patientes, permettant à celles qui en ressentent le besoin la prise d'un antalgique de palier 2.

Réaliser ce type de travail pourrait répondre à un des objectifs du projet régional visant à Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement (FRIDA) publié en avril 2014 par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-De-France et proposant des objectifs et les moyens d'y répondre concernant l'accès à l'IVG (117). En effet un des objectifs est de « disposer de données qualitatives sur le vécu des femmes ». La douleur est un des aspects de l'IVG médicamenteuse qu'il faut donc approfondir.

→ Dans mon étude, l'EN moyenne était de 5,6 sur 10, avec une EN>6 ressentie par 55% des patientes. Le panel d'antalgiques prescrits par les médecins était très vaste. Peu d'études au niveau international se sont intéressées à la comparaison de l'efficacité sur ces douleurs des antalgiques.

3. Facteurs influençant la douleur

L'objectif secondaire de mon travail était d'évaluer les éventuels facteurs prédisposant à ressentir une douleur intense. Comme cela avait été démontré dans d'autres études, la douleur ressentie par les femmes au cours de l'IVG médicamenteuse est influencée par différents facteurs. Les résultats de ce travail montrent comme dans l'étude canadienne de Wiebe ou anglaise d'Abdel Aziz notamment, que la nulliparité est un facteur favorisant de ressentir une douleur intense.

Mon travail n'a pas mis en évidence de lien entre jeune âge et sévérité de la douleur ressentie, contrairement à d'autres travaux notamment ceux de Wiebe, d'Abdel Aziz, de Suhonen et d'Hamoda (99, 100, 105, 107). Cela peut s'expliquer par la faible puissance de mon étude.

L'antécédent d'IVG ne semble pas influencer la douleur ressentie de façon significative, ce résultat avait déjà été retrouvé par Ashok et al. (106).

Le statut marital des patientes n'a pas montré de différence significative sur la douleur exprimée bien que les résultats tendent vers une augmentation de l'intensité de la douleur ressentie pour les patientes en couple au moment de la réalisation de l'IVG. Cette influence du statut marital avait déjà été mise en évidence notamment dans l'étude d'Abdel-Aziz et al. (100)

L'absence d'information reçue sur le caractère douloureux de la méthode était aussi un facteur favorisant de ressentir une douleur intense, ceci n'avait pas été retrouvé, à ma connaissance dans la littérature. Notre rôle en tant que praticien est d'informer les patientes que la méthode médicamenteuse s'accompagne dans une majorité de cas de douleur.

Les résultats de mon travail suggèrent que l'absence d'information concernant la possibilité d'une méthode alternative à la méthode médicamenteuse à domicile pour réaliser l'IVG augmente significativement le risque de ressentir une douleur forte. Ces résultats concordent avec les recommandations de l'HAS (43) qui rappellent que « Dans tous les cas où cela est possible, la femme doit pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que la méthode d'anesthésie, locale ou générale. ». Ce choix augmente l'acceptabilité de la méthode médicamenteuse. Ceci avait également été mis en évidence par l'étude de Henshaw et al. (59).

En pratique, selon des données de 2011, « une femme sur dix dit ne pas avoir été consultée sur la méthode (118). » Ce chiffre n'est pas négligeable et montre que pour certaines femmes la méthode d'IVG est subie ce qui ne devrait pas être le cas.

Une étude française menée par Moreau et al. en 2011 (119) a montré que lorsque le choix de la technique d'IVG était offert aux femmes, 84% de la population d'étude optait pour une méthode médicamenteuse contre 52% pour celles n'ayant pas eu le choix.

Une revue de la littérature menée en 2012 par Crandell et al. (120) suggère même que les éventuelles conséquences psychologiques d'une IVG (notamment anxiété, estime de soi et qualité de vie) sont améliorées en cas de choix de la méthode d'IVG par la patiente.

Il serait intéressant de savoir pourquoi les praticiens n'ont pas informé les patientes. Est-ce par conviction personnelle (IVG moins « risquée » par voie médicamenteuse avant 7 SA), par manque de connaissance ou par manque de temps de fournir les explications et d'orienter la patiente vers la structure adaptée.

Les différents travaux réalisés montrent cependant que la satisfaction des femmes est forte au décours de l'IVG médicamenteuse avec entre 88% et 97 % de satisfaction. Les résultats de mon étude concordent avec ces résultats et montrent que 75 % des patientes opteraient pour la même méthode en cas de nouvelle IVG et que 80 % conseilleraient cette méthode à une amie. La satisfaction est donc malgré l'intensité de la douleur très bonne.

Pour notre pratique, il semble important de retenir que bien que la méthode médicamenteuse puisse paraître une technique simple, rapide d'accès et plus « naturelle » pour les femmes, comme cela a été retrouvé dans les différents travaux cités, notre rôle est de bien informer les patientes sur les bénéfices et les risques de cette méthode notamment l'importance de la douleur ressentie et de bien poser l'indication pour chaque patiente de cette méthode d'IVG. Le risque actuellement étant d'évoluer vers du « tout médicamenteux », nous nous devons peut-être aussi d'orienter vers une méthode chirurgicale les patientes susceptibles de ressentir une douleur sévère qui pourrait leur être préjudiciable, ou ne pas hésiter à prescrire des antalgiques suffisamment adaptés.

Il faut signaler que la délivrance de cette information nécessite du temps et que le praticien qui pratique les IVG médicamenteuses doit pouvoir offrir aux patientes un temps de consultation nécessaire pour s'assurer de la bonne compréhension de la méthode et de ces effets. La consultation pré-IVG est donc primordiale.

→ Mon travail confirme comme de précédents travaux l'influence de la nulliparité sur l'intensité de la douleur. Les informations reçues, sur le caractère douloureux de la méthode médicamenteuse et l'existence de méthodes alternatives sont également des facteurs influençant la douleur ressentie au cours d'une IVG médicamenteuse.

4. Biais et limites de l'étude

Mon travail comporte certaines limites et biais qui doivent être pris en compte.

4.1. Recrutement des médecins

Le choix du recrutement des médecins s'était d'emblée étendu à toute l'Ile-de-France car l'un des objectifs secondaires de l'étude était d'évaluer les protocoles médicamenteux prescrits par les différents praticiens. Se limiter à un ou deux médecins n'aurait donc pas permis de répertorier autant de combinaisons d'antalgiques que celles retrouvées dans l'étude que j'ai menée.

Dans ce travail la participation des médecins a été assez aléatoire. Malgré des rappels par mails et par téléphone mais aussi l'envoi des feuillets à remettre aux patientes par la poste à mes frais, plusieurs médecins qui initialement souhaitaient participer m'ont finalement déclarée « ne pas avoir eu le temps », « ne pas s'en souvenir ».

Il est regrettable que l'implication des médecins n'ait pas été plus importante d'autant que la plupart des praticiens que j'ai contactés étaient au départ intéressés par le sujet et demandeurs des résultats de l'étude. Il est possible qu'un biais de participation existe dans cette étude car l'implication des médecins dans mon projet a pu être modifiée par l'intérêt des praticiens concernant le sujet de l'étude.

J'ai malgré tout reçu peu de refus catégoriques lors de mon premier contact téléphonique avec les médecins ou les structures contactées. Parmi les 6 refus que j'ai reçus, certains arguments m'ont semblé important à noter. L'une des médecins m'a ainsi expliquée que les patientes qu'elle rencontre pour les IVG médicamenteuses ne correspondent pas à « la patientèle habituelle, qui elle, est disciplinée », alors que ces patientes « ne reviennent pas ». Un autre m'a expliquée que réaliser cette étude pourrait renforcer « la culpabilité des femmes qui viennent pour une IVG ». Enfin un centre de planning familial m'a clairement dit que « si on commence à dire que l'IVG médicamenteuse est douloureuse, plus aucune patiente ne voudra en faire ».

Ces remarques bien qu'isolées mettent en évidence qu'un travail d'information des praticiens reste indispensable. Bien au-delà de la formation des médecins c'est également l'IVG qui reste stigmatisée pour certains.

4. 2. Recrutement des patientes

Le recrutement des patientes est directement corrélé à l'implication des médecins dans mon travail.

Contrairement à d'autres travaux, le taux de participation des patientes reste faible. Plusieurs explications sont possibles. La première est une surestimation par les médecins du nombre de questionnaires distribués puisque le recueil de ce nombre de feuillets distribués a été rétrospectif. La seconde explication est la perte du feuillet et donc de l'adresse internet du site hébergeant le questionnaire. Le feuillet étant idéalement remis à la consultation de prise de la Mifégyne®, les patientes ont pu l'égarer entre cette consultation et le jour de prise du deuxième médicament. Le manque d'envie ou d'intérêt des femmes pour le questionnaire peut expliquer également le faible taux de participation. Je ne peux que regretter de nouveau que les femmes ne témoignent pas plus sur ce sujet afin d'améliorer la prise en charge. Enfin, mon travail avait un recrutement étendu à toute une région contrairement à d'autres travaux qui présentaient un recrutement monocentrique, ceci augmente la validité externe de mon travail car cela a permis le recrutement d'une population plus diverse et ainsi plus proche des femmes réalisant une IVG médicamenteuse.

4.3. Recueil des données

Le choix du recueil des données via un site internet en ligne a été discuté avant de débiter le recrutement mais finalement retenu car il permettait d'éliminer un biais de déclaration éventuel si le recueil des réponses avait été effectué dans le cabinet, face au médecin ayant réalisé l'IVG médicamenteuse où même si le médecin avait eu accès aux réponses.

Face à la demande de certains médecins proposant de distribuer des questionnaires sous format papier et de recueillir les réponses, j'ai réalisé pendant une période test de 1 mois la distribution de 5 enveloppes pré-timbrées et de 5 questionnaires format papier par praticien qui le demandait. Finalement sur la vingtaine de questionnaires et enveloppes distribués, seuls 4 questionnaires m'ont été retournés. Après discussion avec mon directeur de thèse, il a été décidé d'abandonner ce procédé et de s'en tenir au questionnaire en ligne et à la distribution du feuillet contenant l'adresse internet aux patientes.

L'intérêt de ce mode de recueil était également pour les patientes de pouvoir répondre au questionnaire quand elles le souhaitent, chez elle.

Plusieurs biais persistent malgré tout. Premièrement un biais de recrutement puisque les patientes devaient bénéficier d'un accès à internet pour répondre au questionnaire, ceci peut en partie expliquer l'absence de patientes bénéficiaires de l'AME. Deuxièmement un biais de mémorisation mais qui reste inéluctable dans ce type d'étude puisque le recueil des données est réalisé à distance de l'événement.

5. Ouverture

5.1. Information délivrée aux femmes

Les médecins recevant une patiente désirant une IVG doivent délivrer une information obligatoire et remettre un dossier-guide. Cela est décrit dans la loi (121). En pratique quotidienne ce guide est peu délivré et reste trop dense et peu accessible aux patientes. Dans mon questionnaire, le manque d'informations délivrées au moment de la consultation pré-IVG a été rapporté à de nombreuses reprises. Outre le rôle du praticien, les femmes ressentent souvent le besoin d'obtenir par elles-mêmes des informations. Plusieurs améliorations ont été réalisées pour le permettre, notamment avec la création du site internet gouvernemental « *ivg.gouv.fr* » qui regroupe de nombreuses informations concernant les différentes méthodes de réalisation de l'IVG, le terme légal, les complications, les lois qui encadrent l'IVG et certains contacts qui consistent surtout à répertorier les centres de planification par région.

La création de ce site était une des recommandations du rapport du HCEfh publié en septembre 2013 (8) afin de lutter contre les sites anti-IVG qui apparaissaient en premier sur les moteurs de recherche sur internet.

D'autres améliorations ont été réalisées afin d'améliorer l'information donnée aux femmes notamment sur l'offre de soins. Le site du réseau REVHO « *ivglesadresses.com* » regroupe par département et en fonction de la méthode désirée, les praticiens libéraux ou structures hospitalières réalisant les IVG. Les médecins pratiquant les IVG peuvent accepter ou refuser d'y figurer.

Enfin, le projet FRIDA (117) de l'ARS Ile-de-France souhaite améliorer cette information délivrée aux patientes en favorisant « l'expression des femmes » à travers le partage de leurs expériences individuelles en développant des groupes de paroles notamment. Obtenir le point de vue des femmes est indispensable pour améliorer notre pratique et répondre à leurs besoins et leurs attentes.

5.2. Offre de soins

Par extension à l'importance du choix de la méthode d'IVG par la femme, il est indispensable de réfléchir à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. On observe ces dernières années une augmentation du nombre d'IVG médicamenteuses avec en parallèle une diminution du nombre d'IVG par aspiration. Actuellement en France les aspirations ne peuvent être réalisées qu'en établissement de santé, or comme il a été noté récemment dans le rapport de septembre 2013 (8), plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG ont fermé ces 10 dernières années (figure 8). Avec la

fermeture de ces établissements c'est la garantie du choix par la femme de la méthode d'IVG qui est menacée.

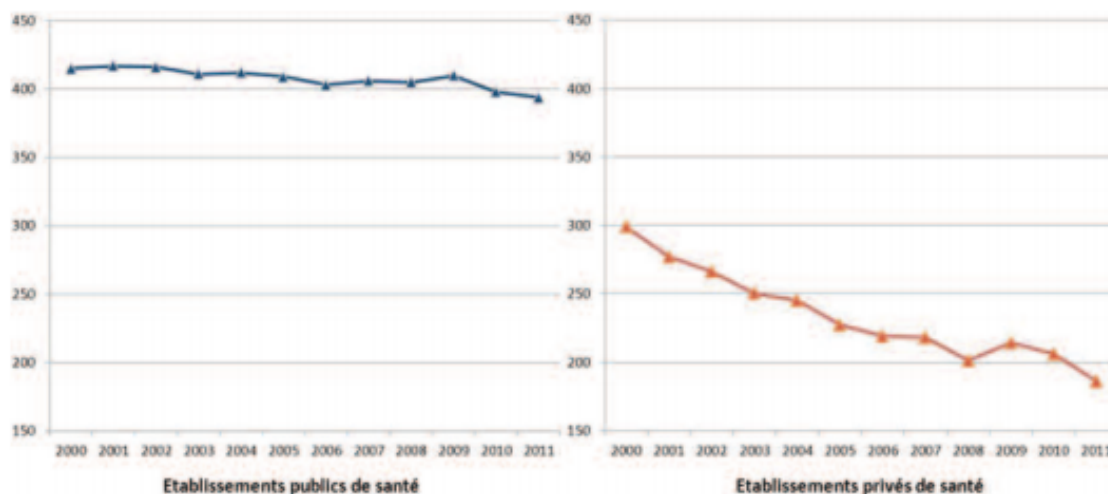


Figure 8 : Evolution du nombre d'établissements publics et privés pratiquant l'IVG entre 2000 et 2011 (122)

Si le développement de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé se développe grâce notamment à la formation des médecins généralistes et gynécologues libéraux, il faut assurer un maintien de l'offre de soins concernant la pratique des aspirations. Le même rapport rapporte le cas de la Belgique où la pratique des aspirations sous anesthésie locale est autorisée dans les centres de planning familiaux

Ces centres belges pratiquent l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en ambulatoire depuis de nombreuses années (et notamment même avant sa dépénalisation) et sont réunis dans un réseau, le Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA). Ils sont rattachés à un établissement hospitalier et ne pratiquent pas les aspirations par anesthésie générale.

L'IVG par aspiration sous anesthésie locale est dans ces centres et selon des données de 2012, préférée à l'IVG médicamenteuse lorsque les femmes ont le choix. En effet, 81% des IVG ont eu lieu dans un centre, et 87% d'entre elles sont des IVG par aspiration (Figure 9).

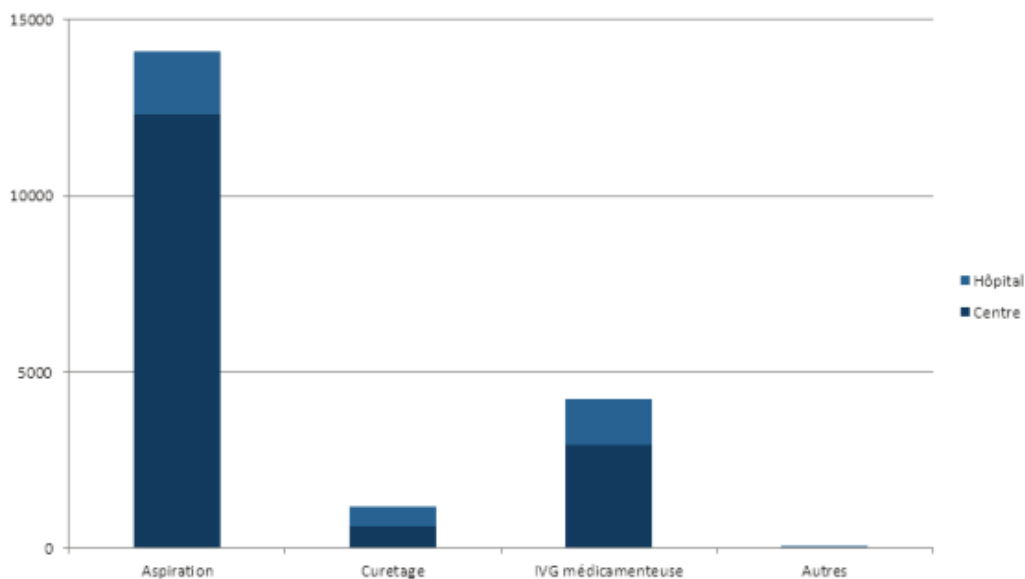


Figure 9 : Répartition des IVG pratiquées en Belgique, par méthode et type de lieu en 2010 (123)

La sécurité de cette pratique a été démontrée par de nombreux travaux, ainsi dans l'étude menée par C. Soulat et M. Gelly en 2006, elles rapportent que « Les grandes études récentes constatent toutes que l'avortement légal par aspiration est une procédure extrêmement sûre. Il comporte en effet moins de risques que d'autres actes médico-chirurgicaux effectués couramment en dehors de l'hôpital. (...) Les complications ne sont pas plus nombreuses qu'avec l'IVG médicamenteuse. Au regard des données de la littérature, l'IVG par aspiration devrait donc être réalisable hors établissement de santé, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays » (124).

Un autre volet de l'offre de soins et du maintien du choix de la méthode est la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse en établissement de santé pour les femmes présentant un terme entre 7 SA et 9 SA et désireuses de cette méthode. Cette action est un des axes du projet FRIDA.

5.3. Formation des médecins

Pour assurer la persistance de l'offre de soins mais également une prise en charge de qualité des femmes notamment sur les informations à délivrer et les traitements appropriés pendant la procédure d'IVG, il faut évidemment former les médecins.

Comme le suggère le rapport de septembre 2013 (8), des améliorations sont à prévoir pour mieux former les praticiens dans les

domaines de la sexualité de la contraception de l'IVG. Ces thématiques doivent s'inscrire dans les formations en 1er, 2e et 3e cycle de spécialité et de médecine générale ; dans les orientations générales du développement professionnel continu (DPC) et dans les Diplômes Inter-Universitaires (DIU) sur le terrain « sexualités-contraception-IVG » et dans les formations initiales de l'ensemble du personnel partie-prenante de l'IVG : sages-femmes, professionnels des secteurs sanitaire, social, d'accueil, administratif et éducatif.

Des réseaux organisés comme le réseau REVHO permettent également une formation initiale ou secondaire des praticiens leur permettant de pratiquer les IVG médicamenteuses en ville, en centres de santé ou en CPEF. Le développement de ces réseaux doit s'organiser au niveau national afin de lutter contre les disparités d'accès à l'IVG médicamenteuse en France. La pratique de l'IVG par les sages femmes est également une option pour l'instant non autorisée par la loi. Leur rôle au sein des centres de planification familiale et d'orthogénie est pourtant bien réel. La législation devrait être modifiée pour leur permettre de pratiquer les IVG médicamenteuses de manière autonome.

VI - CONCLUSION

En France le nombre d'IVG est stable et s'établissait à 222 500 en 2011. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) rappelle que « l'IVG constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive et doit être prise en compte en tant que telle » (114). L'autorisation de l'IVG médicamenteuse et sa diffusion aux praticiens de ville ont modifié l'accès à l'IVG pour les femmes. Aujourd'hui, l'IVG médicamenteuse représente plus de 50% du nombre total d'IVG et ce nombre ne cesse d'augmenter.

La sécurité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse à domicile sont établies depuis plusieurs années mais elle est une méthode associée à des douleurs pouvant être sévères. Des progrès restent donc à faire notamment sur la reconnaissance de la douleur et sa prise en charge bien qu'il s'agisse d'un symptôme subjectif et dépendant de nombreux facteurs. Une prescription d'antalgiques associant palier 1 et 2 si nécessaire semble justifiée par les résultats de mon étude.

De plus mon travail confirme l'importance de l'information à délivrer aux patientes au cours du processus de l'IVG. Cette information doit s'axer notamment sur la description et la proposition des deux méthodes d'IVG si le terme de la grossesse le permet, et sur la douleur inhérente à l'IVG médicamenteuse. Une amélioration de la formation initiale et continue des praticiens doit être réalisée afin de garantir un accès de qualité à l'IVG quelle que soit la méthode choisie par la patiente. Un accès direct à l'information doit aussi être possible pour toutes les femmes. Internet semblant être le nouveau mode d'information, des sites dédiés comme « *ivg.gouv.fr* » ou « *ivglesadresses.com* » apportent des réponses aux patientes.

D'autres initiatives locales, régionales comme le projet FRIDA en Ile-De-France ou nationales, notamment par le biais d'études de grande envergure mais aussi avec le retour d'expériences des patientes doivent permettre dans les années à venir d'améliorer la prise en charge des femmes.

Tout praticien de santé, face à une demande d'IVG médicamenteuse, devrait reconnaître le caractère douloureux de cette méthode et adapter la prise en charge de cette douleur à chaque femme. L'objectif final est d'améliorer le vécu des patientes au cours du processus d'IVG.

VII - BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bajos N, Prioux F, Moreau C. Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013; 61(4): 291-8
- (2) Vilain A., Mouquet M.-C., Gonzalez L., De Riccardis N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. « Etudes et résultats ». Drees. 2013. Juin. n° 843. 6p
- (3) Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. *JORF* n°156 du 7 juillet 2001. Page 10823
- (4) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique *JORF* n°185 du 11 août 2004. Page 14277
- (5) Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamerre M. : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2009 Nov; 37(11-12): 850-856.
- (6) Ho PC. Review: Women's perceptions on medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul; 74(1): 11-5.
- (7) Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2011 May 1; 89(5):360-70.
- (8) Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCEfh). Rapport n°2013-1104-SAN-009. 2013. Novembre
- (9) Morel M-F. Histoire de l'avortement. (En ligne). 2012. Janvier. (Consulté le 29 mars 2014) consultable en ligne à L'URL : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article43>
- (10) Pons J-C. Venditelli F. Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson. 2004. p12-5.
- (11) Gauthier X. Naissance d'une liberté. Contraception, avortement, le grand combat des femmes au XXème siècle. Robert Laffont. 2002
- (12) Comment on a libéré l'avortement : toute une histoire. (En ligne). Ligue des droits de l'homme France. 2010 Septembre. (Consulté le 29 mars 2014). Consultable à l'URL : <http://www.ldh-france.org/section/paris20/files/2012/05/Avortement-une-histoire.pdf>
- (13) le malthusianisme est une politique prônant la restriction démographique, inspirée par les travaux de l'économiste britannique Thomas Malthus (1766–1834).
- (14) Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation a l'avortement et a la propagande anticonceptionnelle. *JORF* du 1 août 1920 page 3666

(15) Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique

(16) Manifeste des 343 salopes. Nouvel Observateur. 1971. Avril. n°334

(17) Il y a 40 ans, le procès de Bobigny. (En ligne). 2012. décembre (consulté le 29 mars 2014). Consultable en ligne à l'URL : <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/proces-historiques-10411/il-y-a-40-ans-le-proces-de-bobigny-24792.html>

(18) La méthode de Karman est un usage médical consistant à aspirer le contenu utérin. Technique simple, peu chère, ne nécessitant pas d'anesthésie, elle est utilisée et indiquée pour vider l'utérus à l'aide de la canule de Karman et d'une seringue. Mise au point en Chine en 1958 et popularisée dans les années 1960 (années 1970 en France où la première démonstration a lieu dans l'appartement de Delphine Seyrig en août 1972), elle doit son nom à Harvey Karman, psychologue et militant pour l'avortement en Californie dans les années 1960.

(19) loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi « Veil ») relative à l'interruption volontaire de grossesse.

(20) Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Organisation mondiale de la Santé : Genève, 2011.

(21) Organisation mondiale de la santé (OMS), Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2004 et Immediate complications of surgical abortion, Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2006, C. Soulat, M. Gelly, Centre de Contraception et d'IVG, Hôpital Louis-Mourier, Colombes

(22) Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

(23) Loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

(24) Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, art. 37

(25) Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de Madame martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité et de monsieur Bernard Kouchner secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale 1999. Février.

(26) Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

(27) Décret n° 2013-248 du 26 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à

une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures

(28) Leclair A. IVG : l'amendement qui fait polémique. Le Figaro.fr. (En ligne). 2014. Janvier. (Consulté le 29 mars 2014). Consultable en ligne à L'URL : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/01/16/01016-20140116ARTFIG00700-ivg-l-amendement-qui-fait-polemique.php>

(29) Statistiques d'état civil sur les naissances en 2011. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) consulté le 10 avril 2014 (en ligne) disponible à l'url : <http://www.insee.fr/fr/default.asp>

(30) Statistiques annuelles des établissements de santé 2012 cité dans le Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCEfh). Rapport n°2013-1104-SAN-009. 2013. Novembre. p 53.

(31) Fiche VIDAL « mifépristone » édition 2014

(32) Mifépristone = RU 486. Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT). (Consulté le 29 mars 2014). Consultable en ligne à L'URL : <http://www.lecrat.org/articleSearchSaisie.php3>

(33) Rapport public d'évaluation « Mifégyne 200 mg, comprimé (Mifépristone) » Afssaps. 2007. Septembre

(34) Fialaa C. Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006; 74: 66–86

(35) McKinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod* 1993; 8:1502-5.

(36) Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod* 1998; 13(10):2962-5.

(37) World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000;107(4):524-30.

(38) Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception* 2000; 61(1): 41-6.

(39) Shannon CS, Winikoff B, Hausknecht R, Schaff E, Blumenthal PD, Oyer D, *et al.* Multicenter trial of a simplified mifepristone medical abortion regimen. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (2): 345-51.

(40) Goldstone P, Michelson J and Williamson E. Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study - *Med J Aust* 2012; 197 (5): 282-286.

- (41) Lievre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception* 2009; 80(1): 95-100.
- (42) Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for 1st trimester abortion (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2004; Issue 2.
- (43) Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Recommandations HAS*. 2010. Décembre
- (44) Fiche Vidal "misoprostol" 2014
- (45) Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod*. 2002 Feb; 17(2): 332-6.
- (46) Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, Reagan S, Hacker JK, Van Meter SH, et al. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *N Engl J Med* 2005; 353(22): 2352-60.
- (47) Hamoda H, Ashok PW, Dow J, Flett GM, Templeton A. A pilot study of mifepristone in combination with sublingual or vaginal misoprostol for medical termination of pregnancy up to 63 days gestation. *Contraception* 2003; 68(5): 335-8.
- (48) Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112(6): 1303-10.
- (49) Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception* 2009; 79(2): 84-90.
- (50) Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception* 2009; 80(3): 282-6.
- (51) Von HH, Huong NT, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. *BJOG* 2010; 117(10): 1186-96.
- (52) Faucher P, Hassoun D, Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, 2ème édition. De Boeck Estem. 2011. Octobre. p16
- (53) Shannon C, Wiebe E, Jacot F, Guilbert E, Dunn S, Sheldon WR, Winikoff B. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*. 2006 Jun; 113(6): 621-8.
- (54) Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandlekar A, Winicoff B. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? *BJOG* 2007; 114: 271-278

(55) Gallo MF, Cahill S, Castleman L, Mitchell EM. A systematic review of more than one dose of misoprostol after mifepristone for abortion up to 10 weeks of gestation. *Contraception* 2006; 74(1): 36-41

(56) Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines Recommandations ANAES 2001 Mars

(57) Interruption volontaire de grossesse (IVG) Service-public.fr (en ligne) 2013 consulté le 02/04/2014 disponible à l'URL : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1551.xhtml>

(58) Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé

(59) 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.* 1994 Nov;9(11):2167-72.

(60) Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception.* 2004 Sep;70(3):183-90.

(61) Aldape MJ, Bryant AE, Stevens DL. Clostridium sordellii infection: epidemiology, clinical findings, and current perspectives on diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis.* 2006 Dec 1;43(11):1436-46

(62) Charles Vignetta E. et al. "Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence". *Contraception* 2008 ; 78 : 436-450

(63) Academy of Medical Royal Colleges / National Collaborating Centre for Mental Health, London, induced abortion and mental health – A systematic review. 2011 December

(64) Dagousset I., Fourrier E., Aubény E., Taurelle R. , Use of Misoprostol for medical abortion: a trial of the acceptability for home use *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32 2004 28–33

(65) 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. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33(4):220-7.

(66) Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2009 Nov;37(11-12):850-856.

(67) Ho PC. Review : Women's perceptions on medical abortion. *Contraception.* 2006 Jul;74(1):11-5.

- (68) Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2011 May 1;89(5):360-70. doi: 10.2471/BLT.10.084046. Epub 2011 Mar 4.
- (69) Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, Simonds W, Westhoff C. In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Womens Assoc* 2000;55(3 Suppl.):169–72.
- (70) Berer M. Medical Abortion: Issues of Choice and Acceptability *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):25–34
- (71) Sharon Cameron, Anna Glasier, Helen Dewart, Anne Johnstone. Women's experiences of the final stage of early medical abortion at home: results of a pilot survey. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2010 Oct;36(4):213-6
- (72) Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993;307:714 – 7.
- (73) Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception.* 2013 Jan;87(1):45-50.
- (74) Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie – qui sommes-nous (en ligne) revho.fr (consulté le 11 avril 2014) disponible à l'URL : http://www.revho.fr/accueil_general/revho_historique.html
- (75) Circulaire N° DGS/MC1/DHOS/O1/2009/304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé et ses annexes
- (76) Décret no 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 (deuxième partie : partie Réglementaire) JO 2 juillet 2004 texte 27 sur 116
- (77) Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed. Seattle (VA): IASP Press; 1994.
- (78) Organisation Mondiale de la Santé. Nature de la douleur cancéreuse. In: *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs.* Genève: OMS; 1990. p. 22-3.
- (79) Collège des enseignants de neurologie : Bases neurophysiologiques, évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique (consulté le 30 mars 2014) disponible en ligne à l'URL : <http://www.cen-neurologie.fr/GeneratePDF.phtml?url=http%3a%2f%2fwww.cen->

neurologie.fr%2f2eme-cycle%2fItems+inscrits+dans+les+modules+transversaux%2fDouleurs%2farticle.phtml%3fid%3d302

(80) Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire ANAES 1999 février

(81) Choinière M, Amsel R. A visual analogue thermometer for measuring pain intensity. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 299-311.

(82) Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement ? *Pain* 1994; 58: 387-92.(83) Jensen MP, Turner LR, Turner JA, Romano JM. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1996; 67: 35-40.

(84) Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51

(85) Coutaux A. Douleur et son traitement chez l'adulte EMC Traité de médecine Akos 2011 5-1180

(86) Sallerin B. Les antalgiques Pharmacologie (en ligne) (Consulté le 18 avril 2014) disponible à l'url : http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/sallerin/antalgiques.pdf

(87) Organisation Mondiale de la Santé Traitement de la douleur cancéreuse Genève OMS 1987. 80p.

(88) Les médicaments antalgiques consulté le 16/04/2014 en ligne disponible à l'URL : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_medicaments_antalgiques-_Les_paliers_de_l_OMS.pdf

(89) Bertin P Les paliers OMS : au placard !!! 2014 avril Douleurs Volume 15, numéro 2 p 41-43

(90) Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006;74:66–86.

(91) Avraham S, Gat I, Duvdevani NR, Haas J, Frenkel Y, Seidman DS. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*. 2012 Mar;97(3):612-5.

(92) Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Dean G, Porsch L, Lichtenberg ES, Ali R, Arnesen M. Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2013 Sept ;122 (3) : 558–64

- (93) Spinewine A. Pharmacothérapie de la douleur, approche centrée sur le patient 2005 novembre (en ligne) consulté le 16/04/2014 <http://sites.uclouvain.be/facm2/spinewine/douleur-pharmacotherapie.pdf>
- (94) COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie Item 174 : Prescriptions et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens 2010 Université Médicale Virtuelle Francophone
- (95) Haute Autorité de Santé (HAS) Lamaline® Synthèse d'avis de a commission de transparence 2012 mai (en ligne) HAS (consulté le 18 avril 2014) disponible à l'url : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/lamaline_synthese_23052012.pdf
- (96) Beal J-L. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. (en ligne) consulté le 16 août 2014 disponible à l'URL : http://www.usp-lamirandiere.com/tt_non_med.htm
- (97) De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception* 2000 Dec; 62: 305-309
- (98) 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. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33(4):220-7.
- (99) Wiebe E. Pain control in medical abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001 Sept; 74(3) :275-280
- (100) Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher H-M Assessment of pain associated with medical abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Volume 84, Issue 3, March 2004, Pages 264-265
- (101) Thong KJ, Dewar MH, Baird DT. What do women want during medical abortion? *Contraception* 1992;46(5):435-42.
- (102) Svendsen PF, Rrbye C, Vejborg T, Nilas L. Comparison of gemeprost and vaginal misoprostol in first trimester mifepristone-induced abortion. *Contraception* 2005;72(1):28-32.
- (103) Penney G. Treatment of pain during medical abortion. *Contraception* 2006;74:45-7.
- (104) El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder T , T empleton A, a. Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *N Engl J Med* 1995;332(15):983-7.
- (105) Suhonen S, Tikka M, Kivinen S, Kauppila T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*. 2011 Apr;83(4):357-61.

(106) 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* 2002;109:1281–9.

(107) Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, et 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;111(9):996–1000

(108) Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*. 2011 Feb;83(2):116-26.

(109) Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and acetaminophen for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril* 2009;91:1877–80.

(110) Weber B, Fontan JE, Scheller E, et al. Abortion induced by mifepristone and sulprostone combination: attempting analgesia with acetaminophen or dipropylamine. *Contracept Fertil Sex* 1990;18:1073–6.

(111) Weber B, Fontan JE. Acetaminophen as a pain enhancer during voluntary interruption of pregnancy with mifepristone and sulprostone. *Eur J Clin Pharmacol* 1990;39:609.

(112) Jain JK, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol combined with loperamide and acetaminophen prophylaxis. *Contraception* 2001;63:217–21

(113) Honkonen H., Piaggio G., von Hertzen H., Bartfai G., Erdenetungalag R., Gemzell-Danielsson K., et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: side effects and women's perceptions *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2004 ; 111 : 715-725

(114) Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse -*RAPPORT*- Inspection générale des affaires sociales - (en ligne) 2009 Octobre (consulté le 17 avril 2014) disponible à l'URL <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000051/0000.pdf>

(115) Interruption volontaire de grossesse - Dossier – guide - Ministère des affaires sociales et de la santé p.16

(116) Interruption volontaire de grossesse - Dossier – guide - Ministère des affaires sociales et de la santé annexe 4 p.38

(117) Projet régional visant à Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement (FRIDA) – Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-De-France – communiqué de presse du 16 avril 2014 - (en ligne) - Communiqué de presse du 16 avril 2014 (consulté le 3 septembre 2014) disponible à l'URL :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Un-nouveau-plan-d-action-pour.171973.0.html>

(118) Vilain Annick, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », Revue française des affaires sociales, 2011/1 n° 1, p. 130

(119) Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. Contraception. 2011 Sep;84(3):224-9.

(120) Crandell L. Psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. Nurs Womens Health. 2012 Aug-Sep;16(4):296-307.

(121) Article L. 2212-3 du Code de la Santé publique

(122) Statistiques Annuelles des Etablissements de santé (SAE) cité dans le Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCEfh). Rapport n°2013-1104-SAN-009. 2013. Novembre. p 50.

(123) Rapport de la commission d'évaluation belge 2012, sur les chiffres de 2010 et 2011

(124) Soulat C. Gelly M. Immediate complications of surgical abortion. Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 Apr;35(2):157-62.

VIII – ANNEXES

Annexe n° 1 : exemple de convention type proposée par REVHO

CONVENTION relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

ENTRE

L'établissement de santé sis
.....

Représenté par M. ou Mme.....

Dûment mandaté en qualité de

d'une part,

ET

M. ou Mme.....Docteur en médecine,

Gynécologue médical

Gynécologue obstétricien

Médecin Généraliste

Autre:.....,

Date de qualification:

Dont le cabinet est situé :
|_|_|_|_|_|

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N°

.....

En date du.....

d'autre part,

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé,

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11. L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

M. ou Mme le Docteur..... met en œuvre les moyens nécessaires pour établir la datation de la grossesse et l'absence d'une grossesse extra-utérine. En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra- utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à un professionnel qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente, en respectant les conditions de confidentialité de transmission des informations rappelées dans circulaire de la Direction Générale de la Santé du 22 juin 2005 (N° DGS/6D/DHOS/01/2005/290).

Article 4

L'établissement de santé s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée

dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

Les médecins adhérents au réseau IVG en ville ne donnent pas le nom du réseau ou leur activité professionnelle au sein du réseau à des fins publicitaires.

Article 8

La participation au réseau IVG en ville n'exonère pas ses membres adhérents de leur responsabilité professionnelle pour laquelle ils sont tenus de souscrire, à leurs frais, une assurance auprès d'une compagnie de leur choix. Les membres adhérents du réseau doivent pouvoir justifier auprès de l'établissement de santé de l'existence des polices d'assurance nécessaires, en produisant chaque année l'attestation d'assurance.

Les médecins signataires informeront sans délai leur assureur de l'existence de cette convention.

Article 9

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 10

En référence à l'article 56 du Code de Déontologie codifié à l'article R4127-56 du code de Santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 11

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Fait à....., le.....

en double exemplaire.

Pour le Groupe Hospitalier

Le Directeur, M

M ou Mme Docteur en médecine

Vu

Vu

Dr

Dr

Chef de service de Gynécologie Obstétrique Centre de régulation des naissances

Revho/Doc-ref/convention_medecins_etablissement_v6 – octobre 2007

Annexe n°2 : Exemple de Fiche d'information patiente proposée par REVHO

NOTICE D'INFORMATION PATIENTE

Vous m'avez fait part de votre souhait d'interrompre votre grossesse.

Je travaille en collaboration avec un centre hospitalier et le réseau de santé REVHO.

Durant cette consultation, je vous ai proposé de pratiquer votre IVG par méthode médicamenteuse à domicile dans le cadre de ce réseau de santé.

Cette notice est destinée à vous présenter les étapes de l'IVG et les modalités de fonctionnement en réseau pour que vous puissiez décider si vous acceptez ce type de prise en charge.

- Vous êtes invitée à la lire et à prendre le temps nécessaire pour y réfléchir.
- Je répondrai ensuite à toutes les questions que vous vous posez et vous pourrez ainsi prendre votre décision.

L'IVG médicamenteuse en ville

La méthode médicamenteuse d'interruption volontaire de grossesse implique la prise de deux médicaments à 48 heures d'intervalles : la mifépristone et le misoprostol. Elle est efficace dans 95 à 98 % des cas.

Dans le cadre du réseau ville/hôpital, le médecin vous donnera les médicaments nécessaires, il assurera les consultations et la surveillance de l'IVG. Le centre hospitalier vous recevra en cas de complications.

Le médecin vous remettra une fiche de liaison. Vous la conserverez pendant toute la durée de la procédure jusqu'à la visite de contrôle. Cette fiche rassemblera les principaux éléments de votre dossier médical. Elle facilitera les soins si vous deviez aller à l'hôpital.

L'IVG sera facturée 191,74 €. C'est un forfait qui couvre les consultations avec le médecin et les médicaments. Il sera remboursé par votre caisse d'Assurance Maladie à 100%.

En pratique

Calendrier de prise des médicaments

Date	Heure	Médicament	Nombre de comprimés	Voie d'administration et/ou commentaires
		mifépristone		
		misoprostol		
		Anti-douleurs		

1. Le jour où vous prenez les comprimés de mifépristone

Après la prise de mifépristone, il n'y a habituellement pas de réactions importantes. Vous pouvez mener vos activités normales. Vous pouvez saigner un peu. Très rarement on observe des saignements plus abondants et quelques douleurs. N'hésitez pas à prendre les anti-douleurs.

Même si vous avez déjà saigné, il sera important que vous preniez comme prévu, le second médicament.

2. Le jour où vous prenez les comprimés de misoprostol

Le misoprostol est indispensable pour que l'expulsion soit complète. Vous devez impérativement prendre les comprimés de misoprostol 36 à 48 heures après la prise de mifépristone.

- Respectez le calendrier de prise des médicaments indiqué plus haut.
- Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée, avec la possibilité de téléphoner et quelqu'un pour vous tenir compagnie. Vous pouvez manger et boire légèrement. Nous vous conseillons de ne pas être seule.
- Il est recommandé de commencer les anti-douleurs avant les comprimés de misoprostol en suivant les conseils de l'ordonnance.

Ce qui va se passer :

Dans 60% des cas, l'avortement se produit rapidement dans les 4 à 6 heures qui suivent la prise du misoprostol ; dans les autres cas, il aura lieu dans les 3 jours qui suivent la prise des comprimés.

Des saignements, généralement plus abondants que des règles vont survenir. Ils sont souvent accompagnés de douleurs, comme des douleurs de règles ou plus fortes. Il peut y avoir des caillots de sang. Vous pourrez peut-être distinguer l'œuf sous forme d'une boule gélatineuse de un à trois centimètres. Il n'est pas nécessaire de le recueillir, l'avortement sera contrôlé lors de notre prochain rendez-vous.

- Il est possible de ressentir des nausées, plus rarement de vomir ou d'avoir la diarrhée. Ces symptômes sont de courte durée. Si vous vomissez moins d'une demi-heure après la prise des comprimés, contactez-moi. Si vous vomissez plus d'une demi-heure après la prise des comprimés, ne vous inquiétez pas, ils seront efficaces.
- **Il est normal de saigner pendant une quinzaine de jours**, parfois des pertes de sang peu abondantes persistent jusqu'à la visite de contrôle.

Ce qui doit vous alerter :

- Si 5 jours après la prise des comprimés vous n'avez pas saigné ou très peu, **appelez-moi avant la visite de contrôle.**
- **Si vous faites une hémorragie** : nécessité de changer de protection toutes les 12 heures pendant plus de deux heures, il faut vous rendre au **service des urgences indiqué page 4.**
- **Si vous êtes inquiète, si des douleurs et/ou de la fièvre persistent plus de 24 heures**, appelez-moi. En cas de douleurs persistantes ou de fièvre et si le cabinet est fermé, rendez vous au service des urgences.

3. La contraception après l'IVG

Si vous avez choisi la pilule

Il faudra commencer à la prendre le / /

Si vous avez choisi un stérilet ou un implant, il pourra être posé lors de la visite de contrôle.

4. Le rendez vous de contrôle est prévu

le / / à heures

Une visite de contrôle est **indispensable**, elle permet de vérifier que la grossesse ne s'est pas poursuivie et que l'IVG s'est bien déroulée. Elle est incluse dans le forfait global.

Pensez à apporter les résultats des examens qui vont ont été prescrits :

Prise de sang Bêta-HCG à faire le / /

Échographie à faire le / /

Pensez aussi à apporter le stérilet ou l'implant contraceptif si vous souhaitez qu'il soit posé ce jour là.

Attention :

Le dosage des Bêta-HCG sera encore positif, ce qui est **normal**, car quand une grossesse s'arrête, le taux d'hormones dans le sang décroît lentement. C'est la quantité restante qui permet de savoir que l'interruption de grossesse est terminée.

Si vous allez en urgence à l'hôpital

- Présentez-vous avec la **fiche de liaison**, votre **carte de groupe sanguin**, votre **échographie** et votre **carte vitale**.

Qu'est-ce que le réseau « IVG médicamenteuse en ville » REVHO ?

- **REVHO** est un réseau de santé qui permet à des médecins de ville, membres du réseau, d'effectuer le suivi des patientes désirant pratiquer une IVG médicamenteuse à domicile, en coordination avec une équipe hospitalière.
- Le réseau vous garantit une prise en charge conforme aux recommandations médicales nationales et internationales. Les modalités de cette prise en charge ont fait l'objet d'un protocole écrit et validé par des professionnels experts.
- Dans le réseau de santé, vous pourrez être sollicitée sous la forme d'une enquête anonyme pour donner votre avis sur votre prise en charge, vos soins, et pour faire part de vos observations et suggestions.
- Vous avez également la possibilité de vous exprimer sur notre site internet www.revho.fr en cliquant sur **l'IVG et vous, la méthode médicamenteuse, retour d'expériences**.

Le respect de votre vie privée

- Tout au long de votre prise en charge, le respect de votre vie privée ainsi que le secret de l'ensemble des informations vous concernant sont garantis. Ceci veut dire que dans le réseau chaque intervenant est tenu au secret professionnel.
- Seules les informations strictement utiles à votre prise en charge seront partagées entre deux ou plusieurs professionnels. Cet échange est en effet nécessaire pour assurer une bonne continuité de vos soins. Nous avons besoin de votre accord de principe sur ce point.
- Vous pourrez vous-même et à tout moment accéder à votre dossier, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin que vous désignerez pour le faire (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).
- Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, nous vous informons que les données vous concernant pourront faire l'objet d'un traitement anonyme et d'un enregistrement informatique, sauf avis contraire de votre part. Si ces données devaient faire l'objet d'études ou de statistiques et ou devaient être publiées, votre anonymat serait absolument préservé.

Annexe n° 3 : Fiche de liaison ville–hôpital proposée par REVHO

--	--

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

NOM : ANNEE DE NAISSANCE : _1 _9 _ _ _	PRENOM : CODE POSTAL DOMICILE : _ _ _ _ _ _ DEPARTEMENT DE NAISSANCE : _ _ _	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Date de la demande d'IVG : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Date dernières règles : _ _ _ _ _ _ _	βHCG le : _ _ _ _ _ _ _ résultat(s) : Echographie le : résultat(s) :	
ATCD Gynéco- obstétricaux: Nb d'accouchement(s) : _ _ _ dont césarienne(s) : _ _ _ Nb de FCS : _ _ _ Nb d'IVG chirurgicale : _ _ _ Nbre d'IVG médicamenteuse : _ _ _	ATCD Médico-chirurgicaux : Troubles coagulation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres : _____ Groupe Rh : <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Traitements : Allergies médicamenteuses : _____
ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE: traitement éventuel : _____		
PROTOCOLE MEDICAMENTEUX : Prise de la Mifépristone le : _ _ _ _ _ _ _ Posologie : _ _ _ _ mg AU TERME DE (en SA) : <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Prise du Misoprostol le : _ _ _ _ _ _ _ Posologie : _ _ _ _ μg gammaglobulines anti-D <input type="checkbox"/>	
FIN DE PROCEDURE Visite de contrôle prévue le : _ _ _ _ _ _ _ Venue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si non : Relance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Visite effectuée le : _ _ _ _ _ _ _ Contrôle de l'efficacité par : <input type="checkbox"/> Dosage βHCG le : _ _ _ _ _ _ _ résultat(s) : _____ <input type="checkbox"/> Echographie	Traitement complémentaire nécessaire : Reprise de misoprostol <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> au centre <input type="checkbox"/> dans un autre centre Transfusion <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Synthèse Nombre d'appels au médecin traitant : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nombre de visites en urgence : Cabinet : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Hôpital : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Si Complications : <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Grossesse évolutive	Contraception (en clair) : _____ Entretien avec une conseillère réalisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Annexe n° 4 : exemple de formulaire de consentement proposé par REVHO

Formulaire de consentement

Je soussignée, Madame (nom et prénom).....

- Souhaite interrompre ma grossesse ;
- Accepte dans ce but d'être prise en charge par le réseau IVG médicamenteuse en ville ;
- Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information patiente qui m'a été remise ;
- Suis avertie que si je décidais, en cas d'échec, de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de malformation.

Le.....

Signature

- Amérique du sud (Mexique, Bresil, Argentine etc...)
- Asie (Chine, Inde, Japon, Thaïlande, Corée, etc...)
- Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande)
- Autre : _____

6. Quelle est la prise en charge de vos soins médicaux ?

- sécurité sociale classique seule
- sécurité sociale + mutuelle complémentaire
- Couverture Médicale Universelle = CMU
- Aide Médicale d'Etat = AME
- Aucune

7. Etes-vous :

- En couple ?
- Célibataire ?

8. Dans le passé avez-vous déjà eu recours à une IVG (en dehors de cette IVG) ?

- Oui
- Non

9. Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

10. Vous a-t-on proposée une autre méthode (instrumentale = chirurgicale) pour réaliser cette IVG ?

Le médecin que vous avez consulté vous a-t-il informée qu'une méthode chirurgicale par aspiration était aussi possible si vous le souhaitiez, même pour une grossesse très jeune?

- Oui
- Non

11. Vous a-t-on informée que la méthode médicamenteuse pouvait être douloureuse ?

- Oui
- Non

12. Si oui, pensez-vous que l'information qui vous a été donnée correspond à votre vécu de la douleur ?

- Oui
- Non

13. A combien noteriez-vous la douleur ressentie lors de cette IVG (0=pas de douleur ; 10=douleur maximale imaginable)?

19. Avez-vous été accompagnée par un proche lors de la prise du misoprostol
=Cytotec ®=Gymiso® (médicament déclenchant l'expulsion pris à la maison ?

Oui

Non

20. Conseilleriez-vous la méthode médicamenteuse à une amie ?

Oui

Non

21. Si vous étiez de nouveau confrontée à une grossesse non désirée, choisiriez-vous
la méthode médicamenteuse pour réaliser l'IVG ?

Oui

Non

22. Avez-vous des remarques concernant votre prise en charge ou des suggestions
pour améliorer la prise en charge de la douleur dans le cadre de l'IVG
médicamenteuse ?

Annexe n°6 : feuillet remis aux patientes par les médecins

« Questionnaire sur la satisfaction concernant la prise en charge de la douleur lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse

Bonjour, je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine, je réalise une enquête sur la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de la douleur au cours d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, à domicile, en Ile de France afin de déterminer si une amélioration de la prise en charge est nécessaire.

Merci de prendre le temps de répondre à un court questionnaire (moins de 5 minutes sont nécessaires) en vous rendant sur le site internet suivant :

<http://sandracavet.wix.com/these-douleuretivg>

Les informations que vous allez me communiquer sont tout à fait confidentielles, aucune information concernant votre identité ou celle du médecin n'est demandée. Vous ne serez pas recontactée.

Vos réponses sont indispensables afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

MERCI de votre participation. »

Résumé :

Contexte - 222 500 IVG ont été pratiquées en France en 2011. Ce nombre est stable depuis plusieurs années. Depuis 2004, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée à domicile, par les médecins de ville ayant signé une convention avec un hôpital référent. Bien que la sécurité et l'acceptabilité de cette méthode soient établies, il existe peu de données sur la douleur qui lui est associée.

Objectif - L'objectif du travail mené était d'évaluer l'intensité et la prise en charge de la douleur ainsi que les éventuels facteurs favorisants de cette douleur dans le cadre de l'IVG médicamenteuse réalisée à domicile.

Méthodes - Une étude observationnelle descriptive quantitative à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme disponible sur internet à destination des patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile en Ile-De-France a été menée.

Résultats - L'EN moyenne de la population d'étude était de 5,6 sur 10 et 105 patientes sur les 193 (55%) incluses ont ressenti une douleur évaluée à 6 ou plus sur 10. Les traitements antalgiques prescrits étaient très variables. Parmi les facteurs influençant la douleur, la nulliparité (OR 4,10, IC 95% 2,04-8,22, $p < 0,0001$), l'absence de choix de la méthode (OR 2,32, IC 95% 1,13-4,78, $p = 0,0218$) et l'absence d'information reçue sur le caractère douloureux (OR 3,27, IC 95% 1,09-9,74, $p = 0,0334$) étaient significativement liés à une douleur sévère.

Discussion - L'IVG médicamenteuse reste une méthode dont le principal effet secondaire est la douleur pouvant être très sévère. Afin d'améliorer la prise en charge des femmes au cours de l'IVG médicamenteuse à domicile, d'autres travaux doivent être menés sur l'évaluation de la douleur et la prise en charge antalgique optimale dans le but d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques.

Mots-clés : IVG médicamenteuse, domicile, douleur, questionnaire

Observational descriptive quantitative study on the evaluation and covering of pain during medical abortion at home in Ile-De-France

Abstract:

Background - In 2011, 222 500 abortions were performed in France, with this number being stable for a number of years. Since 2004 it has been possible for private practitioners to perform medical abortions at home after having signed an agreement with a referent hospital. Although security and acceptability of this method have been demonstrated, there is less data about the pain experienced by the patients during this procedure.

Objective - The aim of this work was to assess the severity of the pain associated with medical abortion and its analgesic treatment along with potential related factors of severe pain during medical abortion at home.

Methods - An observational descriptive and quantitative study was performed with an anonymous auto-questionnaire made available via the Internet for patients undergoing medical abortion at home within the Ile-De-France region.

Results - The mean pain score was 5,6 out of 10 with 105 patients out of the 193 (55%) patients surveyed experiencing a pain score of 6 or more in 10. Analgesics prescriptions were very wide. Among the influent factors of severe pain, nulliparity (OR 4,10 CI 2,04-8,22 $p < 0,0001$), lack of choice regarding the method of abortion (OR 2,32, CI 95% 1,13-4,78, $p = 0,0218$) and lack of information received on the level of pain of the method (OR 3,27, IC 95% 1,09-9,74, $p = 0,0334$) were significantly correlated with intense pain.

Discussion - Medical abortion remains a method where the main side effect is pain, which at times can be very intense. In order to improve the care of women undergoing medical abortion at home, more studies need to be performed on pain evaluation and on the most appropriate analgesic treatment so that best practices can be established.

Keywords: Medical abortion, home, pain, questionnaire design

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Faculté de Médecine Paris V René Descartes- Département de Médecine Générale- 15 rue de l'école de médecine 75006 Paris