



HAL
open science

Étude observationnelle et descriptive de la douleur physique chez les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse au CHU d'Amiens

Astrid Deparis

► **To cite this version:**

Astrid Deparis. Étude observationnelle et descriptive de la douleur physique chez les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse au CHU d'Amiens. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01530969

HAL Id: dumas-01530969

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01530969>

Submitted on 1 Jun 2017

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS
ANNEE 2016

Astrid DEPARIS

Etude observationnelle et descriptive de la douleur physique chez les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse au CHU d'Amiens

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et permis de réaliser ce travail.

Les infirmières et aides-soignantes d'orthogénie ainsi que les secrétaires du planning familial pour leur précieuse aide à la distribution de mes questionnaires.

Mr Vaysse pour sa patience et le temps qu'il a pu m'accorder.

Ma famille, mes parents, ma sœur Marie pour leur soutien et leurs encouragements au quotidien.

Maxence, d'être présent à mes côtés depuis ces dernières années.

Mes copines, Emilie et Clémence pour leur soutien, leur aide et les bons moments passés ensemble.

SOMMAIRE

1. Introduction.....	3
2. L'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.....	4
2.1. Les Médicaments utilisés.....	4
2.1.1. La mifépristone (Mifégyne ®)	4
2.1.2. Le misoprostol	6
2.2. La méthode de l'IVG médicamenteuse.....	7
2.2.2. Déroulement	8
2.2.3. Complications et échecs	8
2.3. IVG medicamenteuse et prise en charge de la douleur.....	9
2.3.1. Définition et évaluation de la douleur	9
2.3.2. Facteurs pouvant influencer la douleur lors d'une IVG	10
2.3.3. Prise en charge de la douleur lors de l'IVG.....	10
2.4. Déroulement de l'IVG médicamenteuse au CHU d'amiens.....	12
2.4.1. Prise en charge de la douleur lors de l'IVG médicamenteuse.....	13
2.4.2. Antalgiques utilisés dans le protocole	14
3. Matériel et méthode.....	16
3.1. Problematique	16
3.2. Objectifs et hypothèses	16
3.3. Caractéristiques de l'étude.....	17
3.4. Echelle d'évaluation de la douleur et seuil	17
3.5. Le recueil de donnees	18
3.6. L'analyse statistique des donnees	18
4. Résultats	19
4.1. Nombre de patientes	19
4.2. Caractéristiques de la population.....	19

4.2.1.	L'âge.....	19
4.2.2.	L'Indice de Masse Corporelle (IMC)	20
4.2.3.	La gestité	20
4.2.4.	Antécédents d'IVG	21
4.2.5.	Dysménorrhées	22
4.2.6.	Accompagnement par un proche	22
4.3.	Douleur ressentie	23
4.3.1.	Après la prise de la mifépristone	23
4.3.2.	Douleur lors de l'hospitalisation.....	23
4.3.3.	Douleur après l'hospitalisation.....	25
4.4.	Facteurs pouvant influencer la douleur.....	26
5.	Discussion	30
5.1.	Population étudiée.....	30
5.2.	Descriptions de la douleur	30
5.3.	Facteurs predictifs de douleurs intenses	31
5.4.	Caractere subjectif et psychologique de la douleur	32
5.5.	Limites de l'etude	33
6.	Conclusion.....	34
	Annexe 1.....	35
	Annexe 2.....	36
	Bibliographie	37
	Résumé	38

1. INTRODUCTION

Chaque année, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) concerne près de 200 000 femmes. Son taux reste stable depuis 2006 et était de 229 000 IVG en 2013 [1]. Légalisée le 17 Janvier 1975 par la loi Veil, l'IVG constitue une avancée primordiale dans la liberté et le droit des femmes. Si elles le souhaitent, elles peuvent depuis cette date mettre un terme à une grossesse débutante selon certaines conditions.

D'après une étude datant de 2011, on estime que 33% des femmes auront recours au moins une fois à l'IVG dans leur vie. [2] Pour recourir à l'IVG, deux méthodes sont possibles : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Le choix de cette méthode s'effectue en fonction du terme de la grossesse mais également du souhait et des contraintes personnelles de la patiente. La méthode médicamenteuse, pratiquée depuis 1990 dans les hôpitaux en France, est devenue la méthode la plus utilisée lors du recours à l'IVG. A cette époque, elle représentait 16% du nombre d'IVG contre 55,4 % en 2011. [2]

Même si la méthode médicamenteuse est moins invasive que la méthode chirurgicale, elle est pourtant reconnue comme étant la méthode la plus douloureuse. Or, comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) [3], le vécu et le ressenti de la douleur ne sont que rarement considérés comme un objet d'étude et « *l'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.* »

De ce fait, nous avons décidé d'effectuer une étude observationnelle, prospective et monocentrique afin d'évaluer la douleur physique ressentie par les femmes ayant recours à l'IVG par méthode médicamenteuse au sein du centre d'orthogénie du CHU d'Amiens. Par la suite, nous analyserons les potentiels facteurs pouvant influencer la douleur.

2. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE MEDICAMENTEUSE

2.1. LES MEDICAMENTS UTILISES

L'IVG médicamenteuse nécessite l'administration de deux médicaments ayant pour but d'interrompre la grossesse : la mifépristone (Mifégyne®) et le misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®).

2.1.1. La mifépristone (Mifégyne®)

La mifépristone (Mifégyne®) ou RU 486 est un médicament stéroïdien de synthèse et antagoniste spécifique de la progestérone. Il se fixe sur les récepteurs de cette dernière pour en inhiber l'action. [4]

Dans des conditions physiologiques de grossesse, la progestérone participe au maintien de la fermeture du col de l'utérus et inhibe les contractions utérines. En outre, elle a pour objectif la nidation de l'embryon, c'est-à-dire son implantation dans l'endomètre. Le blocage de la progestérone par la mifépristone entraîne des modifications de la muqueuse utérine. Elle participe également à la séparation du chorion et du trophoblaste, entraîne une augmentation de la contractilité utérine par production de prostaglandines et permet un ramollissement ainsi qu'une dilatation du col. Toutes ces modifications concourent donc à l'arrêt de l'évolution de la grossesse et à son expulsion. [4]

Après son administration orale, la mifépristone est rapidement absorbée. Son pic plasmatique survient 2 heures après et décroît de moitié entre les 12 et 72 heures suivantes. Quelle que soit la dose absorbée (supérieure à 100 mg), la cinétique est la même. [4]

Selon le protocole initial pour lequel l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) avait été délivrée, la posologie de la mifépristone était de 600 mg, suivi 48 heures après de la

prise du misoprostol [5]. Depuis, plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de la mifépristone à dose réduite (200 mg). Une étude menée par l'OMS [6] n'a pas montré de différence significative sur l'efficacité et la tolérance pour des doses de 200 et 600 mg. Elle recommande donc l'utilisation de 200 mg de mifépristone suivi du misoprostol lors des IVG médicamenteuses. De plus, une étude de la Cochrane [7] montre qu'une dose de 600 mg de mifépristone donne une efficacité similaire à une dose de 200 mg en ce qui concerne le nombre de grossesses évolutives. En 2010, l'HAS [8] recommande la prise de 200 mg de mifépristone. Cette dose n'entraîne pas plus d'aspiration chirurgicale secondaire, cependant, l'HAS incite les médecins à prévenir les patientes d'une potentielle grossesse évolutive, et permet d'encourager les patientes à venir à la visite de contrôle.

2.1.1.1. Indications, contre-indications et effets secondaires

La mifépristone a obtenu une AMM en 1988. Elle concerne les quatre indications suivantes [5] :

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

Les contre-indications à la mifépristone sont très rares. On retrouve tout d'abord, l'allergie à la mifépristone. Puis l'insuffisance surrénale chronique, l'asthme sévère non équilibré par traitement et la porphyrie héréditaire. Son utilisation est également déconseillée en cas d'insuffisance rénale et hépatique. [5]

Les métrorragies constituent l'effet secondaire principal. D'autres effets plus rares sont également décrits : les douleurs abdominales, les rashes cutanés, les nausées, les diarrhées ainsi que les manifestations vagales (vertiges, bouffées de chaleurs, frissons). [5]

2.1.2. Le misoprostol

Le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®) est un analogue de la prostaglandine E1 (PGE1). Dans le cas des IVG, le Cytotec® est la spécialité la plus étudiée et la plus utilisée. Initialement, ce dernier était commercialisé dans le cadre de la prévention des ulcères gastriques chez les patients utilisant des anti-inflammatoires non-stéroïdiens de manière chronique, cependant, il ne possède pas d'AMM pour son utilisation obstétricale. [4] Le Gymiso® possède l'AMM pour l'IVG médicamenteuse depuis 2003 mais reste rarement utilisé.

L'action du misoprostol est de stimuler la contractilité utérine, ramollir et dilater le col en se liant aux récepteurs spécifiques du myomètre. L'action antérieure de la mifépristone potentialise les effets d'une dose plus faible de prostaglandines sur les contractions de l'utérus. L'action conjointe des deux médicaments, jusqu'à 9 SA, conduit à l'interruption de la grossesse dans 92 à 98 % des cas. [4]

Le misoprostol peut être administré sous forme orale, vaginale ou sublinguale. La cinétique dépend de la voie d'administration. [4]

- Par voie orale, le pic sanguin survient après 30 minutes et décroît en 2 heures.
- Par voie vaginale, le pic est atteint au bout de 80 minutes et reste assez haut pendant 4 heures.
- En sublingual, le pic est plus rapide que par voie orale et reste élevé au moins 2 heures.

2.1.2.1. Posologie

D'après une étude de l'HAS, l'administration répétée de misoprostol 400 µg (2 comprimés) deux heures après la première prise permet une amélioration du taux

d'avortement complet (92 % contre 86 % avec une seule dose) et permet de réduire le taux de grossesse évolutive, passant de 7% à 1%. [8] Cependant, selon plusieurs études [9] [10], la répétition des doses de misoprostol n'apporterait pas de différence significative par rapport à l'efficacité d'une seule administration.

2.1.2.2. Indications, contre-indications et effets secondaires

Les indications du misoprostol au niveau gynécologique sont les interruptions médicales de grossesses intra-utérines et les interruptions chirurgicales de grossesse. L'unique contre-indication du misoprostol dans le cadre de l'IVG est l'allergie aux prostaglandines ou à un des excipients. [11] Le misoprostol agit également sur la contraction intestinale. Il peut donc y avoir des effets secondaires digestifs tels que des nausées, vomissements et diarrhées.

2.2. LA METHODE DE L'IVG MEDICAMENTEUSE

2.2.1. Indications et contre-indications

L'IVG médicamenteuse est possible en France pour les femmes dont le terme est inférieur à 9 SA. Avant 7 SA, les femmes ont la possibilité de le faire à domicile sous certaines conditions, au-delà, elle nécessite une hospitalisation. [11]

Les contre-indications sont les mêmes que celles attribuées à la mifépristone ou au misoprostol. En dehors de celles-ci, l'anémie et les troubles de la coagulation sont également des contre-indications de la méthode médicamenteuse.

2.2.2. Déroulement

La décision de recours à l'IVG médicamenteuse est prise par la patiente lors d'une consultation médicale. Cette consultation peut être réalisée par tout médecin ou sage-femme et permet de recueillir des informations sur la patiente. Elle permet également de l'informer des différentes méthodes possibles afin qu'elle puisse avoir le choix de manière éclairée. Cette consultation est également un temps qui permet de faire le point sur le choix de la future méthode contraceptive. [8] Dès cette consultation, l'IVG peut être pratiquée, sous réserve que le dossier soit complet. Depuis le 18 Septembre 2015, la suppression du délai de réflexion de 7 jours obligatoire entre la première consultation et l'IVG a été votée par le Sénat. Désormais les femmes n'auront plus besoin d'attendre 7 jours pour prendre leur décision et choisir d'interrompre leur grossesse. [12] La méthode médicamenteuse sera acceptée si le terme est inférieur à 9 SA et s'il n'y a aucune contre-indication. Un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit être systématiquement proposé à la patiente. Il peut être réalisé par une psychologue ou une conseillère conjugale et familiale pour les patientes qui le désirent. Pour les mineures cet entretien est obligatoire, il a pour but de l'accompagner dans sa décision et permet de mettre en évidence d'éventuelles difficultés psychosociales. Avant de débiter l'IVG, la patiente doit signer un consentement écrit. Par la suite, le protocole médicamenteux pourra débiter. Si l'IVG à lieu dans le service d'orthogénie, la patiente y sera hospitalisée deux jours plus tard. Si elle a lieu en ambulatoire, une documentation comportant des conseils lui sera remise.

2.2.3. Complications et échecs

Après la prise des médicaments, la survenue de saignements est habituelle. Néanmoins, leur abondance peut devenir une complication. Les hémorragies nécessitant une transfusion représentent entre 0 à 0,26% des IVG médicamenteuses. [13] Les saignements surviennent en général entre 30 minutes et 10 heures après la prise du misoprostol mais d'après une étude [14], ils apparaissent après la prise de la mifépristone chez 21% des femmes. Ils durent en moyenne entre 10 et 13 jours.

Les infections après une IVG médicamenteuse sont rares, 0,92% selon une revue de littérature publiée en 2004 [15]. Il s'agit le plus souvent d'une endométrite.

Enfin, selon une revue de littérature datant de 2008, l'IVG n'amènerait pas de séquelles psychiques graves [16]. Il n'y aurait pas de différence entre le bien-être psychique des femmes ayant réalisé une IVG par rapport à celles qui mènent à terme une grossesse qui n'est pas désirée. Une autre étude a montré que « *le prédicteur le plus fiable de problèmes psychologiques est un antécédent de problèmes mentaux avant l'intervention* ». [17]

L'échec de la méthode se traduit par un avortement qui n'est pas complet et qui nécessite un geste chirurgical complémentaire. Ce risque est d'environ 5% avant 7 SA, et le taux de grossesse évolutive est d'environ 1%. [8]

2.3. IVG MEDICAMENTEUSE ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

2.3.1. Définition et évaluation de la douleur

En 1979, l'International Association for the Study of Pain (IASP) donne la définition suivante : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* ». [18] Ceci signifie que la douleur possède un caractère subjectif et qu'il est important de la traiter comme telle. Il est nécessaire de prendre en compte le patient dans sa globalité.

Il existe plusieurs méthodes d'évaluation de la douleur qui permettent une prise en charge optimale. [19] Les échelles d'auto-évaluation, utilisées par le patient lui-même mesurent l'intensité de la douleur :

- L'échelle numérique (EN) : cotation de la douleur entre 0 et 10. 0 se définissant par l'absence de douleur et 10 par une douleur extrême.

- L'échelle visuelle analogique (EVA) : Réglette avec une ligne de 10 cm, les deux extrémités correspondent à l'absence de douleur et à la douleur maximale. Le patient évalue sa douleur en positionnant le curseur sur la réglette.
- L'échelle verbale simple (EVS) : série de qualificatifs hiérarchisés. (Absence = 0, Faible = 1, Modérée = 2, Intense = 3, Extrêmement intense = 4)

2.3.2. Facteurs pouvant influencer la douleur lors d'une IVG

D'après plusieurs études, il existe des facteurs pouvant entraîner une douleur plus intense lors de l'IVG : [20] [21]

- Un âge inférieur à 25 ans.
- La nulliparité et nulligestité
- Les antécédents de dysménorrhées
- La répétition des doses de misoprostol.

Dans d'autres études [22], on retrouve également l'IMC, l'ethnie, le statut marital et le niveau d'éducation comme facteurs ayant une influence sur la douleur. Même si ces facteurs ont été mis en évidence, la douleur reste subjective et il est donc toujours difficile de souligner les facteurs de manière significative.

2.3.3. Prise en charge de la douleur lors de l'IVG

2.3.3.1. Les antalgiques

Un antalgique est un médicament qui a pour but de diminuer ou de supprimer la douleur par son action périphérique ou centrale. Ils sont classés en trois paliers d'efficacité par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En première intention, on utilisera un antalgique de palier I et on passera au palier suivant en cas d'inefficacité.

- Palier I : Ce sont des antalgiques non opioïdes. Ils ont un effet plafond (dose maximale où aucune analgésie supplémentaire n'est possible). Il s'agit du paracétamol et des AINS.
- Palier II : Opiacés de niveau faible. Leur action est moindre que celle de la morphine. On retrouve la codéine, la dihydrocodéine et le tramadol.
- Palier III : Opiacés et ses dérivés. On retrouve par exemple le sulfate de morphine, l'oxycodone, l'hydromorphone et le fentanyl.

Dans une autre catégorie on retrouve les adjuvants que sont par exemple les anti-spasmodiques comme le phloroglucinol (Spasfon®)

2.3.3.2. Etudes menées sur la prise en charge de la douleur lors de l'IVG

La douleur ressentie lors de l'IVG médicamenteuse est une douleur aigue, liée aux contractions utérines induites par la prise de mifépristone et de misoprostol. (source fiala). Plusieurs études réalisées ont été retrouvées, mais leurs résultats sont assez contradictoires.

Une étude Canadienne [24] a comparé 3 populations : Un groupe recevant du placebo, un second du paracétamol codéiné et un dernier de l'ibuprofène. Ils étaient administrés en même temps que la prise du misoprostol. Cette étude n'a démontré aucune différence de score d'évaluation de la douleur selon le groupe avec une EVA à 6 en moyenne.

Une étude réalisée en double aveugle a comparé le paracétamol et l'ibuprofène, administrés dès les premières douleurs. Les scores d'EVA étaient identiques avant le traitement dans les deux populations. Après la prise des antalgiques, le score était plus faible dans le groupe ibuprofène que dans le groupe paracétamol. [25]

Deux études randomisées récentes ont étudiée l'administration anticipée d'antalgiques sur la douleur. La première [26] compare en double aveugle l'administration en même temps que le misoprostol d'ibuprofène dans le premier groupe contre du placebo dans le deuxième. Cette étude montre que les patientes du groupe placebo avaient recours de manière plus importantes aux antalgiques par la suite. Les scores moyens de douleur étaient plus élevés dans le groupe

placebo 1 heure et 2 heures après. Dans la deuxième étude [27], publiée en 2012, deux protocoles de prise en charge de la douleur par ibuprofène étaient comparés, l'un en thérapeutique, l'autre en prophylactique une heure avant la prise du misoprostol. L'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes concernant le score d'EVA, la durée et le recours aux antalgiques.

Les différents résultats de ces études montrent à quel point la prise en charge de la douleur lors de l'IVG est difficile et complexe à mettre en place. D'après l'inspection générale des affaires sociales « *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* ».

2.4. DEROULEMENT DE L'IVG MEDICAMENTEUSE AU CHU D'AMIENS

La première consultation a lieu après une prise de rendez-vous auprès du planning familial. Il est nécessaire que l'échographie obstétricale de datation de la grossesse ait été faite au préalable car même si elle n'est pas obligatoire, elle constitue un élément permettant une meilleure prise en charge. Lors de cette consultation la patiente sera reçue par un médecin qui constituera son dossier médical. Il prescrira d'éventuels examens complémentaires comme la carte de groupe Rhésus afin d'assurer la prophylaxie contre l'allo-immunisation Rhésus par des immunoglobulines anti-D si patiente est de rhésus négatif. Les différentes méthodes seront expliquées et proposées à la patiente en fonction de ce qui est possible au vue du terme de la grossesse. Si la patiente est mineure, elle bénéficiera d'un entretien avec une psychologue ou une conseillère conjugale, si elle est majeure cet entretien lui sera seulement proposé.

La patiente devra ensuite signer un consentement confirmant sa décision d'IVG. Celle-ci commence par la prise de la mifépristone en présence du médecin. Deux jours plus tard, un rendez-vous est donné à la patiente dans le centre d'orthogénie à 8h00 afin de poursuivre le protocole.

A son arrivée dans le centre d'orthogénie, la patiente sera accueillie par les professionnels de santé. Elle sera hospitalisée jusqu'à 13h30 en chambre seule. Elle devra prendre deux comprimés de misoprostol 200 µg. A partir de là, une surveillance régulière de son état général, de ses saignements ainsi que de sa douleur débute. Si l'expulsion n'a pas lieu à 10h30, elle devra prendre à nouveau deux comprimés de misoprostol.

A 13h30, la patiente sortira, que l'expulsion ait eu lieu ou non. Un rendez-vous lui sera donné 2 à 3 semaines plus tard afin d'effectuer un examen de contrôle et de s'assurer de la vacuité utérine et de l'absence d'éventuelles complications.

2.4.1. Prise en charge de la douleur lors de l'IVG médicamenteuse

Après la prise de mifépristone, aucun antalgique n'est prescrit. Dans le service d'orthogénie, un protocole de prise en charge de la douleur lors des IVG médicamenteuses est mis en place. Il a été conçu par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) du CHU d'Amiens.

Le protocole est le suivant : (Annexe 1)

- 8h00 : A son arrivée dans le service, la patiente reçoit 2 comprimés de misoprostol 200 µg. Dans un même temps sa douleur est évaluée par l'END. Si elle est inférieure à 4, la patiente recevra du Doliprane® pour anticiper d'éventuelles douleurs provoquées par le misoprostol. Si l'END est supérieure ou égale à 4 elle reçoit du Doliprane® ainsi que deux comprimés de Spasfon Lyoc® 80 mg.
- 8h30 : La cotation de la douleur est à nouveau demandée. Si elle est inférieure ou égale à 2 la patiente ne reçoit aucun antalgique. Si elle est comprise entre 2 et 4 elle reçoit du Spasfon Lyoc® 80 mg. Si elle est supérieure ou égale à 4 la patiente reçoit un comprimé d'Apranax® 550 mg (anti-inflammatoire non stéroïdien).
- Entre 9h00 et 9h30, si la patiente montre des signes de stress et d'anxiété elle reçoit 1 comprimé de Témesta® 1 mg en sublingual.

- 10h30 : La patiente reçoit à nouveau deux comprimés de misoprostol 200 µg si elle n'a pas expulsé. Dans un même temps, si son END est inférieure à 4, elle reçoit 2 comprimés de Spasfon Lyoc® 80 mg. Si celle-ci est supérieure ou égale à 4, elle reçoit 2 comprimés de Spasfon Lyoc® 80 mg ainsi qu'un comprimé de Tramadol® 50 mg.
- 11h30 : Si la douleur de la patiente est inférieure ou égale à 2 elle ne reçoit rien. Si elle est comprise entre 2 et 4 elle reçoit du Spasfon Lyoc® 80 mg. Si elle est supérieure ou égale à 4 l'appel du médecin est demandé.
- 12h30 : Si la douleur est inférieure à 4, la patiente ne reçoit pas d'antalgique. Si elle est supérieure ou égale à 4, l'appel du médecin est demandé.

2.4.2. Antalgiques utilisés dans le protocole

Les médicaments utilisés à visée antalgique dans le protocole de lutte contre la douleur des IVG médicamenteuses sont :

- Le paracétamol (Doliprane®), un antalgique de palier I, d'action centrale. Il peut également être utilisé comme antipyrétique. Sa posologie est de 500 mg à 1 g par prise chez l'adulte, sans dépasser les 4 à 6 g par jour. [28]
- Le phloroglucinol (Spasfon®), un antispasmodique, il lutte contre les spasmes anormaux de l'intestin, des voies biliaires, des voies urinaires et de l'utérus. La posologie habituelle est de 2 comprimés de 80 mg au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants, sans dépasser les 6 comprimés de 80 mg par jour. [29]
- Le naproxène (Apranax®), un anti-inflammatoire non-stéroïdien. C'est donc un antalgique de palier I. Il lutte contre l'inflammation et la douleur. Il peut être indiqué en cas de règles douloureuses. [30]

- Le tramadol, un antalgique opiacé de palier II. Il combat la douleur en agissant directement sur sa perception par le cerveau. Sa posologie habituelle est de 100 mg 2 fois par jour. [31]
- Le Lorazépam (Témesta®), un anxiolytique de la famille des benzodiazépines. Il est utilisé en cas d'anxiété et de stress important. C'est également un traitement d'appoint des crampes musculaires mais cet effet n'est obtenu qu'à partir de fortes doses. Sa posologie habituelle est de 2 à 7,5 mg en plusieurs prises au cours de la journée. [32]

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. PROBLEMATIQUE

La problématique de ce travail est d'évaluer et décrire la douleur physique ressentie par les femmes effectuant une IVG médicamenteuse au sein du CHU d'Amiens. Cela permettra d'analyser si le protocole antalgique mis en place dans le service d'orthogénie permet une meilleure prise en charge de la douleur.

3.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer et de décrire la douleur physique ressentie par les patientes effectuant une IVG médicamenteuse au sein du CHU d'Amiens. Certains critères seront également étudiés pour tenter de déterminer s'ils influencent la douleur.

Les hypothèses retenues pour ce travail étaient les suivantes :

- Certaines patientes ressentent des douleurs après la prise de mifépristone (Mifégyne) et avant celle du misoprostol.
- Après la deuxième prise de misoprostol (2 comprimés supplémentaires à 10h30), les femmes ressentent des douleurs plus fortes.
- La majorité des femmes ressentent des douleurs dans les 2 jours suivant l'IVG.
- Les femmes présentant des dysménorrhées ont des douleurs plus intenses lors de l'IVG.

3.3. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle et monocentrique via la distribution de questionnaire à toutes les femmes qui pratiquent une IVG médicamenteuse au sein du service d'orthogénie du CHU d'Amiens entre le 4 Novembre 2015 et le 19 Février 2016.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Un terme < 9 SA (selon recommandation de l'HAS).
- IVG médicamenteuse au sein du service d'orthogénie du CHU d'Amiens.

Les critères d'exclusions étaient :

- Un terme > 9 SA.
- L'expulsion de la grossesse avant l'hospitalisation dans le service.
- IVG médicamenteuse réalisée à domicile.

3.4. ECHELLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR ET SEUIL

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle numérique de douleur (END) pour évaluer la douleur physique. Celle-ci est simple d'utilisation. Elle est la plus pratique à réaliser dans des questionnaires. De plus, c'est la méthode qui est employée dans le protocole de douleur du service. L'END considère alors que 0 correspond à « aucune douleur » et 10 à « la pire douleur imaginable ».

Pour définir les seuils de douleur, nous nous sommes basés sur ceux utilisés par le Comité de lutte contre la douleur du CHU d'Amiens. On considère donc qu'une END :

- Inférieure ou égale à 3 : Douleur faible
- Entre 4 et inférieure à 7 : Douleur modérée.
- Supérieure ou égale à 7 : Douleur intense.

3.5. LE RECUEIL DE DONNEES

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un questionnaire individuel divisé en deux parties. La première partie (annexe 2) a été distribuée à chaque patiente effectuant une IVG médicamenteuse lors de son hospitalisation dans le service d'orthogénie du CHU d'Amiens. Les questions comportent des réponses à choix multiples ou des réponses courtes. Les items recueillis avaient pour but de décrire les caractéristiques de la patiente, ainsi que son vécu de la douleur pendant l'IVG. Pour cela, la patiente devait coter sa douleur une fois par heure, grâce à l'échelle numérique de douleur et la reporter dans un tableau.

Chaque questionnaire a été numéroté, afin que la deuxième partie (annexe 3) soit distribuée lors de la visite de contrôle au planning familial tout en gardant l'anonymat de la patiente. Cette deuxième partie comporte 3 questions avec des réponses à choix multiples et traite de la douleur dans les jours suivant l'IVG.

Les données recueillies dans chaque questionnaire ont été reportées dans un tableau Excel afin d'être analysées.

3.6. L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les données ont été recueillies dans le logiciel Excel version 2010. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R : A language and environment for statistical computing. Les résultats ont été calculés à l'aide du test du Chi 2, lorsque les conditions d'application étaient respectées, ou par le test de Fisher. Ils sont exprimés en moyenne \pm déviation standard et effectif. La valeur du seuil de significativité était $P = 0,05$.

4. RESULTATS

4.1. NOMBRE DE PATIENTES

Les questionnaires ont été distribués sur une période allant du 4 Novembre 2015 au 19 Février 2016. Durant cette période, 75 questionnaires ont été distribués. Concernant la première partie, 69 ont été récupérés (92%). Deux questionnaires ont été exclus car les patientes avaient expulsé avant la prise du misoprostol. Au total, 67 questionnaires (89,3 %) ont été analysés dans cette étude.

Concernant la seconde partie du questionnaire, distribuée lors de la visite de contrôle prévue dans les 2 à 3 semaines suivantes, 26 questionnaires (38,8 %) ont pu être récupérés mais seuls 12 questionnaires (17,9 %) ont été remplis. Pour 14 questionnaires (20,9 %), les femmes ne s'étaient pas présentées à la visite de contrôle.

4.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

4.2.1. L'âge

L'âge des femmes était compris entre 17 et 44 ans. La moyenne était donc de $28,57 \pm 7,29$. L'étude ne comporte que 2 patientes mineures âgées de 17 ans. La tranche d'âge la plus représentée dans cette étude est la tranche 30 à 34 ans avec 25% des femmes de cette étude, suivie de près par la tranche 20 à 24 ans avec 24% des patientes de l'étude. La tranche d'âge la moins représentée est celle des 40-44 ans qui ne représente que 5 patientes de cette étude soit 8%. (Figure 1)

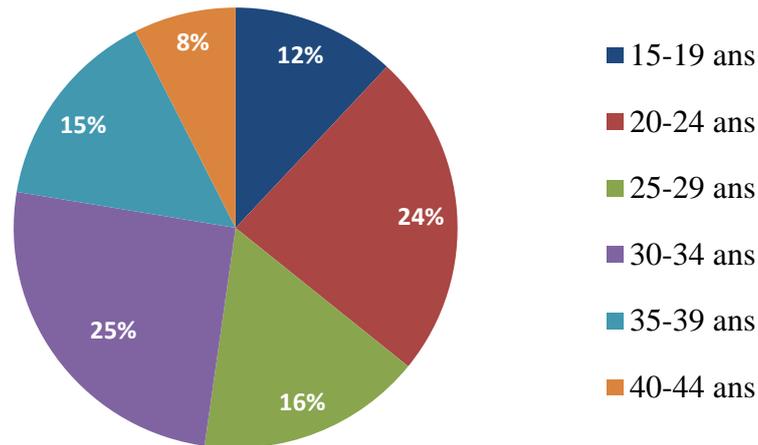


Figure 1 : Répartition de l'âge dans la population (n=67)

4.2.2. L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Les IMC des patientes de cette étude, sont compris entre 17,12 et 39,43 kg/m². La moyenne était de 23,51 kg/m² ± 4,25. Parmi les 67 femmes, 40 (59,7 %) patientes ont un IMC normal (entre 18,5 et 25) et 19 patientes (28,4%) sont considérés comme en surpoids (IMC > 25).

4.2.3. La gestité

Le nombre de grossesses des patientes de l'étude est compris entre 1 et 6 grossesses. Sur les 67 patientes, cette grossesse est la première pour 24 femmes (35,8 %) et 43 (64,2 %) ont déjà été enceintes au moins une fois auparavant. (Figure 2)

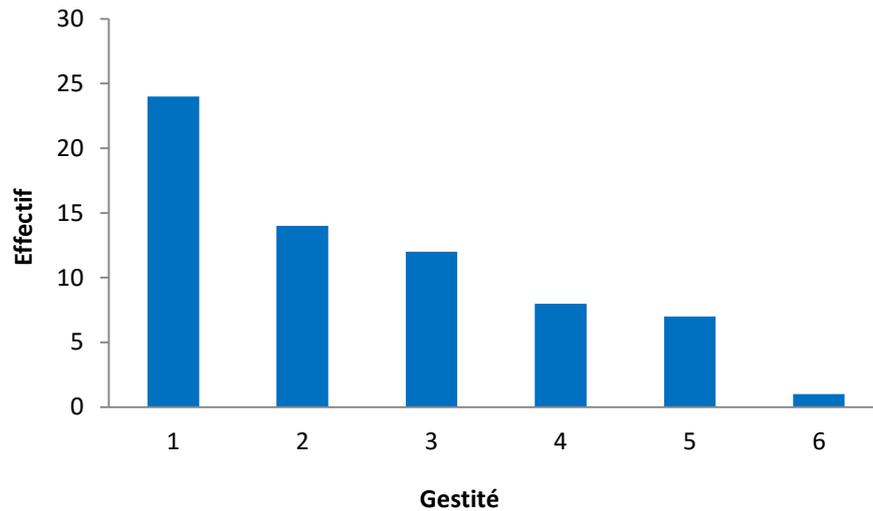


Figure 2 : Répartition de la gestité au sein de la population (n=67)

4.2.4. Antécédents d'IVG

Sur les 67 patientes de l'étude, 27 (40 %) avaient déjà eu recours au moins une fois à l'IVG auparavant contre 40 (60 %) pour qui celle-ci est la première.

Pour les 27 patientes ayant déjà effectués une IVG auparavant, 20 (74 %) avaient eu recours à la méthode médicamenteuse, contre 7 (26 %) à la méthode chirurgicale. (Figure 3)

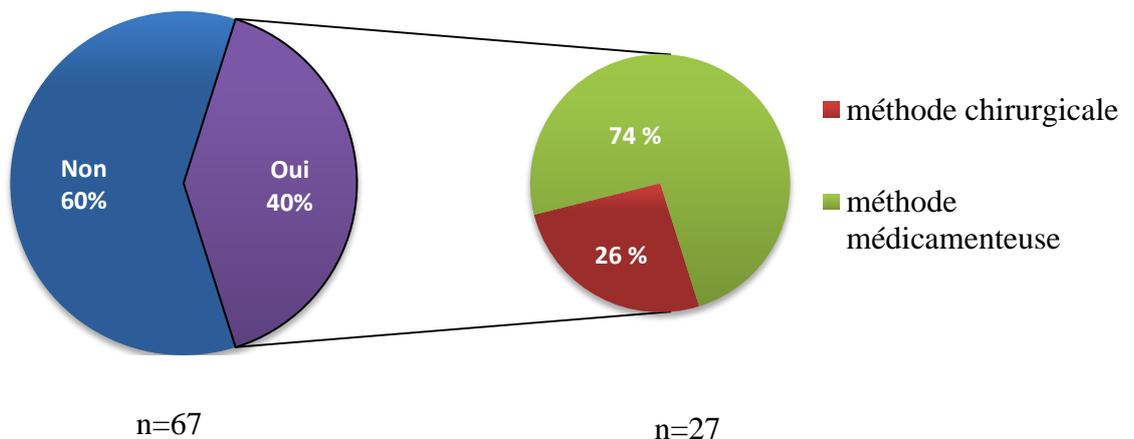


Figure 3 : Antécédents d'IVG dans la population et méthode employée

Parmi les 20 patientes ayant déjà effectuées une IVG par méthode médicamenteuse, 6 (35,3 %) en gardaient un souvenir « peu douloureux » et 14 (64,7 %) en avaient un souvenir « douloureux » ou « très douloureux ».

4.2.5. Disménorrhées

Sur les 67 femmes de l'étude, 38 (57 %) ne ressentent pas de dysménorrhées alors que 29 (43 %) en souffrent habituellement.

Parmi les 29 femmes qui en souffrent, seules 10 (34,5 %) prennent un antalgique pour cette douleur. Pour 5 femmes (50 %) il s'agit du paracétamol et pour 5 autres femmes (50 %) il s'agit du phloroglucinol (Spasfon®). Dans 100 % des cas, les antalgiques étaient efficaces pour soulager les dysménorrhées. (Figure 4)

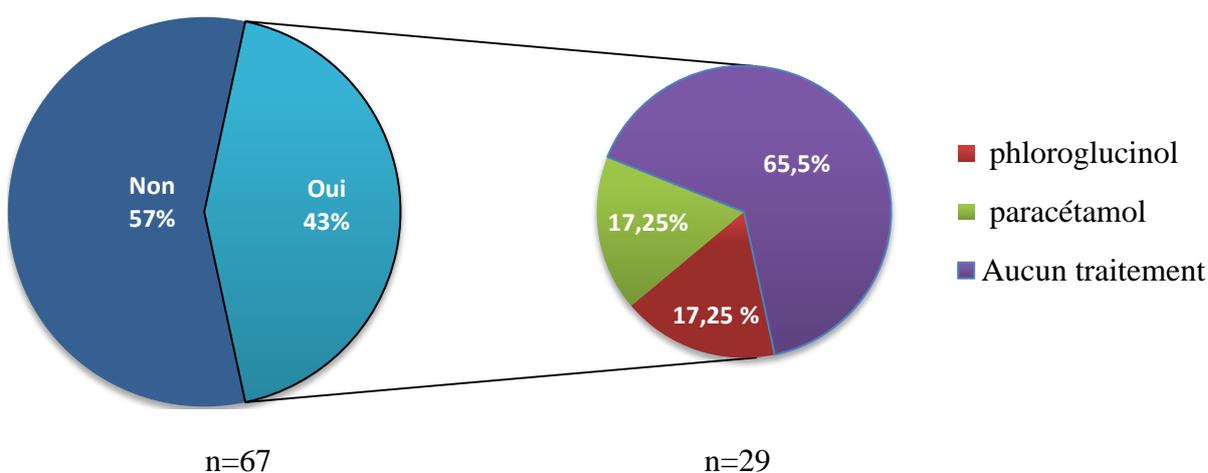


Figure 4 : Disménorrhées au sein de la population et traitement antalgiques

4.2.6. Accompagnement par un proche

Parmi les 67 patientes, 37 (55,2 %) étaient accompagnées d'un proche lors de l'hospitalisation et 30 (44,8 %) ne l'étaient pas.

4.3. DOULEUR RESSENTIE

4.3.1. Après la prise de la mifépristone

Sur les 67 patientes, 41 (61,2 %) ont ressenti des douleurs entre la prise de la mifépristone et du misoprostol.

4.3.2. Douleur lors de l'hospitalisation

La douleur a été mesurée grâce à l'échelle numérique (END) toutes les heures dès la prise du misoprostol et jusqu'à la sortie d'hospitalisation.

La moyenne du ressenti de la douleur en fonction de l'heure est minimale à 8h00 où elle est de $0,48 \pm 1,19$. Elle est maximale à 11h30 où elle est de $3,51 \pm 2,43$. (Figure 5)

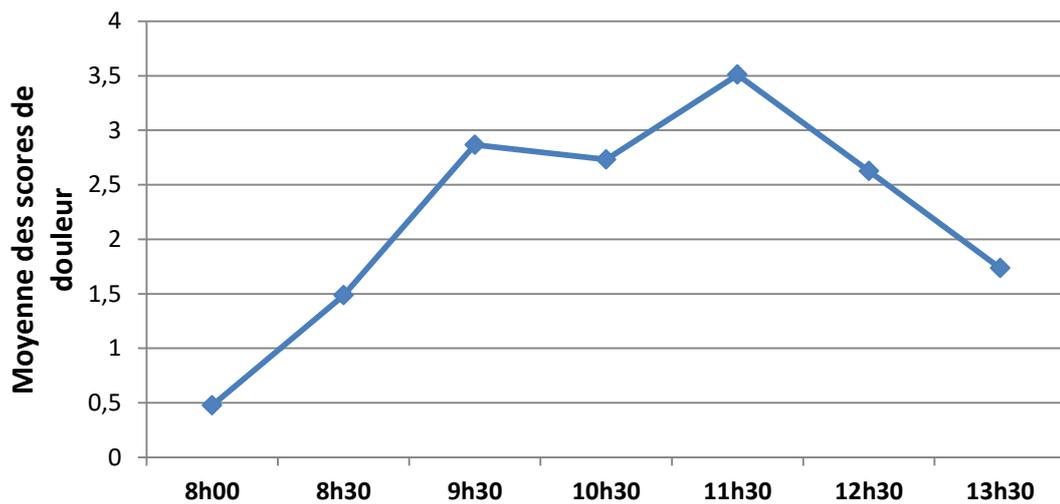


Figure 5 : Moyenne des scores de douleur en fonction de l'heure

La moyenne globale des scores de douleur est de $2,22 \pm 1,58$ sur 10.

Les douleurs maximales ressenties au cours de l'IVG étaient comprises entre 0 et 10 avec une moyenne de $4,66 \pm 2,68$. Sur les 67 femmes, 24 patientes (35,8 %) ont une douleur maximale ≤ 3 sur 10 et 43 patientes (64,2 %) ont une douleur maximale > 3 sur 10. Pour 20 patientes (29,9%), la douleur maximale est exprimée à 11h30 et pour 18 patientes (26,9 %) elle est donnée à 9h30. (Figure 6)

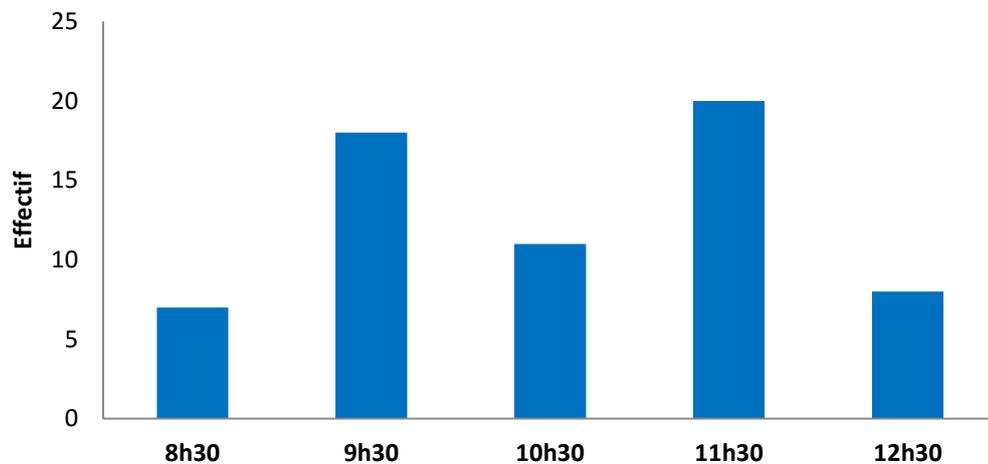


Figure 6 : Heure de la douleur maximale ressentie par les patientes (n=67)

Sur les 67 patientes, 48 femmes (71,6 %) ont expulsés dans le service d'orthogénie. Pour la majorité (20 femmes soit 29,9 %) elle s'est produite entre 11h30 et 12h30. Et chez 13 femmes (19,4 %) elle a eu lieu entre 10h30 et 11h30. (Figure 7)

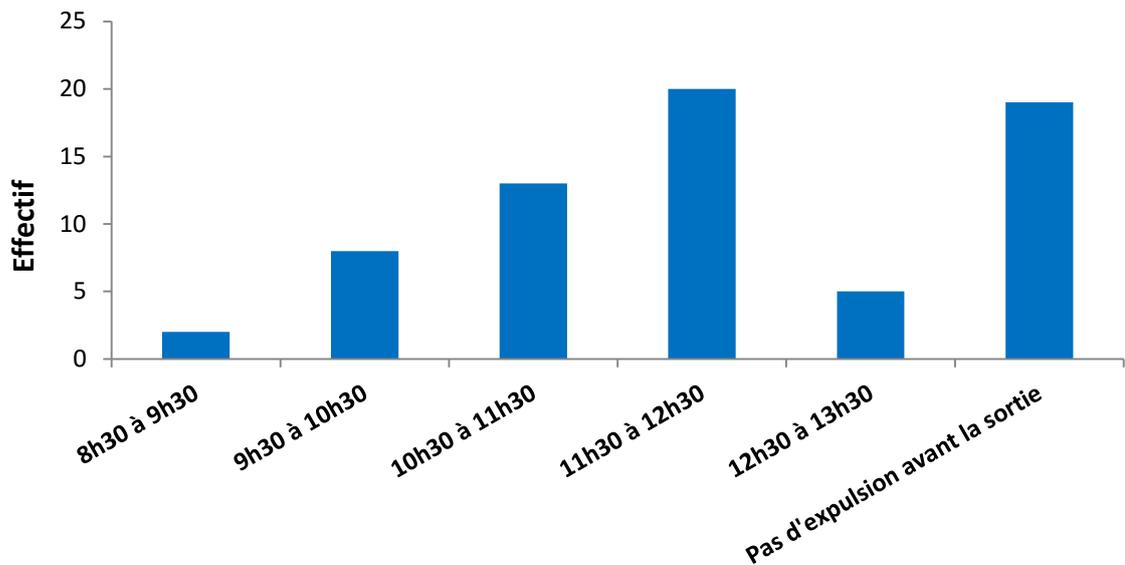


Figure 7 : Répartition en fonction de l'heure d'expulsion (n=67)

Pour répondre à l'une de nos hypothèses, nous avons voulu déterminer si la douleur maximale était ressentie dans l'heure qui précédait l'expulsion. Sur les 48 femmes ayant expulsées dans le service, 26 (54,2%) avaient une douleur maximale dans l'heure qui précédait l'expulsion. Pour les 22 autres femmes (45,8%), la douleur ressentie une heure avant l'expulsion n'était pas la douleur maximale enregistrée.

Sur les 67 questionnaires, 57 patientes (85,1%) ont répondu à la question concernant leur satisfaction sur la prise en charge de la douleur dans le service :

- 39 patientes (69,6%) ont jugé que la prise en charge était « très satisfaisante »
- 17 patientes (30,4%) qu'elle était « satisfaisante ».

4.3.3. Douleur après l'hospitalisation

Seulement 12 questionnaires ont été récupérés lors des visites de contrôle concernant la douleur après l'hospitalisation. Sur ces 12 questionnaires, 6 femmes (50 %) répondent avoir eu des douleurs dans les deux jours suivants l'hospitalisation et 6 n'en ont pas senti. Concernant les 6 femmes qui avaient eu des douleurs, elles ont toutes été soulagées par la

prise de paracétamol et phloroglucinol. Aucune n'avait ressentie le besoin de consulter un professionnel de santé.

4.4. FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA DOULEUR

L'objectif secondaire de notre étude consistait à mettre en évidence des facteurs pouvant influencer cette douleur. Pour cela nous avons décidé de comparer deux groupes de femmes en fonction de leur douleur maximale ressentie au cours de l'IVG.

Dans un premier temps nous allons comparer le groupe de patientes dont la douleur maximale recueillie est considérée comme faible (≤ 3) et le groupe dont la douleur est de modérée à intense (> 3). Sur les 67 patientes de l'étude, 24 femmes (35,8 %) ont eu une douleur maximale ≤ 3 sur 10 et 43 femmes (64,2 %) ont eu une douleur maximale > 3 sur 10. (Tableau 1)

Tableau 1 : Comparaison des groupes de douleurs faibles vs modérées à intenses.

Variable	Douleur faible (END ≤ 3) (n=24)	Douleur modérée à intense (END > 3) (n=43)	Valeur de p
Age (moyenne)	30,2 ± 8,1 ans	27,3 ± 8,3 ans	p = 0,07
IMC (kg/m²) (moyenne)	23,9 ± 4,3	23,1 ± 4,2	p = 0,68
Gestité (%) <ul style="list-style-type: none">• Primigeste• Multigeste	33,3 % 67,3 %	37,2 % 62,8 %	p = 0,75
Antécédents d'IVG (%) <ul style="list-style-type: none">• Aucun• Au moins un	74,1 % 25,9 %	57,5 % 42,5 %	p = 0,16
Dysménorrhées (%) <ul style="list-style-type: none">• Oui• Non	27,6 % 72,4 %	42,1 % 57,9 %	p = 0,22
Douleur après la prise de mifépristone <ul style="list-style-type: none">• Oui• Non	31,7 % 68,3 %	42,3 % 57,7 %	p = 0,38
Accompagnement <ul style="list-style-type: none">• Oui• Non	37,8 % 62,2 %	33,3 % 67,7 %	p = 0,70

Cette analyse univariée comparant les groupes « douleur faible » à « douleur modérée à intense » n'a pas permis de mettre en évidence, de manière significative, des facteurs influençant la douleur lors de l'IVG médicamenteuse.

Dans un second temps, nous avons décidé de comparer le groupe de patientes dont la douleur est de faible à modérée (≤ 6) au groupe dont la douleur est considérée comme intense (> 7). Sur les 67 femmes de l'étude, 50 ont une END maximale ≤ 6 (74,2%) et 17 (25,8%) ont une END maximale considérée comme intense (> 7). (Tableau 2)

Tableau 2 : Comparaison des groupes de douleurs faibles à modérées vs intenses.

Variable	END ≤ 6 (n=50)	END > 7 (n=17)	Valeur du <i>p</i>
Age (moyenne)	27,7 \pm 7,4 ans	28,9 \pm 7,1 ans	0,23
IMC (kg/m ²) (moyenne)	23,0 \pm 4,3	23,7 \pm 3,9	0,92
Gestité (%)			
• Primigeste	38 %	29,4 %	0,39
• Multigeste	62 %	70,6 %	
Antécédents d'IVG (%)			
• Aucun	36 %	52,9 %	0,22
• Au moins un	64 %	47,1 %	
Dysménorrhées (%)			
• Oui	36 %	64,7 %	0,04
• Non	64 %	35,3 %	
Douleur après la prise de mifépristone			
• Oui	56 %	76,5 %	0,13
• Non	44 %	23,5 %	
Accompagnement			
• Oui	56 %	52,9 %	0,83
• Non	44 %	47,1 %	

L'analyse univariée comparant les groupes de patientes ayant une douleur « faible à modérée » avec celles ayant une douleur « intense » ont permis de mettre en évidence un facteur de manière significative ($p < 0.05$). En effet, dans notre étude, parmi les 17 femmes ayant ressentie une douleur maximale considérée comme intense (>7) lors de l'IVG, 11 d'entre elles, soit 64,7% souffrent habituellement de dysménorrhées. Tandis que dans le groupe des douleurs « faibles à modérées » elles ne sont que 36% à en souffrir habituellement.

5. DISCUSSION

5.1. POPULATION ETUDIEE

Notre travail avait pour objectif d'évaluer la prise en charge de la douleur lors des IVG médicamenteuses. Il intéressait 67 patientes dont l'IVG médicamenteuse était réalisée au sein du CHU d'Amiens sur une période allant du 4 Novembre 2015 au 19 Février 2016.

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30 à 34 ans avec 17 patientes, soit 25% des femmes de l'étude, suivie de près par celle des 20 à 24 ans avec 16 patientes soit 24%. Or, en France, ce sont les 20 à 24 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG [1]. On note donc une légère différence entre la population étudiée et la population nationale. De même en Picardie, le recours à l'IVG est majoritairement parmi les 20-24 ans mais il est progressivement égalé par les 25-29 ans. [source PNRs]

5.2. DESCRIPTIONS DE LA DOULEUR

La première hypothèse de notre travail abordait le fait que certaines femmes puissent ressentir des douleurs après la prise de mifépristone et avant celle du misoprostol. Selon notre étude, 61% des patientes, donc une majorité, sont ainsi concernées par ces douleurs précoces. Or, suite à la prise de la mifépristone, aucun antalgique n'est prescrit. Cela signifie donc qu'en cas de douleur, les patientes doivent avoir recours à l'automédication. Il aurait été intéressant ici de demander l'intensité des douleurs ressenties suite à la prise de la mifépristone afin de permettre une prise en charge adaptée.

La douleur suivant la prise de mifépristone n'est pas liée de manière significative aux douleurs intenses lors de l'hospitalisation. On ne peut donc pas dire si les femmes qui auront ressenties des douleurs avant leur hospitalisation seront plus amenées à ressentir des douleurs intenses après la prise du misoprostol.

Une seconde hypothèse affirmait qu'après la seconde prise de misoprostol à 10h30, les femmes étaient amenées à ressentir des douleurs plus intenses. Cette hypothèse a pu être confirmée puisqu'en effet, la moyenne des scores de douleur en fonction de l'heure est la plus élevée (3,51) à 11h30, soit une heure après la seconde prise de misoprostol. De manière générale, on observe que les douleurs maximales ressenties surviennent généralement une heure après les différentes prises de misoprostol. En effet, pour 20 patientes (29,9%), la douleur maximale est exprimée à 11h30 et pour 18 patientes (26,9 %) elle est exprimée à 9h30. Ceci peut être expliqué par le fait que le misoprostol majore les contractions utérines qui vont favoriser l'expulsion. De plus, la douleur fait partie des effets secondaires du misoprostol, de même que les métrorragies. On pourrait donc envisager d'anticiper la douleur de manière plus efficace, avec par exemple un antalgique de palier II au moment de la seconde prise du misoprostol.

Enfin, une troisième hypothèse notait que des douleurs seraient ressenties par une majorité de femmes dans les deux jours qui suivent l'IVG. Nous avons pu constater que sur les 12 questionnaires récupérés, 6 femmes, soit 50% avaient eu de douleurs durant cette période. Ces douleurs ont toutes été soulagées par du paracétamol et du phloroglucinol qui sont respectivement des antalgiques de palier I et un antispasmodique. On pourrait donc en déduire qu'il s'agissait de douleurs faibles ou modérées. Cependant, le faible effectif de réponses reçues lors de la visite de contrôle post-IVG ne nous permet pas d'avoir un résultat pertinent.

5.3. FACTEURS PREDICTIFS DE DOULEURS INTENSES

Notre étude n'a pu mettre en évidence qu'un facteur influençant la douleur de manière significative. Cela concerne les patientes qui souffrent habituellement de dysménorrhées et l'intensité de la douleur au cours de l'IVG. Cependant, une étude supplémentaire et de plus grande envergure serait nécessaire pour définir si ce facteur est lié de façon constante à la douleur ressentie lors des IVG. Si celui-ci s'avère être réellement lié, il serait bon de demander, lors du choix de la méthode, si la patiente souffre de dysménorrhée afin de l'avertir

du fait qu'elle puisse être plus sensible à la douleur si l'IVG a lieu par méthode médicamenteuse et donc lui permettre un choix de manière totalement éclairé. Si l'IVG a lieu par méthode médicamenteuse, on pourra proposer une anticipation de la douleur avec des antalgiques suffisants.

De plus, dans la littérature, d'autres facteurs prédictifs de la douleur ont été mis en évidence tel que l'âge inférieur à 25 ans, la nulligestité, qui n'ont pas pu être soulignés dans cette étude. En effet, parmi les 24 primigestes de cette étude, 15 avaient ressenties des douleurs modérées à intenses, soit 62,5% des primigestes mais un taux similaire est retrouvé chez les multipares et ne permet donc pas de définir un lien entre la gestité et la présence de douleur plus intenses lors de l'IVG.

5.4. CARACTERE SUBJECTIF ET PSYCHOLOGIQUE DE LA DOULEUR

Dans cette étude, nous avons délibérément choisi de ne traiter que la douleur physique. Cependant la douleur un état difficile à évaluer car très subjectif et donc influencé par de nombreux facteurs notamment psychologiques et contextuels. L'évaluation de la douleur ne peut être dissociée de la considération globale de la femme et donc de sa douleur psychique. Celle-ci ne peut pas être évaluée aussi simplement que la douleur physique et nécessite donc un dialogue avec la patiente. Dans le protocole mis en place dans le service d'orthogénie, nous avons remarqué que du Témesta® (Lorazépam) était délivré si la patiente semblait angoissée ou en état de stress majeur, cependant, les paramètres psychologiques ne peuvent être évalués de manière concrète et leur estimation peut dépendre de la sensibilité du professionnel de santé. Une patiente peut ne pas sembler affecter en apparence et l'être finalement très profondément. Afin de le déceler, il faudrait discuter avec la patiente à son arrivée dans le service. L'angoisse et le stress peuvent interagir sur la gestion de la douleur, tandis qu'un bien-être psychologique permettrait une meilleure tolérance à la douleur. A l'inverse, des douleurs physiques trop intenses peuvent entraîner des douleurs psychiques, se traduisant par un mauvais vécu de l'IVG. Rappelons qu'un entretien avec une psychologue est obligatoire pour les patientes mineures mais est seulement proposé aux patientes majeures. La

présence d'un psychologue qui pourrait intervenir dans le service d'orthogénie, si cela semble nécessaire, serait un moyen d'encadrer les éventuelles douleurs psychiques liées à l'IVG.

5.5. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude a été menée sur un échantillon de 67 patientes. Cela est suffisant pour évaluer de manière observationnelle et descriptive la douleur de l'IVG. En revanche, concernant la recherche de facteurs pouvant influencer la douleur, l'effectif n'est pas suffisant, il n'a permis de mettre en évidence qu'un facteur, les dysménorrhées, dans cette étude. Afin de mettre en évidence d'avantage de facteurs prédictifs de la douleur, il aurait donc fallu une plus grande population.

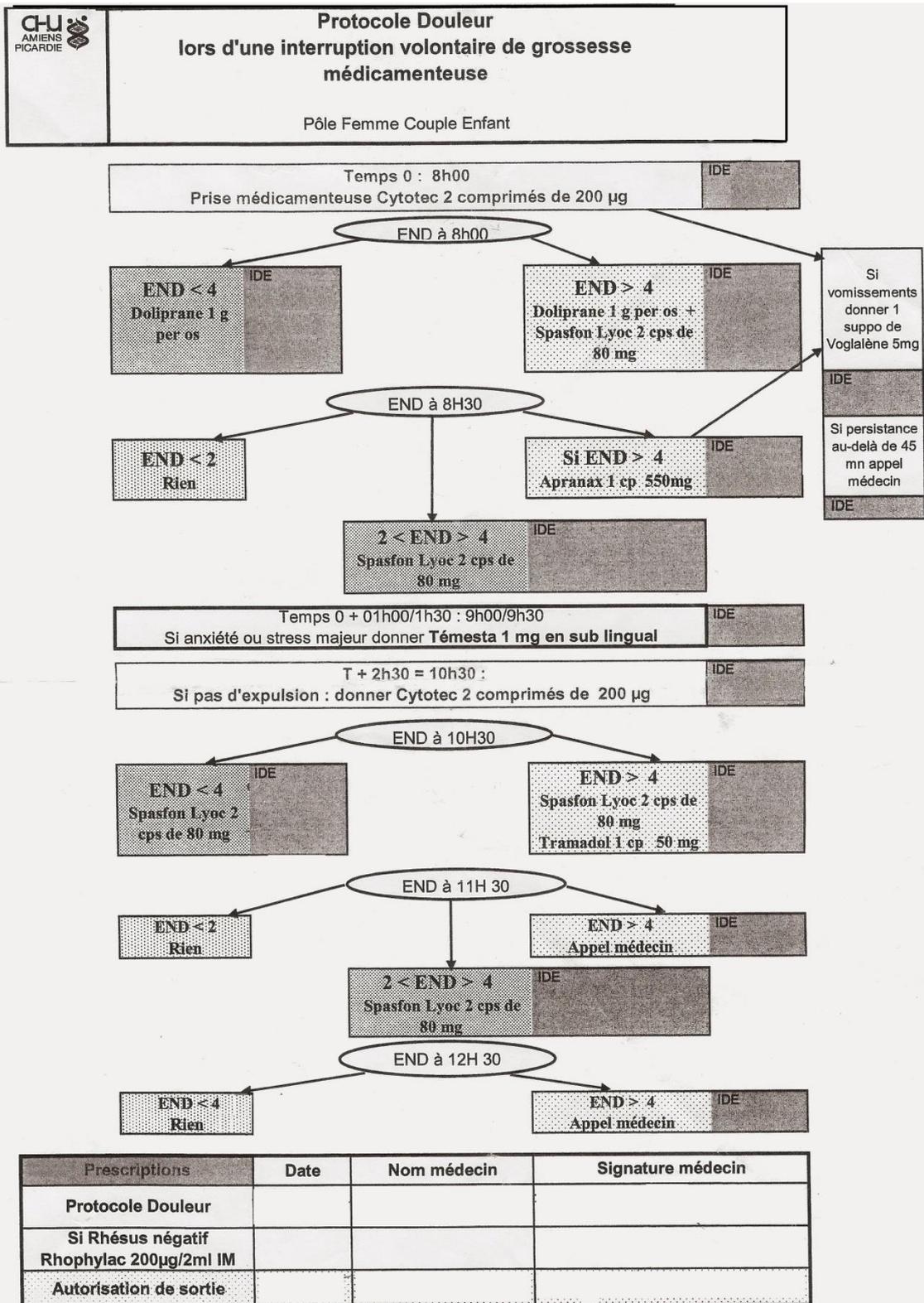
La deuxième partie du questionnaire qui visait à évaluer la douleur dans les jours qui suivaient l'IVG était distribué lors de la visite de contrôle dans les 2 à 3 semaines suivantes. Seul 26 questionnaires avaient été récupérés, et 12 étaient remplis. Pour 14 d'entre eux, les patientes ne s'étaient pas présentées à cette visite, soit 20,9%. De ce fait, notre hypothèse concernant les douleurs dans les 2 jours suivants l'IVG ne peut être confirmée. Le faible effectif de cette seconde partie est dû à la faible observance de la visite de contrôle. Cela peut s'expliquer par les contraintes personnelles de chacune, par le fait qu'elles aient pu consulter un médecin en dehors de l'hôpital, ou par la sous-estimation du risque de complications. Les patientes n'étaient rappelées que si elles n'avaient pas expulsé au sein du service d'orthogénie. Ce faible effectif peut également s'expliquer par la difficulté de transmission des questionnaires entre les services. Cette deuxième partie devait être transmise au planning familial où a lieu la visite de contrôle, en étant placée dans le dossier de la patiente, afin que le questionnaire puisse lui être remis par le médecin ou la secrétaire. Des questionnaires ont été égarés à ce moment.

6. CONCLUSION

L'IVG médicamenteuse est la méthode la plus couramment utilisée en France. Celle-ci nécessite l'utilisation de deux spécialités médicamenteuses mettant un terme à la grossesse. Notre étude visait à évaluer la douleur physique ressentie lors du déroulement de l'IVG et dans les jours suivants, ainsi que l'analyse du protocole de prise en charge de la douleur du CHU d'Amiens. Cette étude nous a montré que suite à la prise initiale de mifépristone, un pourcentage non négligeable de patientes ressentait des douleurs. Cette donnée nous permet d'induire une réflexion autour du fait que l'anticipation d'une prescription d'antalgiques pourrait être pertinente. D'autre part, cette étude a révélé qu'une majorité de patientes ressentait des douleurs non soulagées lors de l'hospitalisation. Cela pourrait donc nous interroger sur le fait que le protocole mis en place ne permet pas une prise en charge globale des patientes. Enfin, nous nous sommes aperçus que la dimension psychologique n'était pas incluse de manière pertinente dans l'évaluation de la douleur. En effet, il est clair que les paramètres psychologiques ont sans doute une influence dans la perception de la douleur physique, et qu'il serait judicieux d'en tenir compte. Cette étude comporte néanmoins quelques limites. Nous nous étions intéressés à l'influence des dysménorrhées sur l'intensité de la douleur. Nos données ont permis d'obtenir un résultat significatif, néanmoins, une étude à plus large effectif serait plus pertinente.

L'IVG est un sujet d'actualité. En effet, depuis le 27 Janvier 2016, la loi santé permet aux sages-femmes de pouvoir prendre en charge les IVG médicamenteuses, jusqu'à 7 SA. Il est donc primordial pour les professionnels de santé d'avoir une connaissance précise de la perception de la douleur lors de l'IVG afin de pouvoir mieux y répondre. De plus, il serait intéressant de mettre en place d'autres actions permettant une prise en charge globale de la patiente, notamment pour définir son bien-être psychologique.

ANNEXE 1



Orthogénie 03/07/2014 Réajusté le 19/03/2015

ANNEXE 2

Questionnaire numéro :

Questionnaire

Madame.

Actuellement étudiante sage-femme à l'école d'Amiens, j'effectue dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude des recherches sur les douleurs pouvant être ressenties pendant une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Pour cela, voudriez-vous répondre à ces quelques questions. Les renseignements que vous donnerez seront analysés de manière anonyme.

Mlle DEPARIS Astrid

- 1) Quel est votre année de naissance ?
- 2) Quelle est votre taille et votre poids actuels ?cmkg
- 3) Avez-vous déjà effectué une interruption volontaire de grossesse avant celle-ci ?
 Oui Non
 - a. Si oui, quelle méthode avait-été utilisée ? Médicamenteuse Chirurgicale
 - b. Si vous aviez utilisé la méthode médicamenteuse, quel en est votre souvenir ?
 Pas douloureux Peu douloureux Douloureux Très douloureux
- 4) Nombre de grossesses totales (Accouchement, fausses couches, IVG inclus) :
- 5) Habituellement, vos règles sont-elles douloureuses ? Oui Non
 - a. Si oui, prenez-vous un traitement pour cela ? Oui Non
 - b. Si oui, lequel ?.....
 - c. Est-il efficace ? Oui Non
- 6) Depuis la prise du comprimé de Mifépristone il y a 2 jours, avez-vous ressenti des douleurs ?
 Oui Non
- 7) Aujourd'hui, pendant votre hospitalisation, êtes-vous accompagnée par un proche ?
 Oui Non
- 8) Veuillez noter dans le tableau ci-dessous, le score de votre douleur par un chiffre compris entre 0 et 10 pour chaque heure correspondante en sachant que

0 = Aucune douleur ressentie → 10 = La pire douleur imaginable

	8h00	8h30	9h30	10h30	11h30	12h30	13h30	14h30
Score								

- 9) Selon vous la prise en charge de la douleur pendant votre interruption volontaire de grossesse a été :
 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Très peu satisfaisante

Merci de votre participation

ANNEXE 3

Questionnaire numéro

Madame,

Lors de votre hospitalisation vous avez répondu à un questionnaire concernant la douleur lors de l'interruption volontaire de grossesse, afin que cette étude soit la plus complète possible, pourriez-vous s'il vous plait répondre à ces 3 questions.

- 1) Avez-vous ressenti des douleurs pendant les quelques jours qui ont suivi votre interruption de grossesse ?
 Oui Non
- 2) Si oui, est-ce que la prise de médicaments tels que le Spasfon® ou le Doliprane a suffi à vous soulager ?
 Oui Non
- 3) Avez-vous consulté un médecin pour une douleur trop importante ?
 Oui Non

Merci beaucoup de votre participation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] VILAIN A., MOUQUET M.C., Les interruptions volontaires de grossesse en 2013, Études & résultats, DREES, N° 0924, Juillet 2015.
- [2] MAZUY M., TOULEMON L., BARIL E., Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Populations et Sociétés, Ined, n°518, janvier 2015.
- [3] AUBIN, JOURDAIN-MENNINGER, CHAMBAUD. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Rapport de l'IGAS. 2009.
- [4] FAUCHER P., HASSOUN D. L'interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé par méthode médicamenteuse, en dix questions, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, 1 Décembre 2004.
- [5] Fiche Vidal Mifépristone, Janvier 2013
- [6] GROSSMAN D. Méthodes médicamenteuses pour l'avortement au cours du premier trimestre de la grossesse : Aspects pratiques de la BSG (mise à jour : 3 septembre 2004). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- [7] KULIER R, KAPP N, GÜLMEZOGLU AM, HOFMEYR GJ, CHENG L, CAMPANA A. Medical methods for first trimester abortion. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2011
- [8] Haute Autorité de Santé, Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Recommandations de bonne pratique, Décembre 2010.
- [9] COYAJI K, KRISHNA U, AMBARDEKAR S, BRACKEN H, RAOTE V, MANDLEKAR A, ET AL. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1 mars 2007;114(3):271-8.

- [10] 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): 36-4
- [11] Vidal. CYTOTEC 200 µg cp séc. [Internet] www.vidal.fr/Medicament/cytotec4727.htm (consultée le 28 février 2016).
- [12] BEGUIN F. IVG : l'Assemblée vote la suppression du délai de réflexion de sept jours. *Le Monde*, 9 avril 2015
- [13] 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
- [14] DE NONNO LJ, WESTHOFF C, FIELDING S, SCHAFF E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception.* déc 2000;62(6):305-9.
- [15] SHANNON C, BROTHERS LP, PHILIP NM, WINIKOFF B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception.* 2004 Sep;70(3):183-90.
- [16] CHARLES VIGNETTA E. ET AL. "Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence". *Contraception* 2008 ; 78 : 436-450
- [17] Academy of Medical Royal Colleges, National Collaborating Centre for Mental Health, London, induced abortion and mental health. A systematic review. Décembre 2011
- [18] Société Française d'étude et traitement de la douleur, Définition de la douleur. [internet] Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/> (consultée le 13 Février 2015)
- [19] Institut UPSA de la douleur. Outils d'évaluation de la douleur. <http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1197/Outils-evaluationdouleur.igwsh> (page consultée le 13 Février 2013).

- [20] SUHONEN S, TIKKA M, KIVINEN S, KAUPPILA T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*. Avril 2011.
- [21] 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.
- [22] 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, Mars 2004
- [23] SALLERIN B. Les antalgiques Pharmacologie [Internet] (Consulté le 13 Février 2014) disponible à l'url : http://www.medecine.upstlse.fr/du_diu/fichiers/sallerin/antalgiques.pdf
- [24] Wiebe E. Pain control in medical abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. sept 2001;74(3):275-80.
- [25] LIVSHITS A, MACHTINGER R, DAVID LB, SPIRA M, MOSHE-ZAHAV A, SEIDMAN DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril*. mai 2009;91(5):1877-80.
- [26] AVRAHAM S, GAT I, DUVDEVANI N-R, 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*. mars 2012;97(3):612-5.
- [27] RAYMOND EG, WEAVER MA, LOUIE KS, DEAN G, PORSCH L, LICHTENBERG ES, ET AL. Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. sept 2013;122(3):558-64.
- [28] Vidal. PARACETAMOL [Internet] www.vidal.fr/substances/2649/paracetamol/

[29] Vidal. SPASFON LYOC [Internet] www.vidal.fr/Medicament/spasfon-15374.htm

[30] Vidal. APRANAX [Internet] www.vidal.fr/Medicament/apranax-1224.htm

[31] Vidal. TRAMADOL [Internet] www.vidal.fr/substances/15308/tramadol/

[32] Vidal. LORAZEPAM [Internet] www.vidal.fr/substances/2137/lorazepam/

[33] Agence régionale de santé de Picardie, Plan stratégique régional de santé 2012-2017, Décembre 2011, p36.

RESUME

Contexte : 229 000 IVG ont été réalisés en France en 2013. Ces dernières années, l'IVG par médicaments est devenue la méthode la plus utilisée. Bien qu'elle soit moins invasive, elle est considérée comme la méthode la plus douloureuse.

Objectif : Nous avons voulu évaluer l'intensité et la prise en charge de la douleur physique ressentie chez les femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse au sein du CHU d'Amiens, et dans un second temps définir d'éventuels facteurs prédictifs de cette douleur afin d'en améliorer la prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué aux patientes effectuant leur IVG dans le service d'orthogénie du CHU d'Amiens.

Résultats : 67 questionnaires ont pu être analysés. L'END moyenne ressentie lors de l'IVG était de x sur 10, et 17 patientes (25,8 %) ont ressenti une douleur maximale supérieure ou égale à 6 sur 10. Nous avons pu définir de manière significative que les dysménorrhées étaient liées à une douleur intense.

Mots-clés : IVG médicamenteuse, douleur, misoprostol, mifépristone, sage-femme, loi santé.