



HAL
open science

**Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une
Interruption Volontaire de Grossesse par méthode
médicamenteuse : étude des Pratiques Professionnelles
en région Auvergne-Rhône-Alpes**

Amélie Gourdet

► **To cite this version:**

Amélie Gourdet. Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une Interruption Volontaire de Grossesse par méthode médicamenteuse : étude des Pratiques Professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03186416

HAL Id: dumas-03186416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03186416>

Submitted on 31 Mar 2021

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.



ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une Interruption
Volontaire de Grossesse par méthode médicamenteuse : étude
des Pratiques Professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
GOURDET Amélie

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une Interruption
Volontaire de Grossesse par méthode médicamenteuse : étude
des Pratiques Professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
GOURDET Amélie

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et guidée dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Ma directrice de mémoire, Madame le docteur Marie-Laure Pouzadoux-Mayrand, pour avoir accepté de me suivre dans ce projet, ainsi que pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Ma co-directrice de mémoire, Madame Eve-Caroline Madrona, pour son soutien et sa bienveillance.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour m'avoir accompagné durant ces quatre années.

L'ensemble des professionnels ayant participé à cette étude et ceux qui m'ont inspiré tout au long de ma formation.

A ma famille, en particulier mes parents et ma sœur pour leur soutien sans faille, leur amour et leur présence à chaque instant.

A mes amis, d'enfance, de promotion, et tout particulièrement à Florine, Aurélie et Mathilde pour tous ces moments passés ensemble, ces souvenirs et ceux à venir.

A Samuel, pour ton soutien et tes encouragements. Merci de me donner confiance en moi.

ABRÉVIATIONS

Abréviations :

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

ARS : Agence Régionale de Santé

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

EN : Échelle Numérique

EVA : Échelle Visuelle Analogique

IASP : International Association for the Study of Pain

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

mg : milligramme

µg : microgramme

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée

SF : Sage(s)-Femme(s)

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (ou neurostimulation électrique transcutanée)

SOMMAIRE

Sommaire

<i>Sommaire</i>	1
1. Introduction	3
2. Revue de la littérature	4
2.1. Historique de l'IVG en France	4
2.2. Réglementation française	6
2.3. Déroulement de l'IVG par méthode médicamenteuse	6
2.4. Prise en charge de la douleur lors d'une IVG médicamenteuse	9
3. Population et Méthodes	15
3.1. Population	15
3.2. Méthodes	15
4. Résultats	19
4.1. Description de la population de l'étude	19
4.2. Les pratiques professionnelles	19
4.3. Différences de pratiques entre milieux libéral et hospitalier	27
5. Discussion	32
5.1. Forces et limites de l'étude	32
5.2. Discussion des résultats	33
5.3. Projet d'actions	38
6. Conclusion	40

1. Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est une pratique devenue courante en France depuis sa dépénalisation par la loi Veil en 1975. Initialement réservée aux gynécologues-obstétriciens, cette pratique a vu sa législation évoluer au fil des années. Ainsi, en 2016 les sages-femmes sont pour la première fois habilitées à pratiquer les IVG médicamenteuses (1,2).

Ces dernières années, le nombre d'IVG en France est relativement stable, variant entre 215 000 et 230 000 et plaçant l'IVG au rang de véritable question de santé publique. La fréquence de l'IVG par méthode médicamenteuse n'a cessé d'augmenter depuis son autorisation, jusqu'à représenter le double des IVG par méthode chirurgicale (3).

Selon la HAS, l'IVG médicamenteuse cause des douleurs modérées à sévères dans plus de la moitié des cas. L'intensité de la douleur ressentie lors d'une IVG varie selon les femmes (4).

Il existe peu d'évaluations de l'efficacité des antalgiques proposés pour une IVG médicamenteuse dans la littérature. Parmi les travaux retrouvés dans la littérature abordant ce sujet, la quasi-totalité décrivent la nécessité d'améliorer les stratégies analgésiques proposées pour une IVG, ainsi que de revoir les dosages de mifépristone et de misoprostol dans les protocoles et recommandations (5–10).

Les composantes de la douleur n'étant pas seulement physiques, mais aussi psychologiques, un accompagnement sur le plan émotionnel apparaît essentiel pour que l'IVG soit vécue au mieux. Toutefois, peu de travaux de recherche abordent ce sujet (11).

L'objectif principal de cette étude était de décrire les pratiques professionnelles de prise en charge de la douleur des IVG médicamenteuses en région Auvergne-Rhône-Alpes

Les objectifs secondaires étaient de déterminer si la prise en charge incluait l'aspect émotionnel de la douleur et de vérifier l'existence ou non de différences de pratiques entre milieux libéral et hospitalier.

2. Revue de la littérature

2.1. Historique de l'IVG en France

2.1.1. Légalisation de l'IVG

En France, la légalisation de l'IVG commence en 1975, avec la promulgation le 17 janvier de la loi dite « Veil ». Cette première loi de dépénalisation de l'IVG est votée pour 5 ans, et permet l'accès à l'IVG sous certaines conditions :

- L'état de grossesse doit placer la femme dans une situation de détresse
- Le délai légal de l'IVG est de dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée
- Un délai de réflexion de sept jours minimum doit être respecté avant l'IVG
- L'IVG ne se pratique qu'en établissement de santé ou chez un praticien conventionné avec un tel établissement
- Le médecin et le personnel soignant peuvent refuser de pratiquer l'IVG (1).

L'application de cette loi sera mise à l'épreuve par le contexte de l'époque, en particulier les réticences du corps médical, dont les gynécologues-obstétriciens. L'insuffisance de moyens ainsi que la méconnaissance des techniques de médecine ambulatoire seront également des obstacles à l'application de la loi Veil (12).

Malgré les réticences rencontrées dans les premiers temps, la loi Veil est prolongée de manière indéfinie par la loi du 31 décembre 1979 (13).

Le 31 décembre 1982, la loi Roudy ordonne le remboursement partiel de l'IVG par la sécurité sociale (14).

L'autorisation de la méthode d'IVG médicamenteuse apparaît avec un arrêté datant de 1988 autorisant la distribution de mifépristone (15).

Le 4 juillet 2001, une nouvelle loi sur l'IVG et la contraception est adoptée. Le délai légal d'interruption de grossesse est allongé de dix à douze semaines de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. De plus, les femmes mineures peuvent faire une demande d'IVG sans consentement préalable des parents ou responsables légaux. Cette loi précise également la liberté de décision du médecin, qui n'est jamais tenu de pratiquer une IVG. Cette faculté est appelée « clause de conscience » et représente le fait de refuser d'effectuer un acte médical si celui-ci est contraire à ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Si le professionnel décide d'invoquer sa clause de

conscience, il doit toutefois informer sans délai la patiente et l'orienter vers un professionnel de santé qui pourra répondre à sa demande (16).

Depuis la loi du 17 décembre 2012, les frais relatifs à une IVG sont remboursés à 100% par la sécurité sociale (17).

Plus récemment, la notion de détresse a été supprimée du texte original et le délai de réflexion de sept jours est supprimé par un vote de l'Assemblée Nationale (18).

La loi du 26 janvier 2016, autrement dite loi de modernisation de notre système de santé, élargit les compétences des sages-femmes et les autorise à pratiquer les IVG par méthode médicamenteuse, environ quarante ans après la loi Veil (2).

Cette loi de santé est mise en application par le décret du 2 juin 2016 qui précise les conditions requises pour la réalisation des IVG par les sages-femmes (19).

2.1.2. Contexte actuel

En France, le taux d'IVG varie chaque année entre 215 000 et 230 000 et reste stable depuis les années 1970 (3,12). Cette stabilité du taux d'IVG semble être en contradiction avec la haute couverture contraceptive présente en France (20).

La méthode médicamenteuse est plus fréquente que son alternative, la méthode chirurgicale par aspiration, et est en constante augmentation depuis son autorisation en 1989. On compte environ deux IVG médicamenteuses pour une IVG par méthode chirurgicale (3).

L'IVG médicamenteuse constitue une véritable question de santé publique, de par sa fréquence, ainsi que par les nombreux domaines concernés (scientifique, éthique, sociologique ...). Elle reste à l'origine de nombreux questionnements : c'est en effet un acte médical singulier, qui apparaît comme une liberté individuelle d'une part, mais également une liberté dépendante du corps médical d'autre part (11).

Plusieurs dizaines d'années après sa légalisation, il persiste une certaine contradiction dans la société. En effet, si cet acte est reconnu et protégé par le droit, on retrouve une certaine dévalorisation de l'IVG. Elle concerne aussi bien le personnel médical, qui se retrouve parfois en difficulté et doit faire face à des problèmes de locaux ou de disponibilité, que les patientes elles-mêmes, avec une forte opposition de certaines minorités au droit des femmes d'accéder aux IVG (2,21).

2.2. Réglementation française

Les sages-femmes peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses sous réserve de justifier d'une « pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné » (décret du 2 juin 2016). Elles sont soumises aux mêmes conditions que les médecins en ville : elles peuvent procéder à la délivrance à la patiente des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG, la première prise de ces médicaments devant être effectuée en présence de la sage-femme. Elles peuvent également prescrire un arrêt de travail d'un maximum de quatre jours. Les sages-femmes doivent exercer leur activité dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé en cas de complication. Elles doivent informer les femmes sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires, s'assurer qu'elles disposent d'un traitement analgésique et qu'elles peuvent se rendre dans l'établissement signataire de la convention dans un délai d'une heure (10,19).

Les sages-femmes sont soumises à certaines réglementations concernant les prescriptions qu'il leur est possible de faire. En effet, il existe une liste de médicaments et dispositifs médicaux pouvant être prescrits par les sages-femmes. Cette liste a été modifiée pour rajouter les thérapeutiques nécessaires à la réalisation des IVG médicamenteuses. Elles peuvent depuis lors prescrire aux femmes les antiprogestatifs et les prostaglandines indispensables aux IVG, ainsi que certains antalgiques permettant la prise en charge de la douleur (association de paracétamol et de poudre d'opium, anti-inflammatoires non stéroïdiens) (22).

Selon les recommandations de la HAS, l'accès à l'IVG doit être simple et rapide : toute femme demandant une IVG doit pouvoir obtenir un rendez-vous dans les cinq jours suivant son appel (4).

2.3. Déroulement de l'IVG par méthode médicamenteuse

En France, la méthode d'IVG par voie médicamenteuse est pratiquée par un médecin ou une sage-femme. Elle est possible à domicile jusqu'à sept semaines d'aménorrhée, ou jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée en établissement de santé.

Une IVG médicamenteuse se déroule en trois temps. Tout d'abord, une consultation médicale pré-IVG, deux consultations de prise de médicaments et enfin une visite de contrôle (23).

2.3.1. Consultation pré-IVG

Lors de la consultation de demande d'IVG, des informations claires et précises sont délivrées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale), les choix qui s'offrent à elle pour l'anesthésie, ainsi que le déroulement de l'IVG. En complément des informations orales, des documents écrits sont mis à disposition. Un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit être proposé systématiquement, il sera dans ce cas confié à des professionnels qualifiés pour ce type d'accompagnement (4). Le médecin ou la sage-femme détermine également l'âge gestationnel de la grossesse, par l'interrogatoire, la date des dernières règles, l'examen clinique et échographique. Un dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'un frottis peuvent être proposés lors de cette première consultation. La contraception post-IVG est également abordée et éventuellement prescrite. Toute patiente doit avoir une carte de groupe sanguin précisant son groupe ABO ainsi que le rhésus (4,24).

2.3.2. Prise de médicaments

La méthode médicamenteuse repose sur l'association de deux médicaments : l'antiprogestérone (mifépristone) et une prostaglandine (misoprostol ou géméprost). La mifépristone arrête la grossesse et les prostaglandines entraînent des contractions utérines responsables de l'expulsion.

La HAS recommande plusieurs séquences de traitement différentes (Annexe I). Jusqu'à 7 SA (limite pour les IVG médicamenteuses hors établissement de santé) :

- Une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale puis, 36 à 48h plus tard, prise de 400 µg de misoprostol par voie orale.
- Utilisation possible de 200 mg de mifépristone, puis 36 à 48h plus tard, prise de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

Entre 7 et 9 SA, les recommandations préconisent :

- Une prise de 200 mg de mifépristone, puis 36 à 48 h plus tard, 1 mg de géméprost par voie vaginale.
- Utilisation possible d'une dose de 600 mg de mifépristone, puis 36 à 48 h plus tard, 1 mg de géméprost par voie vaginale (25).

2.3.2.1. Prise de mifépristone

La première consultation de prise de médicaments consiste en la prise de mifépristone et se fait en présence du médecin ou de la sage-femme. Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente, ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence. Dans le cas d'une IVG à domicile, le misoprostol est remis à la patiente. Le professionnel prescrit également des antalgiques de palier 1 (paracétamol, ibuprofène) voire de palier 2 (tramadol, paracétamol codéiné). Si elle n'a pas été prescrite auparavant, une méthode contraceptive est également prescrite.

La prise de mifépristone ayant pour but d'interrompre la grossesse par blocage de la progestérone, des saignements peuvent apparaître à ce stade, parfois accompagnés de quelques douleurs (23,24).

2.3.2.2. Prise de misoprostol

Cette deuxième consultation intervient 36 à 48h après la prise de mifépristone. Pour les grossesses inférieures à 7 SA, la patiente prend généralement du misoprostol, et pour les grossesses de 7 à 9 SA, il s'agit du géméprost par voie vaginale. Cette consultation est fictive si la femme a choisi une IVG à domicile. La prise de misoprostol (prostaglandines) entraîne, le plus souvent dans les quelques heures qui suivent, des contractions utérines ayant pour but l'expulsion de l'œuf. Ces contractions induisent des douleurs, souvent décrites comme des douleurs de règles, parfois plus intenses, ainsi que des saignements d'abondance variable et pouvant durer plusieurs jours (une dizaine en moyenne).

Si une contraception hormonale (œstroprogestative ou progestative) a été choisie, elle doit être débutée le jour de la prise des prostaglandines. Si la patiente est rhésus négatif, une injection de 200 µg de Rhophylac (immunoglobulines anti-D) doit être faite dans les

72h suivant les premiers saignements. Dans le cas d'une IVG à domicile, cette injection peut être faite lors de la prise de mifépristone (23,24).

2.3.3. Visite de contrôle

Une visite de contrôle est prévue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après l'IVG. Elle consiste en un examen clinique, complété d'un dosage des β -HCG plasmatique et/ou d'une échographie pelvienne. En cas d'échec de la méthode médicamenteuse, il faut employer la méthode chirurgicale. Lors de la visite de contrôle, le professionnel vérifie que la contraception est bien tolérée, comprise et utilisée par la femme. Un accompagnement psychologique peut également être proposé (23,24).

2.4. Prise en charge de la douleur lors d'une IVG médicamenteuse

2.4.1. Introduction

L'IVG est un acte médical considéré comme douloureux et la méthode médicamenteuse est généralement identifiée comme étant la plus douloureuse (5).

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes (26).

Le vécu de l'IVG par les femmes et plus particulièrement la douleur associée sont peu connus et insuffisamment pris en charge, la littérature présentant peu de données à ce sujet. Pourtant, comprendre la douleur et ses mécanismes semble important dans l'amélioration de sa prise en charge, étant donné que ses composantes à la fois physiques et psychologiques peuvent avoir un impact considérable sur les femmes qui en font l'expérience (5).

2.4.2. Données de la littérature

La douleur lors d'une IVG médicamenteuse est liée à une perception nociceptive correspondant vraisemblablement aux contractions utérines et à la dilatation du col. Ceci explique que les douleurs surviennent majoritairement après la prise de misoprostol (9).

Une étude réalisée en 2019 enregistre des douleurs d'intensité modérée à intense (EVA \geq 4) chez 85% des sujets étudiés, et ce malgré la présence d'une prescription antalgique. Les douleurs sont décrites comme plus importantes que les douleurs de règles habituellement ressenties par les patientes. Pour 92% d'entre elles, le pic douloureux est survenu dans les huit heures après la prise du misoprostol, et ne coïncide pas obligatoirement avec le moment de l'expulsion (10).

Dans une revue de littérature datant de 2014, les auteurs décrivent que ni la douleur ni les antalgiques donnés aux patientes ne sont systématiquement reportés dans les études sur les IVG médicamenteuses. Ce résultat montre le désintérêt pour la perception douloureuse. Cette même revue trouve que même quand les données sont colligées, elles sont trop incomplètes pour permettre des comparaisons entre différents protocoles d'antalgie. Selon les auteurs, il est nécessaire d'avoir une standardisation de l'évaluation de la douleur, ainsi qu'une évaluation de la corrélation entre le dosage de misoprostol et l'intensité de la douleur dans des études futures (6).

Quelques études retrouvent que certaines catégories de femmes rapportent en moyenne un score de douleur plus élevé que les autres. Les auteurs ont essayé de déterminer des facteurs influençant l'intensité de la douleur ressentie, à savoir : l'âge, la parité, l'âge gestationnel, un antécédent d'IVG ou encore l'intensité des dysménorrhées. Les mêmes auteurs proposent qu'une attention particulière soit portée à ces catégories de femmes (5,7,8).

Depuis quelques années, les pratiques ont évolué et de nouvelles connaissances sont disponibles en termes de thérapeutiques. Cependant, pour les IVG, la prise en charge de la douleur ne fait toujours pas l'objet de recommandations codifiées (27).

Une étude internationale menée en 2018 chez les praticiens révèle de grandes variations dans les protocoles d'antalgie utilisés. La majorité des participants déclare ne pas faire d'évaluation proprement dite de la douleur ressentie par les femmes, et seize pour cent des professionnels ayant répondu indiquent ne jamais proposer ni prescrire d'antalgiques. Cette étude prouve un besoin avéré d'une standardisation des protocoles de prise en charge de la douleur dans le cadre des IVG médicamenteuses (7).

Une uniformisation des protocoles concernant les dosages de mifépristone et de misoprostol semble également primordiale. Une étude multicentrique française a montré que l'intensité de la douleur était plus importante pour une dose de 200 mg comparée à 600 mg de mifépristone. Cette différence demeure même après comparaison des âges,

gravidité, âge gestationnel ou encore intensité des douleurs de règles chez les sujets. Cette étude montre également une augmentation des effets indésirables avec une dose de 200 mg de mifépristone au lieu de 600 mg. On retrouve dans la littérature que l'efficacité est comparable pour les deux dosages de mifépristone avec parfois même un pourcentage plus important de grossesses évolutives avec une dose de 200 mg. Toutefois, les recommandations françaises ne valorisent pas un protocole plutôt qu'un autre, car les deux posologies sont indiquées (Annexe I, II) (5,9) .

L'intervalle entre la prise de mifépristone et de misoprostol est également l'objet de débats. Il semble que la perte d'efficacité ne soit pas significative quand on réduit l'intervalle à 24h, voire même à 8h, alors que les douleurs ressenties sont d'autant plus importantes que ce délai est long. Les protocoles français recommandent pourtant un intervalle de 36 à 48h entre la prise des deux médicaments (Annexe I, II) (5).

2.4.3. Prise en charge de la douleur physique

2.4.3.1. *Antalgiques*

Alors que la prise en charge de la douleur par palier d'antalgique est indispensable pour le confort de la femme selon le CNGOF (20), peu d'antalgiques ont en réalité été étudiés dans le cadre des IVG médicamenteuses.

Dans une thèse de médecine parue en 2017, l'auteur retrouve que les travaux de recherche sur l'évaluation de protocoles de prise en charge de la douleur de l'IVG médicamenteuse utilisent toujours les mêmes antalgiques : le paracétamol, le paracétamol codéiné et en particulier l'ibuprofène. Les résultats de ces études montrent en général une efficacité de l'ibuprofène supérieure à celle du paracétamol. Malgré l'utilisation des mêmes antalgiques dans les études, les posologies varient de manière importante selon les protocoles, ce qui rend l'analyse des résultats difficile, de même que l'établissement d'un protocole antalgique utilisable en France. En effet, certaines études utilisent des doses d'antalgiques largement supérieures à celles autorisées en France, sans forcément démontrer l'innocuité de ces produits. De plus, d'autres thérapeutiques n'ont peu ou pas été évaluées, comme par exemple le tramadol, d'autres AINS (notamment le flurbiprofène, fréquemment utilisé pour les dysménorrhées), ou encore les anti-spasmodiques de type phloroglucinol (27).

Une étude parue en 2016 retrouve qu'un quart des participantes a pris plus d'analgésiques que ceux prescrits par la clinique. Une proportion importante des femmes rapporte avoir eu besoin d'analgésiques pour une durée supérieure à une journée, parfois jusqu'à plusieurs jours ou semaines. Certaines auraient aimé bénéficier d'analgésiques plus forts que ceux qu'on leur avait prescrits. Le fait que certaines patientes aient pris plus d'analgésiques que la dose recommandée suggère que l'information concernant ces médicaments devrait être plus précise. Les auteurs recommandent qu'une dose supplémentaire d'analgésiques soit prescrite en cas de besoin. Ils suggèrent également que les protocoles d'analgésiques soient réévalués, notamment en prenant en compte la durée du traitement, certaines patientes décrivant un besoin d'analgésiques pour une durée supérieure à celle initialement prévue par les professionnels (8).

2.4.3.2. Méthodes non pharmacologiques

Les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur peuvent être utilisées en complément ou remplacer les méthodes pharmacologiques. L'OMS dénombre plusieurs centaines de médecines alternatives et complémentaires. Parmi elles, on retrouve entre autres l'acupuncture, la neurostimulation électrique transcutanée, l'hypnose, la sophrologie, la phytothérapie. Dans la littérature, très peu d'études évaluent l'efficacité de ces techniques non médicamenteuses d'antalgie pour les IVG par méthode médicamenteuse, alors que ces techniques sont de plus en plus utilisées dans les centres antidouleur (27).

Une étude brésilienne a évalué l'efficacité de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) sur les douleurs des contractions pendant le travail. Les résultats montrent une réduction significative de la douleur du travail, ainsi qu'un besoin moins précoce d'analgésie pharmacologique dans le groupe utilisant le TENS, sans que cela n'affecte les issues maternelles et néonatales. Les douleurs de l'accouchement pouvant être assimilées à des douleurs gynécologiques, il pourrait être intéressant d'évaluer l'efficacité du TENS pour la prise en charge de la douleur des IVG médicamenteuses (28).

L'électroacupuncture a été analysée dans le cadre d'IVG par méthode médicamenteuse par une étude datant de 2008. Les auteurs ont conclu que l'électroacupuncture - avec certains paramètres - permettait de réduire les douleurs abdominales, le temps d'expulsion du sac embryonnaire ainsi que la durée des saignements lors d'une IVG (29).

Une étude américaine récente s'est intéressée aux scores de douleur lors d'une IVG chirurgicale pour des patientes avec un suivi standard et d'autres ayant choisi d'ajouter des méthodes non pharmacologiques, comme par exemple de la musique pendant l'intervention. Les résultats ne montrent pas de réduction significative de la douleur dans le deuxième groupe mais cette approche n'impacte pas les scores de douleur ni les procédures de manière négative (30).

2.4.4. Prise en charge de la douleur psychologique

2.4.4.1. *Vécu des femmes*

Les composantes de la douleur n'étant pas seulement physiques, mais aussi psychologiques, il serait intéressant de connaître le vécu global des patientes ayant pratiqué une IVG. Certaines patientes évoquent même des répercussions directes de leur état psychique sur leur corps. De plus, le vécu psychique apparaît comme plus complexe que le vécu physique et peut s'avérer très hétérogène, certaines décrivant des répercussions importantes alors que pour d'autres le vécu semble peu impacté. Pourtant, peu de travaux de recherche abordent ce sujet, en particulier le vécu de l'IVG en ambulatoire (11).

Les instances françaises admettent que des évaluations supplémentaires des conséquences psychologiques des IVG sont requises. La HAS affirme ainsi que, compte tenu du peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG, des travaux sont nécessaires afin de préciser cette question (4). Les RPC du CNGOF recommandent une proposition de soutien psychologique systématique pour toutes les femmes qui ont une grossesse non prévue, quelle que soit l'issue de cette grossesse (20).

Une étude française évaluant l'acceptabilité d'une IVG à domicile versus à l'hôpital, montre que les patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile avaient un meilleur vécu sur le plan psychologique. Toutefois, cette étude n'étant pas randomisée, elle n'a pas un niveau de preuve satisfaisant. Les auteurs proposent d'effectuer des études prospectives randomisées pour une meilleure estimation (31).

2.4.4.2. *Accompagnement*

Une étude datant de 2016 visant à proposer des recommandations pour l'accompagnement psychologique des femmes en demande d'IVG montre que l'écoute et l'accompagnement des femmes apparaissent essentiels pour que l'IVG soit vécue au mieux. Le professionnel doit faire preuve d'empathie, de bienveillance, donner des informations et répondre aux questions. Lors d'une IVG avec hospitalisation, la qualité de l'accompagnement par l'équipe médicale semble aussi jouer un rôle non négligeable puisqu'il participe à l'aspect rassurant et la mise en confiance, certaines femmes décrivant au contraire une solitude résultant de difficultés relationnelles avec le personnel. Les soignants doivent être formés et sensibilisés à l'importance d'adapter leur accompagnement et leur discours en fonction de chaque patiente (32).

L'accompagnement tout au long de l'IVG est donc un élément essentiel, pouvant minimiser les risques d'un mauvais vécu psychologique. Dans une étude réalisée dans le cadre d'une thèse, de nombreuses patientes évoquent l'importance de se sentir entourées et accompagnées, d'une part par l'équipe médicale et d'autre part par leur entourage. La place du médecin ou de la sage-femme est délicate. Le professionnel doit être disponible et joignable, tout en laissant à la femme une certaine intimité. Il a été retrouvé que les patientes attendent un accompagnement très rapproché, mais à distance. Cet accompagnement doit se faire tout au long de l'IVG, mais aussi après : la notion de continuité est primordiale. Le rôle du professionnel de santé peut se résumer, selon cette étude, en trois missions principales :

- Orienter et accueillir la patiente
- Accompagner la femme dans ses démarches et sur le plan psychologique
- Clôturer l'épisode en permettant une réassurance par confirmation de l'efficacité et un suivi médical ultérieur, notamment en termes de contraception.

Pour résumer, un meilleur vécu pour les patientes passe par un accompagnement de qualité, où l'information dispensée et la communication jouent un rôle primordial (11).

3. Population et Méthodes

3.1. Population

3.1.1. L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude comprenait les professionnels de santé (sages-femmes et médecins) pratiquant les IVG médicamenteuses en milieu hospitalier ou libéral, en région Auvergne-Rhône-Alpes.

3.1.1.1. Les critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude l'ensemble des professionnels volontaires pour y participer, en activité au moment de l'étude, et pratiquant les consultations de suivi gynécologique en milieu libéral et hospitalier.

3.1.1.2. Les critères de non-inclusion

Les professionnels exclus de cette étude étaient les professionnels ne pratiquant pas les IVG par voie médicamenteuse.

3.2. Méthodes

3.2.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude descriptive observationnelle de type transversal.

3.2.2. Rappel des objectifs et des critères de jugement

3.2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de décrire les pratiques des professionnels (sages-femmes et médecins) en région Auvergne-Rhône-Alpes quant à la prise en charge de la douleur physique lors d'une IVG par méthode médicamenteuse.

3.2.2.2. *Objectifs secondaires*

Cette étude comportait plusieurs objectifs secondaires. Le premier était de déterminer si la prise en charge comprenait également l'aspect émotionnel de la douleur.

Le second était de décrire les différences de pratiques entre le milieu libéral et le milieu hospitalier.

3.2.2.3. *Critères de jugement principaux*

Les critères de jugement principaux étaient :

- Le pourcentage de types d'antalgiques prescrits par les professionnels lors de leur prise en charge (AINS, opioïdes, antispasmodiques ...)
- Le pourcentage de professionnels proposant des méthodes non pharmaceutiques de gestion de la douleur

3.2.2.4. *Critères de jugement secondaires*

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants :

- Le pourcentage de suivis psychologiques proposés
- Les écarts de pratique entre milieu libéral et milieu hospitalier

3.2.3. *Déroulement de l'étude et recueil de données*

3.2.3.1. *Recueil des données*

Les données ont été collectées via un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel RedCap, permettant d'interroger un échantillon suffisamment large tout en respectant l'anonymat des participants.

Le questionnaire comprenait 24 questions numérotées, jugées pertinentes pour permettre de répondre aux questionnements de l'étude. Les différentes questions pouvaient être à choix unique, à choix multiples ou des questions ouvertes. Le professionnel était interrogé sur ses habitudes de prescription et de prise en charge, ainsi que sur son auto-évaluation de la satisfaction des patientes face à sa prise en charge de la douleur lors d'une IVG médicamenteuse. A la fin du questionnaire, un espace était réservé pour permettre au professionnel de faire part de ses éventuelles remarques ou commentaires.

Un mail a été envoyé à chaque professionnel de la région Auvergne-Rhône-Alpes remplissant les critères d'éligibilité de l'étude. Étaient inclus dans ce mail une lettre d'information (Annexe III), ainsi qu'un lien renvoyant vers le questionnaire (Annexe IV). Deux semaines plus tard, un mail de relance a été envoyé, rappelant l'étude et ses objectifs, ainsi que le lien vers le questionnaire.

Le questionnaire a pu être diffusé grâce à l'aide de l'ARS (Agence Régionale de Santé) de la région AURA.

3.2.3.2. Saisie et codage des données

Les données ont été saisies dans un tableau à l'aide du logiciel tableur Excel. Une relecture du questionnaire et des réponses a été mise en place pour éviter les erreurs de validité des données ainsi que les résultats aberrants.

Le codage des données été réalisé grâce au logiciel RedCap, qui attribuait un numéro pour chaque réponse fournie. De plus, les données récoltées étaient traitées via le tableur Excel, avec un chiffrement numérique pour chaque réponse.

3.2.4. Analyse statistique des données

3.2.4.1. Tests statistiques

Cette étude était à visée purement descriptive, aucun test statistique n'a été réalisé. Pour l'essentiel, les résultats ont été présentés en effectifs et pourcentages.

3.2.5. Aspects éthiques et réglementaires

3.2.5.1. Avis des comités consultatifs

Cette étude a été réalisée après validation du Comité Scientifique et accord du Délégué à la Protection des Données, le tout dans le respect des règles éthiques .

3.2.5.2. Information et consentement

Les professionnels ont été avisés de l'étude par une lettre d'information envoyée par email. Leur consentement correspondait au remplissage ou non du questionnaire.

3.2.5.3. Anonymat

Les questionnaires étaient non nominatifs et ne comportaient pas de données permettant d'identifier les participants. De plus, lors de l'analyse des données, l'anonymat des professionnels a également été respecté.

4. Résultats

4.1. Description de la population de l'étude

Les résultats de l'étude portent sur les 85 questionnaires exploitables reçus. L'échantillon est donc de $n = 85$ au total.

4.1.1. Données générales

La population est composée à 85,9% de femmes et à 14,1% d'hommes. La moyenne d'âge des professionnels de santé est de 43 ans. La proportion de professionnels est de 45,9% de sages-femmes et de 54,1% de médecins.

En moyenne, ces professionnels sont en activité depuis 17,5 ans et pratiquent les IVG médicamenteuses depuis 7 ans.

On constate que la majorité des professionnels ayant répondu travaillent en secteur libéral ou en milieu hospitalier public (Tableau I).

Tableau I : Lieu d'exercice des professionnels interrogés

Lieu d'exercice	n	(%)
Libéral	44	(51,8)
Milieu hospitalier public	30	(35,3)
Centre de santé / CPEF	6	(7,1)
Libéral + centre de santé / CPEF	3	(3,5)
Non précisé	2	(2,3)
Total	85	(100,0)

4.2. Les pratiques professionnelles

4.2.1. Formation et convictions personnelles

Au total, 75,3% des professionnels ont suivi une formation spécifique pour les IVG en complément de leur diplôme avant de commencer à les pratiquer. Les principaux sujets abordés lors de ces formations regroupent les douleurs physique et psychologique,

l'accompagnement psychologique et la gestion de la douleur. On retrouve parfois les aspects pratiques de réalisation d'une IVG, ainsi que les aspects culturels, religieux et sociaux de l'IVG. Les professionnels n'ayant pas suivi de formation spécifique (24,7%) ont été formés directement dans le service où ils exercent, disposent d'un diplôme récent ou n'ont pas pu trouver de formation (parfois inexistante au début de leur exercice professionnel). Certains n'ont pas effectué de formation car ils n'en voyaient pas l'intérêt ou bien par manque de temps.

A la question : « Estimez-vous que prendre en charge la douleur dans le cadre d'une IVG par voie médicamenteuse est important ? », les réponses sont unanimes avec 97,6% de professionnels ayant répondu « Oui, tout à fait » et les 2,4% restants ayant choisi la réponse « Oui, plutôt ». La prise en charge de la douleur apparaît donc ici comme un enjeu majeur dans la pratique des professionnels de santé.

4.2.2. Déroulement de l'IVG

4.2.2.1. *Information délivrée aux patientes*

En ce qui concerne l'information des patientes quant à la douleur physique qu'elles peuvent ressentir, environ deux tiers des professionnels délivre une information orale et écrite, conformément aux recommandations. Le reste des professionnels délivre une information orale uniquement ou ne se prononce pas (Tableau II).

Tableau II : type d'information délivrée par les professionnels

Type d'information délivrée	n	(%)
Orale + écrite	59	(69,4)
Orale uniquement	24	(28,2)
Écrite uniquement	0	(0,0)
Ne se prononce pas	2	(2,4)
Total	85	(100,0)

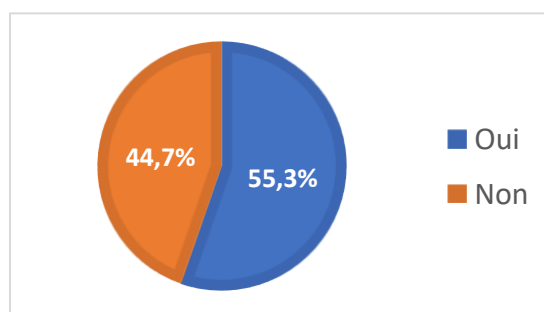
La majorité des professionnels interrogés (82,4%) estime qu'une information préalable sur la douleur potentiellement ressentie a un impact positif sur le vécu de l'IVG

médicamenteuse par les patientes. Les autres professionnels ne savent pas (12,9%), pensent que non (2,4%), ou ne se prononcent pas (2,4%).

4.2.2.2. *Évaluation de la douleur*

La douleur physique ressentie par les patientes lors de l'IVG est évaluée grâce à une EVA ou une EN par la moitié des professionnels environ, puisque 55,3% procèdent à une EN ou EVA contre 44,7% (Figure 1).

Figure 1 : Proportion de praticiens évaluant la douleur physique des patientes



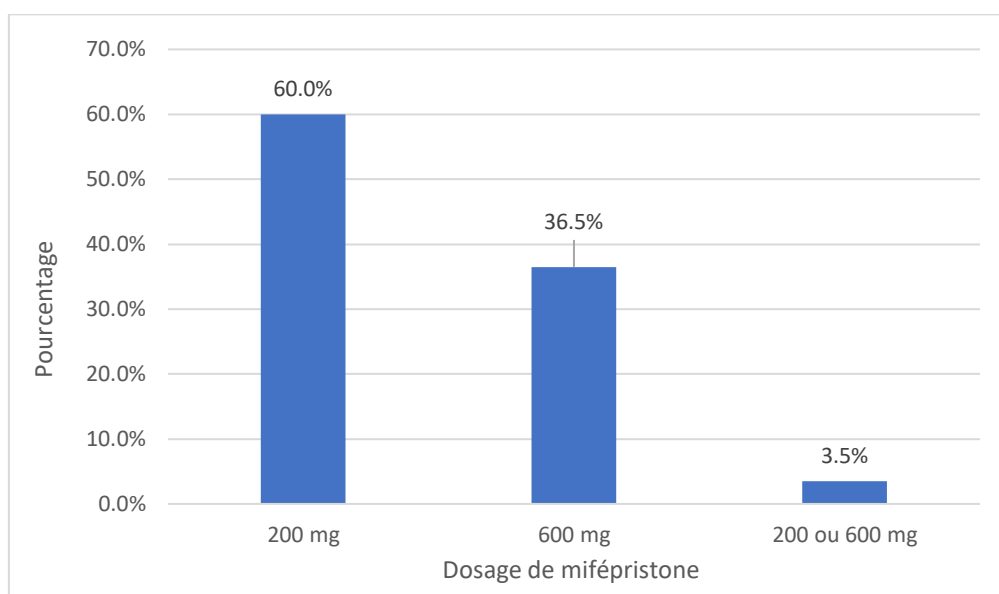
Parmi les professionnels évaluant la douleur, 53,2% le font une seule fois pendant leur prise en charge et 42,6% le font plus d'une fois. Ces évaluations de la douleur physique ont lieu en majorité lors de la prise de misoprostol ou quelques heures après, ainsi que lors de la visite de contrôle.

4.2.2.3. *Thérapeutiques utilisés pour la pratique de l'IVG*

On constate que les pratiques ne sont pas uniformes en termes de dosage des thérapeutiques utilisés dans l'IVG, soit l'antiprogestérone (mifépristone par voie orale) et la prostaglandine (misoprostol par voie orale ou géméprost par voie vaginale).

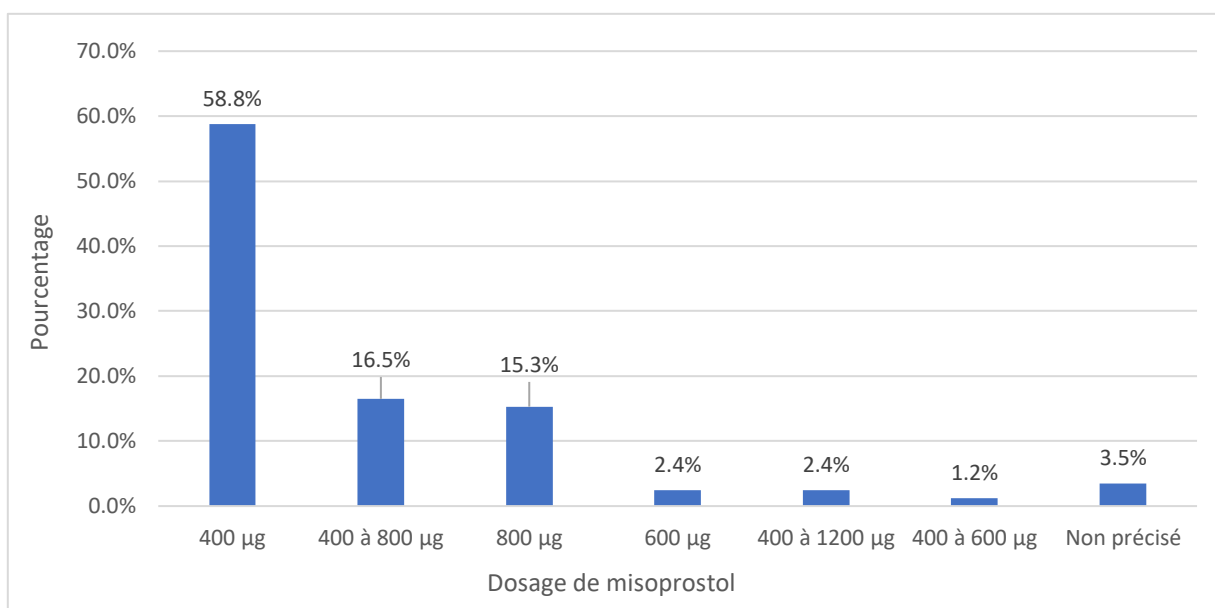
Concernant la mifépristone, une majorité de professionnels délivre une dose de 200 mg. Une dose de 600 mg est délivrée dans environ un tiers des cas, et une petite partie des professionnels interrogés délivrent soit un dosage de 200 mg soit un dosage de 600 mg (Figure 2).

Figure 2 : Pratiques de dispensation de la mifépristone



Tous les professionnels interrogés utilisent du misoprostol comme prostaglandine. Bien qu'une majorité de praticiens dispensent 400 µg de misoprostol, les pratiques ne sont pas uniformes (Figure 3).

Figure 3 : Pratiques de dispensation du misoprostol



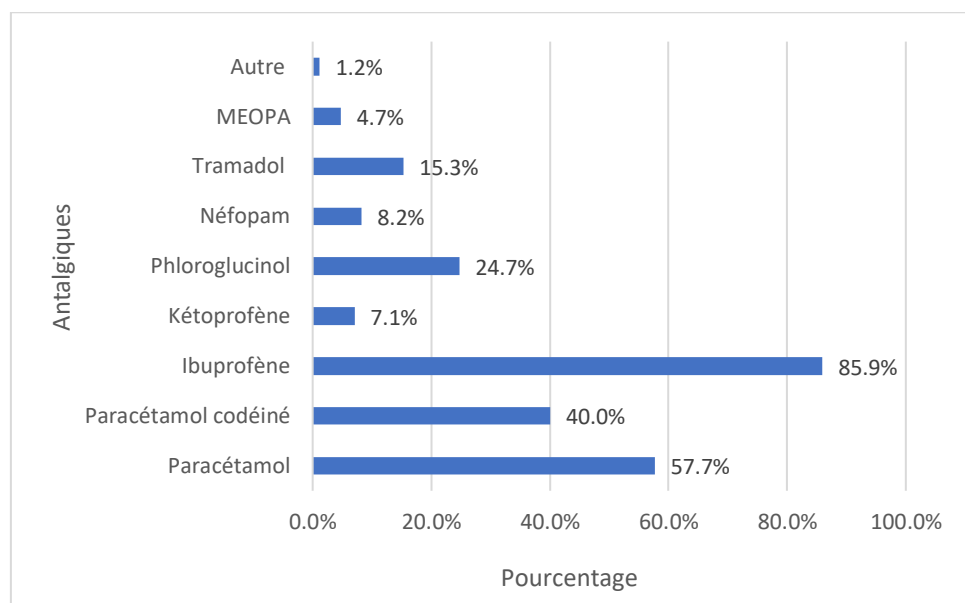
4.2.3. Prise en charge de la douleur physique

4.2.3.1. Antalgiques

Les professionnels déclarent que l'établissement dans lequel ils travaillent ou avec lequel ils ont passé une convention propose un protocole de prise en charge antalgique des IVG médicamenteuses dans 75,3% des cas. Les protocoles décrits regroupent très souvent les mêmes classes d'antalgiques, à savoir : paracétamol, AINS, paracétamol en association avec des opiacés. Dans certains protocoles on retrouve l'usage de néfopam, antispasmodiques ou opiacés. Dans les réponses enregistrées, il n'y a pas de consensus sur les protocoles décrits en termes de thérapeutiques utilisées, de posologies ou de durée de traitement.

La grande majorité des praticiens (98,8%) prescrit systématiquement des antalgiques lors d'une IVG médicamenteuse. Les types d'antalgiques, les posologies et les durées de traitement sont différents pour chaque professionnel.

Figure 4 : Pourcentage de types d'antalgiques prescrits



Dans les questionnaire envoyé aux professionnels, plusieurs réponses sont possibles, ce qui explique que le total ne soit pas égal à 100,0%.

La catégorie « Autre » regroupe différents AINS, associations de paracétamol et d'opiacés, ou morphine.

Certains professionnels (12,9%) adaptent leur prescription d'antalgiques en fonction de la patiente. Les critères utilisés pour modifier cette prescription sont principalement la présence de dysménorrhées, l'EVA, la gestité / parité, l'âge de la patiente, et parfois les antécédents d'IVG. Les praticiens modifient leurs prescriptions selon les médicaments déjà connus par la patiente ou ceux efficaces en cas de dysménorrhées par exemple.

De plus, 48,2% des professionnels interrogés déclarent faire une nouvelle prescription si celle qu'ils ont faite initialement s'avère insuffisante. La nouvelle prescription comportera alors des antalgiques de paliers supérieurs ou bien une prolongation de la prescription initiale.

4.2.3.2. *Méthodes non pharmacologiques*

Les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur apparaissent moins répandues parmi les professionnels de santé. En effet, près de la moitié (48,2%) ne propose jamais ou rarement de méthodes non pharmacologiques aux patientes. Environ un tiers des professionnels dit en proposer de manière non systématique (souvent ou parfois). Près d'un praticien sur cinq déclare en proposer systématiquement (Tableau III).

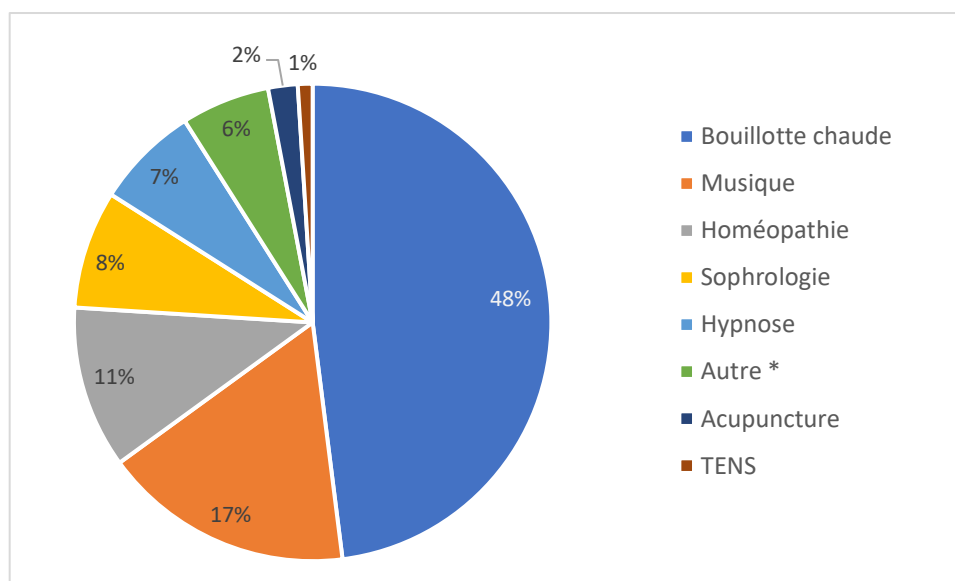
Tableau III : Fréquence de proposition de méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur par les professionnels

Réponse du praticien	n	(%)
Toujours	16	(18,8)
Souvent	14	(16,5)
Parfois	14	(16,5)
Rarement	7	(8,2)
Jamais	34	(40,0)
Total	85	(100,0)

Les principales méthodes de gestion de la douleur conseillées par les professionnels sont l'application d'une bouillotte chaude, la musique, l'homéopathie et

les pratiques de relaxation (sophrologie ou hypnose) (Figure5). Des méthodes décrites moins souvent sont la présence d'un accompagnant, l'acupuncture, la mobilisation, le froid ou un bain. L'utilisation de TENS est proposée par un des professionnels interrogés.

Figure 5 : Les différentes méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur



* La catégorie « Autre » englobe la présence d'un accompagnant, la mobilisation, l'application de froid ou un bain.

4.2.4. Prise en charge de la douleur psychologique

Les données recueillies montrent que la moitié des praticiens propose systématiquement un soutien psychologique aux patientes. On retrouve également que 42,4% des professionnels proposent cet accompagnement de manière non systématique. Enfin, quelques praticiens le proposent uniquement si la demande vient de la patiente (Tableau IV).

Tableau IV : Fréquence de proposition d'un soutien psychologique par les professionnels

Réponse du praticien	n	(%)
Toujours	43	(50,6)
Souvent	18	(21,2)
Parfois	13	(15,3)
Rarement	5	(5,9)
Seulement sur demande de la patiente	4	(4,7)
Ne se prononce pas	2	(2,3)
Total	85	(100,0)

Parmi les professionnels proposant une aide psychologique, 25,9% le font une fois, et 67,1% le font plusieurs fois au cours de leur prise en charge. Ces propositions d'accompagnement sont réalisées notamment au moment de la consultation pré-IVG, de la consultation de contrôle, ou au moment de la prise des médicaments. On les retrouve plus rarement à distance de l'IVG, et seuls quelques professionnels déclarent faire cette proposition à tout moment si cela leur semble nécessaire.

Par ailleurs, la proposition ou la prescription d'un arrêt de travail est systématique pour 24,7% des praticiens, seulement en cas de demande de la patiente dans 31,8% des cas, et 3,5% des professionnels déclarent ne jamais prescrire d'arrêt de travail.

4.2.5. Suivi des patientes

Les professionnels interrogés sont une grande majorité (93%) à estimer que les femmes ayant choisi une IVG médicamenteuse à domicile peuvent les joindre facilement ou la structure dont ils dépendent.

En présence de douleurs trop importantes, 47,1% des professionnels disent être recontactés par les patientes, 29,4% des professionnels déclarent l'être rarement et 23,5% disent ne jamais être recontactés.

La majorité des praticiens interrogés (83,6%) s'assure auprès des patientes que la prise en charge de la douleur proposée a répondu à leurs attentes. La plupart (94,1%)

estime également que la prise en charge de la douleur qu'ils offrent est optimale, alors que 3,5% n'est pas d'accord avec cette affirmation.

4.3. Différences de pratiques entre milieux libéral et hospitalier

Un des objectifs de cette étude était de comparer les pratiques entre milieu libéral et milieu hospitalier. On considère que l'exercice libéral englobe les professionnels libéraux, les professionnels travaillant en CPEF et les praticiens ayant une activité mixte. Cet échantillon comporte n = 53 professionnels, dont 30 médecins et 23 sages-femmes. L'exercice hospitalier ne concerne que les praticiens travaillant en hôpital, l'échantillon considéré est de n = 30 professionnels (15 médecins et 15 sages-femmes). Deux réponses au questionnaire n'étant pas exploitables, elles n'ont pas été comptabilisées. Les différences de pratiques ont été analysées selon les critères suivants :

- Informations délivrée aux patientes
- Évaluation de la douleur physique
- Dosage de mifépristone utilisé pour l'IVG
- Présence d'un protocole antalgique
- Modification de la prescription d'antalgiques en fonction de la patiente
- Renouvellement d'une prescription d'antalgiques si besoin
- Proposition de méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur
- Proposition d'accompagnement psychologique
- Prescription d'arrêt de travail

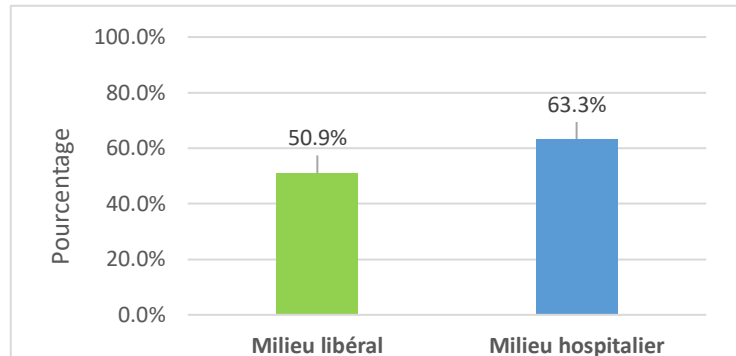
4.3.1. Informations délivrées aux patientes

En milieu hospitalier, environ deux tiers des professionnels (63,3%) dispensent des informations de manière orale et également écrite concernant la douleur physique pouvant être ressentie par les patientes. Les praticiens exerçant en milieu libéral sont plus nombreux (75,5%) à délivrer ces deux types d'information.

4.3.2. Évaluation de la douleur physique

L'évaluation de la douleur physique par EN ou EVA est effectuée dans un peu plus de la moitié des cas pour les deux échantillons, la proportion de professionnels à la réaliser étant légèrement supérieure en milieu hospitalier (Figure 6).

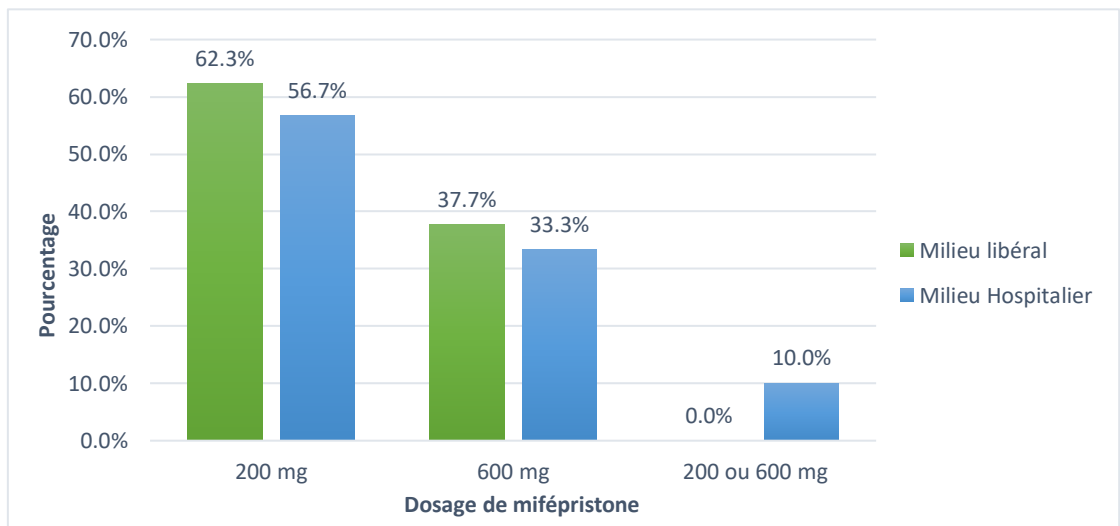
Figure 6 : Proportion de praticiens évaluant la douleur



4.3.3. Dosage de mifépristone utilisé pour l'IVG

En milieu libéral, on remarque que la mifépristone est dispensée majoritairement avec un dosage de 200 mg ; le dosage à 600 mg est nettement moins utilisé. Dans l'exercice hospitalier, le dosage de 200 mg est également majoritaire (plus de la moitié des cas). Les praticiens choisissent ensuite un dosage à 600 mg et une minorité dispense la mifépristone soit à 200 mg soit à 600 mg (Figure 7).

Figure 7 : Comparaison de l'usage de la mifépristone entre milieu libéral et hospitalier



4.3.4. Présence d'un protocole antalgique

La majorité des professionnels interrogés déclarent disposer d'un protocole antalgique, mis à disposition par la structure hospitalière dans laquelle ils exercent ou avec laquelle ils ont passé une convention. Toutefois, certains professionnels n'ont pas à leur disposition de protocole établi. Cela concerne environ un tiers (34%) des professionnels exerçant en libéral et un dixième (10%) des professionnels hospitaliers.

4.3.5. Modification de la prescription d'antalgiques en fonction de la patiente

Les résultats précédents (cf partie 4.2.3.1.) mettent en évidence qu'une petite partie des praticiens adaptent leur prescription d'antalgiques en fonction des caractéristiques et des antécédents de leurs patientes. Parmi eux, la grande majorité (72,7%) sont des professionnels hospitaliers. Les professionnels libéraux sont moins concernés, puisqu'ils représentent les 27,3% restants.

4.3.6. Renouvellement d'une prescription d'antalgiques

Les résultats retrouvés en comparant les deux milieux d'exercice sont presque concordants avec ceux obtenus en analysant l'échantillon total. En effet, 56,7% des professionnels hospitaliers et 45,3% des professionnels libéraux déclarent faire une nouvelle prescription d'antalgiques si celle qu'ils ont faite initialement n'est pas suffisante.

4.3.7. Proposition de méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur

Dans les deux milieux d'exercice, on compte environ un cinquième des praticiens proposant systématiquement une ou plusieurs méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur. En libéral, environ un tiers (32,1%) des professionnels propose ces méthodes de manière non systématique, et la moitié (49,1%) en propose rarement ou pas du tout. A l'hôpital, c'est un peu plus d'un tiers des professionnels (36,6%) qui

dit conseiller des méthodes non pharmacologiques aux patientes, et un peu moins de la moitié (43,3%) qui n'y a jamais ou rarement recours (Tableau V).

Tableau V : Fréquence de proposition de méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur : comparaison milieu libéral / hospitalier

Réponse du praticien	Milieu libéral	Milieu hospitalier
	n (%)	n (%)
Toujours	10 (18,9)	6 (20,0)
Souvent	7 (13,2)	7 (23,3)
Parfois	10 (18,9)	4 (13,3)
Rarement	3 (5,7)	3 (10,0)
Jamais	23 (43,4)	10 (33,3)
Total	53 (100,0)	30 (100,0)

4.3.8. Proposition d'accompagnement psychologique

Dans les deux cas, environ la moitié des praticiens propose systématiquement un accompagnement psychologique aux patientes. En secteur libéral, 45,2% proposent de manière occasionnelle ce type de soutien, contre 40,0% en secteur hospitalier. Enfin, une faible proportion ne propose cet accompagnement que sur demande de la patiente.

Tableau VI : Fréquence de proposition d'accompagnement psychologique selon le secteur d'activité

Réponse du praticien	Milieu libéral	Milieu hospitalier
	n (%)	n (%)
Toujours	27 (50,9)	16 (53,3)
Souvent	12 (22,6)	6 (20,0)
Parfois	7 (13,2)	6 (20,0)
Rarement	5 (9,4)	0 (0,0)
Sur demande de la patiente	2 (3,8)	2 (6,7)
Total	53 (100,0)	30 (100,0)

4.3.9. Prescription d'arrêt de travail

Lors de leur prise en charge des IVG, environ un quart des professionnels de chaque secteur déclare prescrire un arrêt de travail à toutes les patientes. De même, environ un tiers des professionnels libéraux et hospitaliers ne le prescrit que sur demande des patientes. Enfin, 1,9% des praticiens libéraux ne prescrit jamais d'arrêt de travail, contre 6,7% en milieu hospitalier.

Tableau VII : Fréquence de prescription d'un arrêt de travail en fonction du secteur d'exercice

Réponse du praticien	Milieu libéral n (%)	Milieu hospitalier n (%)
Toujours	13 (24,5)	8 (26,7)
Souvent	8 (15,1)	2 (6,7)
Parfois	14 (26,4)	8 (26,7)
Jamais	1 (1,9)	2 (6,7)
Sur demande de la patiente	17 (32,1)	10 (33,3)
Total	53 (100,0)	30 (100,0)

5. Discussion

5.1. Forces et limites de l'étude

5.1.1. Forces de l'étude

Le questionnaire utilisé comporte une majorité de questions fermées ou à choix multiples. Ce type de questions permet une simplification du recueil ainsi que de l'exploitation des données. Les questions ouvertes figurant dans le questionnaire permettent une plus grande diversité des réponses ainsi que l'enrichissement des réponses apportées par les questions fermées.

Dans cette étude, la garantie de l'anonymat du questionnaire a permis une certaine fiabilité des réponses, ce qui donne lieu à des résultats représentatifs des pratiques actuelles des professionnels.

Compte-tenu de l'importance de la région choisie pour cette étude, les résultats obtenus peuvent en théorie être transposés au reste du pays.

5.1.2. Limites de l'étude

Parmi les limites de l'étude, on peut mentionner un biais de sélection, cette étude s'intéressant uniquement aux professionnels de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes. La population étudiée n'est donc peut-être pas représentative de la diversité de l'ensemble des pratiques observables sur le territoire français.

De plus, le questionnaire ayant été diffusé par le biais de l'ARS, il n'a pas été possible de connaître le nombre de questionnaires ayant été relayés. Cela ne permet pas d'apprécier le taux de participation des professionnels sollicités par cette étude. Le nombre de praticiens de chaque catégorie (médecins et sages-femmes) à qui le questionnaire a été envoyé n'est pas non plus connu, alors que la possession de ces données pourrait s'avérer d'intérêt pour l'analyse des résultats.

Concernant le taux de réponses, l'échantillon total de l'étude apparaît de faible puissance ($n < 100$). Une population d'une taille suffisante aurait pu être obtenue en interrogeant un plus grand nombre de professionnels, par exemple en diffusant le questionnaire au niveau national plutôt que régional.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. La population de l'étude

La population étudiée est composée en grande majorité de femmes. Cela peut s'expliquer par la forte incidence des sages-femmes, profession essentiellement féminine. La moyenne d'âge des professionnels interrogés est plutôt basse, traduisant un jeune âge des praticiens. L'exercice de l'IVG est en moyenne lui aussi récent. En effet, les sages-femmes, représentant la moitié de l'échantillon, sont autorisées à pratiquer l'IVG médicamenteuse depuis « seulement » 2016 (2).

La plupart des professionnels interrogés exerce en milieu libéral ou hospitalier, ce qui s'explique par le fait que la majorité des IVG médicamenteuses sont pratiquées dans ces deux secteurs. En 2017, 78,9% des IVG médicamenteuses ont eu lieu en établissement de santé, 19,2% se sont déroulées en libéral, et 2,2% en centre de santé ou CPEF (3).

5.2.2. Les pratiques professionnelles

Un praticien sur quatre n'a pas suivi de formation spécifique aux IVG médicamenteuses en complément de son diplôme avant de commencer à les pratiquer. Certains professionnels n'ont pas suivi de telle formation car ils n'ont pas réussi à en trouver, ou que ce type de formation n'existait pas. Des travaux ont mis en évidence le manque de formation (pratique et théorique) comme frein à la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé. De plus, les formations continues proposées en France sont très hétérogènes, que ce soit dans leur organisation ou leur contenu (33,34).

Les professionnels sont unanimes quant à l'importance de la prise en charge de la douleur : la quasi-totalité se sent concernée par cette prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse. La lutte contre la douleur est un enjeu de santé publique majeur, faisant partie intégrante du système de soins français depuis de nombreuses années, et le soulagement de la douleur fait partie de la formation des professionnels de santé (35).

Deux-tiers des professionnels interrogés délivrent une information à la fois orale et écrite concernant la douleur pouvant être ressentie par les patientes, et la majorité pense qu'une information préalable sur la douleur a un impact positif sur le vécu de l'IVG. Les

recommandations suggèrent que lors de la consultation pré-IVG, des documents écrits doivent être mis à disposition des patientes en complément des informations orales. Certains travaux ont retrouvé que certaines patientes décrivent un manque d'information concernant la douleur et les saignements, ce qui impacte leur vécu de l'IVG. Un des devoirs fondamentaux des professionnels de santé, figurant dans le code de déontologie, est l'information des patients. Pour que l'IVG soit vécue au mieux, il apparaît important d'intégrer une information complète dans l'accompagnement des femmes (4,8,32).

Bien que l'évaluation de la douleur ressentie par le patient soit une démarche indispensable à la prise en charge de celle-ci, les professionnels interrogés sont la moitié à évaluer la douleur de leurs patientes. Dans la littérature, on retrouve également que cette évaluation n'est pas systématique pour tous les professionnels. On peut aussi s'interroger sur l'intérêt ou la fiabilité d'évaluer la douleur sans posséder au préalable un protocole antalgique établi. A ce sujet, des auteurs décrivent la nécessité de standardiser les méthodes d'évaluation de la douleur (6,7).

Les pratiques concernant le schéma thérapeutique de l'IVG (mifépristone et misoprostol) apparaissent comme très hétérogènes. La plupart des professionnels dispensent la mifépristone à 200 mg et tous les professionnels interrogés utilisent du misoprostol, le plus souvent dosé à 400 µg. Les recommandations proposent plusieurs schémas thérapeutiques possibles (mifépristone 200 ou 600 mg, misoprostol 400 µg ou géméprost 1 mg par voie vaginale). Elles précisent que lorsque la mifépristone 200 mg est utilisée, seul le géméprost par voie vaginale peut être associé, et non le misoprostol comme retrouvé dans les réponses au questionnaire. Elles indiquent également de ne pas utiliser une dose de misoprostol supérieure à 400 µg, alors que près de la moitié des praticiens interrogés y ont recours (Annexe I, II).

Les discordances entre les recommandations et la pratique, ainsi qu'entre les professionnels eux-mêmes pourraient être liées à la formation initiale des professionnels. En effet, la formation à la pratique des IVG médicamenteuses se déroule en établissement de santé, chaque structure ayant des habitudes de service différentes. Le prix des spécialités est peut être un facteur déterminant dans le choix des stratégies thérapeutiques, la mifépristone à 200 mg ayant un coût de revient inférieur à la mifépristone 600 mg. De plus, une étude multicentrique datant de 2015 conduite en France retrouve que l'intensité de la douleur est supérieure avec une dose de 200 mg comparé à une dose de 600 mg de mifépristone. Les auteurs de cette étude invitent à opter pour un protocole utilisant 600mg

plutôt que 200 mg de mifépristone. L'intégration de recommandations actualisées et clarifiées dans la formation initiale des professionnels pratiquant les IVG permettrait une uniformisation des pratiques et pourrait s'avérer pertinente dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur (9,25).

En France, il n'existe pas de recommandation standardisée : les établissements et les professionnels conventionnés ne bénéficient pas toujours de protocoles antalgiques pour les IVG. Cela explique que les protocoles décrits par les praticiens interrogés présentent une grande hétérogénéité dans les types d'antalgiques, les posologies et durées de traitement. Les données de la littérature confirment l'hétérogénéité des protocoles et des pratiques, et la nécessité de les améliorer grâce à de nouvelles recherches (7,10).

Les antalgiques les plus utilisés par les professionnels interrogés sont l'ibuprofène, le paracétamol et le paracétamol codéiné. Dans la littérature, on retrouve que les études s'intéressant à l'évaluation des antalgiques dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse utilisent principalement ces trois molécules (27).

En pratique, peu de professionnels adaptent leur prescription en fonction des caractéristiques et des antécédents des patientes. Or, plusieurs travaux ont démontré que certaines catégories de patientes sont plus à risque de ressentir des douleurs de plus forte intensité. Identifier les patientes présentant ces facteurs de risque permettrait de porter une attention particulière à la gestion de la douleur chez ces patientes (5,7,8).

Dans le cas où la prescription initiale s'avère insuffisante, une petite moitié des praticiens ayant répondu au questionnaire déclare faire une nouvelle prescription avec des antalgiques de paliers supérieurs ou bien une prolongation de la prescription. Cela peut s'expliquer par exemple par un manque de faisabilité, notamment en libéral car une nouvelle prescription impliquerait de faire revenir les patientes. Dans la littérature, une proportion significative des patientes déclare avoir eu besoin de davantage d'antalgiques que ceux qui leur avaient été prescrits. Une meilleure évaluation de la douleur et une meilleure connaissance des facteurs de risque de douleur importante permettraient de mieux identifier les besoins des patientes et ainsi d'adapter les prescriptions antalgiques (8).

Environ la moitié des professionnels interrogés conseille régulièrement des méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur aux patientes. Cela indique que ces méthodes sont présentes dans les pratiques. Cependant, elles restent peu employées

(40,0% des professionnels disent ne jamais y avoir recours) et peu diversifiées. Dans la littérature, on remarque que ces méthodes sont également sous-évaluées, bien qu'il existe un grand nombre de médecines alternatives et complémentaires. Des méthodes comme par exemple l'hypnose ou la sophrologie, de plus en plus utilisées par le personnel soignant, n'ont pas été étudiées dans la prise en charge des IVG médicamenteuses. Aucune étude valable sur l'efficacité de la thermothérapie n'a été retrouvée dans la littérature, alors que l'application d'une bouillotte chaude est la méthode la plus décrite par les professionnels interrogés. Plus de deux tiers des patientes ayant participé à une étude suédoise en 2016 ont utilisé une ou plusieurs méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur. Ces méthodes pouvant potentiellement constituer une aide supplémentaire dans l'accompagnement des patientes, leur évaluation pourrait permettre de mieux les appréhender et ainsi de les intégrer davantage dans la prise en charge. De plus, une explication plausible au moindre recours à ces techniques pourrait être que la mise en place de certaines, notamment dans le cadre des IVG à domicile, peut s'avérer peu commode, comme par exemple l'acupuncture ou l'utilisation du TENS (8,27). Dans cette étude, les méthodes non pharmacologiques sont associées à la gestion de la douleur physique, alors que dans la littérature certaines peuvent être reliées à l'aspect émotionnel (présence d'un accompagnant par exemple). Ainsi, l'évaluation des méthodes non pharmacologiques pourrait également s'intéresser à leur impact sur la dimension psychologique.

Les résultats de cette étude montrent que la moitié des praticiens propose systématiquement un soutien psychologique aux patientes. Cependant, les recommandations préconisent une proposition de soutien pour toutes les femmes ayant recours à une IVG. Ces mêmes recommandations expriment l'insuffisance de données et la nécessité de travaux supplémentaires afin de préciser le retentissement psychologique de l'IVG (4,20).

En ce qui concerne les arrêts de travail, les résultats montrent qu'ils ne sont ni prescrits ni proposés systématiquement par la majorité des professionnels. Un tiers des praticiens ne dit en prescrire qu'en cas de demande de la patiente et une petite partie déclare même ne jamais en prescrire. Le fait que les sages-femmes soient autorisées à prescrire un arrêt de travail dans le cadre d'une IVG semble en contradiction avec ce résultat (19).

Les professionnels interrogés estiment en grande majorité que les femmes ayant choisi une IVG à domicile peuvent les joindre facilement ou la structure dont ils dépendent en cas de besoin. Ces résultats sont en accord avec les recommandations, qui préconisent d'indiquer aux patientes un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence (4).

Bien que certains professionnels rapportent être recontactés en cas de douleurs trop importantes, il serait intéressant de mener une enquête auprès des patientes, pour connaître leur ressenti.

Une forte proportion des praticiens interrogés déclare s'assurer auprès des patientes que la prise en charge de la douleur qu'ils ont proposée a répondu à leurs attentes et la grande majorité estime également que cette dernière est optimale. Toutefois, les données de la littérature décrivent une proportion non négligeable de patientes n'étant pas soulagées par les protocoles proposés. Ces résultats montrent une discordance entre la perception des professionnels et celle des patientes (8).

Il serait intéressant là aussi de mener une enquête auprès des femmes pour connaître leur ressenti, peu de travaux s'intéressant à ce jour à la satisfaction des patientes.

5.2.3. Comparaison des pratiques entre milieu libéral et hospitalier

Un des objectifs de cette étude était de décrire les différences de pratiques existant entre le milieu libéral et le milieu hospitalier. Aucune donnée de la littérature n'a été retrouvée concernant cet aspect de l'étude, ne permettant pas de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres travaux. Les résultats retrouvés ne montrent pas de divergence majeure entre les deux exercices. Ceci est probablement dû au fait que la formation des professionnels de santé aux IVG se déroule en établissement de santé. La comparaison des résultats observés dans les deux milieux permet cependant de noter quelques légères différences.

Tout d'abord, les praticiens sont une plus grande proportion à évaluer la douleur (EN ou EVA) lorsqu'ils exercent en milieu hospitalier. Ceci peut s'expliquer par la plus grande facilité d'accès aux patientes pour les professionnels en établissement de santé.

En ce qui concerne la posologie de la mifépristone, la HAS recommande de privilégier une prise de 600 mg de mifépristone jusqu'à 7 SA (limite pour les IVG médicamenteuses hors établissement de santé), sachant qu'une prise de 200 mg reste possible. En revanche, entre 7 et 9 SA (uniquement en établissement de santé), une prise de 200 mg est conseillée, et une dose de 600 mg peut être utilisée. De plus, si une dose de 200 mg de mifépristone est utilisée, seul le géméprost par voie vaginale peut être associé (Annexe I, II).

L'application des recommandations de la HAS aurait dû conduire à une différence marquée entre les deux milieux considérés. En effet, l'utilisation de 600 mg de mifépristone devrait être largement majoritaire en milieu libéral, puisqu'elle concerne les IVG avant 7 SA. Les établissements de santé prenant en charge les IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA, une répartition entre les deux dosages (200 et 600 mg) devrait donc pouvoir être observée, proportionnellement au nombre d'IVG réalisées avant 7 SA ou entre 7 et 9 SA.

Les résultats retrouvés indiquent une utilisation largement supérieure de mifépristone 200 mg en libéral et à l'hôpital. Seulement un dixième des établissements de santé utilise les deux dosages préconisés. De plus, tous les professionnels interrogés utilisent du misoprostol, alors que le géméprost est la seule association possible avec la mifépristone 200 mg dans les recommandations de la HAS.

Ces discordances entre les recommandations et les pratiques pourraient trouver une explication dans le coût des spécialités, ainsi que dans le choix laissé aux praticiens dans la formulation des recommandations.

5.3. Projet d'actions

Cette étude met en lumière différents axes d'amélioration et de réflexion possibles. Tout d'abord, il serait souhaitable que les pratiques professionnelles deviennent plus homogènes. Dans ce but, une réévaluation et une standardisation des protocoles thérapeutiques et antalgiques semble appropriée. Des études complémentaires visant à mieux connaître les méthodes efficaces de gestion de la douleur, tant sur le plan pharmacologique que sur le plan non pharmacologique pourraient être envisagées. Il serait également utile de proposer de nouvelles évaluations portant sur différentes classes

d'antalgiques et leur efficacité, ainsi que sur l'intérêt des méthodes non pharmacologiques.

Il apparaît également utile d'effectuer de nouvelles recherches sur les facteurs influençant le ressenti de la douleur lors des IVG médicamenteuses, afin d'adapter les prises en charges proposées. L'identification par les professionnels des patientes présentant ces facteurs de risque contribuerait également à un meilleur ciblage, à la fois des prescriptions antalgiques, des méthodes non pharmacologiques et de l'accompagnement psychologique.

L'évaluation de la douleur à plusieurs reprises est peu réalisée par les praticiens, et présente des obstacles à sa mise en place, notamment en libéral. Une autonomisation des patientes concernant les prescriptions pourrait être envisagée. Par exemple la délivrance de deux prescriptions antalgiques différentes, dont une comportant des antalgiques plus puissants (palier 2 ou 3) en cas de persistance des douleurs pourrait être intéressante. Cependant, la crainte d'un usage détourné d'antalgiques de palier 3 peut être un frein à leur prescription. De plus, il serait certainement difficile d'anticiper la prescription de ces substances de manière sécuritaire pour les IVG à domicile.

Il semble que l'IVG et son retentissement sur le vécu des patientes, tant sur le plan physique que psychologique, soient encore mal connus. En vue d'améliorer les pratiques, il paraîtrait opportun de faire davantage d'évaluations auprès des femmes concernant leur vécu et leurs attentes en matière de prise en charge par les équipes médicales. La satisfaction des femmes quant à la prise en charge de la douleur qui leur a été proposée pourrait également être évaluée et comparée à la perception des professionnels.

De surcroît, une formation initiale spécifique à l'IVG et à sa prise en charge pourrait être mise en place à destination des professionnels de santé. Cette formation pourrait s'articuler autour de thématiques telles que l'importance de l'évaluation de la douleur, une sensibilisation aux différentes méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur, le respect de la sensibilité des patientes, savoir aborder et proposer un accompagnement psychologique ... Enfin, la mise en place de formations continues homogènes sur l'ensemble du territoire serait judicieuse, afin d'entretenir les connaissances et d'actualiser les pratiques.

6. Conclusion

Ce travail a permis de décrire les pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur pour les IVG médicamenteuses en région Auvergne-Rhône-Alpes. Les résultats retrouvés sont sensiblement les mêmes que ceux de la littérature, à savoir un manque d'évaluation sur le sujet ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques. Les pratiques décrites dans cette étude mettent en évidence un besoin de révision des recommandations concernant les stratégies thérapeutiques et les protocoles antalgiques.

Les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur sont inscrites dans les pratiques professionnelles. Bien que multiples et variées, elles restent cependant assez peu répandues et ne sont quasiment pas abordées dans la littérature. Pour ce qui est de l'aspect émotionnel de la douleur, les recommandations reconnaissent l'intérêt de proposer systématiquement un soutien psychologique mais affirment que d'autres évaluations sur les retentissements psychologiques de l'IVG sont nécessaires. Ce travail, quant à lui, met en évidence que l'accompagnement psychologique n'est pas proposé systématiquement.

Aussi, il existe des pistes d'améliorations possibles, comme par exemple :

- L'approfondissement des recherches, en particulier auprès des patientes
- L'établissement de protocoles thérapeutiques de référence
- Le partage de méthodes standardisées d'évaluation de la douleur et d'identification des patientes présentant des facteurs de risque
- La mise en place d'une formation spécifique à l'IVG et sa prise en charge à destination des professionnels de santé

Ces améliorations pourraient permettre à terme une prise en charge plus complète et plus ciblée de la douleur pour les IVG médicamenteuses. Elles pourraient également permettre aux professionnels de santé d'aborder cette question essentielle plus efficacement et plus sereinement.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse - Legifrance. JORF du 18 janvier 1975.
2. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Legifrance. JORF n°0022 (2016).
3. Vilain, Annick. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
4. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines - Recommandations actualisées [Internet]. has.sante.fr. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf
5. Chaumette M. Douleur de l'IVG médicamenteuse : évaluation et recherche de facteurs prédictifs [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2014. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4726_CHAUMETTE_these.pdf
6. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Saya L, Gemzell-Danielsson K. Pain during medical abortion, the impact of the regimen: a neglected issue? A review. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept* [Internet]. 2014;19:404-19. Disponible sur: <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.950730>
7. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, et al. Pain management for up to 9 weeks medical abortion – An international survey among abortion providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 [cité 28 oct 2018];225:181-4. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.030>
8. Hedqvist M, Brodin L, Tydén T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2016;9:48-54. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
9. Saurel-Cubizolles M-J, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion: a multicenter study in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2015 [cité 24 nov 2018];194:212-7. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.09.025>
10. Achache, Marion. Peut-on améliorer la prise en charge de la douleur au cours d'une IVG médicamenteuse à domicile ? Enquête auprès des patientes et soignants du REIVOC [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2568/1/2019TOU31009.pdf>

11. Gorioux H. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Créteil]: Université Paris-Est Créteil; 2016. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0746346.pdf>
12. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France - Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception [Internet]. ANCIC. Disponible sur: <http://www.ancic.asso.fr/spip.php?article3>
13. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse - Legifrance. JORF du 1 janvier 1980.
14. 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 - Legifrance. JORF du 1 janvier 1983.
15. Arrêté du 28 décembre 1988 Relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'admonistration de la spécialité migégyne 200 mg, comprimés - Légifrance - Légifrance [Internet]. JORF du 12 janvier 1989. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704462>
16. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception - Legifrance. JORF n°0156 (2001).
17. Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 | Legifrance [Internet]. JORF n°0294 (2012). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026785322&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000026785754322&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000026785754>
18. Décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014 - Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes - Legifrance. JORF n°0179 (2014).
19. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination - Legifrance. JORF n°0130 (2016).
20. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique - L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. cngof.fr. 2016 [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=21925
21. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 2005 [cité 10 nov 2018];34(1):53-61. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82671-7](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82671-7)
22. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la

liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes | Legifrance [Internet]. JORF n°0187 (2016). Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/8/AFSP1613265A/jo/texte>

23. ivg.gouv.fr. IVG médicamenteuse [Internet]. ivg.gouv.fr. 2017. Disponible sur:
<https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>

24. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. has.sante.fr. 2010 [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf

25. Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament. IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. has.sante.fr. 2018 [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

26. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Définition | SFETD [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

27. Bena C, Cohen-Solal Azoulay J. Prise en charge de la douleur au cours de l'IVG médicamenteuse au premier trimestre : revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1791/1/2017TOU31047-1048.pdf>

28. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *J Physiother* [Internet]. 2016;62:29-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.002>

29. Zhu J, Yang F, Ma L, He Z, Chen Y, Xu H. Effects of Electroacupuncture with Different Stimulation Parameters on Assisting Medicine-Induced Abortion: A Controlled Clinical Trial. *Med Acupunct* [Internet]. 2008 [cité 10 nov 2018];20:55-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1089/acu.2007.0611>

30. Tschann M, Salcedo J, Soon R, Kaneshiro B. Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Contraception* [Internet]. 2018;98:205-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.007>

31. 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 Fertil* [Internet]. 2009 [cité 20 oct 2018];37:850-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.07.016>

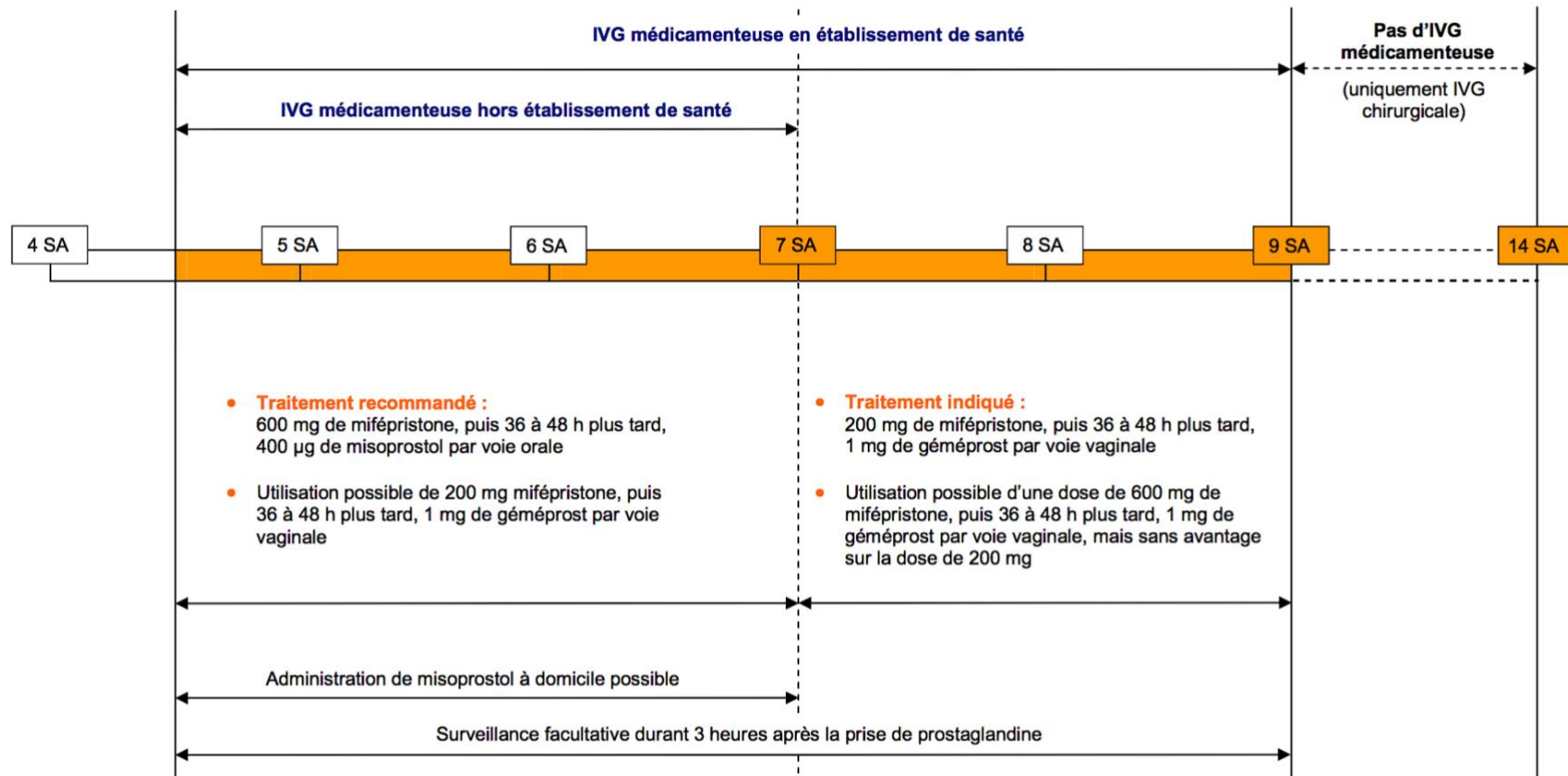
32. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2016 [cité 24 nov 2018];45:1552-67. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.030>

33. Soufflet H. Impact d'une formation des professionnels de la santé à l'IVG médicamenteuse, sur la prise en charge et l'orientation des patientes en Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1283/1/2016TOU31004.pdf>
34. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2014. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/denry-these.pdf>
35. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2006. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

ANNEXES

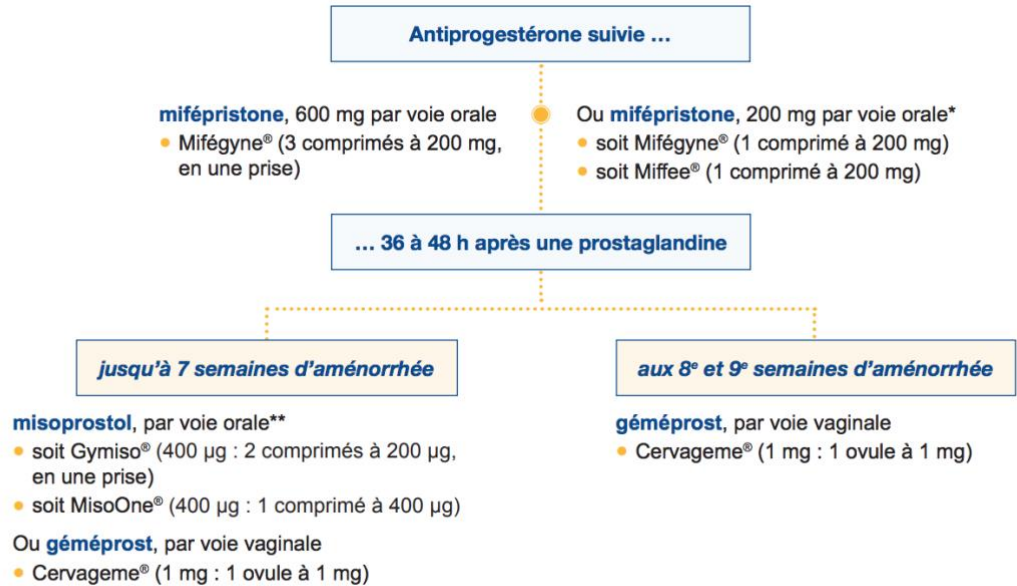
Annexe I

HAS : IVG médicamenteuse : schéma de la stratégie thérapeutique et des conditions de prise en charge



Annexe II

Fiche de bon usage du médicament de la HAS - IVG médicamenteuse : les protocoles respecter



* Lorsque la mifépristone 200 mg est utilisée, seul le géméprost peut être associé.

** Cytotec (misoprostol indiqué en gastro-entérologie, mais qui n'a pas l'AMM dans l'IVG médicamenteuse) n'est plus commercialisé.

Annexe III

LETTRE D'INFORMATION

Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse : état des lieux des pratiques professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes

Investigateurs :

- XXX, étudiante sage-femme à XXXX
 - Sous la direction de Dr XXXXXX, médecin généraliste
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :
XXXXXXXX

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "*Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse : état des lieux des pratiques professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes*".

Une étude sur les pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur pour les interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse est engagée au sein des structures de soins de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Mme XXXXX, médecin généraliste à XXXXX

1. Pourquoi cette étude

Chaque année, en France, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse concernent entre 215 000 et 230 000 femmes. Cette technique, pouvant être pratiquée par les sages-femmes, cause des douleurs modérées à sévères dans plus de la moitié des cas. Cependant, il existe peu d'études évaluant l'efficacité des traitements (antalgiques ou autres) proposés pour les IVG médicamenteuses dans la littérature.

2. L'étude en pratique

Les données seront recueillies par un questionnaire distribué par email.

Ce questionnaire sera anonyme, les données recueillies pourront être transmises à Mme XXXXX, Mme XXXXXXXX (directrice et co-directrice de mémoire). Aucune autre personne n'aura accès à ces données.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles ne seront pas recueillies dans le questionnaire

→ Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite par mail à l'adresse suivante : XXXXXX, ou par

courrier adressé à XXXXX, étudiante sage-femme, école de sages-femmes de XXXX.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

– XXXXX, étudiant(e) sage-femme, joignable par mail : XXXXXX

– Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : XXXXXX.

Annexe IV

Questionnaire utilisé pour le recueil des données

1. Vous êtes :
 - Médecin
 - Sage-femme
 - Autre (préciser)
2. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
3. Quel âge avez-vous ?
4. Depuis combien de temps exercez-vous ?
5. Depuis combien de temps pratiquez-vous les IVG par voie médicamenteuse ?
6. Où pratiquez-vous les IVG médicamenteuses ?
 - En milieu hospitalier public
 - En milieu hospitalier privé
 - En libéral
 - Autre (précisez)
7. Avez-vous suivi une formation spécifique à l'IVG médicamenteuse (complémentaire à votre diplôme) avant de commencer à les pratiquer ?
 - Oui
 - Non
- 7b. Si oui, quels sujets ont été abordés lors de cette formation ?
 - Douleur physique
 - Douleur psychologique
 - Accompagnement psychologique
 - Méthodes de gestion de la douleur
 - Autres (préciser)
- 7c. Si non, vous n'avez pas suivi de formation car :
 - Vous n'en voyiez pas l'intérêt
 - Vous n'aviez pas le temps
 - Vous n'en avez pas trouvé
 - Autres (préciser)
8. Estimez-vous que prendre en charge de la douleur dans le cadre d'une IVG par voie médicamenteuse est important ?
 - Oui, tout à fait
 - Oui, plutôt
 - Non, pas vraiment
 - Non, pas du tout
 - Je ne sais pas

9. Dispensez-vous aux femmes des informations concernant la douleur qu'elles peuvent ressentir ?
- Information orale
 - Information écrite
 - Information écrite + orale
 - Pas d'information
 - Autre (préciser)

9b. Si oui, pensez-vous que le fait de les informer au préalable sur la douleur potentielle a un impact positif sur leur vécu de l'IVG ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10. Évaluez-vous la douleur physique ressentie par les femmes (EN / EVA) ?

- Oui
- Non

10b. Si oui, à quel moment procédez-vous à cette évaluation (surtout pour les patientes hospitalisées) ?

- Au moment de la prise de mifépristone
- Au moment de la prise de misoprostol
- Quelques heures après
- Quelques jours après
- Lors de la visite de contrôle
- Autre (préciser)

11. A quel dosage dispensez-vous la mifépristone et le misoprostol ?

12. L'établissement dans lequel vous travaillez, ou avec lequel vous avez passé une convention, propose-t-il un protocole de prise en charge antalgique pour les IVG médicamenteuses ?

- Oui
- Non

12b. Si oui quels antalgiques sont recommandés par ce protocole ?

13. A quelle fréquence proposez-vous ou prescrivez-vous des antalgiques aux femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

14. Quels types d'analgiques prescrivez-vous ?

- Paracétamol
- Paracétamol codéiné
- Ibuprofène
- Kétoprofène
- Phloroglucinol (Spasfon)
- Néfopam (Acupan)
- Tramadol
- MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote)
- Autre (préciser)

14b. Préciser la posologie et la durée de traitement pour chacun des analgiques :

15. Votre prescription d'analgiques diffère-t-elle en fonction de la patiente (nullipare / multipare, âge, ...) ?

- Oui
- Non

15b. Si oui, quel(s) critère(s) influence(nt) votre choix d'analgiques prescrits ?

- Age
- Antécédent d'IVG
- Gestité /Parité
- Dysménorrhées
- EVA (pendant l'IVG ou pendant l'hospitalisation s'il y en a une)
- Autres (préciser)

15c. Dans ce cas, quelles modifications faites-vous dans votre prescription ?

16. Si la prescription d'analgiques que vous avez faite initialement n'est pas suffisante, faites-vous une nouvelle prescription pour vos patientes ?

- Oui
- Non

16b. Si oui, quels analgiques prescrivez-vous, et à quelle posologie ?

17. Proposez-vous des méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur ?

- Oui, toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Oui rarement
- Non, jamais

17b. Si oui lesquelles ?

- Acupuncture
- Hypnose
- Sophrologie
- Homéopathie
- TENS (neurostimulation électrique transcutanée)
- Bouillotte chaude
- Musique
- Autre (préciser)

18. Proposez-vous aux femmes des consultations d'aide psychologique ?
- Oui, toujours
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Oui, rarement
 - J'attends que la demande vienne de la patiente
 - Non, jamais
19. Si oui, quand proposez-vous ce soutien psychologique ?
- Cs pré-IVG
 - Cs prise de médocs
 - Cs de contrôle
 - A distance
 - Autre (préciser)
20. Proposez-vous / prescrivez-vous un arrêt de travail aux patientes ?
- Oui, toujours
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Seulement si la patiente le demande
 - Non, jamais
21. Estimez-vous que les femmes ayant choisi une IVG médicamenteuse à domicile peuvent facilement vous joindre ou la structure dont vous dépendez ?
- Oui, totalement
 - Oui, plutôt
 - Non, pas vraiment
 - Non, pas du tout
 - Je ne sais pas
22. Les femmes vous recontactent-elles en cas de douleurs trop importantes ?
- Oui, toujours
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Oui, rarement
 - Non, jamais
23. Vous assurez-vous auprès des femmes que la PEC de la douleur (sur le plan physique et émotionnel) que vous leur avez proposée a répondu à leurs attentes ?
- Oui, toujours
 - Oui, parfois
 - Oui, rarement
 - Non, jamais

24. Estimez-vous que la PEC de la douleur que vous proposez aux femmes est optimale ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas vraiment
- Non pas du tout
- Je ne sais pas

Résumé

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse concerne plusieurs milliers de femmes chaque année en France, et est décrite comme une méthode douloureuse. Les professionnels de santé, en particulier médecins et sages-femmes, sont en première ligne dans l'accompagnement des femmes dans la gestion de leur douleur, aussi bien physique que psychologique. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Méthode : Les sages-femmes et médecins pratiquant les IVG par méthode médicamenteuse en région Auvergne-Rhône-Alpes ont été interrogés sur leurs pratiques grâce à un questionnaire.

Résultats : Les chiffres montrent des pratiques très hétérogènes concernant la prise en charge de la douleur. Celle-ci est évaluée par les praticiens dans la moitié des cas. Il n'y a pas de consensus sur les dosages de mifépristone et de misoprostol, que ce soit dans les recommandations ou dans les pratiques. Bien que les antalgiques les plus utilisés soient le paracétamol, l'ibuprofène et le paracétamol codéiné, les prescriptions restent disparates. Les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur sont relativement peu développées et l'accompagnement psychologique des patientes n'est pas toujours inclus dans la prise en charge.

Discussion : Les résultats retrouvés dans cette étude concordent avec ceux de la littérature. Il serait intéressant d'évaluer davantage les facteurs influençant le ressenti de la douleur. Une uniformisation des recommandations et des protocoles semble également pertinente.

Conclusion : La prise en charge de la douleur pour les IVG médicamenteuses peut être améliorée, notamment en menant davantage d'évaluations auprès des patientes.

Mots-clés : interruption volontaire de grossesse, IVG médicamenteuse, gestion de la douleur, professionnels de santé, antalgiques, accompagnement

Abstract

Background : Medical abortion affects thousands of women in France every year, and is described as a painful technique. Health care providers, especially physicians and midwives, are essential protagonists in women's support through both physical and psychological pain management. The aim of this study was to describe professional practices in the region of Auvergne-Rhône-Alpes.

Method : Physicians and midwives practicing medical abortion in the region of Auvergne-Rhône-Alpes were surveyed about their daily practice with the help of a self-administered internet questionnaire.

Results : Findings show very heterogeneous techniques to handle pain management. Pain is assessed by half of the respondents. There is no consensus on mifepristone and misoprostol regimens amongst medical guidelines or clinical practices. Although the most common analgesics used are paracetamol, ibuprofen and association of paracetamol and codeine, analgesic prescriptions appear to be very dissimilar. Non pharmacological methods of pain management are moderately developed and psychological support isn't always part of the abortion care.

Discussion : Findings of the study match those found in the literature. It appears to be of interest to conduct more assessments about pain influencing factors. The standardization of both official guidelines and analgesic protocols also seems relevant.

Conclusion : Improvement in current pain management methods for medical abortion is possible, especially with more evaluation of women's needs.

Keywords : abortion, medical abortion, pain management, health care providers, analgesics, support