

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marion ACHACHE

Le 18 février 2019

**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.**

Directeur de thèse : Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY :

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE

Monsieur le Professeur Vincent MINVILLE

Madame le Docteur Anne FREYENS

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN

Madame le Docteur Dominique TAVÉ

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. ARLET Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Dédicaces aux membres du jury

Monsieur le professeur Christophe VAYSSIERE, professeur de gynécologie et obstétrique des facultés de médecine de l'université Paul Sabatier, je vous remercie de présider le jury de cette thèse et de partager votre expérience du soin des femmes. Merci pour votre gentillesse et vos encouragements.

Monsieur le professeur Vincent MINVILLE, professeur d'anesthésiologie et réanimation des facultés de médecine de l'université Paul Sabatier, je vous remercie d'examiner mon travail et d'apporter votre expertise dans la prise en charge de la douleur. Merci pour vos encouragements bienveillants.

Madame le docteur Anne FREYENS, maître de conférence de médecine générale, je te remercie de juger mon travail, je te suis reconnaissante de tout ce que tu m'as appris en tant que maître de stage. Ton modèle me guide dans ma pratique de la médecine. J'admire ta gentillesse, ta patience, ta douceur, ton investissement pour transmettre tes connaissances et ton savoir-faire...

Madame le docteur Anne SAINT-MARTIN, médecin généraliste et secrétaire du REIVOC, je te remercie d'être ma directrice de thèse. Merci pour ta présence tout au long de ce travail, ta disponibilité, ta patience, ton sens du détail, ta motivation contagieuse. J'admire ton engagement auprès des femmes.

Madame le docteur Dominique TAVE, médecin généraliste, je te remercie de juger mon travail, je te suis reconnaissante de tout ce que tu m'as transmis en tant que maître de stage. Ton modèle me guide dans ma pratique de la médecine. J'admire ta gentillesse, ton sens de l'écoute, ta patience, ton engagement pour notre profession...

Merci aux membres du REIVOC, merci aux soignants et aux patientes d'avoir donné de leur temps en participant à cette étude.

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	4
I. INTRODUCTION	5
II. MATERIEL ET METHODES	8
1. Recherches bibliographiques	8
2. Étude	8
3. Analyses statistiques	9
III. RESULTATS	11
1. Caractéristiques de l'échantillon	11
a. Âge	11
b. IMC	11
c. Âge gestationnel	12
d. Gestité et parité	12
e. Douleur maximale habituelle au cours des menstruations	12
f. Dysménorrhée	12
g. Inquiétude des patientes à l'idée de réaliser cette IVG	13
h. Douleur attendue lors de l'IVG	13
i. Mode d'administration du misoprostol	13
j. Sentiment d'accompagnement par l'entourage	14
k. Sentiment d'accompagnement par le soignant	14
2. Le pic douloureux lors de l'IVG	14
a. Intensité du pic douloureux	14
b. Délai entre la prise de misoprostol et le pic douloureux	14
c. Moment du pic douloureux	15
3. Facteurs pouvant influencer le pic douloureux lors de l'IVG	15
a. Âge	15
b. IMC	16
c. Âge gestationnel	16
d. Gestité et parité	16
e. Dysménorrhée	16
f. Inquiétude des patientes à l'idée de réaliser cette IVG	17
g. Douleur attendue lors de l'IVG	17

h. Mode d'administration du misoprostol	17
i. Sentiment d'accompagnement par l'entourage	18
4. Prescriptions médicamenteuses	18
a. Anti-inflammatoires	18
b. Autres antalgiques	20
c. Autres médicaments prescrits	20
d. Prise en compte des allergies/intolérances médicamenteuses	21
e. Prise en compte des facteurs prédictifs de douleur importante connus	21
5. Prises médicamenteuses	21
a. Nombre de prises médicamenteuses	21
b. Nombre de prises médicamenteuses en fonction de l'intensité du pic douloureux	22
c. Molécules	22
d. Délai entre la prise de l'AINS et la prise du misoprostol	22
e. Motif des prises	23
Motif des 163 prises médicamenteuses	23
Moment des prises médicamenteuses prophylactiques	23
Répartition des patientes selon le motif d'utilisation des médicaments	23
Patientes qui prenaient des médicaments pour une douleur intense et brusque	24
f. Effets indésirables	24
g. Efficacité	25
Sur l'intensité du pic	25
Sur le nombre de prises médicamenteuse	25
6. Méthodes antalgiques non médicamenteuses	25
IV. DISCUSSION	26
1. Limites et biais de cette étude	26
2. Principaux résultats	28
a. Validité externe	28
b. Description de la douleur	29
Intensité du pic douloureux	29
Moment du pic douloureux	30
Facteurs prédictifs de douleur plus intense	30
c. Prise en charge de la douleur par les soignants	31
Prescriptions médicamenteuses	31
Risques de surdosage	32

Effets indésirables	32
d. Prise en charge de la douleur par les patientes	32
Prises médicamenteuses	32
Moment de prise de l'AINS	33
Techniques antalgiques non médicamenteuses	34
e. Pistes d'amélioration	34
V. CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES	43
ANNEXE I – Protocole douleur du REIVOC en 2018.....	43
ANNEXE II – Questionnaire distribué lors de cette étude avec fiche explicative pour le soignant.....	44
ANNEXE III - Exemple de données collectées dans le tableur Calc OpenOffice.....	49

Liste des acronymes et abréviations

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

EN : échelle numérique

EVA : échelle visuelle analogique

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

IVG : interruption volontaire de grossesse

mg : milligrammes

REIVOC : réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

SA : semaines d'aménorrhée

I. INTRODUCTION

Depuis la loi Veil du 17 janvier 1975 autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) réalisée par des médecins, différentes lois se succèdent pour encadrer et faire évoluer sa pratique (1).

Le décret d'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception permet depuis 2004 la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins, hors établissement de santé, jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA) (2).

La réalisation des IVG médicamenteuses par des sages-femmes en ville et en établissement de santé est rendue possible en juin 2016 par le décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé (3).

Le réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée (REIVOC) est une association loi 1901. Ses objectifs sont de faciliter l'IVG médicamenteuse en ville, les échanges entre acteurs de soins ambulatoires et hospitaliers, la prise en charge des grossesses non programmées et leur prévention. Aujourd'hui le REIVOC est un acteur clé de la prise en charge ambulatoire de l'IVG en Occitanie, à l'image du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), son homologue en Île-de-France. Il compte des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes (4).

Le REIVOC est fondé en 2006 par un groupe de médecins, généralistes pour la plupart, souhaitant se former à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville afin de mettre en pratique la loi de 2001 (4). Les premières formations leur permettent de démarrer cette activité. Elles sont financées par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Elles sont dispensées à Toulouse conjointement par l'hôpital Paule de Viguier, l'hôpital Joseph Ducuing et la clinique Sarrus Teinturiers (actuellement Clinique Rive Gauche) en 2006 et 2007.

Le REIVOC prend rapidement conscience que proposer l'IVG hors établissement de santé offre aux femmes plus de liberté. Elles peuvent ainsi choisir le lieu de leur interruption de grossesse. Les membres du REIVOC constatent qu'il faudrait former plus de professionnels à cette pratique pour améliorer l'accompagnement des patientes sur l'ensemble du territoire (initialement la région Midi-Pyrénées puis Occitanie). Fort de son expérience et grâce au partenariat avec un organisme de formation agréé, le REIVOC s'engage alors depuis l'année 2011 dans la formation des médecins généralistes. Depuis le

mois de janvier 2017 l'agence régionale de santé apporte un soutien financier au REIVOC qui permet d'intensifier les formations et d'y intégrer les sages-femmes sur la région Occitanie. Développer un réseau de proximité permet aux femmes de pratiquer leur IVG dans un lieu familier, entourées de la personne de leur choix, de limiter les temps de trajet et les délais de rendez-vous.

Des étudiants en médecine sont régulièrement accueillis par des médecins à la fois membres du REIVOC et maîtres de stage universitaires. De leurs constatations et réflexions communes émergent des sujets d'étude proposés aux internes en médecine générale. Ainsi, une étude qualitative récente, menée par deux doctorantes en médecine générale au sein du REIVOC, révèle que la douleur ressentie par les femmes lors d'une IVG à domicile peut être très intense et qualifiée de « pire douleur d'une vie » (5). Ce constat est renforcé par la littérature internationale (6–8). L'amélioration de la prise en charge des patientes étant au cœur des préoccupations du REIVOC, ses membres se demandent alors comment diminuer cette douleur.

Les mécanismes physiques de cette douleur sont connus ; la prise de mifépristone (RU 486) au cabinet médical est destinée à interrompre la grossesse, favoriser les contractions et permettre l'ouverture du col de l'utérus. La prise de misoprostol (48h plus tard) à domicile conduit à l'augmentation des contractions permettant l'expulsion de l'œuf (9). Des douleurs peuvent apparaître dès la prise de mifépristone et un pic douloureux plus intense semble survenir après la prise du misoprostol. Certaines patientes évoquent un paroxysme douloureux lors de l'expulsion de l'œuf (6,10).

Les soignants tentent d'anticiper la prise en charge de la douleur au domicile. D'ailleurs, la haute autorité de santé (HAS) dans ses recommandations de 2010 concernant l'IVG médicamenteuse ambulatoire (11) préconise que la patiente reçoive une prescription anticipée d'antalgiques comprenant un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et un antalgique de palier 2. Un protocole douleur a été élaboré dans ce sens par le REIVOC. Il a été communiqué au sein du réseau afin d'harmoniser les pratiques (voir annexe I) et est dorénavant diffusé lors de la formation des soignants.

Malgré cette anticipation d'antalgie au domicile lors de l'IVG, des douleurs persistent et restent à préciser.

Leur prise en charge n'est probablement pas optimale car l'étude des techniques antalgiques médicamenteuses dans l'IVG à domicile est limitée. L'analyse de la littérature internationale ne permet pas de dégager de stratégie antalgique bien codifiée. Seule une efficacité supérieure de l'ibuprofène, un AINS, comparé au paracétamol (12) ou à un placebo (13) est démontrée (14). Actuellement, il n'est pas mis en évidence qu'une prise prophylactique d'AINS soit plus efficace qu'une prise thérapeutique dans cette situation (14,15). Il n'existe pas d'étude comparant différentes posologies d'AINS entre elles.

Ce qui est prescrit en pratique au sein du REIVOC pour anticiper la douleur ressentie par les patientes n'est pas connu. On ne sait pas si la prise en charge antalgique est adaptée en fonction des facteurs prédictifs de douleur importante connus : dysménorrhée, nulliparité, nulligestité, jeune âge, âge gestationnel avancé, indice de masse corporelle (IMC) faible, mauvaise anticipation de la douleur, anxiété importante (6,7,10,16).

Ce que font les patientes, la manière dont elles utilisent les antalgiques ou les méthodes non médicamenteuses de lutte contre la douleur n'est pas connu.

Enfin, peut-être que tous les moyens dont on dispose pour anticiper la douleur ne sont pas mobilisés.

Dans cette étude nous avons choisi d'examiner le « couple soignant-patiente » pour appréhender la douleur et l'observance des patientes d'une part, et les prescriptions médicamenteuses des soignants d'autre part. L'objectif est de décrire la douleur et sa prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse à domicile au sein du REIVOC afin de trouver d'éventuelles pistes d'amélioration.

II. MATERIEL ET METHODES

1. *Recherches bibliographiques*

L'état des lieux des connaissances était réalisé à partir des bases de données et des moteurs de recherche pubmed, cochrane, google scholar, web of science, EM Premium, banque de donnée en santé publique, système universitaire de documentation, archipel plus, en utilisant les mots clés suivants :

- en anglais : « abortion pain », « abortion and pain management », « medical abortion pain », « pain oral misoprostol abortion » ;

- en français : « antalgique et IVG », « douleur et IVG », « IVG ambulatoire douleur ».

Une veille documentaire était réalisée jusqu'au 18 janvier 2019.

2. *Étude*

Cette étude était une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et analytique, multicentrique et prospective.

Un questionnaire de recherche a été élaboré à partir de la bibliographie (voir annexe II). Une première version a été testée par deux médecins du REIVOC puis perfectionnée en fonction de leurs remarques. Le questionnaire final était transmis aux différents soignants du réseau en version papier (5 exemplaires) et informatique (pdf). Ce questionnaire comprenait deux parties. La première partie à remplir par le soignant permettait de l'identifier, de recueillir des données sur le profil de la patiente (existence de facteurs prédictifs de douleur importante, éventuelle allergie ou intolérance médicamenteuse), ainsi que de connaître le traitement antalgique qui lui était prescrit. La définition de la dysménorrhée était rappelée sur ce questionnaire, elle était déterminée comme des douleurs importantes pendant les menstruations qui ne sont pas bien soulagées par les médicaments (association antalgiques de palier 1 et AINS) et qui obligent à diminuer l'activité. La seconde partie du questionnaire à remplir par la patiente permettait d'évaluer les facteurs prédictifs de douleur, quelques aspects psychologiques, le déroulement de l'IVG, le pic de douleur ressenti et le traitement antalgique effectivement pris (observance). Pour mesurer l'intensité de la douleur, l'Echelle Numérique (EN), un outil validé, était utilisée (17). Il est démontré que l'EN cotée de 0 à 10 apporte un niveau suffisant de discrimination, l'Echelle Visuelle Analogique (EVA, 101 niveaux) n'apporte

pas plus d'information (18). Une variation de un point sur l'EN paraît donc cliniquement pertinente.

Le nombre de questionnaires à distribuer était calculé dans le but de pouvoir mettre en évidence une différence de 1 sur la moyenne du pic de douleur (coté sur l'EN), avec un risque de première espèce à 5 % et une puissance minimale de 80 % si une étude avant-après venait à être réalisée par la suite (en prévoyant 10 % de questionnaires non exploitables). Il fallait donc 144 questionnaires valables. Espérant avoir 65 % de réponses et disposant de 44 contacts de soignants membres du réseau, il était demandé à chacun d'inclure les 5 premières patientes vues pour la réalisation d'une IVG suite à la réception des questionnaires.

Selon la thèse d'Amandine Kourio environ 716 IVG par an sont réalisées au sein du REIVOC (19). Un recueil sur trois mois minimum paraissait donc nécessaire.

Le projet de cette thèse était présenté au cours d'une réunion du REIVOC afin de favoriser l'adhésion de ses membres. Puis, les questionnaires étaient distribués du 15 septembre au 6 octobre 2017, soit directement au cabinet des soignants, soit par voie postale après un appel téléphonique visant à présenter le projet de thèse et recueillir le consentement du soignant à participer à l'étude. Les questionnaires remplis devaient être renvoyés par courrier postal (une enveloppe pré-timbrée était jointe) avant la fin du mois de février 2018. Les soignants devaient récupérer le questionnaire patiente au cours de la consultation de contrôle ; ceux déclarant ne réaliser que très peu de consultation de contrôle se sont donc vus distribuer une enveloppe pré-timbrée par patiente afin que celle-ci retourne directement le questionnaire par voie postale. La numérotation des questionnaires permettait ensuite l'appariement des parties soignant et patiente. Plusieurs relances par mail étaient effectuées : une le cinq janvier 2018 et une le dix mars 2018. Les soignants n'ayant pas retourné de questionnaire en mars étaient contacté par téléphone afin de vérifier qu'ils n'avaient pas oublié de renvoyer les questionnaires, ceci permettait de récupérer 3 questionnaires de plus en provenance d'un soignant.

3. Analyses statistiques

Les données recueillies grâce aux différents questionnaires étaient collectées et analysées grâce à un tableur Calc OpenOffice (voir annexe III). L'analyse statistique était effectuée à l'aide du site web biostaTGV et grâce aux conseils recueillis lors de l'atelier

« analyse statistique » organisé par le département universitaire de médecine générale de Toulouse.

Pour comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets, le test de Wilcoxon – Mann Whitney était utilisé car il peut s'appliquer à des variables non paramétriques. La différence était significative si $p < 0,05$. Pour réaliser ce test l'effectif dans chaque groupe doit être au moins égal à 5.

Pour tester si une différence était significative entre deux variables qualitatives le test du Chi2 était utilisé. La différence était significative si $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Chacun des 44 soignants contactés avait accepté de participer à l'étude.

Tous les questionnaires complétés et retournés avant le mois d'avril 2018 étaient pris en compte soit **85 questionnaires**. Ils émanaient de 22 soignants. Parmi eux 70 comprenaient la partie soignant et la partie patiente. 2 ne comprenaient que la partie patiente. 13 ne comprenaient que la partie soignant.

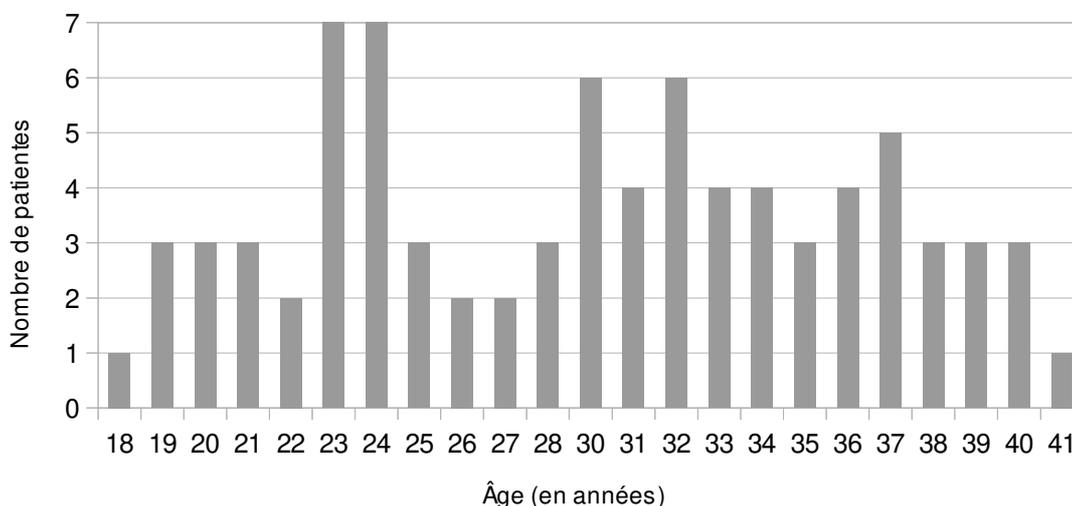
Pour chaque résultat le nombre de soignants ou de patientes ayant répondu à l'item du questionnaire était précisé et les pourcentages avec leur écart-type étaient calculés en fonction de ce nombre.

1. Caractéristiques de l'échantillon

a. Âge

Donnée disponible pour 82 patientes. L'âge moyen des patientes incluses était de $29,6 \pm 6,4$ ans.

Figure I - Répartition des patientes selon l'âge



b. IMC

Donnée disponible pour 58 patientes. L'IMC moyen était égal à $22,5 \pm 5,4$ kg/m². L'IMC le plus bas était à 16,8 kg/m² et le plus haut à 55,9 kg/m².

c. Âge gestationnel

Donnée disponible pour 80 patientes (2 patientes dont le terme était inconnu et une pour laquelle le médecin n'avait pas complété la donnée). L'âge gestationnel moyen était de 5 SA et 5 jours \pm 5,9 jours. Valeurs extrêmes : de 3 à 7 SA.

d. Gestité et parité

Données disponibles pour 83 patientes.

La gestité antérieure moyenne était de $1,4 \pm 1,6$ (valeurs extrêmes : 0 à 8).

Il y avait 31 patientes nulligestes (37 %).

La parité antérieure moyenne était de $1,0 \pm 0,9$ (valeurs extrêmes : 0 à 4).

Il y avait 37 patientes nullipares (45 %). Excepté deux patientes, toutes celles qui avaient déjà donné naissance à un enfant avaient eu au moins un accouchement par voie basse (il y avait aussi 4 patientes pour lesquelles le mode d'accouchement n'était pas connu).

22 patientes (27 %) avaient déjà bénéficié d'une IVG chirurgicale ou médicamenteuse par le passé. Parmi elles, 8 patientes avaient déjà bénéficié d'une IVG médicamenteuse par le passé.

e. Douleur maximale habituelle au cours des menstruations

Donnée disponible pour 71 patientes, évaluée grâce au questionnaire patiente. La moyenne de douleur maximale habituelle lors des menstruations était à $4,4 \pm 2,3$ sur l'EN (valeurs extrêmes : 0 à 9). La médiane était 4.

Tableau I – Répartition des patientes selon l'intensité de la douleur maximale habituelle au cours des menstruations.

Douleur maximale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de patientes	3	7	5	9	15	10	7	7	6	2	0
Pourcentage de patientes	4 %	10 %	7 %	13 %	21 %	14 %	10 %	10 %	8 %	3 %	0%
	34 %			45 %			21 %				

f. Dysménorrhée

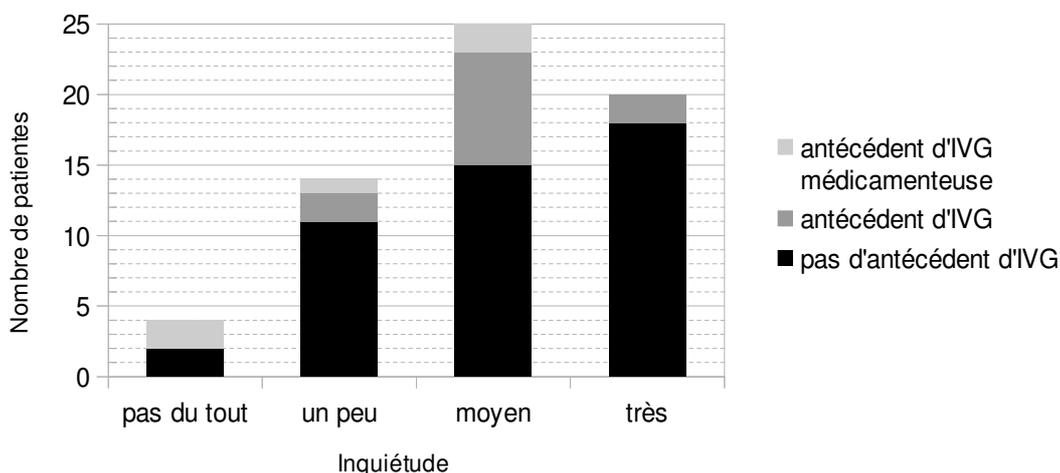
Donnée disponible pour 78 patientes, évaluée grâce au questionnaire soignant.

23 patientes (29 %) avaient une dysménorrhée et 55 n'en avaient pas.

g. Inquiétude des patientes à l'idée de réaliser cette IVG

Donnée disponible pour 63 patientes.

Figure II - Niveau d'inquiétude avant l'IVG en fonction des antécédents d'IVG



Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre les groupes ou les effectifs n'étaient pas assez importants pour pouvoir réaliser des tests statistiques recherchant une association entre niveau d'inquiétude et antécédent d'IVG.

h. Douleur attendue lors de l'IVG

Donnée disponible pour 71 patientes. Les patientes s'attendaient en moyenne à avoir un pic douloureux lors de l'IVG à $7,3 \pm 2,1$. Valeurs extrêmes : 0 à 10. Parmi les 6 patientes qui avaient déjà réalisé une IVG médicamenteuse par le passé cette moyenne est à $5,3 \pm 2,1$ ($p = 0,038$).

i. Mode d'administration du misoprostol

Donnée disponible pour 69 patientes. Le mode d'administration du misoprostol était trans-muqueux buccal pour 39 patientes (57 %) ; per os pour 27 patientes (39 %) et vaginal pour 3 patientes (4 %).

j. Sentiment d'accompagnement par l'entourage

Donnée disponible pour 64 patientes. 51 patientes (80 %) se sentaient bien accompagnées par leur entourage ; 8 patientes (13 %) se sentaient moyennement bien accompagnées ; 4 patientes (6 %) se sentaient peu accompagnées et une patiente (2 %) précisait que son entourage n'était pas au courant.

k. Sentiment d'accompagnement par le soignant

Donnée disponible pour 62 patientes. 61 patientes (98 %) se sentaient bien accompagnées par le soignant réalisant l'IVG. Une patiente se sentait moyennement bien accompagnée.

2. Le pic douloureux lors de l'IVG

a. Intensité du pic douloureux

Donnée disponible pour 71 patientes. Le pic de douleur moyen lors de l'IVG était de **6,2 ± 2,6** sur l'EN. Valeurs extrêmes : 0 à 10. La médiane du pic douloureux était **6**. Cette intensité était inférieure à celle attendue par les patientes de façon statistiquement significative ($p = 0,006$). 51 femmes (72 %) avaient un pic douloureux lors de l'IVG supérieur à celui ressenti lors de leurs menstruations, chez 7 femmes (10 %) ils étaient identiques. Les 6 femmes qui avaient déjà bénéficié d'une IVG médicamenteuse par le passé avaient un pic de douleur moyen à 4,3 ($p = 0,093$).

Tableau II – Répartition des patientes selon l'intensité du pic douloureux lors de l'IVG.

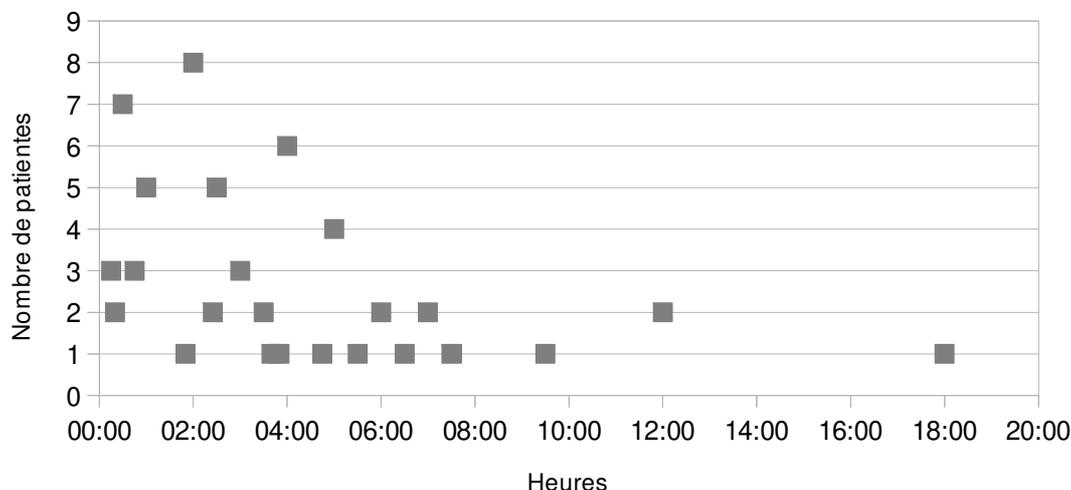
Pic douloureux	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de patientes	1	5	2	3	6	8	11	7	14	10	4
Pourcentage de patientes	1 %	7 %	3 %	4 %	9 %	11 %	15 %	10 %	20 %	14 %	6 %
	15 %			35 %			50 %				

b. Délai entre la prise de misoprostol et le pic douloureux

Donnée disponible pour 66 patientes. En moyenne ce délai était de 4 heures ± 6 heures. Valeurs extrêmes : 15 minutes à 48 heures. La médiane était à 2 heures et 30 minutes. 12 patientes (18 %) ressentait le pic de douleur entre 15 et 30 minutes après la

prise de misoprostol ; **61 patientes (92 %)** dans les **8 premières heures** ; 5 patientes (8 %) plus de 8 heures après.

Figure III - Délai entre la prise du misoprostol et le pic douloureux



Note : pour une meilleure visibilité une patiente dont ce délai était de deux jours a été exclue de cette figure.

Le délai du pic douloureux était en moyenne de 4h50 (médiane 2h30) si le misoprostol était pris par voie trans-muqueuse buccale et de 2h38 (médiane 2h) s'il était pris per os ($p = 0,25$) ; il était de 3h18 (médiane 3h50) par voie vaginale (effectif trop faible pour réaliser des tests statistiques).

c. Moment du pic douloureux

Donnée disponible pour 69 patientes. Pour la majorité des patientes (53 ; 77 %) le moment du pic douloureux ne correspondait pas à un événement particulier. Pour d'autres ce pic douloureux correspondait au moment de l'évacuation du sac gestationnel : 8 femmes (12 %) ou au début des saignements : 2 femmes (3 %).

3. Facteurs pouvant influencer le pic douloureux lors de l'IVG

a. Âge

Données disponibles pour 69 patientes. Les patientes ayant **moins de 26 ans**

avaient en moyenne un pic douloureux à $7,0 \pm 2,3$ contre $5,7 \pm 2,6$ chez celles ayant 26 ans ou plus ($p = 0,039$). Cette différence était statistiquement significative pour tous les âges inférieurs ou égaux à 26. Cette significativité statistique se perdait au-delà de 26 ans.

b. IMC

Données disponibles pour 49 patientes. L'IMC n'apparaissait pas statistiquement associé à l'intensité du pic douloureux lors de l'IVG.

c. Âge gestationnel

Données disponibles pour 68 patientes.

Tableau III – Moyenne du pic douloureux lors de l'IVG en fonction du terme.

Terme	Entre 3 SA + 0 et 3 SA + 6	Entre 4 SA + 0 et 4 SA + 6	Entre 5 SA + 0 et 5 SA + 6	Entre 6 SA + 0 et 6 SA + 6	7 SA + 0
Moyenne pic douloureux IVG	6 ± 1	$7,5 \pm 1,5$	$5,4 \pm 2,7$	$6,6 \pm 2,6$	$7 \pm 1,2$

Il n'apparaissait pas d'association statistique entre le terme de la grossesse et le pic de douleur.

d. Gestité et parité

Données disponibles pour 69 patientes.

Chez les patientes nulligestes le pic douloureux moyen était de $7,3 \pm 2,1$; il était de $5,4 \pm 2,6$ chez les non nulligestes ($p = 0,002$).

Chez les patientes nullipares le pic douloureux moyen était de $7,1 \pm 2,1$; chez les non nullipares il était de $5,3 \pm 2,6$; ($p = 0,004$).

e. Dysménorrhée

Données disponibles pour 64 patientes. L'intensité du pic douloureux lors de l'IVG était de $7,1 \pm 2,0$ chez les patientes ayant une dysménorrhée contre $5,6 \pm 2,6$ chez celles n'en ayant pas ($p = 0,06$).

f. Inquiétude des patientes à l'idée de réaliser cette IVG

Données disponibles pour 63 patientes.

Tableau IV – Pic douloureux moyen attendu et ressenti lors de l'IVG en fonction du degré d'inquiétude.

Patientes ... inquiètes	très	moyennement	peu	pas du tout	p
Expectative intensité pic douloureux (moyenne et écart type)	8,0 ± 2,1	7,7 ± 2,0	6,5 ± 1,3	4,5 ± 2,5	-
	8,0 ± 2,1	7,0 ± 2,1			p = 0,04
	7,8 ± 2,1		6,1 ± 1,9		p = 0,0005
Intensité effective pic douloureux (moyenne et écart type)	7,1 ± 1,9	5,9 ± 3,1	6,2 ± 2,0	5,0 ± 3,0	pas de différence significative entre les différents groupes

g. Douleur attendue lors de l'IVG

Données disponibles pour 71 patientes. Pour 47 patientes sur 71 (66 %) le pic de douleur attendu lors de l'IVG était plus important que le pic réellement ressenti. Pour 19 patientes (27 %) le pic de douleur attendu lors de l'IVG était moindre que le pic réellement ressenti. Pour 5 patientes (7 %) il était identique.

Les patientes qui s'attendaient à avoir un pic douloureux > 6 avaient en moyenne un pic douloureux à 6,5 ± 2,3 ; les patientes qui s'attendaient à avoir un pic douloureux compris entre 4 et 6 inclus avaient en moyenne un pic douloureux à 5,5 ± 2,6. Les patientes (4 patientes) qui s'attendaient à avoir un pic douloureux < 4 avaient en moyenne un pic douloureux à 4,8 ± 3,8. Les tests statistiques ne retrouvaient pas d'association significative ou n'étaient pas réalisables (effectifs trop faible).

h. Mode d'administration du misoprostol

Données disponibles pour 67 patientes. Le pic douloureux moyen était à 6,3 ± 2,6 si le misoprostol était pris par voie trans-muqueuse buccale ; à 6,1 ± 2,4 si per os et à 7,7 ± 2,1 si voie vaginale. Il n'y avait pas d'association statistiquement significative.

i. Sentiment d'accompagnement par l'entourage

Données disponibles pour 63 patientes. L'intensité moyenne du pic douloureux lors de l'IVG était de $5,9 \pm 2,5$ chez les patientes qui se sentaient bien accompagnées par leur entourage ; elle était de $6,6 \pm 2,4$ chez les patientes qui se sentaient moyennement accompagnées par leur entourage et de $8,8 \pm 1,3$ chez les patientes qui se sentaient peu accompagnées par leur entourage. Les tests statistiques ne retrouvaient pas d'association significative ou n'étaient pas réalisables (effectifs trop faible).

4. Prescriptions médicamenteuses

Données disponibles pour 83 questionnaires.

a. Anti-inflammatoires

Cinq ordonnances (6 %) ne comportaient pas de prescription d'AINS :

- une patiente ayant refusé toute prise d'antalgique n'avait pas eu d'ordonnance,
- une patiente était allergique ou intolérante à l'ibuprofène,
- une patiente était allergique ou intolérante à l'aspirine et aux AINS,
- pour deux patientes cela semblait être le protocole anti-douleur habituel du soignant qui les avait reçues (paracétamol seul).

Molécules prescrites : ibuprofène chez 64 patientes (82 %) ; flurbiprofène chez 8 patientes (10 %) ; kétoprofène chez 5 patientes (6 %) et acide méfénamique chez une patiente (1 %).

Moment recommandé de prise : 63 (81 %) prescriptions d'anti-inflammatoire recommandaient de le prendre avant la prise du misoprostol :

- sans préciser le délai : 10 prescriptions (16 %)
- en le précisant :
 - 15 minutes avant : 7 prescriptions (11 %),
 - 20 minutes avant : 4 prescriptions (6 %),
 - 30 minutes avant : 20 prescriptions (32 %),
 - 1 heure avant : 18 prescriptions (29 %),

- 1 heure et 15 minutes avant : 3 prescriptions (5 %),
- 1 heure et 30 minutes avant : 1 prescription (2 %).

Posologies prescrites :

Tableau V - Posologies prescrites d'ibuprofène.

800 milligrammes (mg) avant la prise de misoprostol		22 prescriptions
	seuls	14 prescriptions
	+ 400 mg toutes les 6 heures	6 prescriptions
	+ 400 mg trois fois par jour	2 prescriptions
400 mg avant la prise de misoprostol		35 prescriptions
	seuls	11 prescriptions
	à renouveler au maximum trois fois par jour	22 prescriptions
	à renouveler au maximum 6 fois par jour	1 prescription
	à renouveler si besoin sans précision	1 prescription
Un comprimé à 400 mg		1 prescription
400 mg trois fois par jour		3 prescriptions
800 mg le matin		2 prescriptions
800 mg le matin puis dans la journée		1 prescription

Flurbiprofène : - 100 mg avant la prise de misoprostol seul (1 ordonnance) ou associé à une prise trois fois par jour si besoin (5 ordonnances) ;

- 100 mg dès le début des douleurs, maximum 3 fois par jour et respecter 6 heures entre les prises (2 ordonnances), associé à de l'ibuprofène-codéine 400/30 une à trois fois par jour sur une ordonnance.

Kétoprofène : - 100 mg toutes les 8 heures ou trois fois par jour (4 ordonnances) ;

- 100 LP : un dès le début des douleurs à renouveler si besoin 12h après max 2/jour (1 ordonnance).

Acide méfénamique : 250 mg, un comprimé avant la prise du misoprostol, un comprimé 5 heures après et un comprimé le soir (1 ordonnance).

Donc 8 ordonnances pouvaient conduire à un surdosage en ibuprofène et 4 ordonnances à un surdosage en kétoprofène à 300 mg/jour au lieu de 200 mg maximum.

b. Autres antalgiques

Tableau VI – Autres antalgiques prescrits, par fréquence décroissante.

Molécule	Nombre d'ordonnances	Pourcentage d'ordonnances
lamaline® (paracétamol-opium-caféine)	28	34 %
paracétamol	21	25 %
paracétamol-codéine	17	20 %
phloroglucinol	17	20 %
aucun	9	11 %
tramadol	7	8 %
ibuprofène-codéine	1	1 %
néfopam	1	1 %

53 (64 %) ordonnances comprenaient un antalgique de palier 2 dont une ordonnance qui en comprenait deux (association lamaline® avec néfopam).

51 ordonnances (61 %) comprenaient à la fois un AINS et un antalgique de palier 2.

Les posologies prescrites pour ces autres antalgiques étaient les posologies usuelles excepté pour 4 ordonnances. 3 ordonnances laissaient place à un possible surdosage en paracétamol à 4800 mg par jour et une ordonnance à 5800 mg par jour (association de 3 ou 4 comprimés de paracétamol 1000 mg et trois fois 2 gélules de lamaline® -contenant 300 mg de paracétamol- par jour et au maximum).

c. Autres médicaments prescrits

Métopimazine : 4 ordonnances (2 soignants).

Omeprazole : 3 ordonnances (2 soignants), une ordonnance motivée par une intolérance à l'ibuprofène (épigastralgies) et deux autres pour lesquelles on ne connaissait pas le motif de cette prescription.

Homéopathie : actaea racemosa 15 CH : 2 ordonnances (1 soignant).

d. Prise en compte des allergies/intolérances médicamenteuses

4 patientes déclaraient une allergie ou une intolérance aux AINS. Parmi elles, 2 avaient reçu une prescription d'AINS et 2 une prescription de paracétamol et de codéine seuls. Parmi les patientes ayant reçu une prescription d'AINS : une déclarait avoir des épigastralgies, de l'oméprazole a été ajouté à la prescription et le questionnaire patiente est manquant. Pour l'autre du flurbiprofène a été marqué alors que le soignant concerné avait prescrit comme AINS de l'ibuprofène à toutes les autres patientes ; cette patiente n'a pris aucun médicament.

e. Prise en compte des facteurs prédictifs de douleur importante connus

La plupart des soignants (11/22) ne semblaient pas modifier leur prescription d'antalgique en fonction de ces facteurs prédictifs. Quelques uns (3/22) diminuaient le niveau d'antalgique prescrit chez les patientes sans facteur de risque (AINS et palier 1 à la place d'un AINS et palier 2 pour 2 soignants ou AINS seul à la place de l'association AINS et paracétamol pour 1 soignant). Pour 8 soignants nous ne pouvions pas conclure.

5. Prises médicamenteuses

a. Nombre de prises médicamenteuses

Donnée disponible pour 70 patientes. Une prise médicamenteuse est un moment de prise d'un ou plusieurs médicament(s). En moyenne il y avait **2,3 ± 3,8** prises médicamenteuses par patiente entre la consultation au cours de laquelle la mifépristone était prise et la consultation de contrôle (classiquement 14 à 21 jours après). Certaines patientes avaient pris plusieurs médicaments à visée préventive, ils étaient comptabilisés comme une seule prise.

Tableau VII – Répartition des patientes selon le nombre de prises médicamenteuses.

Nombre de prises médicamenteuses	0	1	2	3	4	5	9	12	30
Nombre de patientes	9	26	19	6	5	2	1	1	1
Pourcentage de patientes	13 %	37 %	27 %	9 %	7 %	3 %	1 %	1 %	1%

Il est intéressant de noter qu'il n'y avait aucun surdosage effectif grâce au faible nombre de prises médicamenteuses et malgré le fait que des ordonnances laissaient la place à ce risque

si les posologies maximales inscrites étaient utilisées.

b. Nombre de prises médicamenteuses en fonction de l'intensité du pic douloureux

Tableau VIII – Nombre de prises médicamenteuses en fonction de l'intensité du pic douloureux lors de l'IVG.

Intensité du pic douloureux	0 - 3	4 - 6	7 - 10
Nombre de prises médicamenteuses moyen	1,4	1,7	2,5

Comparaison du nombre de prises médicamenteuses si pic douloureux ≤ 6 ou si > 6 : $p = 0,13$. Aucune différence n'était statistiquement significative.

c. Molécules

Donnée disponible pour 71 patientes. 9 patientes ne prenaient aucun médicament (13 % des patientes). Le pourcentage représente ici la proportion de femmes qui prenaient le médicament alors qu'il leur était prescrit.

- Paracétamol seul : 19 patientes (90 %).
- AINS : 50 patientes (64 %). La molécule prise par la patiente correspondait à la molécule prescrite par le soignant sauf dans un cas où de l'ibuprofène était prescrit et du flurbiprofène pris.
- Phloroglucinol : 9 patientes (53 %).
- Paracétamol-codéine : 9 patientes (53 %).
- Tramadol : 2 patientes (33 %).
- Lamaline® : 8 patientes (29 %).
- Métopimazine : 1 patiente (25 %).
- Métopimazine : 1 patiente. Médicament non prescrit.

d. Délai entre la prise de l'AINS et la prise du misoprostol

37 patientes prenaient un AINS de façon anticipée alors que 63 prescriptions le recommandaient (59 % d'observance de cette consigne).

e. Motif des prises

Motif des 163 prises médicamenteuses

- 65 prises (40 %) avaient lieu pour une douleur prolongée peu intense,
- 51 étaient des prises en systématique (31 %),
- 30 prises (18 %) avaient lieu pour une douleur intense et brusque,
- 2 prises (1 %) avaient lieu pour une sensation de malaise,
- 2 prises (1 %) avaient lieu pour un autre motif (migraine et douleur prolongée intense),
- 13 prises (8 %) avaient lieu pour une raison inconnue (motif de prise non renseigné).

7 prises avaient deux motifs de prise associés :

- une douleur intense et brusque associée à une sueur froide,
- 3 douleurs intenses et brusques associées à une sensation de malaise,
- 2 douleurs prolongées peu intenses associées à des céphalées,
- une douleur prolongée peu intense associée à une sensation de malaise.

Moment des prises médicamenteuses prophylactiques

Parmi les 52 prises médicamenteuses systématiques, visant à anticiper la douleur :

- 42 (81 %) avaient lieu avant la prise de misoprostol,
- 3 (6 %) avaient lieu en même temps que la prise de misoprostol,
- 5 (10 %) avaient lieu après la prise de misoprostol,
- 2 (4 %) n'étaient pas situables dans le temps.

Répartition des patientes selon le motif d'utilisation des médicaments

Parmi les 62 patientes ayant pris des antalgiques :

- 27 patientes (44 %) avaient pris des médicaments en systématique et en cas de symptôme,
- 20 patientes (32 %) avaient pris des médicaments uniquement de façon systématique,

- 13 patientes (21 %) avaient pris des médicaments uniquement de façon symptomatique,
- 2 patientes (3 %) n'avaient pas renseigné le motif de prise.

Patientes qui prenaient des médicaments pour une douleur intense et brusque

23 patientes signalaient avoir pris des médicaments pour essayer de soulager une douleur intense et brusque. Parmi elles :

- 8 patientes n'avaient pas pris d'antalgique de façon anticipée,
- 15 patientes avaient pris des antalgiques de façon anticipée.

Parmi ces 15 patientes :

- 2 prenaient alors une molécule différente de celle utilisée en préventif,
- 6 reprenaient la ou les même(s) molécule(s) car le délai recommandé entre ces deux prises était respecté,
- 4 patientes reprenaient la ou les même(s) molécule(s) sans respecter le délai recommandé entre les prises,
- pour 3 patientes les moments de prise n'étaient pas renseignés.

f. Effets indésirables

Donnée disponible pour 66 patientes. 49 patientes déclaraient avoir été gênées par d'éventuels effets secondaires (74 %). 26 les qualifiaient d'importants (39 %). Des nausées étaient l'effet indésirable le plus souvent rapporté (40 patientes, 61 %). Ces nausées étaient aussi signalées par des patientes qui n'avaient pas pris de médicament autre que la mifépristone et le misoprostol. Sur 8 patientes qui avaient rempli la partie « effets indésirables » du questionnaire et n'avaient pas pris de traitement à visée symptomatique, 4 (50 %) rapportaient des nausées.

Les patientes qui signalaient un ou des effets indésirables importants avaient pris en moyenne $2,3 \pm 1,9$ prises médicamenteuses ; celles qui signalaient des effets indésirables peu importants en avaient pris $3,2 \pm 6,5$; les patientes qui ne signalaient pas d'effet indésirable avaient pris $1,5 \pm 0,8$ prises médicamenteuses en moyenne. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes.

13 patientes (sur 37 ; 35 %) qui avaient pris un antalgique de façon anticipée

signalait un effet indésirable important, comme 13 patientes qui n'avaient pas pris de médicament de façon anticipée (sur 49 ; 27 %) ; $p = 0,3$.

g. Efficacité

Sur l'intensité du pic

Les patientes qui avaient pris un AINS quel que soit le moment avait un pic douloureux moyen à $6,4 \pm 2,5$; les patientes qui n'avaient pas pris d'AINS avaient un pic douloureux moyen à $5,6 \pm 2,7$; $p = 0,27$.

Les patientes qui avaient pris un AINS avant ou simultanément à la prise de misoprostol avaient un pic de douleur lors de l'IVG à $6,2 \pm 2,6$ en moyenne. Celles qui n'en avaient pas pris avant ou simultanément à la prise de misoprostol avaient une moyenne de pic douloureux à $6,2 \pm 2,5$. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative.

Sur le nombre de prises médicamenteuse

S'il y avait eu une prise anticipée d'AINS les patientes avaient pris en moyenne $2,4 \pm 2,3$ prises médicamenteuses. S'il n'y avait pas eu de prise anticipée d'antalgiques les patientes avaient pris en moyenne $2,2 \pm 5$ prises médicamenteuses. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative.

6. Méthodes antalgiques non médicamenteuses

Donnée disponible pour 72 patientes. 14 patientes (19 %) utilisaient des méthodes antalgiques non médicamenteuses. Onze patientes utilisaient de la chaleur. Une patiente utilisait un massage de ventre. Une patiente utilisait du froid. Une patiente se couchait et se reposait. Ces utilisations étaient à visée symptomatique pour 13 patientes (93 %) et préventive pour une patiente.

La moyenne du pic douloureux ressenti parmi ces patientes était de **$8,1 \pm 1,5$** contre $5,7 \pm 2,6$ chez les patientes n'ayant pas utilisé de méthode antalgique non médicamenteuse ($p = 0,0007$). Parmi ces 14 patientes il y avait en moyenne $2,7 \pm 2,9$ prises médicamenteuses par patientes contre $2,2 \pm 4$ prises médicamenteuses moyennes chez les autres patientes ($p = 0,3$).

IV. DISCUSSION

Cette étude permettait de faire un état des lieux en évaluant la douleur et sa prise en charge au cours des IVG médicamenteuses à domicile au sein du REIVOC. Elle était un premier pas dans la démarche d'amélioration des pratiques de ce réseau dans le domaine de la douleur. Son intérêt réside dans l'étude du « couple patiente-soignant » qui permet une approche globale de la situation.

1. Limites et biais de cette étude

Afin de limiter le biais de sélection il était demandé aux soignants de proposer le questionnaire aux cinq premières patientes les consultant pour une IVG dans les suites de la réception des questionnaires. Cependant si cette consigne n'a pas été respectée cela peut introduire un biais de recrutement, les soignants pouvant sélectionner les patientes les plus susceptibles de répondre.

Il existe un biais lié aux patientes « perdues de vue » qui n'ont pas rempli le questionnaire alors que cela leur avait été proposé (13 questionnaires sur 85, 15 %), il peut être considéré comme un biais d'auto-sélection.

Si les patientes n'étaient pas pesées ni mesurées correctement il peut exister une erreur aléatoire responsable d'imprécision concernant le poids et la taille et le calcul de l'IMC qui en découle. Cette imprécision participe à diminuer la puissance statistique.

Cette étude se voulait prospective, ainsi il était demandé sur le questionnaire patiente de remplir les deux premières questions avant l'IVG et les autres questions pendant l'IVG ou le plus tôt possible après. Cependant il est possible que le questionnaire patiente ait été rempli a posteriori introduisant alors un biais de mémorisation (surtout pour les deux questions se référant aux représentations de la patiente avant l'IVG).

Concernant l'opinion des patientes sur l'accompagnement par le soignant il existe un biais de déclaration puisque le questionnaire était en majorité récupéré directement par le soignant lors de la consultation de contrôle. Ce biais aurait pu être anticipé et minoré en modifiant le mode de recueil de cette information, par exemple en demandant aux patientes de répondre par internet et de façon anonyme à cette question mais il existait alors un

risque de diminuer le taux de réponses et nous avons choisi d'optimiser le nombre de questionnaires récupérés.

Le nombre attendu de questionnaires (144) n'était pas atteint malgré la présentation du projet de thèse au cours d'une réunion du REIVOC et les différentes relances par mail et téléphone. Ceci était lié à un nombre important de soignants n'ayant renvoyé aucun questionnaire (22/44). Dans la plupart des cas un manque de temps était la raison invoquée par ces soignants. Il aurait été possible de demander aux soignants de remplir dix questionnaires chacun mais cela aurait entraîné une sur-représentation encore plus importante des soignants les plus motivés. Même si un taux de réponse de 50 % est en général plutôt satisfaisant ; dans le cadre d'un réseau de soins militant, une participation plus élevée était espérée.

Il est courant qu'il n'y ait qu'un taux faible de réponse aux questionnaires des doctorants, le manque de temps médical étant généralement invoqué. Il serait intéressant de savoir si les soignants qui n'ont pas répondu considèrent malgré tout qu'il est utile d'étudier la prise en charge de la douleur au cours d'une IVG ou s'il existe une opposition « de principe » à travailler sur ce sujet. En effet mettre en avant la douleur ressentie au cours d'une IVG est l'un des procédés des lobbys anti-avortement. Les soignants pratiquant l'IVG ne souhaitent pas abonder dans le sens de ces groupes de pression.

Du fait du nombre limité de questionnaires remplis (85 dont 70 complets) la réalisation d'une étude de type avant-après pourra plus difficilement être conduite de façon pertinente. En effet, il est possible que de nouveaux conseils sur la prescription anticipée d'antalgiques dans le cadre des IVG à domicile soient diffusés suite à cette étude et que les pratiques des soignants se modifient. Si une étude souhaite objectiver une baisse du pic douloureux suite à ces modifications il sera plus difficile d'obtenir des résultats significatifs du fait d'un manque de puissance.

Le fait d'avoir un nombre limité de questionnaires induit aussi un manque de puissance au sein de la partie analytique de cette étude et peut être responsable de l'obtention de résultats non significatifs. Il n'a pas d'impact sur la partie observationnelle de cette étude.

Malgré ce taux de retour de questionnaire non optimal, les informations résultant de cette étude restent nombreuses et pertinentes.

Aucune analyse multivariée n'était réalisée. Il est donc possible que d'éventuels biais de confusion ne soient pas repérés.

Dans quelques études (8,20), le protocole d'IVG utilisé (posologies de mifépristone et de misoprostol) paraît être responsable de douleurs plus ou moins importantes. Les posologies de mifépristone et de misoprostol prises par les patientes n'étaient pas évaluées ici. Elles ne pouvaient donc pas être retrouvées comme facteurs prédictifs de douleur. Le REIVOC propose un schéma avec 200 mg de mifépristone puis 400 µg de misoprostol.

Il aurait été intéressant de demander aux patientes si elles avaient été satisfaites par la prise en charge de leur douleur. Cependant même si elles l'avaient été, un pic douloureux moyen supérieur à 6 sur l'EN nous pousse à essayer de faire mieux. En effet a posteriori les patientes peuvent être satisfaites de la prise en charge de leur douleur puisqu'elle est la plupart du temps moindre que ce à quoi elles s'attendaient et qu'elle disparaît complètement plus ou moins rapidement. A noter que plusieurs études démontrent que la majorité des femmes sont satisfaites après une IVG médicamenteuse à la maison (avec une utilisation d'antalgiques similaires) et recommanderaient cette méthode à une amie (6,21,22).

2. Principaux résultats

a. Validité externe

Les caractéristiques de la population de cette étude étaient ici comparées avec celles de la population générale.

L'âge moyen des femmes réalisant une IVG était de 27,5 ans en 2011 en France (23). Il était de 29,6 ans dans notre étude.

La prévalence de la dysménorrhée dans notre population (29 %) était du même ordre de grandeur que celle de la population générale suisse estimée à 25 % (24). Aucune donnée concernant la population générale française n'est retrouvée mais la Suisse et la France étant des pays géographiquement, culturellement et au niveau de développement proches nous pouvons supposer que la prévalence de la dysménorrhée est similaire dans ces deux pays.

La prévalence de femmes qui font une IVG alors qu'elles en ont déjà réalisé une est estimée à 32 % dans la population générale française en 2017 (25). Une enquête de l'institut national de la santé et de la recherche médicale retrouvait qu'en 2014, 29,6 % des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse avaient déjà bénéficié d'une IVG antérieure (8). C'était le cas pour 27 % des femmes de notre étude.

La population de cette étude semble être représentative des femmes réalisant une IVG médicamenteuse à domicile.

b. Description de la douleur

La douleur ressentie au cours d'une IVG médicamenteuse est une douleur nociceptive liée aux contractions utérines et à la dilatation du col. Elle peut donc survenir dès la prise de mifépristone mais est généralement plus intense suite à la prise du misoprostol (8).

Intensité du pic douloureux

Cette étude prospective permettait de confirmer que le pic de douleur ressenti lors d'une IVG médicamenteuse en ville au sein du REIVOC restait élevé à $6,2 \pm 2,6$ en moyenne sur l'EN alors que toutes les patientes sauf une avaient une prescription d'antalgique. 85 % des patientes présentaient un pic douloureux d'intensité modérée à intense ($EN \geq 4$) et 50 % un pic douloureux intense ($EN \geq 7$).

Le pic douloureux médian était à 6, comme dans une étude prospective suisse étudiant le vécu de 119 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile sans antalgique de palier 3 (7).

Pour 72 % des patientes le pic douloureux ressenti pendant l'IVG était plus importante que celui ressenti pendant les menstruations. En moyenne les femmes décrivaient des douleurs 1,5 fois plus fortes pendant l'IVG. Notre étude est la seule à permettre de comparer l'intensité de la douleur maximale au cours des menstruations avec le pic douloureux lors d'une IVG médicamenteuse.

Le pic douloureux lors de l'IVG semblait cependant moins important que ce à quoi s'attendaient les patientes (chez 66 % des patientes). Ceci paraît être habituel dans les études évaluant la douleur (26) et participe à expliquer le fait que les patientes ayant déjà réalisé une IVG médicamenteuse s'attendaient à une douleur significativement moindre et étaient probablement plus rassurées que les autres. Des facteurs psychologiques tels que l'anxiété peuvent expliquer ce phénomène mais cette donnée ouvre un questionnement sur les explications données par les médecins concernant cette douleur. Il est possible qu'ils laissent entendre aux patientes que la douleur sera plus importante qu'elle ne l'est vraiment. Ceci peut être une source d'anxiété pour certaines patientes qui ne ressentent pas la douleur attendue.

Il est confirmé que lors d'une IVG médicamenteuse les patientes ressentent un pic douloureux le plus souvent élevé, mais moindre que ce à quoi elles s'attendaient. Les patientes qui avaient déjà fait une IVG médicamenteuse semblaient plus sereines par rapport à la douleur. Peut-être avaient-elles le souvenir d'une douleur acceptable, ou la durée de la douleur était suffisamment courte pour ne pas être mémorisée comme particulièrement traumatisante. Afin d'étudier l'ensemble du phénomène douloureux au cours d'une IVG, il serait important lors d'une prochaine étude de ne pas s'intéresser qu'au seul pic douloureux mais également à l'évolution de la douleur dans le temps.

Moment du pic douloureux

Le pic douloureux survenait dans les 8 heures suivant la prise du misoprostol pour 92 % des patientes. Que la prise de misoprostol se fasse per os ou par voie trans-muqueuse buccale, nous retrouvons des médianes similaires concernant le délai d'apparition du pic douloureux dans cette étude (respectivement 2h et 2h30).

Deux études laissent entendre que le moment le plus douloureux lors d'une IVG médicamenteuse est l'expulsion (5,10), ceci n'est retrouvé dans notre étude que pour 12 % des femmes. Une autre étude retrouvait un pourcentage du même ordre de grandeur (6) : pour 18 % des femmes le pic douloureux correspondait à l'expulsion.

Il est très probable que le pic douloureux lors d'une IVG médicamenteuse survienne dans les 8 heures suivant la prise de misoprostol, que celle-ci ait lieu per os ou par voie trans-muqueuse. Expulsion et pic douloureux paraissent être asynchrones chez la plupart des patientes.

Facteurs prédictifs de douleur plus intense

La nulliparité, la nulligestité et le jeune âge sont des facteurs prédictifs de douleur importante reconnus, ils étaient retrouvés dans cette étude ; le manque de puissance ne permettait pas d'y retrouver la dysménorrhée. Le mode d'administration du misoprostol et l'âge gestationnel ne paraissaient pas non plus statistiquement associés au pic douloureux. Un IMC faible et une mauvaise anticipation de la douleur sont des facteurs prédictifs de douleur importante moins établis ; ils n'étaient pas retrouvés dans notre étude.

Du fait d'un manque de puissance on ne pouvait conclure sur l'association entre inquiétude des patientes et douleur effectivement ressentie mais les patientes les plus inquiètes semblaient avoir plus mal. Il existait un lien significatif entre inquiétude et douleur

attendue lors de l'IVG. Les patientes qui avaient déjà réalisé une IVG médicamenteuse par le passé s'attendaient à une douleur significativement moindre que les autres patientes et paraissaient être moins anxieuses et moins douloureuses. Cette remarque peut renforcer l'hypothèse d'un lien entre anxiété, douleur attendue et douleur effectivement ressentie. Il convient cependant de prendre en considération que les patientes réalisant une nouvelle IVG médicamenteuse sont peut-être celles ayant l'expérience d'une IVG médicamenteuse peu douloureuse. Les patientes ayant connu des douleurs intenses lors d'une IVG médicamenteuse se tournent peut-être plutôt vers une IVG chirurgicale en cas de nécessité. Les patientes les mieux accompagnées par leur entourage paraissaient moins douloureuses mais de façon non statistiquement significative.

c. Prise en charge de la douleur par les soignants

Prescriptions médicamenteuses

62 % des prescriptions médicamenteuses comprenaient un AINS et un antalgique de palier 2 et étaient donc en accord avec les dernières recommandations de la HAS (11) et avec l'ordonnance type du REIVOC (annexe I).

La grande majorité des prescriptions médicamenteuses (94 %) comportait un AINS. Cet AINS était l'ibuprofène dans 82 % des cas. L'ibuprofène est un AINS de premier choix dans la prise en charge de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse pour plusieurs raisons. C'est cette molécule qui a fait la preuve de son efficacité dans cette situation contre placebo (13) ou contre paracétamol (12) et, selon la revue Prescrire il est l'AINS à utiliser en première intention à visée antalgique car il est largement éprouvé et expose à un risque modéré d'effets indésirables digestifs graves (27). Enfin, les recommandations pour la pratique clinique de 2016 du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) (14,28), conseillent l'utilisation d'ibuprofène qui est plus efficace que le paracétamol.

64 % des prescriptions médicamenteuses comprenaient un antalgique de palier 2. Il restait donc un grand nombre de patientes qui ne se voyaient pas proposer d'antalgique de palier 2.

L'absence de facteur de risque de douleur importante paraissait être parfois associée à une prescription moindre d'antalgiques.

Il n'y avait pas d'ordonnance type qui se dégageait, les prescriptions médicamenteuses étaient très variables, tant sur le plan des molécules prescrites que sur les

posologies et moments de prises recommandés. Les AINS étaient, à juste titre, les médicaments les plus prescrits et notamment l'ibuprofène.

Risques de surdosage

Quelques ordonnances pouvaient conduire à un surdosage en paracétamol (4 ordonnances, 5 % des ordonnances totales) ou ibuprofène (8 ordonnances, 10 %) ou kétoprofène (4 ordonnances, 5 %). Compte tenu du faible nombre de prises médicamenteuses aucun surdosage n'a été constaté dans cette étude et nous discuterons plus loin d'une éventuelle prescription volontaire de doses élevées d'AINS.

Effets indésirables

L'étude ne permettait pas de mettre en évidence d'association statistique entre les effets indésirables et une variable quelconque. Le questionnaire ne rendait pas possible la distinction entre les effets indésirables liés aux antalgiques ou aux molécules du protocole d'interruption de grossesse (mifépristone et misoprostol). Les nausées étaient l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté (61 % des patientes). Elles sont un effet indésirable connu et fréquent de la mifépristone, du misoprostol et des antalgiques de palier 2, il est donc difficile de savoir à quelle molécule les attribuer. Comme 50% des patientes qui n'avaient pas pris de traitement symptomatique présentaient des nausées, il est probable qu'un grand nombre d'effets indésirables soient liés aux prises de mifépristone et de misoprostol.

d. Prise en charge de la douleur par les patientes

Prises médicamenteuses

Il existe un hiatus entre les prescriptions médicamenteuses (qui autorisent la plupart du temps une prise répétée d'antalgiques au cours de la journée en cas de douleur) et les prises médicamenteuses à visée antalgique (64 % des patientes ont pris une ou deux prises médicamenteuses) malgré la persistance de douleur. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées.

Le nombre de prises médicamenteuses est limité par le délai à respecter entre les prises d'un même antalgique. Si le pic douloureux est bref, la prise médicamenteuse ayant lieu avant (ou pendant) le pic douloureux peut être insuffisamment efficace mais ce délai

peut empêcher de reprendre un antalgique avant que la douleur ne cesse d'elle-même. Le cas des patientes utilisant des méthodes antalgiques non médicamenteuses renforce cette hypothèse : ces patientes avaient une douleur significativement plus importante que les autres et ne prenaient ni plus ni moins de médicaments que les autres, probablement que, n'ayant pas d'autre solution pour calmer leur douleur elles se tournaient vers des méthodes non médicamenteuses. Dans le même sens, parmi les patientes ayant pris un antalgique pour une douleur intense et brusque, certaines étaient amenées à ne pas respecter le délai préconisé entre les prises d'une même molécule. Il serait intéressant de pouvoir confirmer cette hypothèse.

La douleur peut avoir une valeur symbolique, un sens pour certaines patientes qui culpabiliseraient et trouveraient leur souffrance légitime, elle peut aussi rassurer sur l'efficacité de l'IVG. Certaines patientes peuvent avoir peur que les antalgiques cachent une douleur anormale qui pourrait être un signe de complication. De façon plus ou moins consciente peut-être que certaines patientes ne prennent donc pas suffisamment d'antalgiques.

L'observance de la prescription de paracétamol était la meilleure (90 %) suivie de l'observance de la prescription d'AINS (64 %). Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : mauvais partage des connaissances avec les patientes, ordonnance mettant peu en évidence l'importance de l'AINS, crainte de prendre un AINS probablement moins connu que le paracétamol. L'observance pour les antalgiques de palier 2 était faible (53 % pour l'association paracétamol-codéine, 33 % pour le tramadol et 29 % pour la lamaline®), probablement car ces médicaments sont souvent mal tolérés (29).

87 % des patientes prenaient au moins un antalgique mais le nombre de prises médicamenteuses restait faible. L'observance pour la paracétamol était la meilleure.

Moment de prise de l'AINS

63 prescriptions recommandaient une prise prophylactique d'AINS et 37 patientes l'ont effectivement réalisé (59 %). Il est possible que les explications concernant cette façon d'utiliser les antalgiques, probablement inhabituelle pour les patientes, étaient insuffisantes.

La douleur et le nombre de prises médicamenteuses ne paraissaient pas différents que les patientes aient pris ou non un AINS de façon anticipée. Le schéma de cette étude

n'était pas adapté pour démontrer une efficacité de cette procédure puisqu'il ne s'agissait pas d'un essai clinique (la prise d'AINS n'est d'ailleurs pas statistiquement associée à une moindre douleur dans cette étude alors que leur efficacité est prouvée). Un essai clinique dont l'objectif est de trouver quel antalgique, contre placebo, est le plus efficace dans le cadre de prises systématiques (simultanée à celle du misoprostol puis 4 heures après sa prise) vient de se terminer. L'article n'est pas encore paru mais quelques résultats ont été révélés lors d'une communication orale à Nantes le 15 septembre 2018. L'essai inclut 563 femmes originaires du Népal, d'Afrique du Sud et du Vietnam et retrouve une efficacité de l'association ibuprofène (400mg)-métoclopramide sur le pic douloureux et le nombre de prises médicamenteuses. Cette efficacité est plus importante que celle du tramadol ou du placebo (30,31).

Le meilleur moment de prise de l'AINS reste à définir, une étude récente (30,31) permettra peut-être de réviser les recommandations actuelles. L'observance d'une prescription prophylactique n'était pas optimale dans cette étude.

Techniques antalgiques non médicamenteuses

Seules 19 % des patientes utilisaient des techniques antalgiques non médicamenteuses. Dans 93 % des cas cette utilisation était symptomatique. Notre étude ne permettait pas d'évaluer l'efficacité de ces méthodes.

L'étude des techniques antalgiques non médicamenteuses retrouve une efficacité de l'électro-acupuncture (32) et d'une préparation du col de l'utérus par mise en place d'un dilateur cervical (33). Ces méthodes ne paraissent pas aisées à mettre en place au cours d'une IVG à domicile.

e. Pistes d'amélioration

- Poursuivre le fort niveau de prescription des AINS et notamment de l'ibuprofène.
 - Insister sur l'efficacité des AINS par rapport au paracétamol auprès des patientes, expliquer que leur balance bénéfice-risque est bonne dans cette situation, afin de favoriser leur utilisation en priorité.
 - Augmenter la prescription des antalgiques de palier 2 ou envisager un palier 3.
- Malgré les différentes sources qui recommandent leur utilisation (HAS, CNGOF,

REIVOC) la prescription d'antalgiques de palier 2 restait limitée. L'utilisation de ces médicaments est controversée car elle n'est pas recommandée par la revue Prescrire qui propose une utilisation de morphine en cas de douleur modérée et d'inefficacité du paracétamol et d'un AINS (27). De plus, les antalgiques de palier 2 peuvent être à l'origine d'addictions mais ils ne sont pas considérés comme des stupéfiants, leur délivrance se fait donc par boîtes entières.

La prescription de morphine n'a jamais été évaluée au cours d'une IVG médicamenteuse.

Une étude menée à Hawaï a été publiée en 2018 pour évaluer l'efficacité de la prégabaline dans les IVG médicamenteuses à la maison. Huit comprimés de 5 mg d'oxycodone associée à 325 mg de paracétamol étaient distribués aux femmes en plus de 12 comprimés de 800 mg d'ibuprofène et d'un placebo ou de prégabaline. Le pic de douleur moyen ressenti par les 110 femmes de cette étude était compris entre 5 et 5,5 sur l'EN, sans différence entre les groupes prégabaline et placebo (34).

Les antalgiques de palier 3 sont régulièrement utilisés per os ou par voie sous-cutanée lors des IVG médicamenteuses en France en établissement de santé (35).

L'intensité des douleurs ressenties dans notre étude paraît justifier une prescription d'antalgique de palier 3. Une autre thèse a fait ce constat (6). La durée d'action de la morphine à libération immédiate per os est de 4 heures environ (36). Puisque pour 92 % des patientes le pic douloureux survient dans les 8 heures suivant la prise du misoprostol, une prescription de deux prises de morphine à libération immédiate permettrait de couvrir cette période. On peut imaginer adapter la posologie de morphine selon l'existence ou non de facteurs prédictifs de douleur importante.

La crainte d'un usage détourné de morphine peut être un frein à la prescription d'un antalgique de palier 3. La délivrance à l'unité par les pharmacies permet de diminuer ce risque. Les possibles effets indésirables peuvent être un autre frein à la prescription d'un antalgique de palier 3 mais il n'est pas démontré que les antalgiques de palier 2 exposent à moins d'effets indésirables (27). Enfin, la nécessité de remplir une ordonnance sécurisée est chronophage pour le prescripteur et en cas de prescription de morphine, on peut se demander quel serait son niveau d'utilisation.

- Diminuer la prescription de phloroglucinol.

Le CNGOF dans ses recommandations pour la pratique clinique de 2016 (28) explique que le phloroglucinol n'a pas fait la preuve de son efficacité et n'est donc pas recommandé dans

la prise en charge antalgique des IVG. Or, 20 % des ordonnances en comportaient. Ne pas prescrire de phloroglucinol pourrait permettre aux patientes de repérer plus facilement les médicaments vraiment efficaces pour lutter contre leur douleur.

- Eviter le risque de surdosage.

Dans 4 ordonnances un risque de surdosage en paracétamol était identifié, ce risque était lié à son association à la lamaline®. Ce surdosage restait éloigné de la dose toxique de paracétamol. Dans 8 ordonnances un risque de surdosage en ibuprofène était identifié, dans 4 ordonnances un risque de surdosage en kétoprofène était mis en évidence. Il pourrait être intéressant de rappeler aux soignants les doses maximales quotidiennes de ces médicaments et qu'il s'agit de redoubler de vigilance lorsqu'il y a des associations médicamenteuses.

L'ibuprofène à fortes doses (à partir de 2400 mg par jour) est parfois utilisé dans des maladies inflammatoires chroniques, une légère augmentation du risque cardiovasculaire y est associée (37). Au cours des IVG médicamenteuses, une étude comprenant 61 patientes a retrouvé une efficacité d'une prise de 800 mg d'ibuprofène en même temps que celle du misoprostol sur la douleur et le nombre de prises médicamenteuses antalgiques complémentaires par rapport à un placebo (13). Il n'y a pas eu de comparaison avec une dose de 400 mg. Prendre ponctuellement une dose supérieure à 1200 mg par jour d'ibuprofène ne heurte donc pas le bon sens.

- Rassurer les patientes.

Détailler les explications concernant la douleur peut y participer : elle sera probablement plus importante que celle des menstruations, son intensité maximale surviendra probablement dans les 8 heures suivant la prise du misoprostol et pas obligatoirement au moment de l'expulsion. Expliquer que de façon générale les patientes ayant déjà fait une IVG sont plus apaisées que les autres peut aussi aider à rassurer les patientes. Continuer à assurer un accompagnement de bonne qualité (98 % des patientes se disaient bien accompagnées par le soignant durant l'IVG).

Aucun anxiolytique n'était prescrit dans cette étude. Si une relation de cause à effet existe entre l'anxiété et la douleur effectivement ressentie lors de l'IVG un anxiolytique pourrait participer à faire diminuer cette douleur.

- Trouver un protocole d'IVG le moins douloureux possible.

Il est possible que les posologies et les voies d'administration utilisées avec la mifépristone et le misoprostol influencent les douleurs ressenties lors de l'IVG médicamenteuse.

Une revue de la littérature récente (38) mettait en évidence des résultats contradictoires et concluait sur la nécessité de continuer à étudier ces variables.

- Trouver le meilleur moment de prise de l'AINS.

Quelques études retrouvent une efficacité de l'ibuprofène pris simultanément au misoprostol (13,30,31) dont une très récente (31). D'autres études ne retrouvent pas d'efficacité de la prise prophylactique d'AINS (15,16). Une méta-analyse serait la bienvenue. Si une prise prophylactique s'avère supérieure à une prise thérapeutique il s'agira de détailler les explications données aux patientes (pour justifier ce type d'utilisation qui est probablement inhabituel pour elles) afin de favoriser l'observance.

- En pratique, concernant le protocole antalgique du REIVOC.

Dans un souci d'uniformisation et de pratique d'une médecine basée sur les preuves, le moment de la première prise d'AINS pourrait être précisé et prescrit de façon simultanée à la prise de misoprostol (13,31). En cas d'allergie, il pourrait être précisé que l'ibuprofène, le kétoprofène et le flurbiprofène ont une structure chimique proche ; seul l'acide méfénamique a une structure chimique éloignée et est donc une alternative en cas d'allergie à l'une de ces trois molécules (39).

Les posologies des antalgiques de palier 2 pourraient être optimisées ou ces molécules pourraient être remplacées par de la morphine à libération immédiate.

V. CONCLUSION

Cette étude permettait de décrire et d'analyser la douleur lors d'une IVG médicamenteuse hors établissement de santé, au sein du REIVOC.

Elle confirmait que les patientes ressentent un pic douloureux intense, le plus souvent dans les huit heures après la prise du misoprostol. L'intensité de ce pic était moindre que celle à laquelle s'attendaient les patientes et en moyenne de une fois et demi celle ressentie lors des menstruations. Certains des facteurs prédictifs connus de douleur importante étaient retrouvés dont la nulligestité, la nulliparité et le jeune âge. Les patientes les plus anxieuses à l'idée de réaliser l'IVG s'attendaient à une douleur plus importante et ressentaient peut-être, en effet, une douleur plus intense.

L'étude du « couple patiente-soignant » rendait possible la description et l'analyse de la prise en charge antalgique. Il existait un niveau élevé de prescriptions anticipées d'antalgiques conformes aux recommandations (association d'un AINS et d'un antalgique de palier 2) mais les antalgiques de paliers 2 étaient moins prescrits que les AINS. Le phloroglucinol était parfois utilisé. Quelques ordonnances pouvaient laisser place à un surdosage en paracétamol. Aucun antalgique de palier 3 n'était prescrit. Les facteurs prédictifs de douleur semblaient être recherchés par les soignants mais plutôt dans le but d'alléger l'ordonnance d'antalgiques en leur absence.

La majorité des patientes utilisaient un antalgique et l'observance de la prescription de paracétamol était la meilleure. Le nombre de prise médicamenteuse restait limité, peut-être du fait d'une durée limitée de la douleur. Le schéma de notre étude ne permettait pas de statuer sur le meilleur moment de prise de l'AINS.

Ainsi, plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge de la douleur au cours d'une IVG médicamenteuse à domicile peuvent découler de ces constatations :

- renforcement de la réassurance des patientes,
- amélioration du partage de connaissances avec les patientes, notamment en précisant la place incontournable des AINS comme antalgiques dans cette situation,
- optimisation des prescriptions, notamment en diminuant la prescription de phloroglucinol, en mettant en évidence l'AINS, en diminuant le risque de surdosage, en prescrivant plus d'antalgiques de palier 2 voire en prescrivant un antalgique de palier 3. Un nouveau protocole antalgique pourrait permettre de concrétiser ces pistes d'amélioration en offrant un cadre rassurant pour les soignants.

- poursuite de réalisation d'études cliniques, notamment pour étudier la relation entre anxiété et douleur, trouver le protocole d'IVG le moins douloureux et préciser l'utilisation des antalgiques : meilleur moment de prise de l'AINS, posologie ayant la meilleure balance bénéfice-risque, place des antalgiques de palier 3. Il paraît difficile de supprimer la douleur ressentie lors d'une IVG médicamenteuse, évaluer l'intensité de la douleur mais aussi le degré de satisfaction des patientes concernant sa prise en charge serait intéressant dans ces études futures.

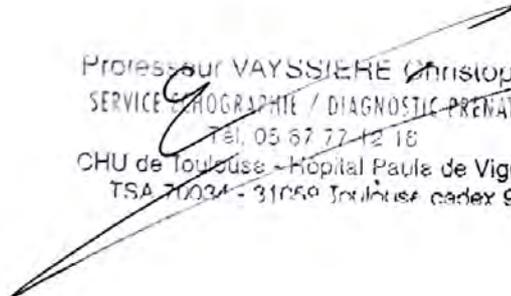
Force est de constater que les grands absents de la prise en charge antalgique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé sont les antalgiques de palier 3. Cette étude permettra peut-être d'initier une réflexion voire de nouveaux sujets d'étude autour de cette problématique.

Toulouse, le 25/01/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Rangueil
Elie SERRANO



Professeur VAYSSIERE Christophe
SERVICE ÉCHOGRAPHIE / DIAGNOSTIC PRÉNATAL
Tél. 05 67 77 12 18
CHU de Toulouse - Hôpital Paula de Viguier
TSA 70034 - 31059 Toulouse cedex 9



Bibliographie

1. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
2. Bulletin Officiel n°2004-50 [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-50/a0503304.htm>
3. 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 [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
4. Qui sommes nous ? [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://reivoc.fr/a-propos/>
5. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires : une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <http://these-sante.ups-tlse.fr/959/>
6. Schoffit C. La prise en charge de la douleur pendant l'IVG médicamenteuse en ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
7. Hedqvist M, Brolin L, Tydén T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc.* oct 2016;9:48-54.
8. 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.* nov 2015;194:212-7.
9. Comment avorter ? Les méthodes d'IVG [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://reivoc.fr/comment-avorter-methodes-ivg/>
10. Azerot M, Etchemendigaray C, Rousseau A, Brûlé A. Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. *Rev Sage-Femme.* juin 2015;14(3):94-9.
11. Haute Autorité de Santé - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse
12. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril.* mai 2009;91(5):1877-80.
13. Avraham S, Gat I, Duvdevani N-R, Haas J, Frenkel Y, Seidman DS. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril.* mars 2012;97(3):612-5.

14. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 2018;222:95-101.
15. Raymond EG, Weaver MA, Louie KS, Dean G, Porsch L, Lichtenberg ES, et al. Prophylactic Compared With Therapeutic Ibuprofen Analgesia in First-Trimester Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* sept 2013;122(3):558-64.
16. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynecol Obstet.* sept 2001;74(3):275-80.
17. Haute Autorité de Santé - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
18. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain.* sept 1994;58(3):387-92.
19. K/Ourio A. Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseau REIV en région Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1350/>
20. von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* sept 2003;110(9):808-18.
21. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod Oxf Engl.* mai 2010;25(5):1153-7.
22. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception.* nov 2004;70(5):387-92.
23. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population.* 2014;69(3):365.
24. Netgen. Dysménorrhée : patience, pilules ou bouillotte ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-452/Dysmenorrhée-patience-pilules-ou-bouillotte#B2>
25. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
26. Sipilä RM, Haasio L, Meretoja TJ, Ripatti S, Estlander A-M, Kalso EA. Does expecting more pain make it more intense? Factors associated with the first week pain trajectories after breast cancer surgery. *Pain.* mai 2017;158(5):922-30.
27. douleur_nociceptive_d'intensite_moderee_chez_un_adulte_-_Premiers_Choix_Pres-

crire,_actualisation_decembre_2017.pdf. 2017.

28. RPC [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE>
29. Rawal N, Allvin R, Amilon A, Ohlsson T, Hallén J. Postoperative analgesia at home after ambulatory hand surgery: a controlled comparison of tramadol, metamizol, and paracetamol. *Anesth Analg*. févr 2001;92(2):347-51.
30. Dragoman MV, Grossman D, Kapp N, Huong NM, Habib N, Dung DL, et al. Two prophylactic medication approaches in addition to a pain control regimen for early medical abortion < 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: study protocol for a randomized, controlled trial. *Reprod Health*. 12 oct 2016;13(1):132.
31. FIAPAC [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://fiapac.org/fr/author/2336/monica-Dragoman>
32. Ma L, Yang F, Zhu J, He Z, Chen Y, Xu H, et al. [A comparative study of effects of electroacupuncture with different stimulation parameters on medicine-induced abortion]. *Zhongguo Zhen Jiu Chin Acupunct Moxibustion*. juill 2008;28(7):477-80.
33. Samuel MI, Parsons JH. Hygroscopic dilator (Dilapan-S™) and misoprostol combination for the early first-trimester termination of pregnancy: a pilot study. :4.
34. Friedlander EB, Soon R, Salcedo J, Davis J, Tschann M, Kaneshiro B. Prophylactic Pregabalin to Decrease Pain During Medication Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. sept 2018;132(3):612-8.
35. Garbin O, Vayssiere C, Bettahar-Lebugle K, Nisand I. Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 nov 2006;129(1):36-40.
36. Laval G, Sang B, Mallaret M, Villard M. Nouveaux antalgiques de niveau III de l'Organisation mondiale de la santé. *Rev Médecine Interne*. janv 2002;23(1):55-70.
37. Recommandations du PRAC concernant le risque cardiovasculaire des médicaments contenant de l'ibuprofène utilisés à fortes doses -Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Recommandations-du-PRAC-concernant-le-risque-cardiovasculaire-des-medicaments-contenant-de-l-ibuprofene-utilises-a-fortes-doses-Point-d-Information>
38. 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] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 30 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1791/>
39. Netgen. Réactions d'hypersensibilité immédiates aux anti-inflammatoires non stéroïdiens : allergie ou pseudo-allergie ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-255/Reactions-d-hypersensibilite-immediates-aux-anti-inflammatoires-non-steroidiens-allergie-ou-pseudo-allergie>

Annexes

ANNEXE I – Protocole douleur du REIVOC en 2018.

Docteur REIVEUR ou Sage-femme REIVEUSE
Rue G Brassens
34200 SÈTE
Tel mobile : 06 34 66 31 11

Madame Dolorine INDOLORE, XX ans.

1 **IBUPROFÈNE 400** 1 comprimé x 3 / jour

(Prendre en mangeant légèrement un comprimé)

alternatives : **ANTADYS** ou **PONSTYL** ou **kétoprofène 100**, si allergie à l'Ibu-
profène ou si préférence de la patiente.

2 20 mn à 1h plus tard : **MISOPROSTOL (donné par le praticien)** deux
comprimés sublingual (pendant 5 mn, au-delà avaler avec un peu d'eau)

3 Si douleurs forte : **CODOLIPRANE (400/20)** 2 comprimés x 3/ jour

alternatives : **lamaline** 2 gélules, ou 1 suppo ou **Isalgy** 2cp ou **tramadol 50** (mais
nausées++)

doliprane 1000 en suppo

à Carcassonne le 9 juin 2017

ANNEXE II – Questionnaire distribué lors de cette étude avec fiche explicative pour le soignant.

Cher confrère, chère consœur,

Dans le cadre de ma thèse je souhaite faire un état des lieux de la prise en charge de la douleur durant l'IVG médicamenteuse ambulatoire au sein du réseau REIVOC, puis éventuellement proposer des pistes d'amélioration.

D'après mes recherches bibliographiques il peut persister une douleur (EN>3) malgré l'utilisation d'antalgiques de palier I ou II et d'anti-inflammatoires. Des facteurs prédictifs de douleur ont été identifiés.

Il n'existe pas de consensus sur un protocole antalgique précis à utiliser.

La première étape est de décrire ce qui est fait actuellement, de voir si l'on retrouve bien les facteurs

prédictifs de douleur dans la population de ce réseau et quelle est l'efficacité des différents moyens

mis en place pour diminuer la douleur grâce à un questionnaire.

Puis l'objectif sera de proposer, si nécessaire des axes d'amélioration voire un nouveau protocole antalgique.

Le questionnaire comprend une première partie qui vous est destinée : les premières questions permettent d'identifier les facteurs prédictifs de douleur puis le tableau permet de connaître votre prescription médicamenteuse de façon détaillée. Si votre ordonnance est suffisamment détaillée elle peut simplement être jointe en supprimant le nom de la patiente. **Le mieux est de le remplir lors de la C3.**

La seconde partie du questionnaire est destinée aux patientes et vise surtout à décrire leur douleur et les moyens qu'elles ont utilisés pour la contrôler. **Le mieux serait que vous le leur remettiez lors de la C3 pour qu'elles le remplissent en temps réel et qu'elles vous le rapportent pour la C5. En cas d'oubli elles peuvent en remplir un nouveau lors de la C5 (je vous envoie aussi une version pdf par mail).**

Afin d'éviter un biais de sélection le mieux serait que dès réception de ce questionnaire vous le proposiez aux cinq premières patientes venant faire une IVG.

Je vous joins une enveloppe timbrée afin de me retourner les questionnaires ; soit lorsque les cinq seront remplis soit à la fin du mois de février.

Je vous remercie pour votre implication,

Marion Achache, interne en médecine générale.

marionachache@hotmail.com

06.83.53.14.75

Questionnaire patiente : merci de le ramener lors de la consultation de contrôle

Bonjour,

Je suis Marion Achache, interne en médecine générale ; pour mon travail de thèse je voudrais participer à **l'amélioration de la prise en charge de la douleur au cours des IVG médicamenteuses «à la maison»**. L'étude consiste en l'analyse de votre douleur au cours de cette IVG et des moyens que vous avez utilisés afin de la diminuer. Si vous êtes d'accord pour participer il vous suffira de remplir le questionnaire suivant de façon **anonyme**.

L'échelle numérique permet d'évaluer votre douleur. C'est une échelle virtuelle allant de 0 = absence de douleur à 10 = douleur maximale imaginable. Afin que l'évaluation de votre douleur soit la plus fiable possible, il serait bien que vous remplissiez les **deux premières questions avant de réaliser l'IVG puis la suite des questions le plus tôt possible après la fin de l'IVG voire pendant l'IVG**.

Au dos de ce questionnaire vous pouvez noter toute remarque concernant votre douleur ou prise en charge

1. Quelle est l'intensité de votre douleur **maximale** lors de vos règles habituelles ?
(entourez la réponse correspondant)

EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Vous êtes... pas du tout / un peu / moyennement / très... **inquiète** à l'idée de réaliser cette IVG
(entourez le bon qualificatif).

3. A quelle intensité de douleur **maximale** au cours de l'IVG vous attendez-vous **avant** de la réaliser ?

EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. A quelle heure avez-vous pris le misoprostol ?

5. Comment avez-vous pris le misoprostol ? (cochez la bonne réponse)

avalé avec un verre d'eau laissé fondre dans la bouche ou sous la langue autre (précisez) :

Évaluation de votre douleur suite à la prise du misoprostol :

6. A quelle intensité avez-vous eu mal lorsque la douleur était à son **pic** ?

EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. A quelle **heure** avez-vous eu ce **pic** de douleur ?

8. Ce moment correspondait-il à un événement particulier ? (cochez la bonne réponse) Si oui lequel ?

non oui :

9. Traitement médicamenteux pris (contre la douleur ou des symptômes gênants) depuis la prise du misoprostol et jusqu'à 3 jours après : remplir une colonne par moment de prise :

Heure de prise					
Médicaments					
Dosage et nombre de comprimés					
Raisons de prise (entourez la ou les bonnes réponses)	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :

**10. Avez-vous utilisé des moyens non médicamenteux (bouillotte...) pour lutter contre la douleur ?
Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?**

Moyens non médicamenteux pour lutter contre la douleur			
Heure d'utilisation			
Raisons d'utilisation (entourez la ou les bonnes réponses)	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :	- en prévention/en systématique - douleur prolongée peu intense - douleur intense et brusque - sensation de malaise - autre :

11. Avez-vous été gênée par (cocher les bonnes cases) :

	NON	UN PEU	BEAUCOUP
Somnolence			
Nausées			
Vomissements			
Éruption cutanée			
État vertigineux			
Difficultés pour uriner			
Constipation			
Malaise			
Autres :			

12. Au cours de cette IVG, vous vous êtes sentie... peu / moyennement / bien... accompagnée par votre entourage (entourez le bon qualificatif).

13. Au cours de cette IVG, vous vous êtes sentie... peu / moyennement / bien... accompagnée par le médecin ou la sage-femme pratiquant l'IVG (entourez le bon qualificatif).

Merci pour votre participation

AUTEUR : Marion ACHACHE

TITRE : La douleur et sa prise en charge au cours d'une IVG médicamenteuse à domicile au sein du REIVOC.

DIRECTRICE DE THESE : Dre Anne SAINT-MARTIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, faculté de médecine de Purpan, 18 février 2019

INTRODUCTION : L'objectif de cette étude était de décrire la douleur et sa prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse à domicile au sein du REIVOC (réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la contraception en région Occitanie) afin de trouver d'éventuelles pistes d'amélioration.

METHODES : Des questionnaires ont été remplis par les soignants du REIVOC et leurs patientes de façon prospective. **RESULTATS :** 85 % des patientes présentaient un pic douloureux d'intensité modérée à intense ($EN \geq 4$) et 50 % un pic douloureux intense ($EN \geq 7$). 61 % des ordonnances étaient conformes aux recommandations (association d'un antalgique de palier 2 avec un anti-inflammatoire non stéroïdien). 87 % des patientes prenaient au moins un antalgique. **CONCLUSION :** Plusieurs axes d'amélioration étaient mis en évidence dont la prescription d'antalgiques de palier 3. Il serait intéressant d'étudier le degré de satisfaction des patientes concernant la prise en charge de leur douleur.

INTRODUCTION : The objective of this study was to describe pain and its care during a medical abortion at home in the REIVOC (network providing support in matters of abortion and contraception in the Occitanie region) in order to find scope for improvement. **METHODS :** Questionnaires were filled by caregivers and their patients in a foresight way. **RESULTS :** 85 % of patients had a moderate to intense peak of pain ($NPRS \geq 4$) and 50 % an intense peak of pain ($NPRS \geq 7$). 61 % of prescriptions were compliant with the recommendations (combination of a grade 2 analgesic with a non-steroidal anti-inflammatory drug). 87 % of patients took at least one analgesic. **CONCLUSION :** Several axes for improvement were highlighted such as prescription of a grade 3 analgesic. It would be interesting to study the satisfaction level of patients concerning pain management.

Mots-Clés : IVG médicamenteuse à domicile, douleur, prise en charge de la douleur, antalgique, observance, REIVOC.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
