

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAUMETTE Marie, Salomé
née le 16 août 1984, à Tamniès (24)

Présentée et soutenue publiquement le : 26 juin 2014

DOULEUR DE L'IVG MEDICAMENTEUSE :
EVALUATION ET RECHERCHE DE FACTEURS PREDICTIFS

Président de thèse : **Professeur MANDELBROT Laurent**

Directeur de thèse : **Docteur BACLE Françoise**

DES de MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Laurent Mandelbrot, pour avoir accepté de présider ma thèse.

Merci aux membres du jury qui me font l'honneur de juger ce travail.

Merci au Dr Françoise Bacle, ma directrice de thèse, pour m'avoir donné l'opportunité de faire ce travail, pour m'avoir accompagnée avec autant de patience et d'implication.

Merci à l'équipe du CIVG de Louis Mourier et au Dr Jamila Jamil sans qui ce travail n'aurait pu se faire. Merci au Dr Catherine Soulat pour le temps consacré à la relecture de mon travail.

Merci au Dr Béatrice Ducot pour son aide précieuse pour l'analyse statistique.

Merci aux médecins rencontrés tout au long de mon apprentissage, pour m'avoir donné le goût d'une médecine humaniste et enthousiaste : Dr Laurence Martineau, Dr Frédérique Broisin-Doutaz, Dr Rkia Misbahi, Dr Pierre Zuech, Dr Virginie Fossey-Diaz, Dr Corinne Guitton, Dr Linda Rossi et Dr Sophie Gaudu.

Merci aux Dr Martine Lalande, Dr Rémy Cerf, Pr Michel Nougairède, Dr Thomas Cartier et au Dr Alain Tyrode, pour m'avoir appris mon métier dans la joie.

Merci à mes consoeurs, confrères et collègues du CMS de Gennevilliers.

Merci à Paloma, François, Sarah, Thomas et Gabriel...mais aussi à Annick et Jeançois, Titof, Julie et Pierrick.

Merci à mes familles d'adoption : Teresinha ; Zohra ; Nini et Marcel ; les Coutelliers, Mamito, Corinne, Régis, Ben, Poule et Alex ; Charlie, sa maman et ses sœurs ; Dominique, Pierre et Lili ; Susana et Juliette.

Merci à mes consoeurs, confrères, aux rires d'Hué, au Gros Jus, aux grotteux et aux machines ; chacun dans sa discipline : Alix, Marie, Nawel, Natacha, Omer , Elodie, Maud, Jonathan, Sarah, Marion, Laura, Nadia, Noémie, Virginie, JohnJohn, Mélanie, Alex, Julie, Jeanne, Laure, Clément, Virak. Nata, Rémi, Hugo, Marine, Valérie, Etché, Camille, Lucie, Mathilde, Margot, Adèle, David ... vous m'êtes si chers.

Et merci à Martin, avec tout mon amour.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

AME : Aide Médicale d'Etat

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

BIG : Bulletin d'interruption de grossesse

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CMU : Couverture Médicale Universelle

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVN : Echelle Visuelle Numérique

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MEOPA : Mélange Equimolaire de Protoxyde d'Azote

OR : Odds Ratio

® : nom commercial du médicament

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA : Semaine d'Aménorrhée

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	6
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
III. MATERIEL ET METHODES	9
1. Type et durée de l'étude	9
2. Population concernée et critères d'inclusion	9
3. Déroulement de l'IVG médicamenteuse au CIVG de l'hôpital Louis Mourier, Colombes	10
3.1. La prise de rendez-vous	
3.2. La première consultation	
3.3. Protocole suivi pour l'IVG médicamenteuse	
3.4. la consultation de contrôle	
4. Prise en charge de la douleur durant l'IVG médicamenteuse au CIVG de l'hôpital Louis Mourier	14
4.1. Antalgie entre la prise de mifépristone (Mifégyne®) et de misoprostol (Cytotec®)	
4.2. Prémédication lors de la 1 ^{ère} prise de misoprostol (Cytotec®)	
4.3. Antalgie lors de la 2 ^{ème} prise de misoprostol (Cytotec®)	
4.4. A la sortie du CIVG et à domicile	
5. Procédure de recueil des données	16
6. Questionnaire de recueil des données	16
7. Définition du niveau de la douleur	18
8. Analyse statistique	19
IV. RESULTATS	22
1. Nombre de patientes	22
2. Caractéristiques de la population	23
2.1. Caractéristiques sociales	
2.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales	
3. Hésitation face à l'IVG	31
4. Violences subies, déclarées par les patientes	32
4.1. Violences de la part du compagnon actuel	
4.2. Violences de la part d'une autre personne que le compagnon actuel	
4.3. Violence subies, quel que soit l'auteur	
5. Antécédent de douleur maximale antérieure ressentie au cours de la vie	33
6. Mise au courant du compagnon de la demande d'IVG	34
7. Opinion du compagnon face à l'IVG	35
8. Les accompagnants	36
9. Antalgie durant l'IVG médicamenteuse	39
9.1. Antalgie après la prise de mifépristone	
9.2. Antalgie au moment de la prise de mifépristone	
9.3. Antalgie en chambre de repos	
10. Douleur ressentie au cours de l'IVG médicamenteuse	46
10.1. Dans les 36 à 48h suivant la prise de mifépristone	
10.2. Dans es 2h suivant la 1 ^{ère} prise de misoprostol	
10.3. Dans les 2h suivant la 2 ^{ème} prise de misoprostol	
10.4. A domicile, dans les 4 jours suivant l'IVG	

10.5. Douleur moyenne de l'IVG médicamenteuse	
10.6. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse	
11. Facteurs prédictifs de douleur durant l'IVG médicamenteuse	49
11.1. Facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 pour l'IVG médicamenteuse	
11.2. Facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 2h après la 1 ^{ère} prise de misoprostol	
11.3. Facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol	
V. DISCUSSION	53
1. Limites de l'étude	53
1.1. Taille et représentativité de l'échantillon	
1.2. Pertues de vue pour la consultation de contrôle	
1.3. Choix de l'IVG par méthode médicamenteuse	
1.4. Choix du protocole médicamenteux	
1.5. L'EVA comme outil d'évaluation de la douleur	
1.6. Mode d'étude des facteurs prédictifs de douleur dans l'IVG médicamenteuse	
2. Douleur ressentie lors de l'IVG médicamenteuse	65
2.1. Intensité de la douleur pendant l'IVG médicamenteuse	
2.2. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse	
2.3. Comparaison à l'IVG sous AL	
3. Facteurs prédictifs de douleur intense durant l'IVG médicamenteuse	75
3.1. Terme	
3.2. Antécédents gyneco-obstétricaux : Nulliparité et Nulligestité	
3.3. Dysménorrhées	
3.4. Accompagnement au CIVG par un proche	
3.5. Intensité des douleurs après la prise de mifépristone	
4. Facteurs pour lesquels il n'y a pas d'association avec une douleur intense durant l'IVG médicamenteuse	81
4.1. Age	
4.2. Caractéristiques sociales : la couverture sociale	
4.3. L'hésitation face à l'IVG	
4.4. La mise au courant et l'opinion du partenaire face à l'IVG	
4.5. Les violences	
4.6. Un antécédent de douleur importante	
VI. CONCLUSION	87
VII. BIBLIOGRAPHIE	90
VIII. ANNEXES	97
1. Abaques utilisés pour la détermination du terme de la grossesse à l'échographie	
2. Documents d'information remis aux patientes au CIVG de Louis Mourier	
3. Questionnaire de l'étude	
4. Echelle d'évaluation analogique de la douleur. Illustration	
5. Tableau récapitulatif des études traitant des facteurs prédictifs de douleur pour l'IVG médicamenteuse	

I. INTRODUCTION

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées par an, en France métropolitaine, est stable depuis 2006, il est de 222 300 pour l'année 2011 (1,2). Le décompte est rendu possible par la loi de 1975, légalisant l'IVG, et recensant tout acte d'interruption volontaire de grossesse avant douze semaines de grossesse révolues. En 2011, on compte 15,1 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. On estime que 36% des femmes auront recours à une IVG au moins une fois dans leur vie (1).

En France métropolitaine, le choix de la méthode se fait premièrement en fonction du terme de la grossesse : médicamenteuse de 5 à 9 semaines d'aménorrhée (SA), ou par aspiration (sous anesthésie locale ou générale) de 7 à 14 SA.

La méthode médicamenteuse peut se faire à domicile jusqu'à 7 SA ; entre la septième et neuvième semaine d'aménorrhée, l'IVG médicamenteuse se fait en établissement de santé.

Au-delà des contraintes imposées par le terme, la méthode est choisie selon les possibilités techniques offertes par les structures de soins ou les praticiens de ville dans le bassin géographique où vit la patiente (1,3). La patiente choisit ensuite selon des contraintes médicales (antécédents, éventuelles contre-indications) et d'organisation de la vie quotidienne (souhait d'être ou non hospitalisée, entourage, moyens de locomotion...).

On constate que depuis la loi du 4 juillet 2001, permettant de réaliser des IVG médicamenteuses en dehors des établissements de santé, la répartition des méthodes tend à s'équilibrer, les femmes ayant désormais recours à la méthode médicamenteuse dans 55% des cas en 2011, en France métropolitaine. Les IVG médicamenteuses représentent 48% des IVG réalisées en établissement de santé. Les IVG réalisées en cabinet libéral et en centre de planification et d'éducation familiale

représentent respectivement 13 et 1 % des IVG totales (1). En ville, le réseau REVHO en Ile-de-France constate qu'entre 2005 et 2008, la moitié des IVG de ville sont réalisées par des médecins généralistes (4).

L'IVG est un acte médical considéré comme douloureux (5), et la méthode médicamenteuse est classiquement identifiée comme la plus douloureuse (6,7). Or, selon le rapport de l'IGAS pour le ministère de la santé en 2009 (8), le vécu de l'IVG par les femmes, et plus particulièrement la douleur, sont peu connus et donc peu pris en compte. En effet, les données de la littérature sont peu nombreuses à ce sujet, notamment pour ce qui est de l'évaluation quantitative de la douleur durant une IVG et la recherche de facteurs pouvant expliquer la variabilité interindividuelle de ces douleurs (9). Pourtant, la douleur étant un phénomène complexe, subjectif, résultant de composantes physiques, psychologiques et sociales (10), l'étude de cette douleur et de ses facteurs prédictifs semble nécessaire à l'amélioration de sa prise en charge.

Les facteurs prédictifs de douleur durant l'IVG, décrits pour l'IVG médicamenteuse, sont : le jeune âge (11–13), le terme avancé (7,11,14), la nulliparité (11,13,15) et les dysménorrhées (13,16,17). Ces données sont parfois utilisées en pratique clinique, faisant par exemple déconseiller la méthode médicamenteuse en cas de dysménorrhées majeures ou pour un terme avancé. Connaître d'autres facteurs prédictifs de douleur pourrait permettre d'améliorer la prise en charge globale des patientes.

En 2013, le Dr J. Jamil, présente une étude prospective (18), réalisée au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier à Colombes (92) durant l'année 2011, portant sur l'évaluation de la douleur ressentie par les femmes ayant une IVG chirurgicale sous anesthésie locale (AL), et l'identification de facteurs prédictifs de douleur intense pendant l'IVG. Elle montre que la douleur moyenne de l'IVG par aspiration sous AL est de 4,3 en EVA et de courte durée (EVA à 1,4 en moyenne, une

heure après l'aspiration endo-utérine). Elle met en évidence 4 facteurs prédictifs de douleur intense (EVA \geq 5) : le jeune âge, les dysménorrhées, le fait d'avoir déjà ressenti une douleur importante au cours de la vie et le terme avancé. Le fait d'avoir hésité à interrompre la grossesse et les dysménorrhées sont des facteurs de risque de douleur très intense (EVA \geq 7) pendant l'IVG.

L'étude présentée ici, est la deuxième partie du travail résumé ci-dessus : les IVG par méthode médicamenteuse (réalisées au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier, durant la même période) y sont étudiées. Elles représentent 18,9% des IVG réalisées dans ce centre hospitalo-universitaire au cours de l'année 2011.

L'objectif de l'étude est d'évaluer la douleur ressentie par les femmes ayant une IVG médicamenteuse au centre d'IVG de Louis Mourier et de rechercher d'éventuels facteurs prédictifs de cette douleur.

L'intérêt serait de mieux appréhender les facteurs pouvant influencer la survenue de douleurs intenses durant l'IVG, afin d'éventuellement améliorer la prise en charge de la douleur et d'aider les patientes à choisir parmi les 3 méthodes d'IVG possibles.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de cette étude sont :

- évaluer la douleur ressentie (intensité, moment) par les femmes ayant une IVG médicamenteuse au CIVG de Louis Mourier.

- rechercher le moment le plus douloureux lors de l'IVG médicamenteuse

- rechercher d'éventuels facteurs prédictifs de la douleur intense lors de cette IVG.

III. MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle prospective se déroulant du 12 avril au 26 septembre 2011.

2. Population concernée

La population est constituée de toutes les femmes ayant eu une IVG médicamenteuse au centre d'IVG (CIVG) de l'hôpital Louis Mourier, à Colombes dans les Hauts de Seine (92).

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Toute femme se présentant au CIVG de l'hôpital Louis Mourier et y bénéficiant d'une IVG médicamenteuse, comprenant le français à l'oral, le parlant, et acceptant de participer à l'étude.

Il n'y a aucune limite d'âge (les patientes mineures peuvent être incluses dans l'étude).

Le critère d'exclusion est la survenue de complication (rétention, hémorragie) le jour de l'IVG ou après celle-ci. Il se justifie par le souhait d'étudier la douleur liée à l'IVG et non la douleur éventuellement occasionnée par une complication. Les patientes ayant pris les médicaments à domicile sont également exclues de l'étude.

3. Déroulement de l'IVG médicamenteuse au CIVG de l'hôpital Louis Mourier à Colombes.

3.1. La prise de rendez-vous

La patiente prend rendez-vous pour une première consultation par téléphone ou en se rendant directement au centre. La secrétaire médicale ou les infirmières se renseignent alors sur le terme de la grossesse pour lui proposer les méthodes d'IVG possibles selon ce dernier.

Les différentes méthodes sont décrites avec précision à la patiente, pour lui permettre de faire son choix. De ce fait, la question de la douleur durant l'IVG est abordée dès le premier contact.

A l'hôpital Louis Mourier, sont pratiquées les IVG médicamenteuses (jusqu'à 9SA) ainsi que les IVG par aspiration sous AL.

Si la patiente souhaite faire une IVG chirurgicale sous anesthésie générale, les coordonnées des centres les réalisant lui sont communiquées pour qu'elle puisse s'y rendre dans les meilleurs délais. La patiente rappelle le centre de Louis Mourier si elle n'a pu obtenir de rendez-vous dans les centres indiqués.

3.2. La première consultation

La première consultation a lieu avec l'infirmière puis avec le médecin. La consultation avec l'infirmière est un entretien d'environ 25 minutes, très important de par les nombreuses informations délivrées à la patiente et de par la qualité de la relation qui s'établit entre l'infirmière et la patiente selon la technique d'entretien du counselling.

Dans ce centre d'IVG, le personnel soignant est dédié au service. Il n'est pas partagé avec un autre service de l'hôpital, et a donc des connaissances et un intérêt pour la contraception et l'IVG qui rendent cette prise en charge initiale par l'infirmière précieuse pour le bon déroulement de l'IVG.

En effet, l'infirmière explique le déroulement de l'examen gynécologique (à l'aide d'une maquette de l'appareil génital féminin et d'un spéculum si nécessaire) puis des différentes méthodes d'IVG, avec, en ce qui concerne la méthode médicamenteuse, les détails de prises médicamenteuses et les différents rendez-vous à venir.

Elle renseigne les antécédents gynécologiques et obstétricaux et la date des dernières règles ainsi que l'existence de signes sympathiques de grossesse. L'entretien s'attache au contexte de l'IVG, à l'histoire contraceptive et au choix de la contraception future. Il s'agit également d'un moment privilégié pour évoquer d'éventuelles difficultés familiales, professionnelles, économiques ou bien au sein du couple ; des violences subies, le soutien du partenaire et son opinion vis-à-vis de la décision d'IVG et le risque d'IST ; tous ces éléments pouvant interférer sur le choix de l'IVG ou de la méthode employée.

Certaines situations (hésitation à poursuivre la grossesse, conjugopathie, conflit familial, terrain psychologique fragile, grossesse désirée initialement, etc.) peuvent amener les soignants à proposer à la patiente un entretien avec un psychologue (du service ou en ville).

Sur le plan administratif, la patiente signe la demande d'IVG, qui est ajoutée au dossier avec le courrier du médecin traitant/gynécologue/centre de planification (*Annexe 3*).

Si la patiente est mineure, elle est accompagnée par un adulte (famille, ami(e), infirmière scolaire...) qui doit se présenter avec elle au bureau des admissions le jour de l'IVG.

Ensuite a lieu la consultation avec le médecin, avec une reprise des éléments médicaux, obstétricaux, l'examen gynécologique, la recherche de contre-indication à l'une ou l'autre des méthodes d'IVG proposées, et la décision quant à la contraception ultérieure.

Le médecin reprend les éléments psycho-sociaux de l'entretien fait avec l'infirmière, et évalue la certitude décisionnelle concernant l'interruption de la grossesse. Cette consultation est également l'occasion d'évoquer les rapports sexuels à risque d'IST et de faire un dépistage de ces dernières avec l'accord de la patiente. L'échographie obstétricale, si elle n'a pas déjà été faite, peut être faite en salle d'examen, par le même médecin. Elle a pour but la confirmation d'une grossesse intra-utérine, la datation (par le calcul de la longueur cranio-caudale ou du diamètre du sac gestationnel selon un abaque (*Annexe 1*)) et la visualisation des annexes.

Au terme de cette consultation, si la patiente a choisi de faire une IVG médicamenteuse et que le délai de réflexion est atteint, un comprimé de mifépristone (Mifégyne®) lui est remis (*Annexe 3*).

Si la patiente hésite à la réalisation de l'IVG ou bien si le délai de réflexion n'est pas atteint, il lui est donné un rendez-vous ultérieur pour une nouvelle consultation et la prise des médicaments.

3.3. Protocole suivi pour l'IVG médicamenteuse

Le jour de la consultation médicale, 1 comprimé de mifépristone (Mifégyne®) de 200mg est donné à la patiente, qui le prend en présence du médecin (6). Les effets possibles du médicament –

souhaités et indésirables - lui sont expliqués. La patiente rentre à domicile avec une ordonnance d'antalgiques à prendre en cas de douleurs.

La patiente revient consulter au CIVG 36 à 48 heures plus tard pour être hospitalisée une demi-journée dans le service. Si elle le souhaite, elle peut être accompagnée par un proche.

Elle est installée dans une chambre et les comprimés de misoprostol (Cytotec®) 2 x 200µg lui sont donnés par voie « jugale » (laisser fondre 1 comprimé dans chaque joue, attendre 15 minutes et avaler le reste). Les antalgiques (2 cp d'Ibuprofène 200mg, sauf contre-indication) lui sont donnés en même temps.

La deuxième prise de misoprostol (2 x 200µg) est donnée deux heures après la première. En fin de demi-journée, l'infirmière revoit avec la patiente comment anticiper et traiter la douleur à domicile, les symptômes qui doivent la conduire à reconsulter en urgence, les effets secondaires possibles liés à la prise des médicaments et à l'interruption de grossesse elle-même, la méthode de contraception choisie (*Annexe 3*). L'infirmière ou le médecin évalue à l'interrogatoire si l'expulsion a eu lieu (l'expulsion a lieu dans 60% des cas dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol, ce qui justifie la durée d'hospitalisation (7,19)). Ensuite, un rendez-vous pour la consultation de contrôle est donné.

3.4. La consultation de contrôle

Quinze jours à trois semaines après l'IVG, la patiente revoit le médecin en consultation avec les résultats de beta-HCG sanguins quantitatifs.

Cette consultation permet de confirmer l'absence de grossesse évolutive (disparition des signes sympathiques de grossesse, expulsion et saignements, critères biologiques +/- échographiques),

d'évaluer l'état physique et psychique de la patiente et de rechercher d'éventuelles complications de l'IVG.

Les critères d'efficacité choisis au CIVG de Louis Mourier sont, en accord avec la littérature (6), l'absence de signes cliniques de grossesse évolutive et la diminution des bêtaHCG (< 1000 mUI/L ou $< 20\%$ du taux le jour de la mifépristone), une échographie pelvienne est réalisée en cas de doute clinique ou biologique sur une rétention. Cette méthode varie selon les différents sites référents pour l'IVG médicamenteuse (hospitalière ou de ville) (6), l'alternative consiste en la réalisation d'une échographie systématique de contrôle, mais celle-ci a tendance à surestimer les rétentions et est moins reproductible que la méthode biologique (4,20).

Lors de cette consultation on s'inquiète également de l'observance et de la tolérance de la méthode de contraception choisie. La pose d'un DIU peut avoir lieu durant cette consultation.

En cas d'absence au rendez-vous, les femmes sont recontactées par téléphone ou courrier et un nouveau rendez-vous est fixé (*Annexe 3*). En cas de nouvelle absence, elles ne sont pas recontactées.

4. Prise en charge de la douleur durant une IVG médicamenteuse au CIVG de Louis Mourier.

4.1. Antalgie entre la prise de mifépristone (Mifégyne®) et de misoprostol (Cytotec®)

Une ordonnance d'antalgiques à prendre en cas de douleur est donnée à la patiente lors de la première consultation, après la prise de mifépristone (*Annexe 3*). Cette ordonnance comporte de l'ibuprofène et du paracétamol associé ou non à un antalgique de palier 2, elle peut être adaptée selon les antalgiques que la patiente sait être efficaces sur les dysménorrhées.

4.2. Prémédication lors de la première prise de misoprostol (Cytotec®)

Le jour de la prise du misoprostol, la patiente prend un traitement antalgique (AINS ou association d'antalgiques de palier 1 et 2 si contre-indication) en même temps que le misoprostol. La douleur est évaluée par la suite régulièrement, en chambre, par l'infirmière, l'aide-soignante ou le médecin afin d'ajuster le traitement antalgique selon l'EVA. Un antalgique de palier 1 ou 2, ainsi qu'une bouillotte sont proposés.

4.3. Antalgie lors de la deuxième prise de misoprostol (Cytotec®)

La seconde prise de misoprostol a lieu 2 heures après la première. Comme tout au long de l'hospitalisation, la douleur est évaluée par l'EVA et la prescription d'antalgiques est faite en fonction de celle-ci.

4.4. À la sortie du centre d'IVG et à domicile

À la sortie du centre d'IVG les prescriptions d'antalgiques pour le retour à domicile sont revues avec la patiente, et adaptées selon l'efficacité de celles faites durant l'hospitalisation.

4.5. Lors de la consultation de contrôle

Évaluation a posteriori de la douleur dans les jours qui ont suivi la prise du misoprostol et recherche d'éventuelles douleurs persistantes.

5. Procédure de recueil des données

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire individuel rempli par le médecin et l'infirmière, pour chaque patiente. Les patientes sont interrogées sur la base de ce questionnaire à réponses fermées dichotomiques (oui/non), choix multiples et réponse visuelle sur échelle d'évaluation de la douleur (EVA, cotée de 0 à 10 ; 0 correspondant à « aucune douleur » et 10 à la « douleur maximale imaginable »). Les chiffres d'EVA sont arrondis à l'unité près en centimètre, par souci de conformité. En effet, au début de l'étude, certains membres de l'équipe soignante ont arrondi à l'unité (en centimètre) les résultats des EVA données par les patientes. Certaines précisions sont demandées, sous forme de questions ouvertes. Les réponses courtes sont préférées afin de minimiser les biais d'interprétation.

L'ensemble des informations recueillies est saisi, de façon anonyme, sur un tableau informatique Excel, afin de permettre l'analyse statistique.

6. Le questionnaire de recueil des données *(Annexe 4)*

Le recueil des données s'est fait en trois temps, suivant le rythme des consultations de l'IVG : première consultation, jour de la prise de misoprostol et consultation de contrôle.

Une première partie faite lors de la première consultation par l'infirmière, complétée par le médecin.

Les items renseignés sont :

- l'âge
- le statut socio-professionnel : profession et couverture sociale

- les antécédents obstétricaux : la gestité, la parité, nombre et type d'IVG, nombre de FCS, nombre de GEU
- la présence de dysménorrhées, évaluées par l'EVA
- le traitement antalgique (nom et posologie) éventuel pris lors des dysménorrhées, et son efficacité
- la douleur la plus difficile ressentie au cours de la vie, sa description brève et son intensité évaluée par l'EVA
- l'information (ou non) du compagnon et son accord (ou non) concernant l'IVG
- la recherche de violences subies (morales, physiques ou sexuelles) de la part du partenaire actuel
- la recherche de violences subies (actuelles ou passées) par une autre personne que le partenaire actuel
- le fait d'avoir hésité (ou non) à un moment donné, à interrompre la grossesse
- le terme le jour de la prise de mifépristone, selon l'échographie de datation

Une deuxième partie, faite le jour de la prise du misoprostol (Cytotec®), par l'infirmière et le médecin :

- la présence d'un accompagnant au CIVG et sa qualité, le cas échéant (compagnon, famille, ami(es), autres)
- l'existence de douleurs depuis la prise de la mifépristone, évaluées par l'EVA
- l'utilisation d'antalgiques (nom et posologie) depuis la prise de la mifépristone, le cas échéant
- l'antalgique (nom et posologie) donné en même temps que les deux comprimés de misoprostol
- la douleur ressentie 2h après la 1^{ère} prise de misoprostol, évaluée par l'EVA
- la prise d'un second antalgique (nom et posologie)

- l'utilisation de la bouillotte comme moyen antalgique
- la survenue de vomissements après la prise de misoprostol
- la notion d' « expulsion probable » de la grossesse, à l'interrogatoire
- la douleur ressentie 2h après la 2^{ème} prise de misoprostol, évaluée par l'EVA

Une troisième partie, faite lors de la consultation de contrôle 15 à 21 jours après l'IVG.

Elle renseigne :

- la douleur ressentie durant les 4 jours suivant la prise du misoprostol évaluée par l'EVA

7. Définition du niveau de douleur

Il existe un consensus sur le choix de l'EVA comme outil pour l'évaluation de la douleur (21–26). Cependant, il est difficile de trouver dans la littérature une caractérisation de la douleur en fonction de l'EVA (27). En effet, on retrouve la notion de douleur légère, modérée, intense ou très intense mais sans correspondance chiffrée consensuelle avec l'EVA (28,29).

Au vu des diverses catégorisations de la douleur, nous avons choisi pour ce travail celle qui est adoptée par l'HAS (27) :

- EVA à 0 : pas de douleur
- EVA à 1 et 2 : douleur légère
- EVA à 3 et 4 : douleur modérée
- EVA supérieure ou égale à 5 : douleur intense
- EVA supérieure ou égale à 7 : douleur très intense

Ainsi, nous avons choisi le seuil d'EVA ≥ 5 , au-delà duquel une douleur est considérée comme inacceptable - comme le souligne Bray (30) - pour rechercher les facteurs prédictifs de douleur intense durant l'IVG.

8. Analyse statistique

Les données ont été analysées par le logiciel Epi Info version 3.5.1.

Les valeurs qualitatives sont exprimées en nombre (pourcentage) et les valeurs quantitatives en moyennes (écart-type) et médiane [25^{ème} – 75^{ème} percentiles].

Les scores moyens d'EVA (écart type) des patientes ont également été calculés.

8.1. Evaluation de la douleur :

Au cours de l'étude, l'évaluation de la douleur se fait à plusieurs reprises :

- Evaluation rétrospective :

EVA des dysménorrhées et douleur maximale ressentie au cours de la vie

- EVA entre la prise de mifépristone et la 1^{ère} prise de misoprostol
- EVA 2h après la 1^{ère} prise du misoprostol
- EVA 2h après la 2^{ème} prise du misoprostol (au moment du retour à domicile)
- EVA dans les 4 jours suivants la prise du misoprostol
- Puis, calcul de l'EVA moyenne durant l'IVG médicamenteuse
(= moyenne de ces 4 douleurs)

8.2. Recherche du moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse :

La recherche du moment le plus douloureux de l'IVG est faite par :

- un test du Chi² de McNemar, pour comparer les pourcentages de patientes ayant une EVA ≥ 5 aux différents moments de l'IVG
- un test de comparaison des moyennes sur séries appariées, pour comparer les EVA des différents moments de la procédure

8.3. Recherche de facteurs prédictifs d'EVA ≥ 5 :

Puis est effectuée la recherche de facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 pendant l'IVG. Les variables indépendantes suivantes sont étudiées :

- âge
- nulliparité
- nulligestité
- nombre de FCS antérieures à cette grossesse
- nombre total d'IVG antérieures
- nombre de GEU antérieures
- statut socio-professionnel
profession : travail // sans travail
couverture sociale : sécurité sociale (+/- complémentaire) // AME // CMU // aucune
- Intensité des douleurs de règles (EVA)
- Intensité de la douleur maximale ressentie au cours de la vie (EVA)
- Fait d'avoir hésité (ou non) à un moment donné, à interrompre la grossesse
- Compagnon informé (ou non) de la demande d'IVG
- Opinion du compagnon concernant l'IVG (d'accord // pas d'accord // sans opinion)
- Violences subies (ou non), de la part du partenaire actuel
- Violences subies (ou non) par une autre personne que le partenaire actuel

- Accompagnement (ou non) par un proche au Centre d'IVG
- Le terme auquel est faite l'IVG
- Pour la recherche de facteurs prédictifs d'EVA ≥ 5 au moment le plus douloureux, ajout des variables suivantes : EVA des moments précédents

Les variables indépendantes continues sont analysées :

- soit sous leur forme quantitative (exemple EVA en centimètre, âge...)
- soit sous leur forme catégorielle en effectifs cumulés (patientes ayant déjà eu une grossesse / nulligestes, patientes ayant accouché / nullipares).

Dans un premier temps, la recherche de facteurs prédictifs est faite pour la moyenne des EVA durant l'IVG (appelée EVA moyenne). Puis, elle est faite pour l'EVA la plus forte des moments étudiés, afin de mieux prendre en compte l'hétérogénéité de la population étudiée. En effet, le calcul de la moyenne tend à rendre les données plus homogènes, à tort. En étudiant un moment douloureux en particulier, il sera plus aisé de mettre en évidence d'éventuelles différences au sein de la population.

Pour quantifier la valeur prédictive de ces facteurs nous avons utilisé un modèle de régression logistique.

Initialement les analyses univariées par régression logistique ont été effectuées en prenant comme variable dépendante l'EVA testée - séparée en deux groupes EVA ≥ 5 vs EVA < 5 - et comme variables indépendantes les variables citées précédemment. Ces analyses univariées permettent de tester l'existence d'associations entre une variable indépendante prise individuellement et la survenue d'une EVA ≥ 5 .

L'analyse univariée consiste à estimer les odds ratio « bruts », mesurant séparément la force des associations entre la survenue de l'événement considéré et chacun des co-facteurs d'exposition.

Un odds ratio égal à 1 signifie l'absence d'association. Un odds ratio significativement supérieur à 1 signifie que le facteur d'exposition est un facteur de risque pour la survenue de l'événement, alors qu'un odds ratio significativement inférieur à 1 signifie que le facteur d'exposition est un facteur protecteur contre la survenue de l'événement.

Ces résultats sont toujours estimés à un risque d'erreur près, représenté par le degré de signification p , qui permet classiquement de conclure lorsqu'il est inférieur à 5% ($p < 0,05$) à la significativité de la relation. En pratique, l'association est statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance à 95% de l'odds ratio n'inclut pas la valeur 1.

À la suite de cette analyse univariée, une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée en sélectionnant les variables dont le p est inférieur à 0,15, en univariée. Cette analyse multivariée permet de prendre en compte les facteurs de confusion et de conclure en cas de positivité du test, à une association « toutes choses égales par ailleurs ». Les variables dont le p est inférieur à 0,05 en multivariée sont considérées comme significatives.

Les variables décrites dans la littérature comme facteurs significatifs de douleur sont également introduites dans le modèle multivarié même si la relation dans notre échantillon n'est pas significative.

Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance à 95%.

IV. RESULTATS

1. Nombre de patientes

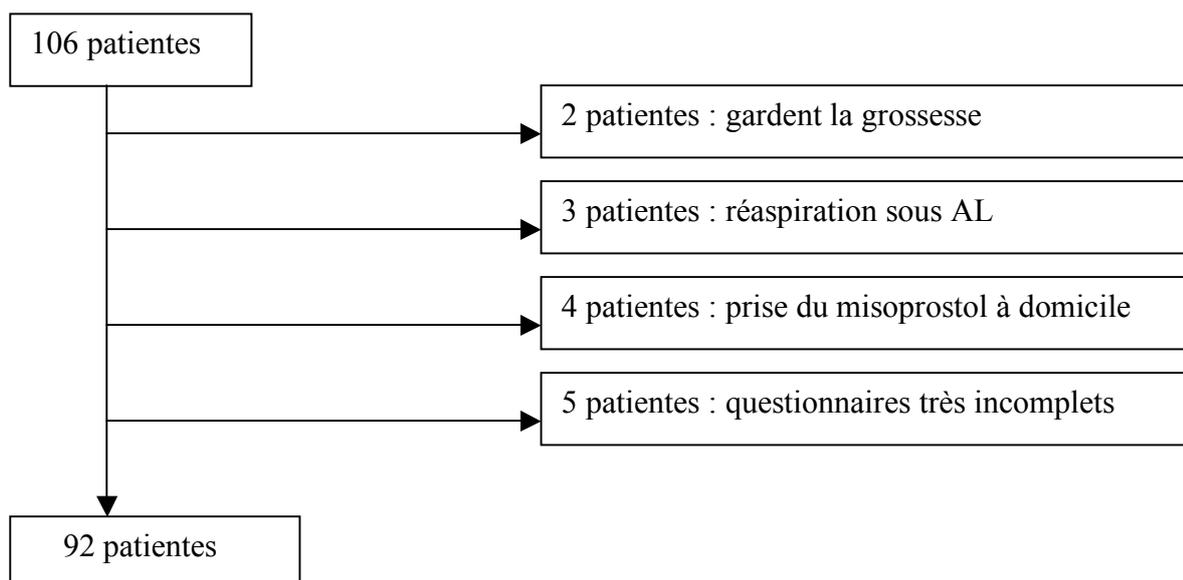
106 patientes ont consulté à l'hôpital Louis Mourier, entre le 12 avril et le 26 septembre 2011, pour une interruption de grossesse par méthode médicamenteuse.

Sur les 106 patientes :

- 2 patientes ont décidé de garder leur grossesse
- 3 patientes ont nécessité une réaspiration sous anesthésie locale pour complications : 2 pour une rétention diagnostiquée à J15 et 1 pour hémorragie
- 4 patientes ont pris le misoprostol à domicile, donc le questionnaire n'a pu être rempli correctement
- 5 patientes ont été exclues car leur questionnaire, trop incomplet, n'a pu être exploité

Au total, 92 questionnaires sont exploités sur le plan statistique.

Certains items n'étant parfois pas renseignés, le nombre de patientes est donc toujours inférieur ou égal à 92.



2. Caractéristiques de la population

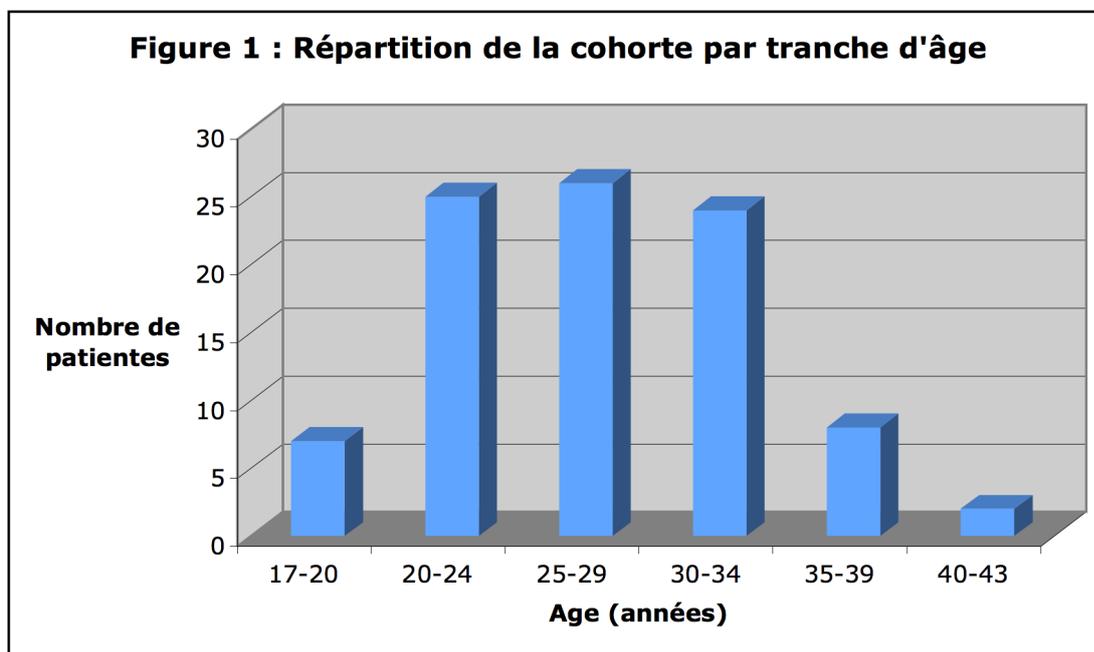
2.1. Caractéristiques sociales

2.1.1. Age :

L'âge des femmes est compris entre 17 et 43 ans. L'âge moyen est de 27,3 ans (+/- 5,7) et l'âge médian de 28 ans [22,5-31] .

Tableau 1 : Age

	Population totale (n=92)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Age	92	100 %	100 %
17-19	7	7,6 %	7,6 %
20-24	25	27,2 %	31,8 %
25-29	26	28,3 %	60,1 %
30-34	24	26,0 %	86,1 %
35-39	8	8,7 %	94,8 %
40-43	2	2,2 %	100 %



2.1.2. Situation professionnelle

89 (96,7%) réponses sur 92 ont été recueillies.

Sur les 89 femmes :

- 48 (53,9%) femmes travaillent (salariées ou professions libérales)
- 41 (46,1%) femmes ne travaillent pas (femmes au foyer, élèves/étudiantes, en congé parental, au chômage, sans revenu).

Tableau 2 : situation professionnelle

	Population totale (n=89)	
	Effectif	Pourcentage
Situation professionnelle	89	100%
En emploi	48	53,9%
Femme au foyer	10	11,2 %
Congé parental	4	4,5 %
Chômage	7	7,9 %
Elève/étudiante en formation	16	18,0 %
Sans revenu	4	4,5 %

2.1.3. Couverture sociale

89 (96,7%) réponses sur 92 recueillies.

Sur les 89 femmes :

- 72 (80,9%) femmes ont la sécurité sociale, seule ou associée à une complémentaire (mutuelle personnelle ou celle de ses parents si mineure).

- 17 (19,1%) femmes ont soit l'AME, soit la CMU, soit aucune couverture sociale.

Tableau 3 : Couverture sociale

	Population totale (n=89)	
	Effectif	Pourcentage
Couverture sociale	89	100%
Sécurité sociale seule	11	12,4 %
Sécurité sociale avec compl.	61	68,5 %
CMU	15	16,9 %
AME	1	1,1 %
Aucune	1	1,1 %

2.2. Caractéristiques gynéco-obstétricales

2.2.1. Parité

Les femmes de la population étudiée ont un nombre d'enfants compris entre 0 et 5, avec une moyenne à 1 (+/- 1,2) et une médiane à 1 [0-2].

Sur les 92 femmes :

- 39 (42,4%) sont nullipares.
- 53 (57,6%) ont déjà au moins un enfant.

Tableau 4 : Parité

	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
Parité (nombre d'enfants)	92	100%
0	39	42,4%
1	27	29,3%
2	14	15,2%
3	7	7,6%
4	4	4,3%
5	1	1,1%

2.2.2. Gestité

La gestité, nombre de grossesses précédentes, est comprise entre 0 et 8 avec une moyenne à 1,9 (+/-1,8) grossesses au total et une médiane à 1 [0-3].

Sur les 92 femmes,

- 25 (27,2%) sont primigestes pour cette IVG
- 67 (72,8%) ont été enceinte au moins une fois avant cette grossesse.

Tableau 5 : Gestité

	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
Gestité (nombre de grossesses)	92	100 %
0	25	27,2 %
1	25	27,2 %
2	10	10,9 %
3	12	13,0 %
4	13	14,1 %
5	2	2,2 %
6	3	3,3 %
7	1	1,1 %
8	1	1,1 %

2.2.3. Antécédents de fausse couche spontanée (FCS)

Dans la population étudiée, les femmes ont connu au maximum 1 fausse couche spontanée, (avec une moyenne à 0,16 (+/- à,37) et une médiane à 0 [0-0]).

Tableau 6 : Nombre de FCS

	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
Nombre de FCS	92	100%
0	77	83,7%
1	15	16,3%

2.2.4. Antécédents de grossesse extra-utérine (GEU)

Dans la population étudiée, aucune femme n'a eu de grossesse extra-utérine.

2.2.5. Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Chez chacune des 92 femmes étudiées, on retrouve un nombre d'IVG antérieures compris entre 0 et 4 avec une moyenne de 0,7 (+/-1) et une médiane à 0 [0-1].

Sur les 92 femmes,

- 53 (57,6%) n'ont jamais eu d'IVG auparavant.
- 39 (42,4%) ont eu au moins une fois une IVG avant cette grossesse.

Tableau 8 : Nombre d'IVG total

	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
Nombre d'IVG total	92	100%
0	53	57,6 %
1	33	23,9 %
2	9	9,8 %
3	7	7,6 %
4	1	1,1 %

Concernant la méthode d'IVG utilisée auparavant, sur les 92 femmes :

- 12 (13,0%) femmes ont au moins un antécédent d'IVG médicamenteuse, le nombre d'IVG médicamenteuse par femme allant de 0 à 2 avec une moyenne de 0,14 (+/- 0,38) et une médiane à 0 [0-0].
- 23 (25%) femmes ont au moins un antécédent d'IVG chirurgicale sous AL, le nombre d'IVG chirurgicale sous AL par femme allant de 0 à 3 avec une moyenne de 0,38(+/- 0,77) et une médiane à 0 [0-1].
- 14 (15,2%) femmes ont au moins un antécédent d'IVG chirurgicale sous AG, le nombre d'IVG chirurgicale sous AG par femme allant de 0 à 2 avec une moyenne de 0,18 (+/-0,46) et une médiane à 0 [0-0].

2.2.6. Les dysménorrhées

2.2.6.1. L'intensité des douleurs de règles habituelles

92 (100%) femmes ont renseigné l'intensité (cotée par l'EVA) de leur douleur habituelle lors des règles.

L'EVA moyenne lors de règles est de 3,3 (+/-2,4) avec une médiane à 3 [1-5].

Tableau 9 : Intensité des douleurs de règles habituelles

Intensité des douleurs de règles (EVA)	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
	92	100 %
0	20	21,7 %
1-2	13	13,1 %
3-4	29	31,5 %
5-6	18	19,6 %
≥ 7	12	13,1 %

2.2.6.2. Le traitement antalgique des dysménorrhées

Sur 92 femmes, 48 (52,2%) femmes prennent un traitement antalgique pour soulager leurs dysménorrhées.

Parmi elles,

- 18 (37,5%) utilisent des AINS (ibuprofène, naproxène, flurbiprofène, acide méfénamique) seul ou associé à un autre antalgique.
- 30 (62,5%) utilisent un autre antalgique qu'un AINS, par voie orale (paracétamol, +/- associé à la codéine, opium et caféine, phloroglucinol).

Concernant l'efficacité de ces antalgiques, 40 (83,3%) femmes déclarent qu'ils sont suffisamment efficaces.

- 16 femmes sur 18 (88,8%) utilisant des AINS les trouvent efficaces
- 24 femmes sur 30 (80,0%) utilisant d'autres types d'antalgiques les trouvent efficaces

2.2.7. Terme

Le terme de la grossesse auquel est faite l'IVG est compté le jour de la prise de mifépristone (Mifégyne®).

Il est exprimé de telle façon que toute semaine d'aménorrhée entamée est arrondie à la semaine supérieure (soit $x \text{ SA} + 1 \text{ jour} = (x+1) \text{ SA}$).

Les termes des grossesses interrompues s'échelonnent entre 6 SA et 8 SA. Le terme moyen est de 6,5 SA (0,74) et le terme médian est 7 SA [6-8].

Tableau 10 : terme (SA)

	Population totale (n=92)	
	Effectif	Pourcentage
Terme (SA)	92	100 %
5	6	6,7 %
6	39	42,4 %
7	39	42,4 %
8	8	8,7 %

3. Hésitations face à l'IVG

L'intitulé de la question posée aux femmes était :

« Y a-t-il un moment où vous avez hésité à interrompre la grossesse ? »

77 (83,7%) femmes sur 92 ont renseigné cet item.

Parmi elles,

- 29 (37,7%) ont hésité, à un moment donné, à interrompre cette grossesse
- 48 (62,3%) n'ont pas hésité à interrompre cette grossesse

4. Violences subies

4.1. Violences de la part du compagnon actuel

Il s'agit de violences psychologiques, physiques ou sexuelles. L'intitulé de la question posée aux patientes était :

« Est-il déjà arrivé qu'il vous menace, vous tape, vous impose un rapport sexuel ? »

86 (93,5%) questionnaires ont été remplis pour cette question :

- 6 (7,0%) femmes déclarent subir des violences de la part de leur partenaire actuel.
- 80 (93,0%) femmes déclarent ne pas subir de violences de la part de leur partenaire actuel.

4.2. Violences de la part d'une autre personne que le compagnon actuel

Il s'agit de violences actuelles ou passées, commises dans un contexte familial, conjugal, professionnel, ou autre. Elles sont de nature psychologique, physique ou sexuelle.

L'intitulé de la question posée aux patientes était :

« Est-il déjà arrivé dans votre vie, que quelqu'un d'autre vous fasse du mal ? »

85 (92,4%) questionnaires ont été remplis pour cette question :

- 25 (29,4%) femmes déclarent avoir déjà subi des violences de la part d'une personne différente du partenaire actuel.
- 60 (70,6%) femmes déclarent ne jamais avoir subi de violences de la part d'une personne différente du partenaire actuel.

4.3. Violences subies, quel qu'en soit l'auteur

Au total, sur les 86 réponses aux questionnaires concernant les violences subies, on retrouve, de façon générale :

- 27 (31,4%) femmes qui déclarent avoir déjà subi des violences de la part d'autrui
- 59 (68,6%) femmes qui déclarent ne jamais avoir subi de violences de la part d'autrui

5. Douleur maximale antérieure ressentie au cours de la vie.

85 (92,4%) femmes sur 92 ont répondu à cette question, formulée de la façon suivante :

«Quelle est la douleur la plus difficile que vous ayez eu dans votre vie ? »

puis « EVA de cette douleur » .

5.1. Intensité de la douleur maximale antérieure ressentie au cours de la vie

L'intensité de cette douleur est renseignée pour 85 (92,4%) patientes sur 92.

L'EVA est en moyenne de 8,6 (+/-1,77) avec une médiane à 9 [7-10].

Tableau 11 : Intensité de la douleur maximale antérieure ressentie au cours de la vie

Intensité de la douleur maximale ressentie dans la vie (EVA)	Population totale (n=85)	
	Effectif	Pourcentage
	85	100 %
3	2	2,4
4	1	1,2
5	3	3,5
6	3	3,5
7	14	16,5
8	9	10,6
9	12	14,1
10	41	48,2

5.2. Type de douleur maximale antérieure ressentie au cours de la vie

Sur les 85 réponses obtenues, on remarque que les origines des douleurs évoquées sont très diverses, telles que :

- les douleurs liées à un accouchement antérieur pour 32 femmes (37,6%)
- les douleurs psychologiques (deuil, conflit familial...) pour 10 femmes (11,7%)
- les douleurs post-opératoires pour 6 femmes (7,1%)
- les douleurs dentaires pour 5 femmes (5,9%)
- les pathologies traumatiques (entorses, fractures...) pour femmes 5 (5,9%)
- les dysménorrhées pour 4 femmes (4,7%)
- les douleurs lors d'une interruption de grossesse (FCS, IVG) pour 4 femmes (4,7%)
- les céphalées pour 4 femmes (4,7%)

6. Mise au courant du compagnon de la demande d'IVG

92 (100%) femmes ont renseigné cet item. La question est posée à la patiente et formulée de la façon suivante :

« Votre compagnon est-il au courant de la demande d'IVG ? »

Les réponses sont :

- 83 (90,2 %) femmes ont informé leur compagnon de la demande d'IVG
- 9 (9,8%) femmes n'ont pas informé leur compagnon de la demande d'IVG

7. Opinion du compagnon face à la décision d'IVG

Parmi les patientes ayant informé leur compagnon, il leur est demandé l'avis que ce dernier a exprimé face à son choix d'interrompre la grossesse.

La question, à choix multiple, était posée de la façon suivante :

« Est-il d'accord avec la décision d'IVG / pas d'accord / sans opinion ? »

83 hommes sont au courant de la décision d'IVG de leur compagne.

L'opinion du compagnon est renseignée dans 82 (98,8%) cas.

Les réponses sont :

- 70 (85,4%) hommes sont en accord avec la décision d'IVG de leur compagne
- 5 (6,1%) hommes ne sont pas d'accord avec la décision d'IVG
- 7 (8,5%) hommes n'ont pas exprimé leur opinion concernant cette décision

8. Les accompagnants

Cette question concerne la présence d'un accompagnant (compagnon, famille, ami ou autre) le jour de la prise de misoprostol (Cytotec®), où la patiente reste hospitalisée une demi-journée au centre d'IVG.

L'item est renseigné dans 89 (96,7%) questionnaires sur 92.

- 31 (34,8%) femmes sont accompagnées le jour de la prise de misoprostol
- 58 (65,2%) femmes ne sont pas accompagnées le jour de la prise de misoprostol

Sur les 31 femmes accompagnées :

- 21 (70,0%) femmes sont accompagnées par leur compagnon (seul ou avec une autre personne).
- 9 (30,0%) femmes sont accompagnées par une autre personne que leur compagnon (ami(e), famille, collègue, « belle famille »)
- 1 (1,1%) femme n'a pas répondu à cette question

9. Antalgie durant l'IVG médicamenteuse

9.1. Antalgie après la prise de mifépristone (Mifégyne®)

Des antalgiques sont prescrits de façon systématique après la prise de mifépristone. Il s'agit d'AINS (ibuprofène, flurbiprofène) et de paracétamol (palier 1) plus ou moins en association à un palier 2 (paracétamol/codéine ou paracétamol/opium/caféine), parfois un anti-spasmodique est également prescrit. La prescription étant adaptée aux médicaments habituellement efficaces pour traiter les dysménorrhées le cas échéant. La patiente les prend si nécessaire.

Sur 92 patientes,

- 26 (28,3%) patientes ont pris un (ou plusieurs) antalgique(s)
- 66 (71,7%) patientes n'ont pas pris d'antalgiques

Au sein des 26 patientes, les antalgiques pris étaient

- des AINS +/- associés pour 15 (57,7%) d'entre elles
- des antalgiques autres que des AINS pour 11 (42,3%) d'entre elles

9.2. Antalgie au moment de la 1^{ère} prise de misoprostol (Cytotec®)

De façon systématique, des antalgiques sont donnés en même temps que le misoprostol.

Sauf contre-indication, ce sont des AINS qui sont prescrits.

En effet, sur 92 patientes :

- 85 (92,4%) reçoivent de l'Ibuprofène 400mg
- 7 (7,6%) reçoivent un autre antalgique (association paracétamol/codéine ou paracétamol/opium/caféine).

9.3. Antalgie en chambre de repos

Selon l'EVA et les souhaits de la patiente, l'antalgie est adaptée en chambre de repos.

Les moyens sont : un antalgique de type différent de celui dispensé initialement ou une bouillotte.

Sur 92 patientes,

- 19 (20,7%) ont pris une deuxième antalgique
- 73 (79,3%) n'en ont pas pris

Parmi ces 19 patientes,

- 3 (15,8%) ont pris un AINS per os
- 16 (84,2%) ont pris un autre antalgique (association paracétamol/codéine ou paracétamol/opium/caféine).

Parmi les 19 femmes ayant eu recours à un 2nd antalgique, 13 (68,4%) avaient déjà une EVA \geq 5 dans les suites de la première prise de misoprostol.

Parmi les 73 femmes n'ayant pas eu recours à un 2nd antalgique, 16 (21,9%) avaient déjà une EVA \geq 5 dans les suites de la première prise de misoprostol.

Pour l'utilisation de la bouillotte, 89 (96,7%) réponses sur 92 sont obtenues :

- 25 (28,1%) patientes ont utilisé une bouillotte à visée antalgique
- 64 (71,9%) patientes n'ont pas utilisé de bouillotte

Parmi celles qui ont utilisé une bouillotte, 17 (68,0%) avaient déjà une EVA \geq 5 dans les suites de la première prise de misoprostol.

Parmi celles qui n'ont pas utilisé de bouillotte, 10 (15,6%) avaient déjà une EVA \geq 5 dans les suites de la première prise de misoprostol.

9.4. Expulsion de la grossesse

L'expulsion est évaluée à l'interrogatoire.

Pour 92 femmes, la notion d'expulsion est renseignée dans 86 (93,5%) dossiers et montre :

- 40 (46,5%) femmes auraient expulsé l'embryon pendant l'hospitalisation
- 46 (53,5%) femmes n'auraient pas expulsé l'embryon pendant l'hospitalisation.

10. Douleur ressentie au cours de l'IVG médicamenteuse

10.1. Dans les 36-48 heures suivant la prise de mifépristone

L'EVA pour ces douleurs, sur l'ensemble de la population étudiée montre une moyenne à 1,8 (+/-2,6) et une médiane à 0 [0-3].

Sur 92 patientes,

- 74 (80,4%) ont eu une EVA < 5 dans les 36-48h suivant la prise de mifépristone.
- 18 (19,5%) ont eu une EVA ≥ 5 dans les 36-48h suivant la prise de mifépristone.

Tableau 12 : EVA dans les 36-48h suivant la prise de mifépristone :

EVA suite à la prise de mifépristone	Population totale (n=92)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
	92	100%	100%
0	51	55,4 %	55,4 %
1-2	10	10,9 %	66,3 %
3-4	13	14,1 %	80,4 %
5-6	13	14,1%	94,6 %
≥ 7	5	5,4 %	100,0 %

10.2. Dans les 2 heures suivant la première prise de misoprostol

L'évaluation de la douleur faite 2 heures après la première prise de misoprostol (au moment de la deuxième prise de misoprostol en chambre de repos), montre une EVA moyenne de 3,3(+/-3,1) avec une médiane de 2,5 [0-5].

Sur 92 patientes :

- 63 (68,5%) patientes ont une EVA < 5 deux heures après la 1^{ère} prise de misoprostol
- 29 (31,5%) patientes ont une EVA ≥ 5 deux heures après la 1^{ère} prise de misoprostol

Tableau 13 : EVA 2h après la 1^{ère} prise de misoprostol

EVA 2h après la première prise de misoprostol	Population totale (n=92)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
	92	100%	100%
0	24	26,1 %	26,1 %
1-2	22	23,9 %	50,0 %
3-4	17	18,5 %	68,5 %
5-6	12	13,0 %	81,5 %
≥ 7	17	18,5 %	100,0 %

10.3. En chambre de repos, après la deuxième prise de misoprostol

L'évaluation de la douleur 2h après la 2^{ème} prise de misoprostol (au moment de la prise de rendez-vous pour la consultation de contrôle), montre, sur les 83 (90,2%) dossier renseignés, une EVA moyenne de 2,5 (+/-2,4) avec une médiane à 2 [0-4].

Sur 83 patientes :

- 68 (81,9%) patientes ont une EVA < 5 deux heures après la 2^{ème} prise de misoprostol
- 15 (16,1%) patientes ont une EVA ≥ 5 deux heures après la 2^{ème} prise de misoprostol

Tableau 14 : EVA 2h après la 2^{ème} prise de misoprostol

EVA après la deuxième prise de misoprostol	Population totale (n=83)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
	83	100%	100%
0	24	28,9 %	28,9 %

1-2	21	25,3 %	54,2 %
3-4	23	27,7 %	81,9 %
5-6	10	12,0 %	93,9 %
≥ 7	5	6,1 %	100,0 %

15 (18,1%) femmes ont une EVA ≥ 5 deux heures après la 2^{ème} prise de misoprostol ; parmi elles, 12 (80,0%) avaient une EVA ≥ 5 deux heures après la 1^{ère} prise de misoprostol.

10.4. À domicile dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol

Les douleurs ressenties dans les 4 jours suivant la prise du misoprostol sont évaluées a posteriori, lors de la consultation de contrôle.

Sur 92 patientes :

- 71 (77,2%) femmes sont venues en consultation de contrôle
- 2 (2,2%) ont consulté chez leur médecin de ville
- 19 (20,6%) ne se sont pas présentées en consultation, même après un rappel par courrier ou téléphonique.

L'évaluation a donc été faite pour 71 (77,2%) patientes, et montre une EVA moyenne à 3,1 (+/- 2,8) pour une médiane à 3 [0-5].

Sur 71 patientes :

- 45 (63,4%) patientes ont une EVA < 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol
- 26 (36,6%) patientes ont une EVA ≥ 5 dans les 4 jours suivant la prise du misoprostol

Tableau 15 : EVA dans les 4 jours suivant la prise du misoprostol

EVA dans les 4 jours suivant l'IVG	Population totale (n=71)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
		71	100 %
0	21	29,6 %	29,6 %
1-2	13	18,3 %	47,9 %
3-4	11	15,5 %	63,4 %
5-6	17	23,9 %	87,3 %
≥ 7	9	12,7 %	100,0 %

26 (36,6%) femmes ont une EVA ≥ 5 , dans les 4 jours après la prise de misoprostol ; parmi elles, 16 (61,5%) avaient déjà une EVA ≥ 5 dans les 2 heures suivant la 1^{ère} prise de misoprostol.

10.5. Douleur moyenne de l'IVG médicamenteuse

Les différents moments douloureux liés à la prise en charge médicamenteuse d'une IVG ont été évalués. L'EVA moyenne de ces différents moments, pouvant représenter une EVA globale de l'IVG médicamenteuse, est calculée pour chacune des 92 patientes.

La moyenne de ces EVA globales est de 2,7 (2,02) avec une médiane de 2 [1-4].

73 (79,4%) patientes ont une EVA moyenne < 5 au cours de l'IVG.

19 (20,6%) patientes ont une EVA moyenne ≥ 5 au cours de l'IVG.

Tableau 15 : EVA moyenne de l'IVG médicamenteuse

EVA moyenne de l'IVG médicamenteuse	Population totale (n=92)		
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
	92	100 %	100 %
0	11	12,0 %	12,0 %
1-2	39	42,4 %	54,4 %
3-4	23	25,0 %	79,4 %
5-6	15	16,3 %	95,7 %
≥ 7	4	4,3 %	100,0 %

Le calcul des EVA moyennes est fait pour chacune des patientes, puis la moyenne des moyennes est faite pour un effectif de 92 patientes. Cependant les 4 EVA utilisées pour ce calcul ne sont pas renseignées pour 100% des patientes. Pour corriger une éventuelle approximation induite par ce manque de données, un calcul de moyenne pondérée a donc été fait pour l'EVA moyenne de l'IVG médicamenteuse qui retrouve une valeur de 2,7 également.

10.6. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse

Parmi les 92 patientes :

- 11 (12%) ont eu plus de douleurs suite à la prise de mifépristone
- 27 (29,3%) ont eu plus de douleurs après la 1^{ère} prise de misoprostol
- 12 (13,0%) ont eu plus de douleurs après la 2^{ème} prise de misoprostol
- 22 (23,9%) ont eu plus de douleurs dans les 4 jours suivant la prise du misoprostol
- 11 (12,0%) femmes n'ont pas eu de douleur du tout (EVA à 0/10 à chaque moment étudié)
- 14 (15,2%) femmes n'ont pas de pic douloureux (au moins 2 valeurs d'EVA identiques durant le protocole)

10.6.1. Comparaison des effectifs décrivant des douleurs intenses (EVA \geq 5) :

- 19,5% des patientes ont une EVA \geq 5 suite à la prise de mifépristone
- 31,5% 2h après la 1^{ère} prise de misoprostol
- 18,1%..... 2h après la 2^{ème} prise de misoprostol
- 36,6%..... dans les 4 jours suivant la prise du misoprostol

En appliquant le test du Chi2 de McNemar, pour des séries appariées, les différences observées entre ces différents pourcentages ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$).

Tableau 16 : Test du chi2 de McNemar pour comparer les pourcentages de patientes ayant une EVA \geq 5, aux différents moments de la procédure :

% de femmes ayant ayant une EVA \geq 5	n patientes	t	p	Interprétation
suite à la mifépristone / après 1 ^{ère} prise de misoprostol	92	0,38	0,18	Non significatif
suite à la mifépristone / après 2 ^{ème} prise de misoprostol	83	0,90	0,34	Non significatif
suite à la mifépristone / dans les 4 jours suivant le misoprostol	71	0,58	0,21	Non significatif
après 1 ^{ère} prise de misoprostol / après 2 ^{ème} prise de misoprostol	83	0,24	0,19	Non significatif
après 1 ^{ère} prise de misoprostol / dans les 4 jours suivant le misoprostol	71	0,91	0,71	Non significatif
après 2 ^{ème} prise de misoprostol / dans les 4 jours suivant le misoprostol	71	0,39	0,58	Non significatif

10.6.2. Comparaison des EVA obtenues pour chacun des moments étudiés :

- EVA suite à la prise de mifépristone : 1,8 (2,6) médiane à 0
- EVA 2 heures après la 1^{ère} prise de misoprostol : 3,3 (3,1) médiane à 2,5
- EVA après la 2^{ème} prise de misoprostol : 2,5 (2,4) médiane à 2
- EVA dans les 4 jours suivant l'IVG : 3,1 (2,8) médiane à 3

En appliquant un test de comparaison des moyennes sur séries appariées, qui compare les EVA deux à deux, on obtient :

- EVA après 1^{ère} prise de misoprostol > EVA suite à la mifépristone (p<0,05)
- EVA après 1^{ère} prise de misoprostol > EVA après 2^{ème} prise de misoprostol (p<0,05)
- EVA dans les 4 jours suivant l'IVG > EVA suite à la mifépristone (p<0,05)
- EVA dans les 4 jours suivant l'IVG > EVA après 2^{ème} prise de misoprostol (p<0,05)
- Les autres différences ne sont pas statistiquement significatives

Tableau 17 : test de comparaison des moyennes sur séries appariées, pour les EVA moyennes des différents moments étudiés :

	n patientes	t	p	Interprétation
EVA suite à la mifépristone / après 1 ^{ère} prise de misoprostol	92	4,31	0,0001	Significatif
EVA suite à la mifépristone / après 2 ^{ème} prise de misoprostol	83	1,34	0,18	Non significatif
EVA suite à la mifépristone / dans les 4 jours suivant l'IVG	71	2,72	0,008	Significatif
EVA après 1 ^{ère} prise de misoprostol / après 2 ^{ème} prise de misoprostol	83	-2,5	0,01	Significatif
EVA après 1 ^{ère} prise de misoprostol / dans les 4 jours suivant l'IVG	71	0,51	0,61	Non significatif

EVA après 2 ^{ème} prise de misoprostol / dans les 4 jours suivant l'IVG	71	2,66	0,01	Significatif
---	----	------	------	--------------

Les deux moments les plus douloureux sur le plan statistique sont donc l'EVA 2h après le misoprostol et l'EVA dans les 4 jours suivant l'IVG.

11. Facteurs prédictifs de douleurs pendant l'IVG médicamenteuse

L'analyse uni- puis multivariée par régression logistique recherche une association statistique entre chacune des caractéristiques socio-cliniques pouvant potentiellement moduler la douleur et la survenue de douleurs intense, c'est-à-dire d'une EVA \geq à 5.

L'analyse a d'abord été réalisée pour l'EVA moyenne de l'IVG médicamenteuse.

Puis, pour les deux moments les plus douloureux : 2h après la 1^{ère} prise de misoprostol, les 4 jours suivant la prise de misoprostol.

11.1. Facteurs prédictifs d'une EVA \geq 5 pour l'IVG

L'analyse par régression logistique est faite sur 92 patientes.

- 19 (20,6%) femmes ont un score de douleur pendant l'IVG \geq 5
- 73 (79,4%) femmes ont un score de douleur pendant l'IVG strictement $<$ 5

Tableau 18 : Facteurs prédictifs d'EVA moyenne ≥ 5 pendant l'IVG en analyse univariée par régression logistique

Variables	OR brut	IC à 95%	p
Age* (années)	0,92*	[0,83 ; 1,00]	0,07
Nulligestité	4,29	[1,48 ; 12,45]	<u>0,007</u>
Nulliparité	5,56	[2,13 ; 14,48]	<u>0,0005</u>
Nombre de FCS	0,23	[0,02 ; 1,90]	0,17
Nombre d'IVG total	0,77	[0,43 ; 1,37]	0,37
Profession			
- Avec travail	1	-	
- Sans travail	1,61	[0,56 ; 4,56]	0,36
Couverture sociale			
- AME, CMU, aucune	1	-	
- Sécurité sociale +/- complémentaire	2,1	[0,44 ; 10,3]	0,34
Intensité des dysménorrhées (EVA)	1,23	[0,99 ; 1,53]	0,05
Intensité de la douleur maximale ressentie dans la vie (EVA)	1,02	[0,76 ; 1,38]	0,85
Hésitation à un moment à interrompre cette grossesse			
- non	1	-	
- oui	0,34	[0,76 ; 1,38]	0,12
Partenaire au courant de la décision d'IVG			
- non	1	-	
- oui	2,21	[0,25 ; 18,8]	0,46
Partenaire d'accord avec la décision d'IVG			
- non	1	-	
- oui	>10	[0,00 ; > 1000]	0,97
Violences subies actuelles ou anciennes			
- non	1	-	
- oui	0,80	[0,25 ; 2,53]	0,71
Partenaire actuel violent			
- non	1	-	
- oui	0,74	[0,08 ; 6,77]	0,79
Violences d'une autre personne que le partenaire actuel			
- non	1	-	
- oui	0,62	[0,18 ; 2,1]	0,45
Accompagnement au centre d'IVG			
- non	1	-	
- oui	2,59	[0,18 ; 2,13]	0,07
Terme (SA)	2,39	[1,13 ; 5,03]	<u>0,02</u>

* OR pour une augmentation d'une année en âge.

En analyse univariée, le terme, la nulligestité et la nulliparité sont significativement ($p < 0,05$) associés à un score de douleur supérieur ou égale à 5 en moyenne pour l'IVG médicamenteuse.

L'analyse multivariée par régression logistique a été réalisée en ajoutant aux résultats significatifs en univariés, les variables dont le p est inférieur à 0,15 en univarié, (ce qui correspond aux variables montrant une tendance à s'associer à une majoration des douleurs moyennes durant l'IVG médicamenteuse), soit :

- l'âge
- l'intensité des dysménorrhées
- l'hésitation à un moment donné à interrompre la grossesse
- l'accompagnement au centre d'IVG par un proche

Tableau 19 : Analyse multivariée par régression logistique pour la recherche de facteurs prédictifs d'une EVA moyenne ≥ 5 pendant l'IVG

Variable	OR ajusté	IC 95%	P	Interprétation
Terme	4,78	[1,74 ; 19,57]	0,008	Significatif
Accompagnement au CIVG	4,58	[1,01 ; 21,82]	0,04	Significatif
Nuligestité	1,17	[0,09 ; 15,08]	0,12	Non significatif
Nulliparité	2,48	[0,15 ; 39,10]	0,51	Non significatif
Age	0,98	[0,84 ; 1,14]	0,84	Non significatif
Intensité des dysménorrhées	1,06	[0,81 ; 1,40]	0,63	Non significatif
Hésitation à faire l'IVG	0,23	[0,04 ; 1,26]	0,90	Non significatif

En analyse multivariée, on constate que les patientes qui viennent accompagnées le jour de l'IVG et celles dont le terme est plus avancé ont un risque significatif de ressentir une douleur d'IVG intense ($EVA \geq 5$).

11.2. Facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 deux heures après la première prise de misoprostol

Sur 92 patientes :

- 29 (31,5%) femmes ont une douleur ≥ 5 suite à la prise du misoprostol
- 63 (68,5%) femmes ont une douleur < 5 suite à la prise de misoprostol

Ces effectifs nous permettent de faire une analyse statistique interprétable pour rechercher des facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 .

Tableau 20 :

Facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 , 2h après la 1^{ère} prise de misoprostol, en analyse univariée.

Variables	OR brut	Intervalle de confiance à 95%	p
Age* (années)	0,92*	[0,84 ; 1,00]	0,05
Nulligestité	<u>4,41</u>	[1,66 ; 11,71]	<u>0,002</u>
Nulliparité	<u>5,56</u>	[2,13 ; 14,48]	<u>0,0005</u>
Nombre de FCS	0,28	[0,05 ; 1,35]	0,11
Nombre d'IVG total	0,64	[0,37 ; 1,08]	0,10
Profession			
- Avec travail	1	-	
- Sans travail	1,92	[0,77 ; 4,75]	0,15
Couverture sociale			
- AME, CMU, aucune	1	-	
- Sécurité sociale standard +/- complémentaire	4,23	[0,89 ; 20,00]	0,06
Intensité des dysménorrhées (EVA)	<u>1,31</u>	[1,07 ; 1,60]	<u>0,006</u>
Intensité de la douleur maximale ressentie dans la vie (EVA)	1,07	[0,82 ; 1,40]	0,58
Hésitation à un moment à interrompre cette grossesse			
- non	1	-	
- oui	0,63	[0,22 ; 1,80]	0,39
Partenaire au courant de la décision d'IVG			
- non	1	-	
- oui	4,07	[0,48 ; 34,18]	0,19

Partenaire d'accord avec la décision d'IVG			
- non	1	-	
- oui	2,5	[0,26 ; 23,60]	0,42
Violences subies actuelles ou anciennes			
- non	1	-	
- oui	1,05	[0,39 ; 2,77]	0,91
Partenaire actuel violent			
- non	1	-	
- oui	1,03	[0,17 ; 6,03]	0,96
Violences d'une autre personne que le partenaire actuel			
- non	1	-	
- oui	0,72	[0,26 ; 2,00]	0,53
Accompagnement au centre d'IVG			
- non	1	-	
- oui	3,69	[1,44 ; 9,4]	<u>0,006</u>
Terme (SA)	1,8	[0,99 ; 3,46]	0,05
Intensité de la douleur après la prise de mifépristone (EVA)	1,43	[1,17 ; 1,73]	<u>0,0003</u>

* OR pour une augmentation d'une année en âge.

En analyse univariée :

- la nulliparité
- la nulligestité
- l'intensité des dysménorrhées (EVA)
- l'accompagnement au CIVG
- l'intensité (EVA) de la douleur après la prise de mifépristone

sont significativement ($p < 0,05$) associés à un score de douleur supérieur ou égale à 5 dans les deux heures suivant la prise de misoprostol.

L'analyse multivariée par régression logistique a été réalisée en ajoutant les variables dont le p est inférieur à 0,15, qui correspondent aux tendances sans être strictement significatives, soit :

- l'âge
- le terme
- la profession

- la couverture sociale
- le nombre de FCS
- le nombre d'IVG antérieures

Tableau 21 : Analyse multivariée par régression logistique pour la recherche de facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 2h après la prise de misoprostol

Variable	OR ajusté	IC 95%	P	Interprétation
Nulliparité	<u>37,92</u>	[3,39 ; 423,8]	<u>0,003</u>	<u>Significatif</u>
Nulligestité	<u>3,05</u>	[1,04 ; 8,90]	<u>0,04</u>	<u>Significatif</u>
Intensité des dysménorrhées (EVA)	<u>1,40</u>	[1,02 ; 1,92]	<u>0,03</u>	<u>Significatif</u>
Intensité de la douleur suite à la prise de mifépristone (EVA)	<u>1,97</u>	[1,18 ; 3,28]	<u>0,008</u>	<u>Significatif</u>
Accompagnement au centre d'IVG	<u>7,20</u>	[1,45 ; 35,59]	<u>0,01</u>	<u>Significatif</u>
Age	1,03	[0,90 ; 1,18]	0,57	Non significatif
Terme	2,88	[0,95 ; 8,69]	0,06	Non significatif
Nb de FCS	0,19	[0,01 ; 2,60]	0,21	Non significatif
Nb d'IVG antérieures	0,91	[0,38 ; 2,20]	0,84	Non significatif
Profession	4,41	[0,98 ; 19,87]	0,06	Non significatif
Couverture sociale	7,04	[0,04 ; 2,87]	0,34	Non significatif

En analyse multivariée, la nulliparité, la nulligestité, l'intensité des dysménorrhées, l'accompagnement au CIVG par un proche, l'intensité des douleurs suite à la prise de mifépristone sont significativement associés à une EVA ≥ 5 deux heures après la 1^{ère} prise de misoprostol.

11.3. Facteurs prédictifs d'une EVA \geq à 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol

Sur 71 patientes :

- 26 (36,6%) femmes ont une douleur \geq 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol
- 45 (64,4%) femmes ont une douleur $<$ 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol

Ces effectifs nous permettent de faire une analyse statistique interprétable pour rechercher des facteurs prédictifs d'une EVA \geq 5.

Lorsque a régression logistique est appliquée pour les mêmes facteurs indépendants que les EVA précédemment étudiées, les résultats sont :

En analyse univariée :

- l'intensité des dysménorrhées OR= 1,35 (p 0,004)
- la nulliparité OR=5,55 (p 0,0005)
- l'intensité des douleurs post-mifépristone OR= 1,25 (p 0,01)
- l'intensité de la douleur après la 1^{ère} prise de misoprostol OR = 1,17 (p 0,03)
- l'intensité de la douleur après la 2^{ème} prise de misoprostol OR = 1, 22 (p 0,04)

sont significativement ($p < 0,05$) associés à un score de douleur supérieur ou égale à 5 dans les 4 jours suivant l'IVG.

En analyse multivariée, seule l'intensité des dysménorrhées est un facteur prédictif d'avoir une EVA \geq 5 dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol (OR = 1,32 ; p 0,03).

V. DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1.1. Taille et représentativité de l'échantillon

1.1.1. Taille de l'échantillon

Notre étude est réalisée sur un échantillon de 92 patientes, ce qui est statistiquement suffisant pour évaluer la douleur au cours de l'IVG.

Cependant, en ce qui concerne la recherche de facteurs prédictifs, l'échantillon n'est suffisant que pour mettre en évidence les facteurs prédictifs les plus importants. En effet, plus le nombre de patients inclus dans une étude augmente, plus les différences mises en évidence sont fines.

L'IVG médicamenteuse est fortement minoritaire au CIVG de Louis Mourier (*Annexe 2*) ce qui explique le faible effectif malgré la longue période de recueil. L'étude similaire portant sur l'IVG par aspiration sous AL, menée durant la même période au CIVG, porte sur 412 patientes (18). Cette répartition explique la petite taille de l'échantillon pour l'étude de l'IVG médicamenteuse sur le même site et durant la même période.

1.1.2. Comparaison à la population consultant pour une IVG par aspiration sous AL à Louis Mourier durant la même période.

Notre étude a été menée sur 5 mois et demi, et a porté sur 92 patientes. Simultanément, et selon la même procédure, s'est menée l'étude de la douleur lors de l'IVG par aspiration sous AL par le Dr Jamil (18). Il nous semble donc intéressant de comparer les deux populations étudiées durant ces

cinq mois et demi au centre d'IVG, sachant qu'elles ne diffèrent en théorie que par la méthode employée pour l'IVG.

Dans cette étude, 412 patientes bénéficient d'une IVG par aspiration, l'âge moyen est de 27,3 ans, la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20-24 ans (25%), suivie de celle de 30-34 (22%) et celle de 25-29 (21,6%). Notre échantillon est comparable concernant l'âge moyen des patientes (27,3 ans). La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25-29 ans (28,3%), suivie de près de celle de 20-24 ans (27,2%), et de 30-34 ans (26%).

Concernant les antécédents obstétricaux, les femmes venues pour une IVG par aspiration sous AL ont eu en moyenne 1,9 grossesse avant celle-ci. 29,4% des femmes sont nulligestes, 47,1% sont nullipares et 46,4 % ont déjà eu une IVG avant cette grossesse (0,8 IVG par femme en moyenne). Des dysménorrhées intenses ($EVA \geq 5$) sont décrites par 39,8% des femmes. Notre échantillon est comparable en termes de gestité (1,9 grossesse en moyenne), de parité (42,4% sont nullipares) et de nombre d'IVG antérieures (0,7 IVG par femme et 42,4% des femmes ont déjà fait une IVG). Les femmes décrivant des dysménorrhées intenses sont un peu moins nombreuses (32,7 % ont une $EVA \geq 5$).

Sur le plan social, pour l'IVG par aspiration, les femmes en emploi représentent 50,5 % de l'échantillon, tandis que 6,9% sont des femmes au foyer, 5,1 % sont au chômage et 23,1 % sont élèves ou étudiantes. En termes de protection sociale 83,5% des patientes ont une sécurité sociale classique, 9,8% bénéficient de la CMU et 3,6% de l'AME. On observe une répartition légèrement différente pour l'IVG médicamenteuse en termes d'activité professionnelle avec autant de femmes en emploi (53,9%), mais plus de femmes au foyer (11,2%) et moins d'étudiantes (18%). De même pour la protection sociale avec autant de femmes ayant une sécurité sociale classique (80,9%), mais plus de femmes bénéficiant de la CMU (16,9%).

Concernant le terme auquel les patientes font leur IVG, on constate sans surprise que le terme moyen pour les femmes faisant une IVG médicamenteuse est de 6,5 SA pour des termes qui vont de 6 à 8 semaines d'aménorrhée, ce qui est plus précoce que pour les IVG chirurgicales.

Dans ce même bassin de population, on constate que les femmes prise en charge pour une IVG médicamenteuse sont comparables en termes d'âge, de parité, de gestité, d'antécédents d'IVG et de statut socio-professionnel, à celles prises en charge pour une IVG chirurgicale. Le terme auquel les grossesses sont interrompues, n'est pas comparable, ceci étant dû au cadre légal de ces deux méthodes.

L'échantillon de population de cette étude est donc globalement représentatif de la population ayant consulté durant cette période et en général, au CIVG de l'hôpital Louis Mourier.

1.1.3. Comparaison à la population nationale et d'Ile-de-France consultant pour une IVG.

La population étudiée ici est comparée à la population nationale consultant pour une IVG, en France métropolitaine, toutes méthodes confondues.

En France métropolitaine en 2010 (3), la tranche d'âge la plus représentée chez les femmes faisant une IVG est celle des 20-24 ans (26,6%) suivie de celle des 25-29 ans (21,6%) puis des 30-34 ans (16,6%), et enfin de celles de moins de 20 ans qui représentent 15,4%. Cela est confirmé en 2011 (1) avec un taux d'IVG maximum de 27% dans la tranche d'âge 20-24 ans. Cette répartition est comparable en Ile de France et dans les Hauts-de-Seine (3). Dans notre population, les femmes semblent un peu plus âgées car les femmes de moins de 20 ans y sont peu représentées (7,6%), et celles de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans sont plus nombreuses (respectivement 28,3% et 26%). Les

femmes de 20 à 24 ans représentent 27,2% de la population étudiée ce qui est comparable à la population générale.

En France métropolitaine, les femmes qui font une IVG n'ont pas d'enfant dans 44,5% des cas et ont déjà fait au moins une IVG dans 39,8% des cas. En Ile-de-France, 40% des femmes qui font une IVG en ont déjà fait au moins une auparavant (1,31). Dans notre étude, 42,4% des femmes sont nullipares et 42,4% ont un antécédent d'IVG ce qui est comparable à la population française et francilienne.

La situation professionnelle des femmes ayant recours à l'IVG en France métropolitaine est globalement comparable à la répartition observée dans notre étude. En effet, en France en 2010, 50,8% d'entre elles ont un emploi, 12,8% sont femmes au foyer, 10,5% sont au chômage et 19,1% sont élèves ou étudiantes. La répartition en Ile-de-France est également comparable (respectivement : 48%, 11%, 9%, 20%) (31).

L'IVG médicamenteuse est faite entre 6 et 7 SA dans 40% des cas en France métropolitaine comme en Ile-de-France, ce qui est comparable à notre population.

Si la population étudiée ici est sensiblement plus âgée que la population française concernant les femmes ayant recours à une IVG, cette différence n'a pas d'incidence sur la répartition des différents antécédents obstétricaux (nombre d'IVG antérieures et parité).

1.2. Perdues de vue pour la consultation de contrôle

Dans notre étude, 22,8% des patientes ne se sont pas présentées en consultation de contrôle, et ce malgré un rappel téléphonique ou écrit.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation : les patientes peuvent consulter en ville, les contraintes de la vie professionnelle et des congés (l'étude se déroule en été) rendent la présence en consultation difficile, l'absence de complications peut conduire à sous-estimer l'importance de cette visite.

Dans l'étude, très peu (2,2%) de patientes déclarent avoir fait la consultation de contrôle en ville par leur médecin/gynécologue traitant, les autres patientes ne nous ont pas répondu quant aux raisons de leur absence.

Ces patientes « perdues de vue » sont représentatives du reste de l'échantillon, elles n'ont pas de caractéristiques particulières, notamment du point de vue socio-économique.

Pour l'IVG par aspiration sous AL du Dr Jamil, 32% des femmes ne se sont pas présentées en consultation de contrôle, sans plus de raisons identifiées durant l'étude. L'étude du réseau REVHO réalisée en 2013 montre que 19,3% des patientes ne se sont pas présentées en visite de contrôle après une IVG médicamenteuse faite en ambulatoire (4) ce qui est plus proche de nos résultats. La proportion de femmes se présentant en consultation de contrôle semble plus importante pour l'IVG médicamenteuse ; cela est peut être dû au fait qu'il est nécessaire de faire un examen (clinique et biologique) pour s'assurer du succès de la méthode. Il est nécessaire de poursuivre les efforts pour inciter les femmes à consulter au décours de l'IVG, cette consultation permettant de s'assurer de l'efficacité de la méthode, de rechercher d'éventuelles complications et d'aborder à nouveau le mode de contraception choisi.

1.3. Choix de l'IVG par méthode médicamenteuse, en milieu hospitalier

Au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier, les deux méthodes proposées pour l'IVG sont l'aspiration sous AL et la méthode médicamenteuse.

L'étude de la douleur et de ses facteurs prédictifs comme elle est présentée ici, a été menée simultanément et par la même équipe pour ces deux méthodes, le travail du Dr J. Jamil concernant l'IVG par aspiration sous AL (18) sera commenté ci-après.

L'aspiration sous AL est nettement majoritaire au CIVG de Louis Mourier, mais on constate que depuis la loi de 2001, la part des IVG médicamenteuses est de plus en plus importante : de 0,6 % des IVG totales en 2001, elle est passée à 4,7 % en 2004 puis à 18,9 % en 2011 (*Annexe 2*). Par ailleurs, le CIVG de Louis Mourier est centre référent pour les IVG médicamenteuses faites en ville dans le cadre du réseau REVHO. Cette évolution suit une tendance nationale : en métropole la part d'IVG médicamenteuses représente 55% des IVG totales, et 48 % des IVG réalisées dans les établissements de santé en 2011 (1). On constate également sur le plan international que la méthode médicamenteuse est plébiscitée par les patientes pour les avortements précoces (32–37).

Cependant, dans les études disponibles dans la littérature, on constate que ce sont surtout les douleurs liées aux IVG chirurgicales qui sont étudiées (33,38–40). À partir des années 2000, on trouve des travaux concernant l'IVG médicamenteuse (32,34,37,41), mais ils restent minoritaires concernant l'étude des douleurs dues à l'IVG, comme le souligne le rapport de l'IGAS de 2009 (8).

À l'hôpital Louis Mourier, comme dans la plupart des établissements de santé, l'IVG médicamenteuse est réalisée selon un protocole qui demande aux patientes de venir en hospitalisation pour quelques heures lors de la prise du misoprostol. Cette hospitalisation est susceptible d'offrir un confort supplémentaire pour les femmes qui en sont désireuses. Pour notre

étude, l'hospitalisation offre un intérêt logistique car le monitoring de la douleur par l'EVA est plus aisément réalisable pendant une hospitalisation de courte durée qu'à distance, au cours d'un protocole « ambulatoire ». Par ailleurs, cela nous permet de comparer la population consultant pour une IVG médicamenteuse et celle venant pour une IVG par aspiration, les deux populations ayant été prises en charge par la même équipe soignante, pendant la même période.

Cette étude s'intéresse donc à la douleur et à ses facteurs prédictifs lors d'une IVG médicamenteuse à l'hôpital, mais une autre étude serait nécessaire pour évaluer la douleur de l'IVG médicamenteuse en ville.

1.4. Choix du protocole

Le protocole utilisé pour les IVG médicamenteuses à l'hôpital Louis Mourier est le suivant :

1 comprimé de mifépristone (Mifégyne®) de 200mg, puis 36 à 48 heures plus tard, deux fois 2 comprimés de misoprostol (Cytotec®) de 200µg par voie orale ou jugale, à deux heures d'intervalle, soit 800µg de misoprostol au total.

L'utilisation de la Mifépristone a une AMM en France pour les avortements jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, mais cette molécule est efficace pour des termes plus avancés (42). De fait, la mifépristone est utilisée en établissements de santé pour des IVG médicamenteuses jusqu'à 9SA. Le CIVG de Colombes n'a recours que dans des cas particuliers à la méthode médicamenteuse pour des grossesses de 8 et 9 SA, comme le conseille le rapport de l'HAS sur l'IVG (9), principalement en raison du risque de douleur et de saignements plus importants (mais également de la brutalité de la visualisation de l'embryon).

La dose de mifépristone est discutée (43) : le protocole dit « français », historique, préconise une utilisation de la mifépristone à 600mg suivie de 400µg de misoprostol. Un étude multicentrique de l’OMS montre que l’efficacité est comparable pour une dose de mifépristone de 200, 400 ou 600 mg (44), mais une méta-analyse de 2009 montre un pourcentage plus important de grossesses évolutives avec l’utilisation de 200mg de mifépristone (45).

L’intervalle entre la prise de mifépristone et de misoprostol fait également débat. En terme d’efficacité il semble que le délai puisse être réduit jusqu’à 24h (46) voire 8 heures (47,48) sans perte significative d’efficacité (avec 800µg de misoprostol). En revanche, termes d’effets indésirables, les douleurs ressenties sont d’autant plus importantes que ce délai est long (41).

Concernant le misoprostol, il n’y a pas de consensus au niveau international sur sa voie d’administration et sa posologie, ce qui se traduit par une hétérogénéité des protocoles retrouvés dans la littérature (6,49). Plusieurs études ont montré qu’il n’y avait pas de différence d’efficacité entre la voie orale et vaginale jusqu’à 8 SA (32,36,50–53), mais la voie vaginale serait à l’origine de majoration des douleurs et la voie orale de signes digestifs plus marqués (5). La voie vaginale a également été mise en cause concernant la survenue d’infections graves à *Clostridium sordellii* (54). Actuellement, bien que hors AMM, les voies jugale et sub-linguale leur sont préférées pour des raisons pharmacocinétiques (meilleure biodisponibilité et rapidité d’action à dose comparable) concordantes avec les études cliniques (55,56), avec une réserve cependant pour la voie sub-linguale qui donnerait plus de douleurs abdominales (46).

Pour les voies orale et jugale, la posologie usuelle varie entre 400 µg en dose unique (12,17,36), associé à 600mg de mifepristone, et 800 µg (dose unique ou 2 fois 400µg) associé à 200mg de mifépristone (57). L’augmentation à 800µg du misoprostol tend à compenser la perte d’efficacité liée à la diminution de la mifépristone à 200mg. En effet, la répétition des prises de misoprostol offre un gain d’efficacité lorsque l’intervalle entre les prises de mifépristone et misoprostol est réduit à 24 heures (56) ou lorsque le terme est supérieur à 7SA (6,7,58). Une étude de 2007

constate une diminution du nombre de grossesses évolutives avec une dose répétée de 400µg de misoprostol (59) quel que soit le terme de la grossesse interrompue. C'est pourquoi l'équipe du CIVG de Louis Mourier a choisi un protocole à dose réduite de mifépristone suivi de deux prises de misoprostol 400µg par voie jugale.

Malgré ces variations d'efficacité décrites pour les différents protocoles employés, l'étude menée par le réseau d'IVG en ville d'Ile-de-France (REVHO) en 2013 montre que les protocoles associant 200 ou 600 mg de mifépristone à 400 ou 800µg de misoprostol sont d'efficacité globalement comparable pour des termes allant jusqu'à 9SA (4). Cependant, cette hétérogénéité des protocoles implique une grande diversité des effets indésirables, notamment des douleurs.

Sauf mention contraire, les études présentées ici utilisent le même protocole médicamenteux (en dehors des antalgiques) qu'au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier.

1.5. L'EVA comme outil d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur ressentie par les patientes est faite par l'échelle visuelle analogique (EVA) tout au long de l'étude. Il s'agit d'une évaluation globale qui sous-entend les différentes dimensions d'une douleur : physique/sensorielle, affective, cognitive, comportementale.

L'avantage de cette échelle est sa simplicité, sa rapidité d'utilisation, sa reproductibilité et son adaptabilité à toute situation possiblement pénible, douloureuse, y compris lorsque l'ensemble des situations présentées est hétérogène (22) bien que l'EVA ne soit pas le meilleur outil pour évaluer la douleur morale. Elle peut également être utilisée de façon rétroactive comme cela a été fait ici (évaluation des dysménorrhées, douleur maximale ressentie au cours de la vie, douleur dans les 4 jours suivant l'hospitalisation...). Elle est de surcroît connue du personnel soignant et utilisée de

façon courante dans les services hospitaliers. Autant d'éléments qui font d'elle une échelle fiable dans ce contexte (11,15,16,35,60,61).

Cependant, l'EVA ne rend pas compte de la dimension transculturelle du ressenti de la douleur ni de son expression, or ces dernières relèvent d'une construction à laquelle participent le vécu mais aussi l'histoire culturelle de la personne qui vit cette expérience (62,63). Cela peut avoir un impact sur l'interprétation des résultats de notre étude, compte tenu du bassin de population étudié.

L'échelle visuelle numérique (EVN, ou 11 point scale) et l'échelle visuelle simple (EVS, la valeur 0 correspondant à une douleur nulle, 1 faible, 2 modérée, 3 intense et 4 très intense) sont des méthodes validées, également simples et reproductibles (21,28,35,64,65) qui sont des alternatives à l'EVA. D'autres échelles validées peuvent être utilisées comme le McGill questionnaire (66), plus complète, mais d'utilisation plus difficile notamment lorsque la douleur est évaluée à plusieurs reprises dans le même questionnaire et lorsque le questionnaire est complété par plusieurs personnes, ce qui est le cas ici (67).

Pour caractériser une douleur intense, les seuils des échelles d'évaluation sont souvent discutés sans qu'il y ait de réel consensus chez l'adulte (28,29). Concernant l'échelle visuelle numérique (EVN), une douleur intense est définie pour une $EVN \geq 7$ (68). Pour l'EVA, le seuil correspondant à une douleur intense varie entre 4/10 et 6/10 selon les ouvrages (26,67,69,70). L'HAS a conclu, chez l'enfant, qu'une $EVA \geq 5$ correspondait à une douleur intense, relevant d'une prise en charge médicale (27) et Bray définit une douleur cotée par une $EVA \geq 5$ comme inacceptable (30). Par ailleurs, Collins montre que les patients se plaignant de douleurs intenses ont une $EVA \geq 4,9$ dans 90% des cas (71). Nous avons donc choisi le seuil de 5 centimètres sur l'EVA comme définition d'une douleur intense, qu'il faut diminuer par tous les moyens lors de l'IVG.

Dans l'étude, les chiffres d'EVA ont été arrondis au centimètre (valeur allant de 1 à 10 cm), pour tous les résultats, cela n'altérant pas leur interprétation. En effet, on considère que la différence cliniquement significative entre deux valeurs d'EVA, c'est-à-dire le delta d'EVA pour lequel un changement d'intensité de la douleur est cliniquement perceptible, est de 20 millimètres chez l'adulte, d'après l'HAS (15).

1.6. Mode d'étude des facteurs prédictifs de douleur lors de l'IVG médicamenteuse

Dans cette étude, la méthode statistique choisie est la « régression logistique » car c'est une méthode de choix pour la recherche de facteurs de risque de survenue d'un événement. Elle permet une analyse univariée, en testant les associations une par une, mais également multivariée, ce qui permet de donner des résultats de facteurs de risque de survenue d'un événement « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, cette technique permet de quantifier la force d'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle : c'est la mesure ajustée.

Cette méthode s'applique simplement, ses résultats sont aisément interprétables car comparables à l'épidémiologie. Les coefficients estimés par le modèle sont liés à l'odds ratio (OR) qui représente la force de l'association entre un facteur et un événement, bien qu'il ne soit qu'une approximation du risque relatif (RR).

Ce modèle utilise donc une variable qualitative binaire (survenue ou non d'un événement d'intérêt) qu'il confronte à des facteurs prédictifs potentiels. Ici, il s'agit de l'EVA, il faut donc transformer la variable quantitative en qualitative ce qui conduit à créer des « groupes »

permettant de traiter l'information de façon dichotomique (exemple : groupe « $EVA \geq 5$ » vs groupe « $EVA < 5$ »).

La plupart des études dans la littérature ont utilisé d'autres outils statistiques pour la recherche de facteurs prédictifs, comme les tests de corrélation, tests de comparaisons de moyennes, en utilisant une forme continue de la variable à expliquer (exemple : EVA comme variable continue de 0 à 10).

Malgré cette différence de traitement des données, les résultats de l'étude peuvent être comparés à ceux de la littérature, il faut néanmoins tenir compte des différents traitements statistiques de la variable (EVA) expliquée : qualitatif (recherche de facteurs prédictifs d'une douleur d' $EVA \geq 5$) ou quantitatif (recherche de facteurs prédictifs de survenue d'une douleur en général avec une EVA en continu).

Enfin, dans les études présentées ci-dessous, l'analyse des résultats et le mode d'analyse n'est pas toujours explicite (par exemple : pas de définition de seuils de significativité en analyse univariée, intervalles de confiance non précisés...), de même que les variables indépendantes ne sont pas toujours définies de la même façon (soit continues, soit en catégories, mais les catégories diffèrent parfois d'une étude à l'autre), ce qui complique la comparaison des travaux entre eux.

2. Douleur ressentie lors d'une IVG médicamenteuse

2.1. Intensité de la douleur pendant l'IVG

Dans notre étude, la douleur moyenne de l'IVG médicamenteuse est faible à modérée, sa moyenne est de 2,7 et la médiane est à 2. 79,4 % des patientes ont des douleurs inférieures à 5, soit des douleurs nulles, légères ou modérées.

La proportion de patientes ayant une EVA ≥ 5 varie de 18,1% à 36,6% aux différents moments de la procédure, sans différence statistiquement significative. Quel que soit le moment étudié, les douleurs décrites sont plus faibles que celles retrouvées dans la littérature concernant l'IVG médicamenteuse.

En effet, ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans une étude de Honkanen pour l'OMS en 2004 (5) et du rapport de l'HAS de 2010 (9) où les douleurs sont le plus souvent évaluées comme modérées à sévères (6). Dans l'étude de Ravn (36) de 2005, pour des IVG médicamenteuses dont le terme ne dépassait pas 8SA, 33% des patientes déclarent avoir eu au moins 1 jour des douleurs sévères, 82% des douleurs modérées et 62 % des douleurs légères. De même, dans une australienne de 2012, les douleurs sont décrites par les femmes comme modérées à sévères dans 78,4 % des cas (57).

Cependant, l'étude finlandaise de Suhonen, réalisée en 2010 pour des IVG jusqu'à 9SA avec un protocole proche de celui choisi pour notre étude (200 mg de mifépristone suivis de 400mg de misoprostol par voie vaginale) retrouve des douleurs d'intensité comparable à nos résultats, avec une EVA moyenne à 4 cm (13).

Les explications qui suivent tentent d'éclairer les différences observées entre ces différentes études.

2.1.1. Dysménorrhées habituelles et choix de la méthode

L'intensité des dysménorrhées est associée positivement à l'intensité des douleurs durant l'IVG médicamenteuse (*cf paragraphe V.3.1*), or les patientes ayant des dysménorrhées intenses ne sont classiquement pas orientées vers la méthode médicamenteuse. Cela pourrait constituer un biais de sélection pour l'évaluation de la douleur de l'IVG si les femmes ayant des douleurs importantes pendant leurs règles étaient orientées vers d'autres méthodes que la méthode médicamenteuse.

Ce biais potentiel peut être étudié ici, profitant de l'étude du Dr Jamil, menée simultanément au CIVG de Louis Mourier pour l'IVG par aspiration sous AL ; la seule différence entre ces deux populations étant les termes des grossesses interrompues (18). En effet, en ne prenant en compte que les IVG faites en deçà de 9 SA, on observe que l'EVA moyenne des dysménorrhées chez les patientes prises en charge pour une IVG par aspiration sous AL est de 3,48 (médiane à 3[1-6]). Ce score est comparable à celui retrouvé dans notre étude (EVA moyenne des dysménorrhées de 3,3 (médiane à 3 [1-5])).

Les femmes qui ont des dysménorrhées plus intenses ne choisissent pas plus l'IVG par aspiration que l'IVG par méthode médicamenteuse, et ce malgré l'information qui leur est classiquement donnée. Les dysménorrhées habituelles ne constituent donc pas un biais de sélection pour l'évaluation de la douleur durant l'IVG médicamenteuse.

2.1.2. Terme précoce des grossesses prises en charge

La faible intensité des douleurs perçues peut également être expliquée par la différence de population étudiée dans ces études, en terme d'âge gestationnel.

En effet, les grossesses au-delà de 7SA sont très peu représentées dans notre échantillon (8,7%, dont aucune grossesse au delà de 8SA + 0 jour). Or Spitz (7) constate que des douleurs sévères sont décrites par les femmes pour des termes compris entre 7 et 9 SA, et le terme avancé est connu comme étant facteur prédictif de douleurs intenses durant l'IVG (11,13,15), ce qui est retrouvé dans notre étude. Cette notion est également reprise par l'OMS et l'HAS qui mettent en garde concernant les douleurs pour des termes compris entre 7 et 9 SA (9,49).

Cependant, Wiebe (16) en 2001, rapporte des douleurs d'intensité élevée (EVN moyenne de 6,2 ; 23,4 % des patientes ayant une EVN entre 9 et 10/10) pour l'IVG médicamenteuse jusqu'à 7 SA (protocole associant méthotrexate et misoprostol 800µg par voie vaginale avec antalgie systématique).

La faible représentation des patientes enceintes de plus de 7SA peut participer à la faible intensité des douleurs observées dans notre étude.

2.1.3. Protocole médicamenteux

Comme nous l'avons vu précédemment (*cf paragraphe V.1.3.*), les douleurs dépendent également du protocole médicamenteux utilisé. Un délai supérieur à 48 heures entre les prises de mifépristone et de misoprostol (14,41) et l'usage de la voie vaginale pour le misoprostol semblent majorer les douleurs (5). En effet, l'étude de Wiebe de 2001 et celle d'Abdel-Aziz en 2004, qui retrouvent des douleurs intenses en moyenne, utilisent le misoprostol par voie vaginale (11,16). Le choix du protocole ici a été fait en faveur d'une réduction des douleurs des douleurs.

Cependant, Goldstone en 2012 décrit des douleurs moyennes modérées à sévères, malgré l'utilisation d'un protocole similaire au nôtre ; la seule différence avec notre étude est que les antalgiques ne sont pas donnés de façon systématique (57).

2.1.4. Protocole antalgique

La prémédication antalgique systématique telle qu'elle est appliquée dans notre étude (92,4% des patientes reçoivent un AINS et 7,6% une association de paracétamol et codéine) peut également être à l'origine de la différence constatée.

En France, cette prémédication systématique est recommandée (6), mais cela est rarement le cas dans les essais traitant de l'IVG médicamenteuse. En effet, dans l'étude de Honkanen de 2004, multicentrique, seuls 19,4% des patientes bénéficient d'un antalgique dans l'heure suivant la prise de misoprostol (5) et dans l'étude d'Abdel-Aziz de 2004 comme dans l'étude de Goldstone de 2012, les antalgiques sont délivrés à la demande (11,57) ; or ces études décrivent des douleurs intenses induites par l'IVG médicamenteuse.

L'étude de Suhonen de 2011 réalisée avec une prémédication systématique (600mg d'ibuprofène ou association de paracétamol et codeine) retrouve des EVA moyennes à 4 (13). De même, l'étude d'Avraham en 2012 montre, dans une étude en double aveugle versus placebo (17), que la prescription systématique d'AINS en même temps que le misoprostol réduit l'intensité des douleurs durant l'IVG (EVN à 2,98 2 heures après le misoprostol) ce qui est plus proche de nos résultats.

On retrouve l'utilisation des AINS comme classe antalgique majoritaire pour tous les types d'IVG (9,18,72,73). L'étude d'Avraham de 2012 montre une efficacité de l'ibuprofène 400mg versus placebo dans l'IVG médicamenteuse du 1^{er} trimestre (17). De même, l'étude de Livshits de 2009

montre une supériorité de l'ibuprofène versus paracétamol en double aveugle, sans diminution de l'efficacité de l'IVG (suspectée en raison de l'activité anti-prostaglandine des AINS) (74). Une revue de la littérature datant de 2011 critique la grande hétérogénéité des protocoles antalgiques utilisés dans l'IVG médicamenteuse et conclut à l'efficacité des AINS (75),

La seule prescription antalgique faite à la demande de la patiente et que nous avons consigné a lieu lors de la deuxième prise de misoprostol. Cela concerne 28% des patientes, dont 68,4% avaient une EVA \geq 5 au moment de la prescription. Elles ont reçu des antalgiques de palier 2 (codéine ou opium) pour la plupart.

Les données de la littérature montrent que les opioïdes de palier 2 sont fréquemment utilisés mais leur consommation est très variable car ils sont prescrits d'emblée ou en complément des AINS selon les études (9,76). La consommation d'opioïdes varie principalement selon le site prescripteur (12) et est majorée lors des IVG faites en ville (14).

Concernant les moyens antalgiques non médicamenteux, les techniques psycho-corporelles n'ont été que rarement étudiées, et ce uniquement pour l'IVG par aspiration. L'étude de Wells datant de 1989, montre une efficacité de ces techniques, uniquement en terme de satisfaction (77), une étude de 2007 faite sur un petit échantillon montre que l'hypnose permet de diminuer la consommation de MEOPA (78). L'évaluation de ces techniques reste donc à faire.

Parmi les moyens non-médicamenteux, l'utilisation de la bouillotte est également à noter, son usage concerne 28,1% des patientes de notre étude. L'efficacité de cette technique n'a jamais été évaluée pour l'IVG médicamenteuse, et notre étude ne nous permet pas de conclure à une efficacité en terme de diminution de l'EVA. Cependant, l'usage de la bouillotte est à prendre en

compte car il participe à l'accompagnement des femmes durant la procédure au CIVG de Louis Mourier.

2.1.5. Accompagnement par l'équipe, counselling et satisfaction des patientes

Enfin, une autre explication pour cette différence d'intensité des douleurs entre les données de la littérature et cette étude peut être le counselling auquel il est donné beaucoup d'importance au CIVG de Colombes, avec un personnel dédié au service et formé à l'accompagnement de l'IVG en hospitalisation, et une sensibilisation à la prise en charge de la douleur ; deux membres de l'équipe étant référents du comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'hôpital. En effet, l'étude multicentrique de Teal réalisée en 2007 montre que le site où se déroule l'IVG est un facteur influençant l'intensité des douleurs ressenties (79).

Au CIVG de Louis Mourier, les soignants sont très disponibles pour les patientes, leur consacrent du temps en fonction de leurs besoins, veillent à la non culpabilisation et évaluent régulièrement la douleur. Or, d'après l'étude de Suhonen (13), l'évaluation faite par un soignant semble être fidèle au ressenti des patientes ce qui permet de supposer que l'antalgie est optimale lorsqu'elle s'appuie sur cette évaluation.

Par ailleurs, le counselling est une méthode antalgique associée (80) ; il diminue les douleurs ressenties (10) de même qu'il est associé à une augmentation de l'acceptabilité de la procédure (35). Au CIVG de Louis Mourier, il est principalement assuré par les infirmières lors de la première consultation. Le counselling est une relation professionnelle qui aide l'individu à s'emparer de sa santé mentale et physique, à partir d'un lien empathique, de l'écoute active en « mirroring », avec un soutien affectif et une consolidation (81). Concernant l'IVG, cela implique de considérer la patiente comme ayant déjà réfléchi à sa décision, vérifier qu'elle est certaine et maîtresse de son choix, l'informer des bénéfices et des risques de l'IVG, s'assurer de la

compréhension et repérer les ressources dont elle dispose pour la soutenir dans ce choix (82,83). Il s'agit également de veiller au vocabulaire employé, car les termes relatifs à la douleur ou à une expérience désagréable peuvent majorer l'intensité des douleurs perçues (84).

L'accompagnement des patientes peut varier d'un établissement de santé à l'autre, mais il est rarement décrit dans les études, ce qui rend difficile la comparaison des prises en charge.

L'étude de Teal montre que le site où est réalisée l'IVG est non seulement un facteur prédictif de douleur mais également de satisfaction des patientes (79). Il est à noter que la satisfaction n'est pas uniquement liée à la réduction des douleurs (16) comme le montre l'étude du CIVG de Louis Mourier menée pour l'IVG par aspiration sous AL, où 86% des patientes sont totalement satisfaites de la prise en charge, bien que la douleur physique ne soit totalement soulagée que dans 60% des cas (85). La satisfaction dépend donc, elle aussi, de la qualité de prise en charge et d'accompagnement par l'équipe soignante.

2.1.6. Effet du calcul de moyenne d'EVA

La douleur moyenne de l'IVG a d'abord été présentée sous forme de moyenne de quatre EVA différentes, correspondant à quatre moments différents de la procédure. Peut-être est-il plus pertinent d'étudier les moments séparément afin de mieux définir la douleur durant l'IVG médicamenteuse.

2.2. Moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse

On peut rechercher le moment le plus douloureux de l'IVG médicamenteuse de deux façons différentes.

La première est de comparer deux à deux les EVA moyennes des différents moments étudiés. Ainsi, les deux heures suivant la 1^{ère} prise de misoprostol (EVA à 3,3) et les 4 jours suivant le misoprostol (EVA à 3,1) sont plus douloureux que les heures suivant la prise de mifépristone (EVA à 2,7) et la 2^{ème} prise de misoprostol (EVA 1,8). Ces résultats sont statistiquement significatifs, mais leur significativité clinique est discutable car les différences mises en évidence sont inférieures à 2 cm sur l'EVA (25,27).

L'autre façon de rechercher le moment le plus douloureux est de comparer les pourcentages de patientes ayant une EVA ≥ 5 aux différents moments de l'IVG. Ainsi, 19,5 % des patientes ont une EVA ≥ 5 suite à la prise de mifépristone, 31,5% deux heures après la 1^{ère} prise de misoprostol, 18,1% deux heures après la 2^{ème} prise de misoprostol et 36,6% dans les 4 jours suivant l'IVG, mais ces différences ne sont pas significatives sur le plan statistique. Ce qui peut être lié au petit échantillon de l'étude.

Les deux heures suivant la prise de misoprostol sont classiquement décrites comme les plus douloureuses : l'étude multicentrique de Honkanen pour l'OMS, montre que la douleur est maximale dans les 2 premières heures suivant la prise de misoprostol (5) avec le même protocole médicamenteux ; de même pour l'étude d'Abdel-Aziz (11) (misoprostol pris par voie vaginale). En effet, les analogues de la prostaglandine sont connus pour induire des douleurs pelviennes importantes, liées aux contractions utérines.

Les douleurs dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol ne sont pas négligeables. Nous avons choisi d'étudier cette période car les douleurs en post-IVG sont habituellement décrites comme étant élevées les 4 premiers jours (5,20). Dans notre étude, l'expulsion a lieu durant l'hospitalisation que dans 46,5% des cas. On pourrait penser que l'expulsion est responsable des douleurs durant cette période mais nos résultats sont peu exploitables car l'expulsion n'est plus recherchée par les soignants qu'à l'interrogatoire (pas de grille apposée sur les WC ni d'inspection des protections).

Il est intéressant de noter que quel que soit le moment étudié, les EVA restent bien inférieures aux données de la littérature. On remarque aussi que 12,1% des patientes n'ont aucune douleur (EVA à 0) durant la procédure.

Nos résultats montrent également que les femmes qui ont des douleurs importantes dès le début de la procédure sont plus à risque d'avoir une $EVA \geq 5$ par la suite.

2.3. Comparaison à l'IVG par aspiration sous AL

L'IVG médicamenteuse est classiquement présentée comme plus douloureuse que l'IVG par aspiration (6,33). Cependant, l'intensité des douleurs retrouvées dans notre étude semble être plus faible que celles retrouvées dans les études concernant l'IVG chirurgicale, quel que soit le moment étudié.

Par exemple, l'étude de Guilbert, au Canada (40), montre une EVA moyenne à 5,85 pour l'IVG par aspiration sous AL. Cependant, cette dernière étude est faite pour des termes de 7 à 16 SA, or le terme avancé est un facteur prédictif de douleurs pour l'IVG, quelle que soit la méthode (11,13,15,18,79). L'influence du terme sur les douleurs est également retrouvée dans notre étude,

il est donc nécessaire de comparer les douleurs ressenties à termes comparables pour les deux méthodes. Ainsi, on constate dans l'étude du Dr Jamil (18) que la douleur moyenne de l'IVG par aspiration est de 4,3, pour une population comparable à la nôtre en dehors du terme des grossesses. En comparant ces douleurs pour des termes inférieurs à 9 SA (soit 50,2% de la population étudiée par le Dr Jamil) on observe une EVA durant l'IVG par aspiration à 3,9 en moyenne, ce qui est supérieur – mais de façon non cliniquement significative - à la douleur retrouvée pour l'IVG médicamenteuse (EVA à 3,3 deux heures après la prise de misoprostol).

La principale différence à prendre en compte pour comparer ces deux méthodes du point de vue de la douleur est la durée de celle-ci. En effet, on constate que les douleurs de l'IVG par aspiration chutent fortement dans l'heure suivant l'aspiration avec une EVA moyenne à 1,31 et une médiane à 0,2.

Dans les 4 jours suivant l'aspiration les douleurs augmentent avec une EVA moyenne à 2,3 (toujours pour des termes ≤ 9 SA) ce qui est comparable aux douleurs dans les jours suivant l'IVG médicamenteuse (EVA 3,1, différence non cliniquement significative) et peut être expliqué par le « syndrome du 5^{ème} jour » décrit parfois dans les suites d'une IVG par aspiration (20,86).

Pour des termes de grossesse identiques, les deux méthodes provoquent des douleurs d'intensité semblables, bien que la durée des douleurs pendant l'IVG par aspiration sous AL est plus courte, avec une forte diminution des douleurs dans l'heure suivant l'aspiration. Les douleurs dans les jours suivant l'avortement sont également comparables pour les deux méthodes.

On peut en conclure que l'habitude selon laquelle il est classiquement conseillé à une patiente ayant des dysménorrhées importantes de préférer la méthode chirurgicale peut se justifier non pas car les douleurs sont majorées avec la méthode médicamenteuse mais car les douleurs de courte durée et survenant en établissement de santé, seront mieux prises en charge que si elles surviennent à la maison, à un moment ou pour une durée imprévisibles.

3. Facteurs prédictifs d'EVA ≥ 5 durant l'IVG médicamenteuse

Nous avons fait la recherche de facteurs prédictifs de survenue d'une EVA ≥ 5 .

La première EVA testée en régression logistique est l'EVA moyenne de l'IVG médicamenteuse.

Il nous a semblé également intéressant de tester l'EVA d'un moment précis. Nous avons choisi pour cela l'EVA deux heures après la première prise de misoprostol. Ce moment nous est apparu le plus judicieux à étudier car c'est un des moments les plus douloureux sur le plan statistique. Par ailleurs, il est rapporté comme moment le plus douloureux dans la littérature (5,11).

L'alternative à ce choix eut été l'EVA dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol car il s'agit d'un des moments les plus douloureux identifiés dans nos résultats. La recherche de facteurs prédictifs a donc été faite pour cette EVA, par soucis d'exhaustivité. Probablement du fait du nombre important de perdues de vue, elle ne met en évidence comme facteur prédictif d'EVA ≥ 5 que l'intensité des dysménorrhées, ce qui vient confirmer des résultats obtenus par ailleurs, sans apporter d'élément nouveau.

Les facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 durant l'IVG en général sont :

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| - le terme | OR = 4,78 | p= 0,008 |
| - le fait d'être accompagnée au CIVG | OR = 4,58 | p= 0,04 |

Les facteurs prédictifs d'une EVA ≥ 5 deux heures après la première prise de misoprostol sont :

- | | | |
|--|------------|----------|
| - la nulliparité | OR = 37,92 | p= 0,003 |
| - la nulligestité | OR = 3,05 | p= 0,04 |
| - l'intensité des dysménorrhées | OR = 1,40 | p= 0,03 |
| - le fait d'être accompagnée par un proche au CIVG | OR = 7,20 | p= 0,01 |
| - l'intensité des douleurs après la mifépristone | OR = 1,97 | p= 0,008 |

3.1. Terme

Dans notre étude, le terme est associé - toutes choses égales par ailleurs - à la douleur durant l'IVG. Pour une semaine d'aménorrhée supplémentaire, une femme a 4,78 fois plus de risque de présenter une EVA ≥ 5 durant l'IVG.

La plupart des études traitant des facteurs prédictifs de douleur dans l'IVG médicamenteuse retrouvent également ce lien entre terme et intensité des douleurs mais principalement pour des termes supérieurs à la 7^{ème} (7) ou la 8^{ème} SA (11,13). Ce lien est tout de même retrouvé dans notre étude bien que ces termes ne concernent que 8,7 % de la population étudiée.

On retrouve également dans la revue de la littérature de Penney datant de 2006 (76), qui reprend les études américaines de Westhoff des années 2000 (12,14) - dont l'une se déroule en ville - que plus le terme est avancé, plus la consommation d'antalgiques morphiniques augmente.

L'IVG médicamenteuse voit d'ailleurs ses indications limitées par le terme de la grossesse en établissement de santé (9SA) et en ville (7SA) (6) et ce principalement pour le risque hémorragique qui se majore avec un terme avancé, mais aussi pour le risque de douleurs plus intenses et moins contrôlables. Nos résultats vont dans ce sens, d'autres travaux seraient néanmoins nécessaires pour conclure concernant les termes supérieurs à 7SA.

3.2. Antécédents obstétricaux

Dans notre étude, la nulliparité et la nulligestité sont des facteurs de risque de ressentir d'avoir une EVA ≥ 5 deux heures suivant la première prise du misoprostol.

Dans la littérature, la nulliparité est fréquemment retrouvée comme facteur prédictif de douleurs (11–13,15,16) ou de moins bonne acceptabilité de l'IVG médicamenteuse (79). De la même façon, Penney (76) montre que les femmes nullipares consomment plus d'antalgiques opioïdes et Abdel-Aziz et al. trouvent que la satisfaction des patientes augmente avec le nombre d'enfants (35).

Les patientes nulligestes sont également à risque d'avoir des douleurs intenses lors d'une IVG, indépendamment de la parité. L'étude de Suhonen(13) retrouve la même association. En revanche, les antécédents de fausse-couche spontanée et d'IVG ne sont pas statistiquement associés à l'intensité des douleurs, ce qui est concordant avec la littérature (11,13).

Une explication empirique de ces résultats peut être que lorsque le col utérin a déjà été ouvert, a fortiori pour un terme avancé lors d'un accouchement par voie basse principalement, une ouverture ultérieure du col serait plus facile, et donc moins douloureuse. Nous ne disposons pas de ces renseignements pour notre population.

Les études traitant des IVG par aspiration sont plus discordantes (18,20,38,39) à ce sujet, sans qu'aucune explication ne soit donnée à ces résultats.

3.3. Dysménorrhées

Nos résultats montrent que plus les femmes ont des règles habituellement douloureuses, plus les douleurs ressenties 2h après la première prise de misoprostol durant l'IVG médicamenteuse sont intenses. Pour un point de douleur de règles en plus, une femme a 40 % de risque supplémentaire d'avoir des douleurs \geq à 5 d'EVA.

Cette association est mise en évidence dans toutes les études s'intéressant aux dysménorrhées comme facteur prédictif de douleur dans l'IVG médicamenteuse : dès 2001 l'étude de Wiebe qui utilise le méthotrexate (16), puis les études finlandaise en 2011 (13) et israélienne en 2012 (17) avec des protocoles médicamenteux comparables. On retrouve cette association dans les études traitant de l'IVG par aspiration sous AL dès 1989 (38), puis plus récemment dans les 3 études réalisées au CIVG de Louis Mourier (18,20,85).

Les dysménorrhées concernent 30 à 50% des femmes en âge de procréer ; elle sont classiquement décrites comme une conséquence de taux excessifs de prostaglandines déclenchant des contractions utérines plus intenses et plus longues (87).

De la même façon, les AINS, molécules inhibant la synthèse de prostaglandines, sont majoritairement utilisés pour les dysménorrhées comme pour les douleurs liées à l'IVG. On constate d'ailleurs que la similitude entre les douleurs liées à l'IVG et les dysménorrhées est soulignée par les femmes elles-mêmes car elles utilisent les mêmes mots pour décrire les douleurs de règles, de l'accouchement et de l'IVG (88).

Dans notre étude, 37,5% des femmes souffrant de dysménorrhées prennent des AINS, qui sont efficaces dans 88,8% des cas. Il se pourrait que les femmes ressentant les douleurs les plus intenses lors de l'IVG soient des patientes sécrétant en excès des prostaglandines.

3.4. Accompagnement au CIVG par un proche

Dans notre étude, 34,8% des femmes viennent accompagnées, la plupart du temps (70%) par leur compagnon (pour l'IVG par aspiration sous AL dans le même CIVG, ces proportions sont respectivement de 45,6% et 60,4 %). L'étude de l'ANCIC concernant les hommes et l'IVG faite

en 2011 (89), observe que les femmes ne sont accompagnées par leur partenaire que dans 20% des cas, ce qui semble bien inférieur.

Le fait de venir accompagnée par un proche le jour de la prise du misoprostol (pour une hospitalisation de quelques heures) est un facteur prédictif d'une EVA ≥ 5 durant l'IVG en général comme dans les deux heures suivant la première prise de misoprostol.

Ces résultats sont surprenants, car l'accompagnement au centre d'IVG est généralement encouragé. Il traduit l'intérêt porté par leurs proches ou leur compagnon et à l'IVG en général, et de ce fait on pourrait penser qu'il aide à réduire les douleurs. Une explication possible à ce résultat peut être que l'évaluation de la douleur est faite par une méthode déclarative (EVA), et que la présence d'un témoin, impliqué affectivement, durant la période douloureuse, peut influencer les résultats de cette évaluation.

Les seules études traitant ce sujet pour l'IVG médicamenteuse en hospitalisation, sont celles d'Abdel-Aziz, qui ne montrent pas de modification de la douleur ni de la satisfaction des femmes en fonction du soutien psychologique reçu de la part de l'équipe soignante ou d'un proche, bien que cela améliore l'acceptabilité de la prise en charge (11,35).

Concernant les IVG médicamenteuses à domicile, une étude qualitative de 2013 (90) et l'étude quantitative de Kopp de 2012 (91) montrent une meilleure satisfaction et acceptabilité si le compagnon est présent à la maison. Mais le rôle de l'accompagnant n'est pas comparable lors d'une IVG réalisée à domicile et une IVG en établissement de santé.

Dans le cas de l'IVG par aspiration, Major et al. (92) montraient déjà ce lien en 1985, tendant à conclure que le ressenti des douleurs était influencé de façon négative par la présence d'un proche aux côtés de la patiente. Guilbert qui étudie la satisfaction des femmes, montre que les femmes accompagnées sont plus satisfaites de leur prise en charge que les autres (40).

On peut se demander quel rôle la femme donne à son accompagnant durant l'IVG. N'a-t-il qu'un rôle de soutien ? Plusieurs interprétations sont possibles. Il convient par ailleurs de s'interroger sur l'expression et le ressenti des douleurs lorsqu'un proche en est le témoin. Cette notion est peu décrite dans la littérature, il serait intéressant de l'étudier plus spécifiquement, notamment sous un angle sociologique.

3.5. Intensité des douleurs après la prise de mifépristone

Les patientes décrivent des douleurs intenses suite à la prise de mifépristone dans 19,5% des cas, cette proportion n'est pas significativement différente, pour notre échantillon, aux autres moments de l'IVG.

Nous avons voulu savoir si les patientes présentant ces douleurs précoces étaient les mêmes que celles présentant les douleurs intenses suite aux analogues de la prostaglandine. Nos résultats montrent que plus les femmes présentent des douleurs importantes dans les 36 à 48 heures suivant la prise de mifépristone, plus elles risquent d'avoir une EVA ≥ 5 deux heures après la première prise de misoprostol.

Habituellement, les antalgiques donnés en prémédication en même temps que les comprimés de misoprostol ne sont pas adaptés en fonction des douleurs ressenties depuis la prise de mifépristone. Nos résultats montrent que ce moment est une occasion, jusqu'alors manquée, d'améliorer la prise en charge de la douleur lors de l'IVG.

Les seules études concernant les douleurs liées à la mifépristone, étudient l'impact du délai entre la prise de mifépristone et celle de misoprostol: De Nonno, en 2000 (41), montre que plus ce laps

de temps est long, plus les douleurs sont intenses durant ce laps de temps ; à l'inverse, une autre étude avec un protocole médicamenteux comparable (14) montre que plus ce délai est court, plus les patientes consomment d'opioïdes durant l'IVG. Dans notre étude, toutes les patientes prennent les deux médicaments à un intervalle de 36 à 48 heures, respectant l'intervalle durant lequel les douleurs seraient minimales.

Ces résultats, bien qu'ils demandent à être confirmés, sont en faveur d'un ajustement de la prémédication antalgique lors de la prise de misoprostol afin d'optimiser la prise en charge des douleurs ultérieures.

4. Facteurs pour lesquels il n'y a pas d'association avec une douleur intense lors d'une IVG médicamenteuse

4.1. Age

Dans notre étude, le jeune âge n'est pas un facteur prédictif de douleurs durant l'IVG.

L'étude britannique d'Abdel-Aziz réalisée en 2004 retrouve un lien entre l'intensité de la douleur et le jeune âge des patientes (11).

Cependant, Suhonen et al. montrent en 2011 que l'âge serait en fait un facteur prédictif de « circonstances », biaisé par les antécédents obstétricaux : il retrouve la parité et la gestité comme facteurs diminuant les douleurs, or le nombre de grossesse par femme augmente avec l'âge (13). En effet, les études de Teal (79) et Reeves (15) pour lesquelles les résultats sont ajustés en

fonction de la parité et de la gestité, ne retrouvent pas d'association statistique entre l'âge et l'intensité des douleurs ressenties.

4.2. Hésitation face à l'IVG

Dans notre étude, le fait d'avoir hésité face à la décision d'IVG n'est pas un facteur prédictif de douleurs.

37,7% des femmes interrogées ont déclaré avoir hésité à interrompre la grossesse. A priori, l'hésitation à interrompre une grossesse semble être un processus inhérent à toute annonce de grossesse non prévue, or les femmes ayant déclaré avoir hésité à faire une IVG ne sont pas majoritaires ; cela est intéressant quant à la façon d'aborder la certitude décisionnelle face à une demande d'IVG.

Les seules études qui abordent cette question, concernent l'IVG chirurgicale. L'étude de Singh et al. (60) parue en 2008 demande aux femmes si elles sont à l'aise ou non avec la décision d'avorter, sans que la réponse ne soit prédictive de douleurs. L'étude du CIVG de Louis Mourier de 2013 (18) retrouve que l'hésitation est un facteur prédictif indépendant d'avoir une EVA ≥ 7 lors de l'IVG par aspiration.

L'hésitation face à la décision d'IVG peut parfois s'inscrire dans un tableau plus large d'anxiété qui est plus fréquemment étudié. En effet, Wiebe (16) montre en 2001 que l'anxiété est un facteur prédictif de douleurs durant l'IVG médicamenteuse (protocole avec Méthotrexate). Les autres études abordant ce sujet traitent de l'IVG par aspiration, mais toutes concluent que l'anxiété et la

dépression préexistantes majorent les douleurs durant l'IVG (38,40,61,88) et les difficultés d'adaptation (« coping ») au retour à domicile (92).

Le counselling peut être un moyen efficace de diminuer l'anxiété et les douleurs (10) et en 1998, l'étude de Sptiz constate que de plus en plus d'équipes de CIVG y sont formées et l'utilisent comme mesure antalgique associée (7).

4.3. La mise au courant et l'opinion du partenaire face à l'IVG

Le fait que le partenaire soit au courant ou non de la décision d'IVG tout comme son avis sur cette décision n'influencent pas les douleurs ressenties durant l'IVG médicamenteuse.

90,2 % des partenaires sont au courant de la décision d'IVG, et une grande majorité d'entre eux (85,4%) adhère à cette décision, lorsqu'on interroge les patientes. Dans le dossier de l'ANCIC de 2011 concernant « le rapport des hommes avec l'IVG », environ 20% des hommes sollicités ont répondu aux questionnaires de l'enquête, parmi eux, 89% se disent d'accord avec la décision d'IVG et 6,8% ne sont pas vraiment voire pas du tout d'accord avec cette décision (89). Malgré un biais de sélection possible, les résultats semblent compatibles avec ceux de notre étude. De cette enquête de l'ANCIC ressort également que les hommes souhaiteraient être plus associés à la prise en charge de l'IVG dont ils se sentent souvent exclus.

Par ailleurs, le fait que le partenaire soit d'accord avec la décision d'avorter améliore la satisfaction des patientes vis-à-vis de la prise en charge de l'IVG d'après l'étude d'Abdel-Aziz de 2004 (35) et une étude qualitative de 2013 réalisée en ville (90).

On retrouve cette même notion chez Guilbert dès 1989, concernant l'IVG par aspiration (40).

Il peut donc être intéressant, pour la patiente comme pour son partenaire, de dédier un temps de la consultation ou une consultation à part entière à l'information et à la prise en charge de ce dernier.

4.4. Les violences

Le fait de subir des violences n'est pas un facteur prédictif d'avoir une EVA ≥ 5 pendant l'IVG médicamenteuse.

Les violences faites aux femmes ne sont pas abordées dans les études traitant des douleurs de l'IVG, nous avons décidé de les intégrer aux études menées au CIVG de Louis Mourier ces dernières années (i.e. l'évaluation des douleurs dans l'IVG par aspiration par le Dr Jamil (18)).

Initialement, l'objectif était de rechercher une association entre l'existence de violences subies et la survenue d'une EVA ≥ 5 durant l'IVG, ce qui n'est le cas pour aucune des deux méthodes d'IVG étudiées.

Cette recherche nous a néanmoins permis d'effectuer un dépistage simple et systématique, comme cela est justifié depuis l'étude de 2007 du Dr Lazimi étudiant la faisabilité et la pertinence d'un dépistage systématique des violences faites aux femmes en consultation (93). Dans la population étudiée ici, la proportion de femmes déclarant subir ou avoir subi des violences de la part de leur compagnon est de 7%, ce qui est sensiblement comparable aux données de l'ENVEFF qui, à l'échelon national (94), retrouve que 10% des femmes déclarent subir ou avoir subi des violences de la part de leur partenaire. Contrairement aux idées reçues, les femmes qui font des IVG ne sont pas plus victimes de violences au sein de leur couple, que les autres.

Il est à noter que, tous types de violences confondus, 31,4% des femmes interrogées dans notre étude déclarent avoir subi des violences sexuelles, physiques ou morales, de la part de leur partenaire ou d'une autre personne. Il convient de préciser ici qu'en dehors des violences commises par leur compagnon actuel, la nature et l'auteur des violences n'étaient pas précisés dans notre questionnaire. La prévalence des violences observée ici est comparable aux résultats d'études américaine, hollandaise et canadienne qui montrent que 20 à 30% des femmes âgées de 18 à 60 ans déclarent avoir subi des violences au cours de leur vie (95).

Devant cette forte prévalence, il est indispensable de mieux dépister les violences faites aux femmes. La prise en charge de l'IVG se prête à ce dépistage, non pas parce que les femmes qui avortent subissent plus de violences que les autres, mais parce que les consultations successives inhérentes à l'IVG permettent d'instaurer une relation de confiance avec la patiente d'une part et que le thème de la sexualité et du couple est peut être plus facilement abordable qu'en consultation de médecine générale.

4.5. Antécédent de douleur importante

Nos résultats ne montrent pas d'association entre un antécédent de douleur importante et l'intensité des douleurs durant l'IVG médicamenteuse contrairement à l'étude portant sur l'IVG par aspiration sous AL (18).

Suite aux études menées au CIVG de Louis Mourier, qui montraient une influence du jeune âge sur les douleurs pendant l'IVG par aspiration sous AL (18) nous nous sommes demandé si les jeunes femmes ne souffraient pas plus que les autres pendant l'IVG parce qu'elles n'avaient pas encore connu de douleur très importante dans leur vie. Nous pensons que l'IVG pouvait être la première

forte douleur qu'elles ressentaient, et que pour cela elle relativisaient moins que les femmes plus âgées. Nos résultats suggèrent en effet que le fait d'avoir accouché est un facteur protecteur concernant les douleurs durant l'IVG. Cependant nous ne montrons pas d'influence d'un souvenir très douloureux sur le ressenti des douleurs pendant l'IVG, contrairement à l'étude portant sur l'IVG par aspiration sous AL qui montre une majoration des douleurs chez les femmes ayant un souvenir douloureux très intense.

À l'interrogatoire, nous n'avons pas fait de différence entre les douleurs physiques et psychologiques, et les réponses des patientes nous ont parfois surpris car les douleurs psychologiques représentent 11,7 % de ces antécédents douloureux marquants. Par ailleurs les douleurs évoquées sont effectivement très intenses, avec une moyenne d'EVA à 8,6 et une médiane à 9. Dans une majorité de cas, ces douleurs sont liées à des événements gynéco-obstétricaux (37,6 % liés à l'accouchement, 4,7% aux dysménorrhées et 4,7 % à une interruption de grossesse (FCS ou IVG)).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude testant spécifiquement un souvenir douloureux aux douleurs liées à l'IVG. Cependant Gedney et Logan (96) écrivent que la mémoire de la douleur est un meilleur facteur prédictif de douleur que la douleur elle-même pour un même type de stimulus, et que l'intensité de la douleur mémorisée est exagérée par rapport à celle de la douleur initiale. La valeur de cette mémorisation est elle-même façonnée par des aspects culturels et sociaux, qui rendent cette mémorisation douloureuse extrêmement variable d'un individu à l'autre, d'un groupe d'appartenance culturelle à l'autre.

VI. CONCLUSION

La douleur pendant l'IVG médicamenteuse est d'intensité faible à modérée en moyenne (EVA à 2,7). Cependant, le ressenti des patientes est très variable car 12% d'entre elles ne ressentent pas de douleurs pendant l'IVG médicamenteuse quand 20,6% présentent des douleurs intenses (EVA \geq 5). En considérant les différents moments de la procédure séparément, le pourcentage de femmes décrivant des douleurs intenses varie entre 19,5% après la prise de mifépristone et 36,6% dans les 4 jours suivant la prise de misoprostol, mais sans différence significative. L'échantillon étudié ne nous permet pas de mettre en évidence de moment le plus douloureux qui soit statistiquement et cliniquement significatif. Quel que soit le moment étudié, les douleurs sont plus faibles que celles retrouvées dans la littérature concernant l'IVG médicamenteuse (5,57).

La faible intensité des douleurs décrites est un élément encourageant concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse au CIVG de Louis Mourier. La prémédication systématique qui y est appliquée semble bénéfique ; en effet, l'IVG est un acte connu pour être douloureux (8), adapter la prescription d'antalgiques est donc un des objectifs prioritaires (9). En terme de classes médicamenteuses, l'ibuprofène et les opioïdes ont montré leur efficacité mais les études comparant ces classes sont parfois contradictoires (75).

Peu de patientes de l'étude ont un terme supérieur à 7 SA (8,7%), or nos résultats montrent que plus le terme est avancé plus les douleurs sont intenses. Cela participe probablement à la faible intensité des douleurs retrouvées ici.

Par ailleurs, on peut penser que le counselling et l'accompagnement par le personnel soignant au CIVG de Louis Mourier participent à la faible intensité des douleurs. En complément, les techniques psycho-corporelles (relaxation, hypnose...) sont des mesures associées intéressantes bien qu'encore peu évaluées (10,80).

Les facteurs prédictifs de douleurs intenses ($EVA \geq 5$) pendant l'ensemble de la procédure d'IVG médicamenteuse sont le terme avancé et l'accompagnement par un proche au centre d'IVG.

L'association entre l'intensité des douleurs et le terme de la grossesse est un élément connu et systématiquement retrouvé dans la littérature (11,13,15,79).

En revanche le fait que l'accompagnement par un proche au centre d'IVG soit un facteur de risque de douleur intense est plus surprenant. Nous manquons ici d'éléments pour interpréter ce résultat, car cette notion n'est pas décrite dans la littérature et est potentiellement liée à des facteurs de confusion, mais il serait intéressant de l'étudier spécifiquement, sur plan médical comme sur le plan sociologique.

Concernant les douleurs 2 heures après la prise de misoprostol, nos résultats mettent en évidence des facteurs de risque de survenue de douleurs intenses déjà décrits dans la littérature : la nulliparité et la nulligestité (11,13,15,79) et l'intensité des dysménorrhées (11,13,17), mais également des éléments encore peu étudiés : le fait d'être accompagné par un proche et l'intensité des douleurs entre les prises de mifépristone et de misoprostol. Evaluer l'intensité des douleurs lorsque la patiente est revue juste avant la prise du misoprostol, peut se révéler utile si cela permet d'adapter la prescription d'antalgiques et la prise en charge par le personnel soignant.

Rechercher ces facteurs de risque de façon systématique au cours de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse pourrait participer à la réduction des douleurs ressenties en permettant, entre autre, d'adapter les moyens antalgiques médicamenteux et humains proposés.

Cette même étude pourrait être faite sur une population plus importante ou de façon multicentrique, dans le but de révéler des caractéristiques plus subtiles de cette population ayant recours à l'IVG par méthode médicamenteuse. Il serait également intéressant de comparer les

différentes techniques d'IVG entre 7 et 9 SA, termes auxquels le choix entre toutes les méthodes est possible, car il existe chez les praticiens, qui craignent la survenue de douleurs intenses, des réticences à réaliser des IVG médicamenteuses à ces termes. D'autre part, de plus en plus de femmes (1) souhaitent faire leur IVG en ville (97) mais très peu d'études évaluent l'antalgie dans ces conditions (14), il serait intéressant de mener des études comparables pour l'IVG en ville, en France.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (en ligne). Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 [Internet]. 2013 juin.
2. Bajos, N, Ferrand, M, Moreau, C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine Reprod Gynecol Endocrinol.* 2012;14(1):3-10.
3. INED Institut National d'Etudes Démographiques. Site web de l'INED : Statistiques de l'avortement en France, annuaire 2010 [Internet]. [cité 21 août 2013]. Disponible sur: http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/
4. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception.* janv 2013;87(1):45-50.
5. Honkanen H, Piaggio G, Herten H, Bártfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2004;111(7):715-25.
6. Faucher P., Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. de boeck estem. 2011.
7. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med.* 1998;(338):1241-1247.
8. Aubin, Jourdain-Menninger, Chambaud. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Rapport de l'IGAS [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2009/104000051.pdf>
9. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. 2010 déc. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf
10. Stubblefield PG. Control of pain for women undergoing abortion. *Suppl Int J Gynecol Obstet.* 1989;3:131-140.
11. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher H. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynecol Obstet.* mars 2004;84(3):264-265.
12. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception.* mars 2000;61(3):225-229.
13. Suhonen S, Tikka M, Kivinen S, Kauppila T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception.* avr 2011;83(4):357-361.

14. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*. déc 2000;62(6):311-314.
15. Reeves MF, Creinin MD. Predictors of pain and bleeding during medical abortion. *Contracept Hohmann HL Univ Pittsburgh Pittsburgh PA USA*. 2007;(76):157-78.
16. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. sept 2001;74(3):275-280.
17. 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):612-615.
18. Jamil J. Douleur de l'IVG sous AL: évaluation et facteurs prédictifs. [DES de médecine générale]. [Paris]: Paris VII; 2013.
19. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 27 mai 1993;328(21):1509-1513.
20. Christidis Stylianos, A. Le syndrome du 5ème jour après une interruption volontaire de grossesse: étude prospective sur 1 an [Internet]. Paris VII; 2010 [cité 6 avr 2014]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3466_100803-THESE-CHRISTIDIS.pdf
21. HAS. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
22. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. oct 1986;27(1):117-126.
23. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. sept 1983;17(1):45-56.
24. SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008, révision de la conférence de consensus de 1998. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann Fr Anesth Réanimation*. déc 2008;27(12):1035-1041.
25. Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D, et al. Recommandations pour la pratique clinique: Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour)–Rapport abrégé. *Bull Cancer (Paris)*. 2004;91(5):419-30.
26. Blettery B, Ebrahm L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. *Réanimation Urgences*. 1996;5:691-697.
27. HAS. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans [Internet]. 2000 mars. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf>
28. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. août 1978;37(4):378-381.

29. Simon N, Alland M, Courant P, Brun-Ney D, Coppère B. Conférence de consensus SFUM : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil des urgences. 1993.
30. Bray JR, Woodhams AM, Vallis CJ, Kelly PJ, Ward-Platt MP. A double-blind comparison of morphine infusion and patient controlled analgesia in children. *Paediatr Anesth.* 1996;6(2):121 - 127.
31. DRASS Service des Etudes Statistiques. Les interruptions de grossesse en Ile de France en 2006 [Internet]. Report No.: 26. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/statif_26.pdf
32. Creinin MD. Medical abortion regimens: Historical context and overview. *Am J Obstet Gynecol.* août 2000;183(2):S3 - S9.
33. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion: Data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception.* 1999;59(2):107 - 14.
34. Fielding S, Edmunds E, Schaff E. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspect Sex Reprod Health.* 2002;34(1):34 - 40.
35. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* janv 2004;24(4):429 - 433.
36. Ravn P, Rasmussen Å, Knudsen UB, Kristiansen FV. An outpatient regimen of combined oral mifepristone 400 mg and misoprostol 400 µg for first-trimester legal medical abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(11):1098 - 102.
37. Bjørge L, Johnsen SL, Midbøe G, Augestad G, Økland I, Helland H, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(11):1056 - 61.
38. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain.* 1989;36(3):339 - 50.
39. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *J Reprod Med.* mai 1997;42(5):287 - 293.
40. Guilbert E, Roter D. Assessment of Satisfaction With Induced Abortion Procedure. *J Psychol.* mars 1997;131(2):157 - 166.
41. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception.* déc 2000;62(6):305 - 309.
42. Schaff EA. Mifepristone: ten years later. *Contraception.* janv 2010;81(1):1 - 7.
43. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. 2006 [cité 3 sept 2013]; Disponible sur: http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources_doctrinales/francais/ivg_emc_1.pdf

44. WHO-OMS. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with miso- prostol for early medical abortion: a randomized trial 107:524 – 30. 2000;107(524-530).
45. Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*. juill 2009;80(1):95 - 100.
46. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*. août 2001;64(2):81 - 85.
47. Wedisinghe L, Elsandabesee D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. *Contraception*. avr 2010;81(4):269 - 274.
48. Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA, et al. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstet Gynecol*. mai 2004;103(5 Pt 1):851 - 859.
49. WHO-OMS. Avortement médicalisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Geneva: WHO; 2004.
50. Baird DT, Sukcharoen N, Thong KJ. Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 1995;10(6):1521 - 1527.
51. el-Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception*. févr 1994;49(2):111 - 114.
52. el-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *N Engl J Med*. 13 avr 1995;332(15):983 - 987.
53. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod Oxf Engl*. oct 1998;13(10):2962 - 2965.
54. Coleman, N. Misoprostol inhibits innate immune defenses against clostridium sordellii in vitro. 2007;76(157-178).
55. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. déc 2008;112(6):1303 - 1310.
56. Von Hertzen H, Huong N, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang A, et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial: Misoprostol dose and route for early abortion. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. sept 2010;117(10):1186 - 1196.
57. Goldstone P, Michelson J, Williamson E. Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: a large Australian observational study. *Med J Aust*. 4 sept 2012;197(5):282 - 286.

58. Gallo MF, Cahill S, Castleman L, Mitchell EMH. A systematic review of more than one dose of misoprostol after mifepristone for abortion up to 10 weeks of gestation. *Contraception*. juill 2006;74(1):36-41.
59. Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandlekar A, et al. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mars 2007;114(3):271-278.
60. Singh RH, Ghanem KG, Burke AE, Nichols MD, Rogers K, Blumenthal PD. Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*. août 2008;78(2):155-161.
61. Pud D, Amit A. Anxiety as a Predictor of Pain Magnitude Following Termination of First-Trimester Pregnancy. *Pain Med*. 2005;6(2):143-8.
62. Zborowski, Mark. *People in pain*. San Francisco: Jossey Bass; 1969.
63. SAMAMA, Brigitte. *Approche socio culturelle de la douleur.pdf*. La douleur [Internet]. déc 2000 [cité 26 avr 2014];B01(21-22).
64. Berthier F, Potel G, Leconte P, Touze MD, Baron D. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Am J Emerg Med*. mars 1998;16(2):132-136.
65. Jensen MP, Miller L, Fisher LD. Assessment of pain during medical procedures: a comparison of three scales. *Clin J Pain*. déc 1998;14(4):343-349.
66. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. sept 1975;1(3):277-299.
67. Garrec, F, Struillou, L, Longo, C, Vial, I, Lemant, J, Le Conte, P. *Cours supérieurs d'urgence 2000 - Evaluation de la douleur aiguë à l'urgence et en pré-hospitalier*. Arnette. 2000.
68. Serlini RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. mai 1995;61(2):277-284.
69. Boursier, F. *Validation des échelles d'évaluation de la douleur en pré-hospitalier*. [Bobigny]: P XIII; 2003.
70. Milojevic, K, Cantineau, JP, Simon, L. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann Fr Anesth Réanimation*. nov 2001;20(9):745-751.
71. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. août 1997;72(1-2):95-97.
72. Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 1995;50(1):41-6.
73. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 15 déc 1984;150(8):1000-1001.
74. 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):1877-1880.

75. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*. févr 2011;83(2):116-126.
76. Penney G. Treatment of pain during medical abortion. *Contraception*. juill 2006;74(1):45-47.
77. Wells N. Management of pain during abortion. *J Adv Nurs*. janv 1989;14(1):56-62.
78. Marc I, Rainville P, Verreault R, Vaillancourt L, Masse B, Dodin S. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*. janv 2007;75(1):52-58.
79. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*. mars 2007;75(3):224-229.
80. Collier F [b1] (analytic), Sanz F [b2] (analytic), Cousyn B [b3] (analytic). Place de l'accompagnement psychologique des femmes et prise en charge de la douleur : QUOI DE NEUF SUR LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE? (French). *Place Psychol Support Women Pain Manag Engl*. cover date 2012;14(1):25-35.
81. Tourette Turgis, C. *Le counseling*. PUF. 1996.
82. IPAS. Medical abortion training guide [Internet]. 2010 [cité 30 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/MEDABTGE10.ashx>
83. Baker, Anne. *Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference*. Hope Clinic Publications. 1995. 232 p.
84. Lang EV, Hasiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. mars 2005;114(1-2):303-309.
85. Bibas A. Evaluation de la prise en charge de la douleur au cours de l'IVG par aspiration au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier (Colombes). Mémoire du DIU « formation complémentaire en gynécologie -obstétrique pour le médecin généraliste ». 2011.
86. Ciavaldini J-F, Santini H. Un syndrome à connaître - le syndrome du 5ème jour post-IVG. *Rev Médecine Tours*. 1994;28(8-9):223-225.
87. Marx JL. Dysmenorrhea: basic research leads to a rational therapy. *Science*. 13 juill 1979;205(4402):175-176.
88. Wells N. Pain and distress during abortion. *Health Care Women Int*. janv 1991;12(3):293-302.
89. ANCIC. Dossier les homme et les interruptions volontaires de grossesse. *Echo de l'ANCIC* [Internet]. juill 2011 [cité 19 août 2013];(3). Disponible sur: http://www.ancic.asso.fr/documents/echoancic3_001_000.pdf
90. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*. sept 2013;27(3):569-579.
91. Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception*. avr 2012;85(4):394-397.

92. Major B, Mueller P, Hildebrandt K. Attributions, expectations, and coping with abortion. *J Pers Soc Psychol.* mars 1985;585 - 599.
93. Lazimi, G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnaire systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? [Mémoire DU « Stress, traumatisme et pathologies »]. Paris VI; 2007.
94. Jaspard M., ENVEFF Equipe. Jaspard M. et équipe Enveff (2003), Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. *Documentation française - PREVIH-ANRS.* 2003;350.
95. Henrion, R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la Santé. [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292/0000.pdf>
96. Gedney JJ, Logan H. Pain related recall predicts future pain report. *Pain.* mars 2006;121(1-2):69 - 76.
97. Hamoda H, Critchley HOD, Paterson K, Guthrie K, Rodger M, Penney GC. The acceptability of home medical abortion to women in UK settings. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(6):781 - 5.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Datation par écho-embryologie

D'après *l'Atlas d'écho-embryologie*, M. Constant

Biométrie ovulaire : mesure du sac gestationnel

Age gestationnel (SA + j)	Plus grand diamètre (mm)	Diamètre moyen (mm)
4+5	2	2
4+6	3,5	3,5
5+0	5	5
5+1	6,5	6
5+2	8	7
5+3	9,5	8
5+4	11	9
5+5	12	10
5+6	13	11
6+0	14	11,5
6+1	15	12
6+2	16	13
6+3	17	13,5
6+4	18	14
6+5	19	15
6+6	20	15,5

Biométrie ovulaire : mesure de la longueur cranio-caudale (LCC)

Age gestationnel (SA+j)	Mesure de la LCC (mm)
7+0	10
7+1	11
7+2	12
7+3	13
7+4	14
7+5	15
7+6	16
8+0	17
8+1	18
8+2	19
8+3	20
8+4	21
8+5	22
8+6	23
9+0	24

Annexe 2 : Répartition du nombre d'IVG chirurgicales et médicamenteuse dans l'activité du centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier, de 2000 à 2012.

(extraits des rapports d'activité du service)

Année	Nombre total d'IVG	Nombre d'IVG chirurgicales	Nombre d'IVG médicamenteuses	Pourcentage d'IVG médicamenteuses
2000	1031	1031	0	0,0 %
2001	952	946	6	0,6 %
2002	966	963	3	0,3 %
2003	1006	1001	5	0,5 %
2004	1111	1059	52	4,7 %
2005	1105	1018	87	7,9 %
2006	1070	1001	69	6,4 %
2007	1143	1026	117	10,2 %
2008	1148	1017	131	11,4 %
2009	1175	954	221	18,8 %
2010	1286	1065	221	17,2 %
2011	1185	961	224	18,9 %
2012	1301	1074	227	17,4 %

Annexe 3 : Documents remis aux patientes :

- Demande d'interruption de grossesse
- Conseils après la prise de médicaments lors d'une IVG médicamenteuse
- Déroulement de l'IVG médicamenteuse
- Ordonnances type pour le retour à domicile
- Courrier type pour rappel de la consultation de contrôle



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Louis-Mourier**

178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX

Standard : 01 47 60 61 62

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

LOUIS-MOURIER

Dr. M. ANDLAUER
Dr. F. BACLE
Dr. D. BOUBILLEY
Dr. J. DIF
Dr. B. FOUGEYROLLAS
Dr. M. GELLY
Dr. M. LALANDE
Dr. E. LHOMME
Dr. C. SOULAT

Je soussignée, Madame.....

demande une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

(loi du 4 juillet 2001).

Tél : 01 47 60 63 51
Fax : 01 47 60 67 32

Fait à Colombes

Signature

CENTRE DE CONTRACEPTION ET D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
HOPITAL LOUIS MOURIER 178 rue des Renouillers 92700 Colombes
Tel: 01 47 60 63 51

**QUELQUES CONSEILS APRES UNE INTERRUPTION
MEDICAMENTEUSE DE GROSSESSE**

Vous pouvez avoir des saignements (même aussi abondants que des règles) pendant 15 à 20 jours. Les nausées peuvent durer encore quelques jours.

Prenez votre température si vous vous sentez fiévreuse.

En cas de douleurs, vous pouvez prendre les médicaments qui sont marqués sur l'ordonnance donnée à la première consultation.

Vous pouvez avoir entre le troisième et le cinquième jour une montée de température (pouvant aller jusqu'à 39°), ainsi que mal au ventre et des saignements accompagnés de caillots. Ceci est normal.

Mais si la température monte à plus de 38° pendant plus de 2 jours, si vous avez très mal malgré les médicaments anti-douleur, si vous saignez beaucoup plus que des règles (vous utilisez plus de 2 serviettes par heure malgré les médicaments conseillés en cas de saignements), si vous avez des pertes qui sentent mauvais, appelez-nous au **01 47 60 63 51** entre 9h et 16h30 du lundi au jeudi et de 9h à 16h le vendredi.

En dehors de ces heures-là, appelez votre médecin ou sinon allez aux urgences gynécologiques de l'hôpital Louis Mourier (en précisant que vous avez eu une interruption médicamenteuse de grossesse ici).

Si l'expulsion n'a pas été constatée lors de votre séjour à l'hôpital, elle se fait en général dans les 3 ou 4 jours qui suivent. Il y aura des saignements plus abondants que des règles mais qui ne doivent pas durer plus de quelques heures.

Juillet 2009

Centre de contraception et d'IVG
Hôpital Louis Mourier
178 rue des Renouillers
92700 Colombes
Tel : 01 47 60 63 51
Fax : 01 47 60 67 32

**Information sur l'interruption volontaire de grossesse
avec prise de misoprostol (Cytotec*) à l'hôpital**

Vous avez choisi une IVG par méthode médicamenteuse avec hospitalisation.

Lisez attentivement ces explications:

Pour cette méthode, il faut prendre 2 médicaments:

- la mifépristone (Mifégyne*) qui interrompt la grossesse
- le misoprostol (Cytotec* ou Gymiso*) que vous prendrez environ 48 h plus tard et qui provoque l'évacuation de l'œuf comme lors d'une fausse-couche.

Il faut aller jusqu'au bout de la méthode car si vous changez d'avis et décidez de garder votre grossesse, il existe un risque de malformation du fœtus.

Vous prendrez la Mifégyne* lors de la consultation du: / / à h.

En cas de vomissements dans les 2 heures suivant la prise de Mifégyne*, contactez le médecin.

QUE PEUT-IL SE PASSER APRES LA PRISE DE MIFEGYNE*?

- Dans la majorité des cas, il ne se passe rien d'important, vous pouvez avoir une activité normale.
- Quelquefois vous pouvez saigner comme des règles et vous sentir fatiguée, ce qui est normal.
- Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment, avec des caillots, et des douleurs ressemblant à celles des règles.
- Exceptionnellement vous pouvez évacuer l'œuf.

Même si vous avez déjà saigné après la Mifégyne*, vous devez prendre comme prévu le Cytotec*.
La prise du Cytotec* est indispensable pour réaliser l'élimination complète de la grossesse.

*Si vous êtes inquiète, vous pouvez téléphoner en priorité au Centre IVG de l'hôpital Louis Mourier:
01 47 60 63 51 (de 9 h à 16h30 h du lundi au jeudi et 9h à 16 le vendredi)
ou en dehors de ces horaires aux urgences gynécologiques 24 h/24: 01 47 60 30 57.*

Vous devez revenir à l'hôpital (hospitalisation de 4 heures) pour prendre 2 comprimés de Cytotec* le: / / à h

et 2 autres comprimés de Cytotec* 2 à 3 heures après les 2 premiers

Vous pouvez manger et boire le matin comme d'habitude avant de venir à l'hôpital.
N'hésitez pas à demander un arrêt de travail au médecin.



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Louis-Mourier

178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX

Standard : 01 47 60 61 62

ASSISTANCE  HÔPITAUX
PUBLIQUE DE PARIS

LOUIS-MOURIER

ORDONNANCE

Nom :
Date :

Prénom :

1) PILULE:

commencer le

1 comprimé par jour pendant 21 jours

2) en cas de douleurs

IBUPROFENE 200:

1 à 2 comprimés 3 fois par jour

à prendre en mangeant ou avec un grand verre d'eau

LAMALINE

1 à 2 gélules 3 fois par jour maximum.

A prendre si l'Ibuprofène ne suffit pas à calmer la douleur.

3) En cas de nausées ou vomissements

METOCLOPRAMIDE:

½ à 1 comprimé 3 fois par jour,

à prendre un quart d'heure avant les repas

4) à n'acheter qu'en cas de saignements trop importants

ACIDE TRANEXAMIQUE 500:

1 comprimé toutes les 4 heures

sans dépasser 8 comprimés par jour

arrêter dès que les saignements redeviennent normaux

Dr. M. ANDLAUER
Dr. F. BACLE
Dr. D. BOUBILLEY
Dr. J. DIF
Dr. B. FOUGEYROLLAS
Dr. M. GELLY
Dr. M. LALANDE
Dr. E. LHOMME
Dr. C. SOULAT

Tél : 01 47 60 63 51
Fax : 01 47 60 67 32



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE

HÔPITAL LOUIS-MOURIER

178 rue des Renouillers
9270 COLOMBES CEDEX
FRANCE

Standard : 01 47 60 61 62

Colombes le,

Dr. M. ANDLAUER
Dr. F. BACLE
Dr. D. BOUBILLEY
Dr. J. DIF
Dr. B. FOUGEYROLLAS
Dr. M. GELLY
Dr. M. LALANDE
Dr. E. LHOMME
Dr. C. SOULAT

Madame,

Alors que nous avons convenu ensemble, vous n'êtes pas venue à votre consultation de contrôle le.....

Cette consultation est importante pour votre santé. Nous vous demandons de prendre contact avec notre secrétariat médical (01 47 60 63 51) afin de reprendre rapidement un nouveau rendez-vous.

Avec nos salutations distinguées.

Tél : 01 47 60 63 51
Fax 01 47 60 67 32

Annexe 4 :

Questionnaire de recueil de données

1^{ère} Partie : renseignée lors de la 1^{ère} consultation par l'infirmière (IDE) puis par le médecin

Numéro d'anonymat :

Date :

Age :

Profession :

Couverture sociale :

Gestité :

ATCD IVG :

ATCD FCS :

ATCD GEU :

Parité :

EVA habituelle des règles :

Médicament(s) pris pour les règles : oui non

Nom et posologie (/24h) du médicament pris pour les règles :

Efficacité du médicament : complète incomplète nulle

Suivi gynécologique habituel en ville : oui non

Année du dernier FCV :

ATCD d'IST : oui non

Dépistage VIH déjà fait ? oui non si oui, quand ?

Dépistage VIH du partenaire (d'après la patiente) oui non si oui, quand ?

Quelle est la douleur la plus difficile que vous ayez eu dans votre vie ?

EVA de cette douleur maximale :

Votre compagnon est-il :

- Au courant de la demande d'IVG - pas au courant

- d'accord avec la décision d'IVG - pas d'accord - sans opinion

Est-il déjà arrivé qu'il vous menace, tape, impose un rapport sexuel ? oui non

Est-il déjà arrivé au cours de votre vie, que quelqu'un d'autre vous fasse du mal ? oui non

Terme échographique :

(le jour de la prise de mifépristone, noté « 6SA » de 5SA+1j à 6SA, etc.)

2^{ème} partie : renseignée le jour de la prise de misoprostol

médecin : IDE :

Patiente accompagnée au CIVG : oui non

Si oui, par qui ? compagnon famille ami(e) autres :

Depuis la prise de Mifégyne® : Douleur : oui non si oui, EVA :

Si prise de médicaments, nom et posologie (/24h) :

Heure de prise des premiers cp de Cytotec® par voie jugale :

Antalgique donné en même temps (nom et posologie) :

Lors de la 2^{ème} prise de Cytotec® :

EVA maximale depuis la prise des premiers cp de Cytotec® :

Lors de la prise du rendez-vous de suite :

Prise d'un deuxième antalgique ? oui non

Si oui, combien de temps après le premier ? nom et posologie :

Bouillotte : oui non

Vomissements : oui non si oui, quand ?

EVA dans la chambre lors de la prise du RDV de suite :

Expulsion probable : oui non

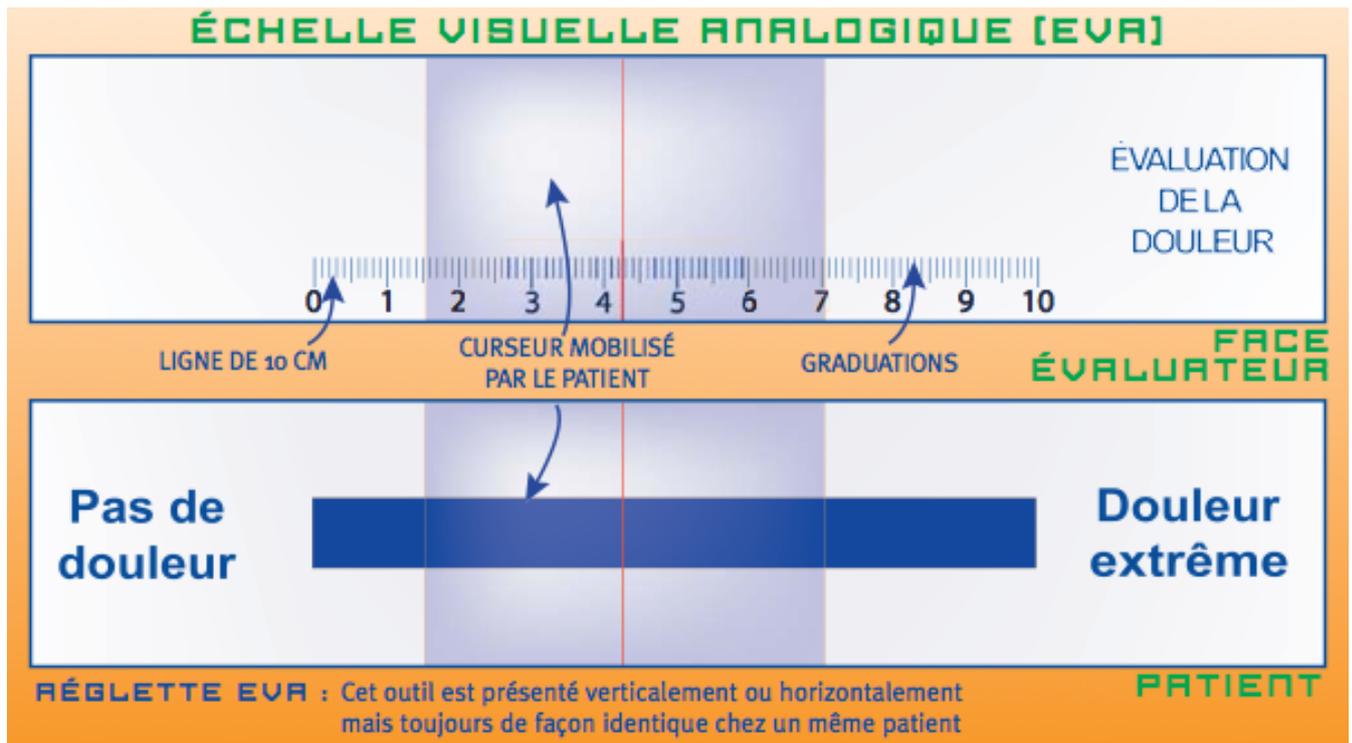
Autres remarques :

3^{ème} partie : renseignée le jour de la consultation de contrôle :

douleur pendant les 4 jours suivant l'hospitalisation ? oui non

EVA maximale de cette douleur :

Annexe 4 : Echelle visuelle analogique (EVA) :



Annexe 5 : Récapitulatif des études de facteurs prédictifs de douleur durant /antalgiques :

Etude	date	Protocole médicamenteux	Critère de jugement :	Facteurs prédictifs recherchés				
				Age	Nulliparité	Terme	Dysménorrhée	autres
				↑ = association positive ↓ = association négative NS = association recherchée, NS				
Abdel-Aziz	2004	9SA mifépristone 200mg + H36 misoprostol VV 800µg antalgiques à la demande	Critère de jugement : Intensité des douleurs	↓	parité ↓	↑		- Statut marital, ressources financières : ↑ - nb IVG, nb FCS, opinion compagnon, soutien émotionnel, ethnies : 0
Reeves	2007	9SA mifépristone 200mg + H24 misoprostol 800µg VV		0	+ ↑ parité ↓	↑		- tabagisme : ↑ - ethnies, site, poids, ATCD césarienne : 0
Teal	2007	9SA mifépristone 200mg + H6 ou H24 misoprostol 800µg VV	Critère de jugement : Intensité des douleurs	0	↑	↑	↑	- site d'étude (techniques de counselling) : ↑↓ - ethnies : 0
Suhonen	2011	9SA mifépristone 200mg + misoprostol 400µg VV		↓	↑	↑	↑	- nb accouchés par voie basse, nb IVG, nb FCS : 0 - gestité : ↓
Westhoff	2000	9SA mifépristone 600mg H48 misoprostol 400µg VO Antalgies à la demande	Critère de jugement : Consommation d'antalgiques morphiniques	↓	↑	↑		- site d'étude : ↑↓ - ethnies : 0 - statut marital : 0 - IMC : 0
Westhoff	2000	9SA, a domicile mifépristone 200mg + 24/48/72h misoprostol 800µg VV		↓	↑	↑		- délai de 24h : ↑ - site d'étude : ↑↓ - nb IVG, gestité : 0
Wiebe	2001	7SA méthotrexate 50mg/m ² + J4 : misoprostol 800µg VV	Critère de jugement : Consommation d'antalgiques morphiniques	↓	parité ↓	↑		- anxiété : ↑
Ashok	2002	9SA mifépristone 200mg + H48 misoprostol 800µg VV +/-400µg VV ou VO		↓	↑	↑		- nb IVG : 0 - nulligestité : ↑
Penney	2006	Revue de la littérature Consommation d'antalgiques durant IVG médicamenteuse	Critère de jugement : Consommation d'antalgiques morphiniques	↓	↑	↑		- ethnies caucasiennes : ↑
Avraham	2012	7SA mifépristone 600mg + H36-48 misoprostol 400µg VO		↓	↑	↑		- nb IVG : ↑

SUMMARY

EARLY MEDICAL ABORTION : ASSESSMENT OF PAIN AND PREDICTIVE FACTORS

INTRODUCTION : Induced medical abortion is known as a painful procedure.

OBJECTIVES : to assess pain (moments and severity) reported by women undergoing early medical abortion and the possible predictive factors of an intense pain.

METHODS : prospective observational study carried out on women undergoing medical abortion under 63 days of gestationnal age, at the family planning of Louis Mourier hospital (Colombes, 92), from april to september 2011, during day hospitalisation. Women having complications (retention, hemorrhage) were excluded. The medical regimen used was mifepristone 200mg orally, followed 36 to 48h by misoprostol 400µg buccaly with systematic pain premedication (ibuprofen 400mg), then again misoprostol 400µg 2h later. Women were hospitalized during few hours the day of misoprostol, in the day care departement of family planning, they were given a follow up appointment 15 days after the abortion. The average of pain rating was mesured by VAS (Visual Analog scale) at 4 different moments of the abortion : after taking mifepristone, 2h after 1st misoprostol, 2h after 2nd misoprostol and during the 4 days postabortion. Predictive factors (socio-demographic and clinical characteristics) of intense pain (VAS \geq 5) during early abortion were sought by using univariate then multivariate logistic regression analysis.

RESULTS : the study was carried out on 92 women. On average, women reported mild to medium pain during early medical abortion (mean score VAS 2,7). The pain score was \geq 5 for 19.5% of the women after mifepristone, 31.5% 2h after 1st misoprostol, 18.1% 2h after 2nd misoprostol and 36.6% during the 4 days postabortion (differences statistically insignificant). Predictive factors of rating VAS \geq 5 as pain score during abortion are increasing gestionnal age (OR=4.78) and being accompanied by a relative during hospitalization (OR4.58). Predictive factors of rating VAS \geq 5 as pain score 2h after taking first misoprostol are nulliparity (OR = 37.92), nulligestity (OR= 3.05), being accompanied by someone during hospitalization (OR= 7.20), severity of dysmenorrhea (OR=1.40) and severity of pain after taking mifepristone (OR=1.97).

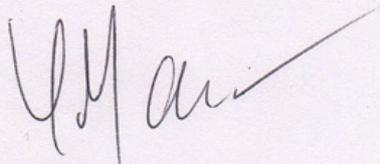
CONCLUSION : During this study, pain during early medical abortion is mild, on average. We couldn't identify one most painful moment along the procedure. In addition to the factors already described in previous studies (increasing gestationnal age, nulliparity, severity of dysmenorrhea), we are able to highlight a possible influence of being accompnied the day of the hospitalization. Seeking for these factors could help pain management during medical abortion.

Key Words : *early induced abortion, medical abortion, pain, predictive factors*

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris 7
Le Professeur Laurent Mandelbrot


Date 25/05/14

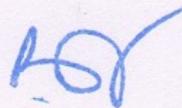
VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

DOULEUR DE L'IVG MEDICAMENTEUSE : EVALUATION ET RECHERCHE DE FACTEURS PREDICTIFS

RESUME

INTRODUCTION : L'interruption volontaire de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse est un soin douloureux.

OBJECTIF : Evaluation de la douleur ressentie (moment et intensité) par les femmes et recherche de facteurs prédictifs de survenue de douleur intense au cours d'une IVG médicamenteuse.

MATERIEL ET METHODE : Etude observationnelle, prospective, réalisée au Centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier (Colombes, 92) d'avril à septembre 2011, auprès des femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse en hospitalisation de journée.

Les femmes ayant présenté des complications (rétention, hémorragie) ont été exclues. Le protocole médicamenteux utilisé est : 200mg de mifépristone, suivi à 36 à 48h plus tard de 400µg de misoprostol par voie jugale et d'une prémédication antalgique systématique (400mg d'ibuprofène), puis à nouveau 400µg de misoprostol 2h plus tard. Les femmes sont hospitalisées une demi-journée le jour de la prise du misoprostol dans un service dédié et sont revues 15 jours plus tard en consultation de contrôle. La douleur ressentie par les patientes est évaluée par l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) aux différents moments de l'IVG : après la prise de mifépristone, 2h puis 4h après la première prise de misoprostol puis dans les 4 jours suivants. Les facteurs prédictifs (caractéristiques socio-cliniques) de survenue d'une douleur intense (EVA \geq 5) sont recherchés par régression logistique univariée puis multivariée.

RESULTATS : L'étude porte sur 92 patientes. La douleur ressentie au cours de l'IVG médicamenteuse est en moyenne faible à modérée (EVA à 2,7). La douleur atteint une EVA \geq 5 chez 19,5% des femmes après la mifépristone, de 31,5% 2h après le misoprostol, 18,1% 4h après le misoprostol et 36,6% dans les 4 jours suivants l'IVG (différences non significatives). Les facteurs prédictifs de survenue d'une EVA \geq 5 pendant l'IVG sont le terme (OR=4,78 par SA supplémentaire) et le fait d'être accompagnée au CIVG par un proche (OR=4,58). Les facteurs prédictifs de survenue d'une EVA \geq 5 dans les 2h suivant la prise de misoprostol sont la nulliparité (OR=37,92), la nulligestité (OR=3,05), le fait d'être accompagnée au CIVG (OR=7,20), l'intensité des dysménorrhées (OR= 1,40) et l'intensité des douleurs suite à la prise de mifépristone (OR=1,97).

CONCLUSION : Dans cette étude, la douleur moyenne au cours de l'IVG médicamenteuse est faible. Nous n'avons pas mis en évidence de moment plus douloureux au cours de la procédure. En plus de facteurs prédictifs déjà décrits dans la littérature (terme avancé, nulliparité et intensité des dysménorrhées), nous identifions une possible influence de la présence d'un accompagnant. La recherche systématique de l'ensemble de ces facteurs pourrait permettre d'améliorer la prise en charge antalgique.

MOTS-CLES: IVG, IVG médicamenteuse, douleur, facteurs prédictifs, mifépristone

Early medical abortion : assessment of pain and predictive factors

Key Words : early induced abortion, medical abortion, pain, predictive factors