



L'essentiel de l'information  
scientifique et médicale

[www.jle.com](http://www.jle.com)

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/mtg/sommaire.md?type=text.html>



**Montrouge, le 02/05/2012**

Francis Collier

**Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :**  
Place de l'accompagnement psychologique des femmes et prise en charge de la douleur

**paru dans**

Médecine de la Reproduction, 2012, Volume 14, Numéro 1

**John Libbey Eurotext**

*Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.*

*Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.*

© John Libbey Eurotext, 2012

# Place de l'accompagnement psychologique des femmes et prise en charge de la douleur

## The place of psychological support of women and pain management

Francis Collier<sup>1</sup>  
Florian Sanz<sup>2</sup>  
Benoît Cousyn<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, 59037 Lille cedex, France

<francis.collier@chru-lille.fr>

<sup>2</sup> Pôle d'anesthésie-réanimation gynéco-obstétrical, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, France

<sup>3</sup> Service d'Orthogénie et Médecine du Couple, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, France

**Résumé.** Plus de 35 ans après sa légalisation en France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne peut être considérée comme une pratique banale et répond le plus souvent à une contrainte. Il n'est pas rare, dans ces conditions, de constater une souffrance émotionnelle et psychologique parfois importante, en fonction de nombreux paramètres tenant à la personnalité de la femme, son environnement socio-familial, ou aux conditions dans lesquelles survient la grossesse. L'accompagnement psychologique de cette femme tout au long de son parcours doit rester un élément fondamental. Tous les membres de l'équipe médicale y participent à chaque étape de ce parcours : consultations préalables à l'IVG, hospitalisation, consultations ultérieures. La prise en charge de la douleur qui peut survenir à différents temps du processus vise elle aussi à permettre un vécu le moins négatif possible. Malgré le peu d'études consacrées spécifiquement à ce sujet, des protocoles efficaces peuvent aujourd'hui être proposés, en associant le plus souvent des molécules à visée antalgique, des techniques d'anesthésie loco-régionale et des procédés non médicamenteux.

**Mots clés :** interruption volontaire de grossesse, accompagnement psychologique, douleur

**Abstract.** More than 35 years after its legalization in France, voluntary termination of pregnancy cannot be considered as a routine practice and most often, it is not as easy as it may seem for the woman. It is not unusual in these circumstances, to find emotional and psychological distress, sometimes important, according to many parameters relating to the personality of the woman, her family and social environment, or the conditions under which pregnancy occurs. The counseling of the woman throughout his career must remain a fundamental element. All members of the medical team involved in each step of this journey, pre-abortion consultations, hospitalization, further consultations. The management of pain that can occur at different times of the process is also designed to allow the least possible negative experiences. Despite the few studies focusing specifically on this subject, effective protocols can now be proposed, involving mostly molecules with analgesic effect, techniques of regional anesthesia and non-drug methods.

**Key words:** induced abortion, voluntary termination of pregnancy, psychological support, pain

À l'époque actuelle et en France, la grossesse fait en général l'objet d'une attention toute particulière. Celle-ci concerne d'innombrables paramètres cliniques, biologiques, morphologiques, et aussi psychologiques. L'accompagnement psychologique de cette grossesse, quand elle évolue, puis plus tard du *post partum*, est ainsi un sujet très « tendance ». À l'opposé, l'accompagnement de la grossesse, quand elle est volontairement interrompue, semble intéresser beaucoup moins, et la rareté des écrits qui lui sont consacrés dans l'hexagone en est une bonne illustration.

Constater ce décalage pourrait permettre de penser que l'IVG est devenue aujourd'hui une pratique tellement banale qu'elle ne génère plus de problème psychologique. Il n'en est rien. Pour preuve, tout praticien a été confronté, peu ou prou, à des symptômes très évocateurs, et parfois même à une sorte de « syndrome post-avortement », que constituent les troubles émotionnels et psychiques que surviennent chez certaines femmes après une IVG, même si ce concept, imaginé par assimilation au syndrome post-traumatique, n'a jamais été validé.



Tirés à part : F. Collier

Il y a quelques dizaines d'années, « de principe », interrompre une grossesse ne pouvait que susciter la réprobation sociale absolue, générer une culpabilité totale, entraîner un gros risque de complications, et au total un vécu sur le mode de la détresse. De nos jours, l'acte semble s'être en quelque sorte « normalisé », sa réalisation pratique s'est structurée, et dans le discours commun, il a rejoint la longue liste des acquis sociaux d'une société d'assistance et de consommation : « *J'y ai droit !* ». Pour autant, croire qu'il s'est banalisé ferait commettre une grossière erreur d'appréciation, ne serait-ce que parce qu'il répond le plus souvent à une contrainte.

### **L'IVG est-elle source de complications psychiatriques et psychologiques ?**

La « médecine basée sur les preuves » s'est bien entendu emparée du sujet, mais ne peut toujours pas conclure de manière tranchée. Reprenant 22 études publiées entre 1995 et 2009, et des données recueillies chez plus de 160 000 femmes ayant bénéficié d'une IVG, un travail américain récent a permis de retrouver, chez ces femmes, une augmentation du risque de problème de santé mentale de 81 %. Près de 10 % de ces problèmes peuvent être attribués à l'IVG [1]. De manière contradictoire, d'autres revues de la littérature ou suivis de cohortes arrivent à la conclusion que l'avortement, quand il est isolé et réalisé dans des conditions légales chez des femmes adultes, ne peut être la cause d'une augmentation de l'incidence des problèmes de santé mentale [2-6]. Nul doute que des problèmes de définition des troubles et de méthodologie permettent d'expliquer ces divergences.

La souffrance émotionnelle et psychologique qui peut en découler a, quant à elle, été maintes fois soulignée [7-10]. La littérature confirme à ce propos ce que tout praticien impliqué dans les IVG constate au quotidien, à savoir que le vécu des suites d'une IVG est très variable d'une patiente à une autre, et qu'il est conditionné par de nombreux paramètres tenant à la personnalité de la femme, son environnement sociofamilial, ou aux conditions dans lesquelles survient la grossesse [2, 11, 12].

Parmi ces paramètres, il semble logique de retrouver les antécédents de troubles psychiques comme l'anxiété ou la dépression [3, 11, 13], les traits de personnalité ou particularités psychologiques qui peuvent influencer sur la capacité à prendre une décision et à en gérer les conséquences, comme l'estime de soi [3, 11], l'environnement social, l'exposition à la violence ou encore la honte d'avoir eu recours à l'IVG [13-16].

Lorsqu'elles sont interrogées, au moment de prendre la décision de l'IVG, quant à la manière dont elles pensent qu'elles réagiront après le geste, la plupart des femmes ont confiance en ce qui se passera et imaginent un soulage-

ment. Elles sont cependant plus de 20 % à anticiper de la tristesse et de la culpabilité. Par ailleurs, les plus jeunes, celles qui éprouvent le plus de difficultés à prendre leur décision, y ont été poussées malgré elles, se posent des questions spirituelles ou ont des antécédents de dépression, sont aussi celles qui imaginent le plus volontiers que leur vécu ne sera pas bon [17]. Après le geste, les études récentes plaident en faveur de la grande fréquence de l'association de sentiments négatifs et positifs, tristesse, culpabilité et chagrin d'un côté, soulagement et satisfaction d'avoir pris la bonne décision de l'autre [10]. A plus long terme, le ressenti est extrêmement variable [18]. Lors des entretiens avec les patientes dans les années qui suivent un tel recours, il est facile d'arriver à la conclusion que tout peut se voir : l'IVG qui s'est apparemment très bien passée, dont il ne reste aucun souvenir, même plus, parfois, le souvenir de l'avoir faite !... celle qui, sur le moment, s'est mal passée, a entraîné une souffrance importante mais dont, à terme, il ne semble rester qu'un petit quelque chose, un souvenir presque anecdotique, ou encore celle qui s'est bien passée, mais dont il subsiste un grand mal-être. Le vécu en temps réel, d'une part, la trace qui semble en rester à plus ou moins long terme, d'autre part, peuvent parfois paraître contradictoires.

### **Demander une IVG, puis la gérer reste un acte difficile, même s'il est accompagné dans les meilleures conditions**

Cet accompagnement fait intervenir deux personnages principaux : la femme, bien entendu, pour qui la découverte d'une grossesse non désirée va être vécue comme une menace, voire constituer parfois une véritable catastrophe, mais aussi le médecin ou le professionnel de santé, qui peuvent se trouver en difficulté face à une demande susceptible de faire émerger des sentiments très différents. Toutes les femmes n'expriment pas le même besoin de soutien de la part de l'équipe soignante. Certaines disent rapidement avoir bien réfléchi, fait un choix clair, sont soutenues par des proches, ont près d'elles une personne de confiance, et peuvent ainsi exprimer sentiments et émotions. Les femmes qui bénéficient d'un vrai soutien conjugal ou familial ou d'un environnement favorable y trouvent, à l'évidence, une possibilité accrue de résilience.

Mais même si l'IVG est légalisée depuis plus de 35 ans, elle demeure souvent quelque chose dont il est difficile de parler. Pour cette femme, apparemment très sûre d'elle, la décision a peut-être quand même été très difficile à prendre. Les « *Tout va bien, ce n'est pas un problème, c'est un accident* », ou « *ce n'est rien, ça va passer, j'en ai vu d'autres* », constitueraient-ils une sorte de mécanisme de défense pour se protéger de ses souffrances ? Ici

comme souvent, le non-dit est communication. Dans ce cas, le mal-être, pourtant bien réel, est rendu invisible aux yeux des professionnels, et parfois même de l'entourage. Ceci ne manque pas de créer une incompréhension préjudiciable : « *Elle n'en a rien à faire de son IVG, quand même, ce n'est pas rien non ?* ». Cet exemple très fréquent permet de confirmer que pour espérer comprendre une femme en demande d'IVG et tenter de l'accompagner aussi bien que possible, il est fondamental de ne pas se focaliser uniquement sur la demande explicite, mais la positionner dans son contexte personnel, conjugal, familial, mais aussi professionnel, social, économique. Ceci permettra de mesurer, au moins en partie, l'ambivalence profonde qui habite souvent la femme dans une telle situation, déchirée qu'elle est entre, d'une part, ce qu'elle souhaiterait dans l'absolu et, d'autre part, ce que la raison lui impose de faire.

Il est ainsi très habituel de rencontrer une femme qui a peur de la réaction négative de son mari, l'anticipe et lui présente le problème en même temps que la solution : « *Je suis enceinte, mais ne t'inquiète pas, je vais avorter* ». Pour peu que celui-ci se limite à un « *très bien, c'est la bonne solution* », voilà l'ambivalence dissimulée noyée dans une impasse, dans l'impossibilité de s'exprimer dans le cadre du couple.

Pour tenter de synthétiser en un domaine où chaque cas est un cas particulier, peut-être est-il possible de positionner 2 niveaux. Dans le premier, celui du conscient, il y a tout ce qui touche à la rationalisation, aux justifications qui sont avancées auprès des proches et de l'équipe médicale. Ce sont aussi les modes d'expression du second, moins conscient, qu'il faut savoir décoder, qu'il s'agisse de regards, de grimaces, de rictus, de mimiques, de gestes, de silences, de lapsus, de confusions, de plaintes somatiques, d'incohérences ou de contradictions.

**La grossesse et l'IVG** peuvent aussi constituer un passage à l'acte, être un moyen de faire évoluer une situation qui semble bloquée, d'exprimer par le corps ce qui ne peut l'être par la parole. Au premier rang des « significations » que peut avoir cette grossesse, il y a certainement la recherche de réassurance narcissique que génère la confirmation de la fertilité. Ceci a souvent été décrit chez l'adolescente. C'est aussi assez souvent le cas chez des femmes au-delà de la quarantaine, qui arrêtent leur contraception et retirent, dans un premier temps, une certaine satisfaction à constater qu'elles peuvent toujours être enceintes.

Il peut s'agir aussi d'un besoin de combler un vide, de pallier à une solitude devenue insupportable, de donner un intérêt à une vie qui n'en a pas.

Et puis, logiquement, de tels passages à l'acte peuvent s'inscrire dans le cadre de la relation au partenaire, qu'il s'agisse de tester la solidité du lien, la stabilité du couple, ou que cela réponde à une sorte d'interprétation erronée du désir du partenaire : « *Je pensais qu'il en voulait !* »

Il y a certainement, tous les ans en France, 220 000 façons différentes de vivre son IVG. En revanche, s'il est une constante, il s'agit bien de la complexité du cheminement psychique d'une femme qui, dès l'annonce tant redoutée de la positivité du test de grossesse, voire même dans l'attente de ce résultat, va devoir confronter son propre désir et ses doutes avec la peur des réactions du partenaire, les craintes de désorganisation familiale, de complications socioprofessionnelles, pour résoudre au mieux la plus délicate des équations : « *Que faire ?* ».

Parmi les éléments qui alimentent cette complexité et perturbent la femme, il est commun d'entendre l'assimilation de la grossesse à un mal qu'il faut éradiquer, l'angoisse que créerait l'arrivée de l'enfant en trop, ici et maintenant, ou encore la culpabilité d'avoir échoué dans la contraception. Mais ce qui domine le plus souvent, c'est bien l'ambivalence entre le rêve et la réalité, la nécessité de se rendre à l'évidence que ce n'est pas le bon moment, que ce ne serait pas « raisonnable ». Force est bien de constater que, dans notre société actuelle, ce n'est pas si simple de décider d'avoir ou non un enfant.

**L'accompagnement** d'une femme souhaitant une IVG commence par son accueil dans la structure médicale. Disposer d'un personnel compétent et motivé pour assurer cet accueil, pouvoir proposer un rendez-vous rapide, faire en sorte que l'accès à la structure soit simple, que la signalétique y soit claire, et qu'en tout point la confidentialité soit respectée. Tout ceci semble élémentaire pour initier une prise en charge dans de bonnes conditions. Malheureusement, la faiblesse des moyens accordés aux unités spécialisées dans certains établissements, la priorité accordée volontiers à des domaines de la gynécologie considérés comme plus « nobles », voire le mépris de certains décideurs sont autant d'éléments qui ne permettent toujours pas, aujourd'hui, à tous ces objectifs d'être atteints partout. La prise de rendez-vous génère bien souvent un stress très important. Celui-ci est lié à la honte « d'avorter », à la peur de ne pas avoir ce rendez-vous dans les temps et la crainte du jugement que pourrait porter l'interlocuteur. Ce stress provoque parfois des états réactionnels, et il n'est pas rare que les secrétaires ou hôtesses soient confrontées à des pleurs ou à une agressivité. Proposer, aux femmes qui le souhaitent ou en expriment le besoin, un entretien d'aide à la prise de décision ou de soutien avec une personne chargée du conseil conjugal et familial, avant toute consultation médicale, peut parfois apporter une aide fondamentale. Dans tous les cas, il est souhaitable que l'accueil permette de rassurer et apporte les bonnes réponses aux principales questions que la patiente pose sur la procédure qui va se mettre en place.

Outre le recueil des éléments techniques, organiques, évidemment indispensables, la consultation médicale qui suivra visera elle aussi à rassurer et informer. Cet accompagnement est d'abord indispensable pour guider des choix parfois possibles, méthode, type d'anesthésie en



particulier, mais aussi pour expliquer l'intérêt du délai légal de réflexion qui n'est pas toujours bien compris, ni accepté. Il n'est pas rare que, dans l'esprit de la patiente, ce soit forcément à une intervention chirurgicale qu'il faille recourir. L'information sur la méthode médicamenteuse, et davantage encore la possibilité de la réaliser sans hospitalisation n'ont pas encore été totalement entendues. Par ailleurs, les femmes imaginent souvent qu'une prise en charge plus précoce est moins traumatisante, et que la méthode médicamenteuse est beaucoup plus simple. Cette vision très réductrice des procédures, et qui ne correspond pas totalement à la réalité, doit être modulée.

Les symptômes somatiques classiques, notamment digestifs, qui surviennent en début d'une grossesse sont volontiers amplifiés lorsque le contexte psychologique est difficile, et ceci est fréquemment le cas lorsqu'une femme demande une IVG. Par ailleurs, il n'est pas rare, notamment chez les femmes jeunes, que les douleurs abdominales, les contractions utérines soient aggravées par l'angoisse, et que des ruminations anxieuses entraînent une insomnie. Outre leur prise en charge spécifique, le décryptage de ces symptômes, dans lesquels la souffrance psychique a souvent une place importante, est judicieux. L'angoisse peut être liée à la difficulté de la prise de décision, au choix de la méthode, à la crainte de l'hospitalisation, de la réalisation de l'acte, ou à la séparation de la grossesse. Elle est certainement favorisée par l'adolescence, les difficultés affectives, matérielles, les antécédents personnels ou familiaux. Elle est amplifiée en cas de situation de détresse, d'isolement et d'impossibilité de communiquer.

L'intérêt de l'accompagnement d'une femme en demande d'IVG prend ici toute sa dimension, pour assurer le soutien dont elle a besoin, apaiser, par la présence et l'écoute, la douleur et la souffrance. Cette dimension relationnelle du soin est fondamentale. La femme, dans sa prise en charge, ne peut être considérée comme un simple sujet à avorter.

**L'échographie** est devenue l'examen fondamental qui permet de prendre les décisions thérapeutiques adaptées, notamment en déterminant l'âge gestationnel. Elle ne peut cependant, dans un tel contexte, être réalisée sans que des précautions particulières d'accompagnement ne soient prises. Celles-ci se situent dans 3 domaines essentiels : la visualisation de l'image de l'embryon par la patiente, le discours de l'échographiste et le compte rendu remis à l'issue de l'examen. Tout indique que l'intérêt de la patiente est bien que cet examen soit réalisé *a minima*. Seules l'évolutivité et la datation de la grossesse d'une part, l'absence de contre-indication à la réalisation de l'IVG d'autre part constituent des informations nécessaires. Inversement, le danger d'aggraver le mal-être de la femme est grand si elle se trouve confrontée, à ses dépens, à une image ou un commentaire tout à la gloire d'un « magnifique embryon plein de vitalité ». L'échographie

renvoie inmanquablement, avec toujours une résonance émotionnelle très forte, à la représentation que la femme se fait de l'embryon, qui, en pratique, va du « *tout petit rien, l'amas de cellules* » au « *bébé que je vais tuer* ». Le souhait qu'expriment certaines femmes de conserver des photos dès l'échographie ne manque pas ainsi de questionner.

**La consultation médicale** est aussi l'occasion de refaire le point d'une contraception qui, à l'évidence, vient d'échouer. Si l'accès à la contraception est quand même assez facile en France, il est bien reconnu aujourd'hui que le choix de la « bonne » méthode est plus délicat et surtout que l'observance, notamment de la méthode la plus utilisée, la pilule, est loin d'être parfaite. Dans le cadre de l'IVG, il existe souvent un décalage entre d'une part les motivations apparentes de la femme à y recourir, et d'autre part l'absence d'utilisation d'un procédé contraceptif efficace. Ici encore, l'accompagnement par le soutien, l'information et l'établissement d'une relation de confiance permettront de mieux comprendre les raisons de l'échec de contraception, pour aboutir à un choix ultérieur plus efficace.

Incontestablement, pour qu'un praticien puisse mener à bien la difficile mission qui lui est confiée dans le cadre de l'IVG, aussi bien sur le plan technique qu'en ce qui concerne l'accompagnement, il doit disposer de multiples atouts : un savoir faire, qui est maintenant dispensé dans le cadre de formations assurées par de trop rares universités, un savoir être, ce qui sous-entend un intérêt pour ce qui est de l'ordre du relationnel et du psychologique, et une motivation à toute épreuve, pour surmonter les inévitables phases de démotivation, de lassitude, de découragement, de peurs, de colère ou de ressentiment, d'angoisse, que cette spécialité procure tôt ou tard.

Par faute de temps, mais aussi souvent parce qu'il n'est pas formé à l'abord des questions liées à l'intimité et à la sexualité, le médecin avait pris l'habitude de « déléguer » une bonne partie de l'accompagnement de la femme lors de l'IVG à la personne qualifiée dans la structure pour les entretiens psychosociaux. Ces entretiens, rendus obligatoires par la loi de 1975 pour toute femme, ne le sont plus, depuis 2001, que chez les mineures. Dans la conjoncture économique actuelle, cela a amené certaines structures à supprimer certains postes ou à réduire les temps de travail de ces professionnels à l'utilité et à l'efficacité pourtant reconnues de tous. L'attitude adoptée par de nombreux établissements a cependant été de continuer à proposer systématiquement aux femmes cet entretien. Cette attitude repose sur un constat : les questionnements de la femme à l'occasion d'une IVG, les difficultés qu'elle peut avoir à le vivre sont bien réels, et l'accompagner dans un processus de soutien, c'est l'accompagner à la relation à elle-même. Est ainsi créé un espace qui permet de poser les questions, de parler de cet événement de sa vie, d'exprimer

l'émotion à laquelle elle est confrontée, de dire son ressenti, sa culpabilité, ses craintes, ses hésitations, de mettre des maux en mots.

L'entretien a, heureusement, perdu aujourd'hui la connotation qu'il avait il y a 20 ou 30 ans, quand les femmes s'y rendaient dans une perspective défensive, convaincues qu'elles allaient devoir y justifier leur demande et échapper à une tentative de dissuasion. C'est un temps qui permet d'éviter la précipitation qui pourrait nuire à l'élaboration symbolique de l'acte, de proposer un autre regard sur « l'accident », de favoriser l'ébauche d'un remaniement psychique, d'une prise de conscience. Les conseillers conjugaux et les psychologues sont ici souvent les principaux acteurs dans le champ de l'aide et du soutien. Par leurs qualités d'écoute, leur aptitude à l'empathie, ils permettent de mieux entendre la culpabilité vis-à-vis d'oublis de pilule, le mal-être que provoque la grossesse impossible, la détresse qu'engendre le conflit de couple, et, finalement, aident à comprendre la place et la fonction qu'occupe l'IVG au sein de chaque histoire singulière, à traverser et dépasser l'événement lui-même.

Beaucoup plus rarement, **l'accompagnement peut aussi concerner l'homme**, le mari, le géniteur. L'angoisse que fait apparaître chez lui la grossesse est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, mais à la consultation, il n'est pas toujours présent, loin s'en faut, et quand il est là, il garde le plus souvent le silence. Il peut avoir démissionné, s'être enfui, mais, à l'inverse, peut apparaître le sentiment que la place qui lui est laissée par la femme est bien réduite. Pourtant, quelques travaux récents soulignent l'importance du rôle positif que peut jouer le partenaire dans l'accompagnement de l'IVG, par la communication et le soutien qu'il peut alors permettre [19, 20].

**L'accompagnement de la femme mineure** suit, légalement, un protocole particulier. Elle doit demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne. L'entretien psychosocial reste obligatoire et un adulte accompagnant peut être choisi. L'article L 2212-7 du Code de Santé Publique propose que le rôle de celui-ci soit d'apporter une aide morale, une écoute, une possibilité de dialogue et éventuellement une présence dans les différentes démarches, et que cette aide puisse se prolonger à la sortie de l'établissement de santé, dans la période suivant l'IVG. Les modalités d'accompagnement sont définies par la femme mineure et cet adulte.

**Une hospitalisation**, quelle qu'elle soit, est volontiers anxiogène. Dans un tel cadre, il est facile de repérer, dès l'entrée dans la structure, que l'angoisse est décuplée, même si le principe de la prise en charge par un service, une unité spécifique, apparaît souvent sécurisant. Le besoin de dialoguer reste très souvent majeur, la réassurance toujours nécessaire. Comme évoqué plus haut, les douleurs consécutives à l'utilisation des substances médicamenteuses permettant la préparation cervicale sont

parfois importantes. Les prendre en considération, par l'usage d'antalgiques, l'écoute et l'attention du personnel soignant, reste une mesure indispensable pour le ressenti de cette hospitalisation, mais aussi du passage en salle d'intervention. Ce dernier constitue évidemment une source de stress supplémentaire. Le recours à l'anesthésie générale n'exclut pas qu'un accompagnement soit réalisé, avant et après le geste. En l'absence d'anesthésie générale, au-delà des moyens techniques déjà décrits, la proximité d'une soignante, déchargée des habituelles tâches de bloc opératoire, et qui rassure, explique le déroulement du geste et l'attitude optimale à adopter, apporte un bénéfice considérable à la patiente.

Avant, pendant et après une IVG, c'est l'ensemble de l'équipe soignante qui assure l'accompagnement indispensable, par une écoute personnalisée, une capacité à rassurer et informer. Au-delà de la fiche de conseils généralement remise à la femme à la fin de son hospitalisation, il semble enfin important de lui préciser que l'équipe reste à sa disposition pour la revoir si elle le souhaite ou en ressent le besoin.

C'est également lors de cette hospitalisation que sera confirmé le choix de la contraception, tout au moins du futur proche, et, une fois de plus, un accompagnement est ici très souvent nécessaire, en particulier lorsqu'un changement de procédé a été envisagé lors de la consultation préalable.

Qu'elle soit réalisée dans la structure elle-même, ou par le gynécologue habituel ou le médecin traitant, **la consultation de contrôle**, réalisée 2 à 3 semaines après l'IVG, permet d'abord d'exclure toute complication. En cela, d'une certaine manière, elle vient clore un chapitre, terminer une procédure. Elle permet de confirmer, ou non, le choix contraceptif, mais c'est aussi un temps où viennent volontiers s'exprimer des sentiments de soulagement, d'apaisement, mais aussi de vide, de tristesse, de déception, de solitude. Cette phase d'adaptation à la perte de la grossesse, est, bien entendu, très variable d'une femme à l'autre, mais elle sous-entend un véritable processus de deuil, d'autant que persistent souvent des appréhensions, des craintes. Il en va ainsi de la peur de la stérilité ultérieure, qui serait une sorte de punition, de prix à payer pour expier la faute qu'a été l'IVG.

Très souvent, les patientes disent alors vouloir « en finir » le plus rapidement possible avec tout cela, et ne plus jamais avoir à fréquenter la structure. Cependant, un accompagnement spécifique doit pouvoir être proposé à la femme ou le couple qui en exprime le besoin, pour créer un espace de réflexion et de soutien, offrir la possibilité de s'exprimer sur le vécu des choses, de « se raconter » et permettre de donner un sens et une fonction à une IVG : « *Je pensais pouvoir continuer ma vie comme si de rien n'était, ce n'est pas possible... J'ai réfléchi aux liens que cet événement pouvait avoir avec ma vie, mon histoire.* » [21].

Bien entendu, il est aussi possible d'observer des réactions psychologiques plus importantes et plus inquiétantes. Elles semblent alors souvent correspondre à des problématiques antérieures profondes non résolues, et réactivées par l'IVG. Elles peuvent être aussi la conséquence de décisions prises sous l'influence d'un tiers, le conjoint en particulier. La persistance d'un état de détresse important est certainement un marqueur du risque de troubles psychiques à plus long terme [10], et, en ce sens, le dépistage de cet état de détresse lors de l'entretien post-IVG est un élément très important.

Enfin, l'IVG peut aussi être à l'origine de modifications de la sexualité, *a fortiori* lorsque la décision n'a pas été partagée dans le couple. Ce sujet est rarement abordé, que ce soit par la patiente, ou que ce soit par le soignant, bien que le préjudice subi, en termes de qualité de vie, soit parfois très lourd. L'accompagnement de la femme peut aussi être une très bonne occasion de préciser que cet aspect-là des choses peut aussi être abordé en cas de problème, et qu'une consultation spécialisée peut être facilement obtenue.

## La douleur

C'est le résultat de la conjonction de diverses composantes, plus ou moins bien connues actuellement. Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il s'agit d'une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ». Dans le cas particulier de l'IVG, le vécu psychologique difficile de ces femmes en souffrance a très vite amené à souligner l'intérêt d'une prise en charge multimodale étendue et multidisciplinaire : médicaments, techniques antalgiques locorégionales, hypnose, musicothérapie, etc.

Peu d'études ont été consacrées à la prise en charge de la douleur en tant que telle dans les IVG, et force est de constater que, au-delà de quelques points fondamentaux, chaque équipe se fonde avant tout sur sa propre expérience. Cependant, la prise en charge chirurgicale ambulatoire, avec ou sans anesthésie générale (AG), impose une hospitalisation dans une structure adaptée qui s'engage à respecter certains points précis.

Toute douleur exprimée doit être prise en compte et traitée comme telle. S'il existe plusieurs types de douleurs [22], la principale d'entre elles est liée à l'activation de nocicepteurs de divers types lors de l'agression chirurgicale, par exemple. Le système nerveux nociceptif y est sain, et l'excès de nociception répond très bien aux antalgiques classiques. Ceci est bien différent des douleurs dites neuropathiques, où il existe, au moins initialement, une lésion innée ou acquise du système nerveux nociceptif, et une présentation clinique caractéristique. Certaines patientes présentent des douleurs chroniques, des phénomènes d'allodynie et d'hyperalgésie qui compliquent la

prise en charge et constituent un facteur de risque de douleur intense lors du geste. Mais pour la grande majorité des patientes rencontrées dans le cadre de l'IVG, la douleur est avant tout liée à un excès de nociception.

À cette douleur « chirurgicale », vient s'ajouter une composante iatrogène, la mifépristone pouvant procurer des douleurs et des nausées parfois sévères, et le misoprostol induisant volontiers des contractions utérines intenses avant même le début du geste. Ces douleurs nécessitent une prise en charge antalgique préventive rapide et les patientes doivent en être informées.

L'OMS décrit 3 paliers d'intensité douloureuse croissante auxquelles correspondent des antalgiques [23]. Les antalgiques du palier 1 regroupent les molécules non morphiniques, le palier 2 les opiacés faibles, et les morphiniques forts sont regroupés au palier 3. L'intensité des douleurs attendues dans les cas d'IVG non compliquée et aux suites simples, ainsi que le caractère ambulatoire de leur prise en charge, permettent d'exclure le recours au 3<sup>e</sup> palier [24]. Les molécules de celui-ci seront réservées aux structures hospitalières, leur prescription doit faire éliminer une complication et remettre en cause le mode ambulatoire de l'hospitalisation.

Idéalement, l'efficacité du traitement antalgique doit être évaluée régulièrement tout au long de la procédure d'IVG. L'évaluation se fait par l'utilisation de l'Échelle verbale numérique (EVN), ou au mieux par l'Échelle visuelle analogique (EVA) après formation du personnel à son utilisation. Ces 2 échelles, largement validées, permettent de classer l'intensité douloureuse et d'y répondre de manière adaptée et gradée [25]. Des objectifs d'intensité douloureuse, en général EVA < 30/100 mm ou EVN < 3/10, peuvent ainsi être fixés, et des protocoles de prise en charge de la douleur établis.

Par ailleurs, la douleur entraîne des modifications de l'humeur et du comportement qui peuvent aggraver la composante psycho-affective de la souffrance chez ces femmes. À l'inverse, cette souffrance peut, en retour, modifier la perception de la douleur physique pure. La prise en charge de la douleur dans le cadre de l'IVG se doit donc d'être globale, multidisciplinaire et, pour cela, va inclure les ressources psychosociales des structures, afin d'apporter à ces patientes des réponses autres que purement médicamenteuses.

## Les moyens médicamenteux

### Les antalgiques de palier 1

Le paracétamol, star des antalgiques périphériques, en est le chef de file. Son mode d'action est superposable à celui de l'aspirine et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il bloque de façon réversible la cyclo-oxygénase et empêche donc la production des prostaglandines responsables de la fièvre (effet antipyrétique central) et de

la sensibilisation des récepteurs périphériques (effet antalgique périphérique). Le paracétamol n'est que faiblement anti-inflammatoire. Disponible sous de très nombreuses formes : orale, intraveineuse, sublinguale, etc., il est utilisé à la posologie de 15 milligrammes par kg en trois prises quotidiennes sans dépasser 4 g par jour. Ses effets indésirables sont très rares et son innocuité, aux doses thérapeutiques, le place en première ligne des traitements antalgiques. À hautes doses, plus de 10 g chez l'adulte, il peut être responsable, *via* son métabolite, d'une nécrose hépatique potentiellement mortelle. Il reste le traitement médicamenteux de 1<sup>re</sup> intention par excellence.

Le nefopam est un antidépresseur développant des effets antalgiques centraux non morphiniques par l'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la dopamine au sein des structures cérébrales et des voies inhibitrices cortico-spinales. Il n'a pas d'effet morphinique et possède un pouvoir antalgique équivalent à 1/5 de la morphine. Il n'existe que sous une forme injectable qui lui permet un effet rapide. Il est utilisé à la dose de 20 mg répartis en 3 à 4 prises quotidiennes, et il n'est pas utile de dépasser cette dose car un effet plateau apparaît. Ses effets secondaires peuvent s'ajouter aux effets indésirables des traitements gynécologiques : nausée, réaction atropinique, globe vésical, dysphorie, tachycardie. Il est ainsi notamment contre-indiqué avant l'âge de 15 ans, en cas de glaucome à angle fermé ou d'antécédents de convulsions. Il est fortement déconseillé d'injecter ce produit en bolus intraveineux trop rapide, car il est alors très mal toléré par les patientes.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) constituent une famille très hétérogène faite de substances aux structures chimiques très diverses, qui présentent des propriétés communes tant au point de vue de leurs actions thérapeutiques que de leurs effets indésirables. L'efficacité pharmacologique des AINS passe par l'inhibition de la synthèse des prostaglandines, ce qui explique, notamment, les effets anti-inflammatoire, anti-pyrétique, antalgique, ou antiagrégant plaquettaire. Les effets indésirables des AINS incitent à limiter au maximum leur prescription dans le temps : intolérance digestive avec possible ulcère gastrique, réduction de la tonicité utérine, diminution de l'activité plaquettaire, rétention hydro sodée, hypersensibilité, bronchospasme, effet hématologique (granulopénie, anémie, thrombopénie), cholestase biologique, dermatose bulleuse (syndrome de Lyell). Par ailleurs, leur forte liaison aux protéines plasmatiques génère des interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses en augmentant la fraction libre de certains médicaments, anticoagulants oraux, sulfamides, et méthotrexate en particulier. Il existe différentes familles d'AINS, Les fénamates (acide niflumique), les arylcarboxyliques (ibuprofène, kétoprofène, etc.), les oxicams (piroxicam, etc.), les pyrazolés (phénylbutazone). Dans

les quelques études consacrées à la prise en charge de la douleur des IVG, sont essentiellement concernés le kétoprofène et l'ibuprofène [26].

### Les antalgiques de palier 2

Ils ont un effet agoniste morphinique faible. Le tramadol est proche des opiacés et n'a pas d'activité antagoniste. Son efficacité antalgique passe par la synergie entre son action opioïde faible et son action sérotoninergique. Il présente un très faible effet dépresseur respiratoire et le risque d'accoutumance qu'il induit est quasiment nul. Il est parfois décrié pour l'incidence de ses effets indésirables, mais ceux-ci sont fortement influencés par la dose administrée et le mode d'administration : nausées, vomissements, céphalées, et vertiges. Il existe sous formes orale et intraveineuse. Sa posologie habituelle est de 1 à 1,5 mg/kg en intraveineuse lente, à renouveler jusqu'à 3 fois par jour (maximum de 400 mg/24 heures). Ses contre-indications classiques sont celles des morphiniques faibles (insuffisance respiratoire, adulte de moins de 15 ans dans cette galénique, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique), mais aussi, spécifiquement pour cette molécule, les antécédents de comitialité.

La codéine est un agoniste morphinique faible, qui se fixe sur les récepteurs de la morphine avec une affinité 10 fois plus faible. Elle est métabolisée par le foie et ses métabolites excrétés par les urines. Dix à 15 % de la codéine sont déméthylés en morphine, ce qui explique son effet antalgique, et permet de la considérer comme une prodrogue. Elle est très faiblement efficace chez 10 % des sujets européens par métabolisation médiocre, ce qui rend son effet aléatoire. Un plafond d'efficacité existe, au-delà duquel les effets indésirables sont majorés, sans amélioration de l'action antalgique. Les effets indésirables en question sont ceux de la morphine à un moindre degré : somnolence, constipation, nausées, vomissements. La posologie est de 1 mg par kg *per os* pour la première prise, puis de ½ mg à 1 mg par kg toutes les 6 heures.

Les antalgiques de paliers 2 sont très souvent commercialisés sous forme de combinaison avec le paracétamol, afin de profiter d'une synergie d'action. Ces spécialités mixtes permettent de maintenir un niveau d'analgésie suffisant tout en diminuant les effets secondaires de chaque molécule, et sont donc à privilégier.

### Les adjuvants

Dans cette catégorie de molécules, on retrouve les co-antalgiques (corticoïdes, antidépresseurs, anti-épileptiques), les antispasmodiques, les myorelaxants (benzodiazépines en particuliers) et les biphosphonates. Dans le cadre des IVG, seuls les antispasmodiques (AS) ont leur place. Il en existe 4 groupes pharmacologiques : les AS neurotropes qui inhibent le spasme induit par



l'acétylcholine, les AS musculotropes qui agissent directement sur la fibre lisse, les AS mixtes et les AS associés à la noramidopyrine. Les plus utilisés sont le phloroglucinol et la trimébutine, qui font partie des agents musculotropes et peuvent être apparentés à des inhibiteurs calciques. Ils sont tous disponibles sous forme entérale et parentérale rendant leur utilisation aisée, quelle que soit la structure où se déroule l'IVG.

### **Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA)**

Le protoxyde d'azote (N<sub>2</sub>O) est l'anesthésique général le plus ancien et le plus usité depuis 150 ans. Utilisé seul de manière prolongée et importante, il peut avoir généré des effets indésirables qui ont beaucoup réduit son usage en anesthésie générale. Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) induit une analgésie de surface, une relaxation et une sédation consciente tout en maintenant le réflexe laryngé et une respiration spontanée, ce qui évite le risque d'hypoxie ou d'inhalation par fausse route. Il est anxiolytique, euphorisant, responsable de modifications des perceptions sensorielles sans perte de contact verbal ou de conscience, mais peut parfois provoquer une amnésie. L'effet antalgique est obtenu en moins de 3 minutes, et à l'arrêt de l'inhalation, le retour à l'état initial demande de 2 à 5 minutes. L'élimination du produit s'effectue par voie respiratoire. Il n'y a pas de surveillance particulière après l'administration, ce qui rend le produit particulièrement intéressant dans une prise en charge ambulatoire. Des effets indésirables surviennent dans moins de 10 % des cas, qui cessent dès l'arrêt de l'inhalation : excitation paradoxale avec agitation motrice, euphorie, sensation onirique ou vertigineuse, paresthésies péribuccales ou des extrémités à type de picotement, nausées ou vomissements. Le coût d'utilisation de cette méthode peut être estimé à 15 euros par patiente. Les gaz expirés sont rejetés dans l'atmosphère immédiate du bloc opératoire et peuvent représenter une pollution de l'atmosphère. Le N<sub>2</sub>O détruit la couche d'ozone et appartient à la famille des gaz à effet de serre. L'utilisation du MEOPA nécessite donc une formation théorique de 2 heures pour chaque utilisateur et une formation pratique initiale avant l'utilisation en autonomie.

### **L'analgésie locorégionale**

L'analgésie loco-régionale (ALR) est très utilisée dans le cadre de l'IVG. Différentes techniques ont été décrites, essentiellement le bloc paracervical et l'injection intracervicale isthmique [27]. Compte tenu de son délai d'action court, de l'ordre de 5 minutes, et de sa durée d'action brève, environ 30 minutes, la xylocaïne est la substance la plus utilisée, dans son dosage à 2 %, concentration qui permet une nette diminution des douleurs. L'injection ne

doit pas dépasser 3 mg/kg et 300 mg au total. Elle doit se faire après aspiration pour éliminer un passage vasculaire, et cette aspiration doit être répétée plusieurs fois pendant l'injection. Un possible passage intravasculaire doit être évoqué devant l'apparition de signes neurologiques, dysesthésie péribuccale, acouphènes, goût métallique buccal, troubles visuels, de manière à éviter un passage massif et ses complications cardiaques importantes.

### **Les moyens non médicamenteux**

Il s'agit ici essentiellement de l'hypnose, actuellement en plein essor médical. L'hypnose ericksonienne, en particulier, est devenue depuis quelques années une aide précieuse pour la prise en charge de gestes modérément douloureux. Plusieurs études ont confirmé son efficacité dans le domaine de l'IVG chirurgicale. Elle permet notamment de réduire la consommation des sédatifs lors des gestes sous sédation [28, 29]. Notre expérience de l'hypnose est assez large dans le cadre des gestes gynécobstétricaux peu douloureux, qu'elle soit utilisée seule, ou en association avec une sédation pharmacologique. Le bénéfice, pour les patientes, tient à une limitation des traitements médicamenteux qui facilite la prise en charge ambulatoire, à une amélioration du vécu des patientes, et à l'absence d'effet indésirable. Une formation potentiellement longue est cependant nécessaire, de même qu'une bonne expérience, dans un domaine où la part psychologique de la douleur est importante. Par ailleurs, cette méthode est consommatrice de ressources humaines car elle mobilise totalement le médecin ou le soignant qui la pratique. Hypnose ou pas, dans tous les cas, il reste fondamental d'adopter une attitude de réconfort, d'écoute et d'attention qui permettra de diminuer la composante psychologique de la souffrance de la patiente.

### **Quelles stratégies pour la prise en charge de la douleur ?**

**En cas d'IVG chirurgicale** et d'hospitalisation dans une structure ambulatoire, le succès de la prise en charge de la douleur doit être un objectif majeur. Pour être atteint, cet objectif exige une anticipation, une rigueur de prescription, une adaptation aux cas particuliers et le respect, par la patiente, des consignes données. Schématiquement, la stratégie vise ici à combattre les phénomènes douloureux survenant avant le geste par l'action des dilateurs cervicaux, pendant le geste lors de la dilatation du col et de l'aspiration, et enfin dans le postopératoire.

Il est ainsi recommandé de mettre en place une stratégie antalgique multimodale à débiter au domicile, avant même l'hospitalisation, et à poursuivre dès l'entrée dans la structure. Cette stratégie est élaborée dès la consultation préopératoire [30]. Outre la prévention de la douleur, la

prescription des traitements de prémédication, il s'agira ici d'informer, d'expliquer le geste et les modalités choisies de l'anesthésie.

L'ALR est utilisée par la grande majorité des équipes qui pratiquent des IVG. Pratique sûre et efficace, elle permet, faut-il le rappeler, par rapport à l'anesthésie générale, une diminution de la mortalité, des complications et du coût. Il s'agit classiquement du *Bloc Para Cervical* (BPC), dont la réalisation est assez aisée, et l'efficacité très appréciable. Comparé au placebo, il diminue de 2 à 3 points sur 10 la douleur abdominale pendant l'intervention, et il permet une analgésie dans le postopératoire immédiat [31]. L'efficacité sur la douleur dans les heures qui suivent cette intervention est moins évidente. Toutes les études ne retrouvent cependant pas ce bénéfice en termes de douleurs, le confort permis est rarement parfait lors de l'intervention, et l'on peut penser que le BPC n'apporte pas de bénéfice net pour environ un tiers des patientes, sur la prévention de douleurs considérées comme sévères [24, 27].

L'injection *intracervicale* profonde de lidocaïne reste également très utilisée, et certaines études semblent avoir démontré qu'elle permettait de diminuer significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente [24]. À l'inverse, en 2007, une étude prospective en simple aveugle réalisée sur une population de 249 patientes, réparties en 2 groupes selon le type d'ALR réalisée, BPC OU IIC, nous avait permis d'arriver à des conclusions inverses. Si la douleur lors de la dilatation ne différait pas significativement d'un groupe à l'autre, comme le taux de satisfaction globale des patientes, la douleur lors de l'injection de l'anesthésique était significativement plus faible en cas de BPC, et le recours postopératoire aux analgésiques significativement moins fréquent. Ce travail nous a conduits à ne plus utiliser que le BPC comme technique d'ALR [32].

Quoi qu'il en soit, l'ALR, utilisée seule, ne semble donc pas donner entière satisfaction, ce qui amène à y adjoindre d'autres moyens médicamenteux. Les AINS permettent d'améliorer nettement les scores de douleurs pré- et postopératoires (24), et doivent être, dès que possible, utilisés en prise parentérale (suppositoire ou intraveineux) pour optimiser leur délai d'action [33]. La conséquence potentielle des AINS sur l'hémostase n'a pas été spécifiquement étudiée dans les IVG, mais leur utilisation régulière par beaucoup d'équipes, y compris la nôtre, ne semble pas s'accompagner d'une augmentation de l'incidence des troubles hémorragiques lors des aspirations chirurgicales. Par ailleurs, la prise d'AINS a été accusée d'entraver l'efficacité des molécules utilisées avant le geste chirurgical, et en particulier le misoprostol, les AINS bloquant la synthèse d'une enzyme intervenant qui joue un rôle dans la fabrication de prostaglandine. Il semble bien que cette association ne soit pas nuisible, peut-être parce que le délai séparant la prise de misoprostol et d'AINS minimise

les interactions entre l'un et l'autre, mais aussi parce que les AINS ne bloquent pas un analogue exogène de prostaglandine [34, 35]. Le paracétamol garde une place non négligeable dans l'analgésie des IVG, notamment dans la prévention des douleurs. Il peut ainsi être proposé aux patientes dans les 48 heures qui précèdent le geste, pour couvrir les effets secondaires de la mifépristone. Il peut aussi être prescrit, en association avec les AINS, dès l'arrivée de la patiente lors de son hospitalisation.

Dans la mesure où le recours à des molécules à courtes durées d'action semble logiquement devoir être ici privilégié, l'association paracétamol/kétoprofène peut apparaître comme la base de la prise en charge de la douleur des IVG.

Le tramadol et la codéine n'ont pas véritablement été étudiés dans cette indication précise, mais ils peuvent être utilisés en seconde intention, quand l'EVA, après la prise de paracétamol et d'AINS, reste supérieure à 30/100, en postopératoire. En pratique, peu de patientes y ont recours, mais la réévaluation systématisée de l'EVA permet à celles qui le nécessitent d'en bénéficier.

L'utilité des antispasmodiques n'est plus à démontrer et ils peuvent être prescrits largement sous la forme la plus adaptée, en particulier en prémédication, dès que les contractions utérines engendrées par la mifépristone apparaissent.

L'association de MEOPA, du recours à l'hypnose ou à d'autres approches comme la musicothérapie [27] permet très certainement de parfaire la qualité de la prise en charge de la douleur dans le cadre de l'IVG. Il s'agit cependant de techniques qui n'ont pas été validées à grande échelle, et qui restent souvent privilégiées, par telle ou telle équipe, sur la base de leur ressenti subjectif. Cependant, une étude prospective, contrôlée, en simple aveugle, randomisée et en intention de traiter a été réalisée en 2010 dans notre structure sur une population de 190 patientes ayant bénéficié d'une IVG sous anesthésie loco-régionale. Par rapport au placebo, l'utilisation de MEOPA permet de diminuer significativement, de 2 à 3 points sur 10, la douleur lors de la dilatation (3,78 vs 5,89) et lors de l'aspiration (4,63 vs 7,45), ainsi que le niveau d'anxiété ressentie (4,16 vs 6,47). Les patientes jugent plus souvent le geste indolore ou peu douloureux (56 vs 24 %), et la demande d'antalgiques en postopératoire est moindre (55 vs 72 %). Au total, 85 % des patientes qui ont bénéficié du MEOPA souhaiteraient recourir à la même procédure si elles devaient pratiquer une autre IVG, alors qu'elles ne sont que 69 % quand elles étaient dans le groupe placebo [36]. Il est intéressant de noter que le MEOPA semble efficace à la fois sur la douleur et l'anxiété, ces deux éléments étant bien entendu intimement liés ici. Quelques travaux ont d'ailleurs bien démontré que plus le niveau d'anxiété avant et pendant le geste était élevé, plus celui-ci était ressenti de manière douloureuse [37, 38].

En théorie, la patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles, anesthésie

générale (AG) ou ALR, et le choix lui revient. Force est de constater que l'accès à l'AG n'est pas toujours possible, aujourd'hui en France, dans le cadre de l'IVG. Pourtant, cette AG est recommandée quand il existe un risque élevé de douleurs intenses [24] : jeune âge, peur de l'acte, existence d'un utérus fortement rétroversé, antécédents de dysménorrhée majeure, grossesses les plus précoces et les plus avancées, hypoplasie cervicale, antécédents de conisation sont des circonstances où l'AG est volontiers le moyen le plus efficace pour que le geste soit vécu de manière acceptable. Seront utilisés ici des anesthésiques à courte durée d'action. L'AG serait associée à une perte sanguine significativement plus importante [27].

Les méta-analyses déjà citées ont comparé l'AG, la sédation pharmacologique où la patiente reste faiblement consciente tout en maintenant une ventilation spontanée et des réflexes laryngés protégeant les voies aériennes, et les techniques d'ALR. Elles semblent montrer que l'association ALR/sédation, après prémédication par un AINS ou du paracétamol, a une efficacité supérieure à l'AG seule sur les douleurs post-opératoires [33].

Lors de la sortie de la patiente, il est utile de préconiser l'usage, pendant 24 à 48 heures, d'AINS et de paracétamol, voire de tramadol dans les cas les plus douloureux. Il existe des associations paracétamol/tramadol qui semblent intéressantes dans cette circonstance.

### Les IVG médicamenteuses

*A fortiori* dans la mesure où elles sont réalisées de plus en plus en cabinet de ville, sans hospitalisation, les IVG médicamenteuses nécessitent une compréhension et une observance sans faille de la part des patientes. Le praticien doit s'en assurer lorsqu'il prescrit les molécules antalgiques. Idéalement, un protocole écrit sera remis à la patiente, pour lui permettre d'évaluer elle-même l'intensité de ses douleurs et y répondre de façon croissante et adaptée. Les formes orales des molécules déjà citées sont à préférer, mais la forme suppositoire peut être nécessaire en cas de nausée iatrogène après la prise de mifeprostone. Le paracétamol et les antispasmodiques constituent les traitements de première intention. Un antiémétique peut être associé pour améliorer la tolérance des médicaments prescrits. Les AINS et le tramadol (ou l'association paracétamol/tramadol) complèteront, après auto-évaluation, l'arsenal antalgique. Malgré le recours aux antalgiques, la douleur reste la conséquence la moins tolérée d'une IVG médicamenteuse, plus de 20 % des femmes trouvant l'intensité des douleurs intolérables [39, 40].

**Au total**, un des problèmes majeurs de la question de la douleur dans la prise en charge des IVG reste bien la quasi-absence d'études bien conduites d'évaluation des thérapeutiques modernes. Grâce à son « expérience », chaque centre a ainsi souvent développé, selon ses propres

critères et ses propres contraintes, une « façon de faire ». Néanmoins, l'utilisation raisonnée et intuitive de molécules déjà bien connues permet un soulagement quasi constant des patientes. Pour le moins, quelle que soit la méthode d'IVG utilisée, il nous semble possible de recommander que soit écrit, pour chaque structure ou pour chaque cabinet, un protocole complet et adapté de prise en charge de la douleur. Celui-ci doit recevoir l'assentiment de l'ensemble des intervenants, être réévalué régulièrement, et modifié si besoin, notamment en fonction du retour d'expérience. Des objectifs d'EVA ou EVN peuvent y être fixés, les molécules y être décrites clairement, les posologies adaptées au poids et éventuellement au terrain des patientes, les contre-indications rappelées pour être éliminées avant toute prise. Il est également important d'y mentionner les informations sur la conduite à tenir en cas d'échec du protocole, et les coordonnées des intervenants auxquels pourront faire appel la patiente ou le personnel utilisant ces protocoles.

Les **équipes médicales et psychosociales** qui gèrent les IVG, souvent depuis de nombreuses années, accordent de fait, parce que c'est leur évidence quotidienne, une place majeure à **l'accompagnement psychologique des femmes et la prise en charge de la douleur**. Ces deux objectifs vont de pair et n'ont d'autre sens que de leur permettre de négocier au mieux ce qui reste toujours un événement délicat à vivre. Les moyens utilisés pour tenter d'atteindre ces objectifs restent souvent avant tout basés sur la compassion, l'humanisme, et une logique médicale assez empirique. Il est à espérer que les années à venir permettront de conserver, voire d'étendre les ressources humaines mises à disposition pour cela, et de voir la recherche scientifique éclairer d'un jour nouveau un domaine trop longtemps resté dans l'ombre.

**Conflits d'intérêts :** aucun.

### Références

1. Coleman PK. Abortion and mental health : quantitative synthesis and analysis of research published 1955-2009. *Br J Psychiatry* 2011 ; 199 : 180-6.
2. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, *et al.* Abortion and long-term mental health outcomes : a systemic review of the evidence. *Contraception* 2008 ; 78 : 436-50.
3. Major B, Appelbaum M, Beckman L, *et al.* Abortion and mental health : Evaluating the evidence. *Am Psychol* 2009 ; 64 : 863-90.
4. Kmietowicz Z. Abortion does not increase mental health problems in women, shows review. *BMJ*. 2011 ; 343 : d845.
5. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, *et al.* Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011 ; 364 : 332-9.

6. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health : A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med* 2011 ; 72 : 72-82.
7. Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion : review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 2003 ; 58 : 67-79.
8. Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, et al. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders : isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *J Psychiatr Res* 2009 ; 43 : 770-6.
9. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect Sex Reprod Health* 2007 ; 39 : 6-12.
10. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health. *Br J Psychiatry* 2009 ; 195 : 420-6.
11. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 777-84.
12. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion : lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011 ; 43 : 103-9.
13. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety : what's the relationship ? *Soc Sci Med* 2008 ; 67 : 238-52.
14. Cozzarelli C, Sumer N, Major B. Mental models of attachment and coping with abortion. *J Pers Soc Psychol* 1998 ; 74 : 453-67.
15. Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma : cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol* 1999 ; 77 : 735-45.
16. Angela J Taft, Lyndsey F Watson. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women : the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health* 2008 ; 8 : 75.
17. Diana Greene Foster, Heather Gould, Katrina Kimport. How women anticipate coping after an abortion. *Contraception* 2011.
18. Patricia R. Casey. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010 ; 24 : 491-502.
19. Stan Becker, Eva S. Bazant, Carole Meyers. Couples counselling at an abortion clinic : a pilot study. *Contraception* 2008 ; 78 : 424-31.
20. Rachel K. Jones, Ann M. Moore, Lori F. Frohwirth. Perceptions of male knowledge and support among U.S. women obtaining abortions. *Women's Health Issues* 2011 ; 21 : 117-23.
21. Tamian-Kunegel I. Post-abortion counseling. *Contracept Fertil Sex* 1999 ; 27 : 544-7.
22. Guirimand F, Le Bars D. Physiologie de la nociception. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1996 ; 15 (n°7) : 1048-79.
23. Organisation mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève, Suisse ; 1987.
24. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Recommandations professionnelles. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, mars 2001.
25. Benhamou D. Évaluation de la douleur postopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1998 ; 17 (n°6) : 555-72.
26. Fondation Européenne d'Enseignement en Anesthésiologie (FEEA). Pharmacologie en anesthésiologie, 2e édition, 1998.
27. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first-trimester surgical abortion : a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 2010 ; 81 : 372-88.
28. Marc I, Rainville P, Verreault R, et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy : an open randomized preliminary study. *Contraception* 2007 ; 75 : 52-8.
29. Marc I, Rainville P, Masse B, et al. Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination : an open randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2008 ; 199 : 469.e1-469.e9.
30. Chauvin M. State of the art of pain treatment following ambulatory surgery. *Eur J Anaesthesiol Suppl.* 2003 ; 28 : 3-6.
31. Tangsiriwatthana T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Paracervical local anesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009 ; 1 : CD005056.
32. Ambassa Mballa N. Bloc Paracervical versus injection intracervicale dans la prise en charge de la douleur au cours de l'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecine, Université de Lille 2, 2007.
33. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy : a systematic review. *Contraception* 2011 ; 83 : 116-26.
34. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage : population based cohort study. *BMJ* 2003 ; 327 : 368-72.
35. Nielsen GL, Sørensen HT, Larsen H, Pedersen L. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs : Population based observational study and case-control study. *BMJ* 2001 ; 322 : 266-70.
36. Werquin A. Intérêt du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote au cours des IVG par aspiration sous anesthésie locale. Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Médecine, Université de Lille 2, 2011.
37. Kan A.S. Caves N, Wong SY, Ng EH, Ho PC. A double-blind, randomized controlled trial on the use of a 50 : 50 mixture of nitrous oxide/oxygen in pain relief during suction evacuation for the first trimester pregnancy termination. *Hum Reprod* 2006 ; 21 : 2606-11.
38. Pud D, Amit A. Anxiety as a predictor of pain magnitude following termination of first-trimester pregnancy. *Pain Med* 2005 ; 6 : 143-8.
39. Schaff EA, Eisinger SH, Stadius LS, Franks P, Gore BZ, Poppema. Low dose Mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contracept* 1999 ; 59 : 1-6.
40. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a prospective study of 443 patients. *Gynecol Obstet Fertil* 2005 ; 33 : 220-227.