Ne plus avoir à simplement endurer

Des options concrètes pour prévenir et soulager la douleur, avec un choix éclairé pour chaque femme.

Gynéco sans douleur demande que la douleur soit anticipée, que les options adaptées soient expliquées et réellement accessibles, et que chaque femme puisse choisir avec son équipe soignante ce qui lui convient, sans pression pour accepter ou refuser un médicament.

Les possibilités existent

Selon le geste et la situation, une anesthésie locale, certains médicaments ou une sédation peuvent être discutés. Des techniques moins douloureuses peuvent aussi améliorer le soin. Une méthode efficace pour une intervention ne l’est pas nécessairement pour une autre. Aucune option ne garantit l’absence totale de douleur.

Le choix fait partie du soin

La discussion devrait préciser les bénéfices attendus, les risques, les contre-indications, la disponibilité et les solutions de rechange. La personne doit pouvoir signaler sa douleur, demander une pause et discuter d’un autre plan si le soulagement est insuffisant.

Les mesures de confort peuvent compléter le soin si elles sont souhaitées. Elles ne doivent pas remplacer automatiquement des moyens de soulagement adaptés ni servir à demander à une personne de simplement endurer.

Une mobilisation concrète

Nous souhaitons que le soulagement de la douleur fasse partie des soins, pas d’une demande qu’il faut oser faire. La démarche vise aussi une organisation réaliste pour les équipes et un accès équitable aux soins.

gynecosansdouleur.ca
contact@gynecosansdouleur.ca

Information générale et position citoyenne. Ce document n’est ni un protocole de soins ni une validation clinique professionnelle. Les pages historiques du dossier sont conservées après ce complément.

Ce que montrent les études

Stérilet : une anesthésie locale peut aider

Un essai randomisé de 2018 auprès de 64 femmes n’ayant jamais accouché a observé une douleur médiane de 33/100 à la pose avec un bloc paracervical, contre 54/100 sans bloc paracervical (geste simulé). Les deux groupes recevaient une petite anesthésie au site de la pince. L’injection peut elle-même être douloureuse. Le résultat ne garantit pas le même bénéfice pour chaque personne. [1]

Biopsie de l’endomètre : une piste en consultation

Un essai de 2022 auprès de 123 participantes a étudié un bloc paracervical avec une attente d’une ou trois minutes. Le contrôle de la douleur était meilleur que dans les groupes comparateurs étudiés. C’est un résultat pertinent pour la faisabilité, pas une démonstration d’économies ni d’absence d’effet sur les délais d’accès. [2]

Hystéroscopie : la technique compte aussi

Une revue de sept essais publiée en 2020 a trouvé que la vaginoscopie, réalisée sans spéculum ni pince dans les situations appropriées, réduisait en moyenne la douleur, la durée du geste et les malaises vagaux par rapport à la technique comparée. Elle ne dispense pas de discuter du soulagement. [3]

Une autre méta-analyse de 2020 a trouvé une diminution moyenne de la douleur avec l’anesthésie locale durant l’hystéroscopie. Les protocoles étudiés étaient hétérogènes. [4]

Le gaz : des résultats propres au geste

Un essai de 2026 en hystéroscopie opératoire ambulatoire a trouvé moins de douleur avec le protoxyde d’azote. Ce résultat ne prouve pas son efficacité pour tous les soins gynécologiques ni sa rentabilité au Québec. L’équipement, la formation et la surveillance comptent. [5]

Recherche ciblée, non exhaustive, parmi les publications des dix dernières années. Les revues récentes peuvent regrouper des essais plus anciens. L’effet moyen, la satisfaction et la réussite technique sont des résultats différents. Aucune posologie d’automédication n’est proposée.

Soulager et préserver l’accès aux soins

Faut-il choisir entre soulager une patiente et recevoir les suivantes?

La pression sur les rendez-vous et les ressources est réelle. Mais présenter le soulagement et l’accès comme systématiquement incompatibles ne reflète pas toutes les options. Certaines améliorations du geste ou de l’organisation peuvent contribuer aux deux objectifs. Cela doit être évalué, pas présumé.

Des pistes concrètes, sans promesse excessive

Adapter la technique : la revue sur la vaginoscopie constate à la fois moins de douleur et des gestes plus courts. Elle ne mesure pas directement les délais d’attente ou les diagnostics de cancer. [3]

Offrir des options en clinique : les blocs locaux peuvent être envisagés pour certains soins sans recourir systématiquement à une anesthésie générale. Ils demandent néanmoins des compétences, du matériel et une capacité à gérer les effets indésirables. [1, 2, 4]

Organiser un recours si nécessaire : certaines personnes ou interventions justifient davantage de temps, une sédation ou un autre milieu de soins. L’option la moins coûteuse ne doit pas être imposée au détriment du consentement ou de la sécurité.

Ce qu’on ne peut pas affirmer

Les études retenues ne démontrent pas que mieux soulager n’aura jamais d’effet sur les délais, ni que le nombre de diagnostics de cancer restera identique. Elles ne permettent pas non plus de chiffrer une économie pour le Québec. Une revue économique favorise le contexte ambulatoire pour certains coûts, mais signale aussi davantage de douleur postopératoire : l’économie seule n’est pas un indicateur suffisant. [6]

Mesurer le parcours complet

Un projet pilote pourrait suivre ensemble : douleur, effets indésirables, choix et sentiment de contrôle, actes interrompus ou repris, temps total, récupération, délais d’accès et coûts. Cette proposition d’évaluation est une piste organisationnelle, pas un résultat d’étude.

Notre position : améliorer l’accès aux soins et offrir un soulagement adapté sont deux objectifs à poursuivre ensemble. Les économies ne doivent pas reposer sur l’obligation d’endurer.

Ailleurs : des possibilités documentées

Suisse : un exemple hospitalier

Les Hôpitaux universitaires de Genève indiquent que certaines hystéroscopies diagnostiques peuvent être réalisées avec du MEOPA, mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote à effet analgésique et anxiolytique. Ce service documenté ne représente pas toutes les pratiques suisses.

Source : HUG, information patient sur l'hystéroscopie diagnostique

Royaume-Uni : le choix du cadre de soins

Le RCOG présente la possibilité d'une hystéroscopie sous anesthésie générale ou régionale, ou sous sédation dans un autre cadre que la consultation. Il rappelle la possibilité de demander l'arrêt du geste. Une information professionnelle ne prouve pas un accès uniforme partout.

Source : RCOG, Outpatient hysteroscopy

États-Unis : un plan individualisé

Le consensus ACOG de 2025 recommande une discussion individualisée des options pour les procédures cervicales et utérines en cabinet. Il est distinct d'un essai clinique et ne garantit pas la disponibilité de chaque option.

Source : ACOG, Clinical Consensus no 9 (2025)

Ce que nous proposons au Québec

S'inspirer de ces possibilités, les adapter aux ressources et compétences locales et mesurer ensemble douleur, sécurité et accès. Il ne s'agit pas de dire qu'aucune de ces options n'existe au Québec, ni de promettre zéro douleur ou aucun effet sur les délais.

Exemples institutionnels consultés le 13 novembre 2026. Ils complètent les études, sans remplacer une validation clinique professionnelle.

Sources et portée de la mise à jour

[1] Mody et coll. (2018). Paracervical Block for Intrauterine Device Placement Among Nulliparous Women. Essai randomisé.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30095776/

[2] Effectiveness of paracervical block in endometrial sampling procedures (2022). Essai randomisé.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35894487/

[3] De Silva et coll. (2020). Vaginoscopy for office hysteroscopy. Revue systématique et méta-analyse.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32645643/

[4] De Silva et coll. (2020). Local anaesthesia for office hysteroscopy. Revue systématique et méta-analyse.
https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.062

[5] Nitrous Oxide for Pain Management in Office Hysteroscopy (2026). Essai randomisé.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41955620/

[6] Bennett et coll. (2019). Effectiveness of Outpatient Versus Operating Room Hysteroscopy. Revue systématique et méta-analyse.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30528838/

Recommandation professionnelle complémentaire

ACOG, Clinical Consensus no 9 (2025) : discussion des options de prise en charge de la douleur pour les procédures cervicales et utérines en cabinet. Ce consensus est distinct des essais ci-dessus.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40373312/

Portée : complément ajouté aux deux dossiers généraux. Les documents déjà envoyés ne sont pas réexpédiés automatiquement. Les ressources propres aux autres parcours et les trousses ne deviennent pas, par cet ajout, des protocoles cliniquement validés.