Évaluation de l'aptitude des sages-femmes à délivrer une information adaptée concernant l'automédication de la femme enceinte

Mélissa Levy

▶ **To cite this version:**

Mélissa Levy. Évaluation de l'aptitude des sages-femmes à délivrer une information adaptée concernant l'automédication de la femme enceinte. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617812

HAL Id: dumas-00617812

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617812

Submitted on 30 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

EVALUATION DE L'APTITUDE DES SAGES-FEMMES A DELIVRER UNE INFORMATION ADAPTEE CONCERNANT L'AUTOMEDICATION DE LA FEMME ENCEINTE

Mémoire soutenu le 18 Mai 2011

Par Mélissa LEVY
Née le 20/08/1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2011

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

EVALUATION DE L'APTITUDE DES SAGES-FEMMES A DELIVRER UNE INFORMATION ADAPTEE CONCERNANT L'AUTOMEDICATION DE LA FEMME ENCEINTE

Mémoire soutenu le 18 Mai 2011

Par Mélissa LEVY
Née le 20/08/1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2011

Je remercie les membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Madame le Dr Danielle TOURNADRE, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble ;

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble ;

Madame Laurence PERRU, Sage-femme Cadre au CH d'Annecy ;

Je remercie plus particulièrement :

Monsieur le Dr Maxime DETAVERNIER, Pharmacien Assistant Spécialiste du Département Pharmacie au CHU de Grenoble, directeur de ce mémoire,

Pour ses connaissances, sa participation à mes recherches bibliographiques, sa disponibilité et son soutien ;

Madame Claire BAUDON, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,

Pour la guidance de ce mémoire ;

Madame Claudine MARTIN, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,

Pour sa participation à mes recherches bibliographiques ;

Les sages-femmes libérales, hospitalières et du secteur privé des départements de l'Isère et de l'Ille-et-Vilaine,

Pour leur participation à cette étude ;

L'ensemble des Etudiants Sages-femmes de Grenoble de la promotion 2006-2011,

Pour leur concours à ce travail et leurs encouragements ;

Je remercie également :

Mademoiselle Manon Dilas, Etudiante Sage-femme à l'Ecole de Grenoble,

Pour sa participation lors de la distribution et du recueil des questionnaires ;

Monsieur Benjamin Bernard-Hervé, Etudiant à l'IRTS de Rennes,

Pour son soutien et sa participation active et motivée à différentes étapes de ce travail ;

Monsieur Francis Lévy, ancien Ingénieur de l'Aviation Civile,

Pour son aide précieuse lors de la rédaction de ce mémoire

TABLE DES MATIERES

LISTES DES ABREVIATIONS 1

INTRODUCTION 2

MATERIEL ET METHODES 4

Etude 4
Population 4
Moyens 4
Lieu et durée de l'étude 4
Critères de jugement 4
Analyse statistique 5

RESULTATS 6

1) Population 6
a) Caractéristiques 6
b) Professionnels, futurs professionnels et automédication 6
Fréquence de confrontation à des questions sur les médicaments autorisés 6
Fréquence d'information des patientes sur les risques de l'automédication 6
Réponse aux questions des femmes sur l'automédication 7
c) Connaissances sur le médicament et la grossesse 7
Quelle sont les patientes les plus susceptibles d'avoir recours à l'automédication ? 7
Principal risque médicamenteux en début de grossesse 7
Principal risque médicamenteux après le premier trimestre 8
Rôle du placenta 8
Effets néfastes de certaines thérapeutiques antalgiques pendant la grossesse ... 8
Excipients potentiellement néfastes présents dans les sirops 8
Anxiété, sommeil: passage des benzodiazépines dans le lait maternel 9
2) Objectif principal : Information délivrée, mises en situations cliniques 9
Mesures antalgiques alternatives à des thérapeutiques 9
Troubles digestifs : Reflux gastro-œsophagien 10
Troubles digestifs : Vomissements du 3ème trimestre de grossesse 10

Pathologie hivernale 11
Toux et grossesse 11
Anxiété, troubles du sommeil : thérapeutiques proposées à une femme qui allaite 12
Sevrage tabagique pendant la grossesse 12
3) Information à disposition des professionnels et futurs-professionnels 13
Caractéristiques des sources documentaires 13
Types de sources documentaires 13
Supplément d'information 14
Si oui, sous quelle forme ? 14

DISCUSSION 15

CONCLUSION 21

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 22

ANNEXES 24

Annexe 1: Questionnaire 24
Annexe 2: Tableau des résultats: Population 31
Annexe 3: Tableau des résultats: Connaissances sur le médicament et la grossesse 32
Annexe 4: Tableau des résultats: Information délivrée lors de situations cliniques 33
Annexe 5: Tableau des résultats: Information à disposition des professionnels et futurs-professionnels 34

LISTES DES ABREVIATIONS

e.t = Ecart Type

ESF M2= Etudiant Sage-Femme en 2ème année de Master

DE= Diplôme d'Etat ou Diplômé(e) d'Etat

Fig.= Figure

HAS= Haute Autorité de Santé

AFSSAPS= Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CRAT= Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

AINS= Anti-Inflammatoires Non-Stéroidiens

IPP= Inhibiteur de la Pompe à Protons

DM= Données Manquantes

m= moyenne

n= effectif

T1= 1er trimestre

T3= 3ème trimestre

Ttt= traitement

AA= Anti-Acide

AM= Allaitement Maternel

Cs= Consultation

INTRODUCTION

En pratique, peuvent faire l'objet d'automédication tous les produits dont le principe actif ne figure pas sur une liste (liste I et liste II). L'automédication est aussi définie comme un comportement : *« C'est le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. »*. [1]

Quatre-vingts pour cent des adultes utilisent des médicaments sans avoir recours à une consultation médicale [2] et 18% des Français déclarent souvent s'automédiquer [3], leur motivation principale étant le besoin de soulagement rapide surtout s'il s'agit d'un problème familier pour lequel le médicament est déjà connu. Pratiquée à l'aveugle, en occultant un contexte clinique particulier comme la grossesse, et de façon prolongée, l'automédication peut masquer la possible survenue d'une pathologie parfois grave, et entraîner un retard dans sa prise en charge.

Le marché de l'automédication en France est constitué par des médicaments ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Vendus exclusivement à l'officine, leur prix est libre. On comptait en 2009 environ 260 médicaments de prescription médicale facultative, 18 médicaments à base de plantes et 24 médicaments homéopathiques. En 2010, ce marché a réalisé un chiffre d'affaires de 1,9 milliard d'euros ce qui constitue une hausse de 20% par rapport à 2005. Il représentait 6.4% en valeur et 14,1% en volume du marché total des médicaments [4]. L'automédication a accéléré sa croissance en 2008 suite au déremboursement de nombreuses spécialités et à la mise en place d'un décret autorisant le « libre accès » dans les pharmacies d'officine. Le ministère de la Santé entend ainsi responsabiliser les patients sur leurs problèmes de santé, réduire les dépenses de médicaments, et permettre à certaines consultations de médecine générale d'être évitées.

Dans le cadre de la grossesse, les risques médicamenteux sont liés à l'âge gestationnel [5]. Même si le risque tératogène des médicaments en vente libre disponibles aujourd'hui est faible, ils peuvent entraîner d'autres effets : toxicité organique fœtale, altération de la fonction placentaire, altération du travail,

mauvaise adaptation néonatale à la vie extra-utérine, et effets secondaires maternels.

Chez les femmes enceintes, la prévalence de l'automédication est de 23,3% [6]. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit de médicaments de « confort » avec une prise médicamenteuse effectuée essentiellement pour soulager des céphalées et des troubles digestifs. La classe des antalgiques, représentée principalement par le paracétamol, est la plus consommée. Les antiacides viennent ensuite. On constate plus occasionnellement la prise d'anti-inflammatoires au cours de la grossesse. Il a été montré que 52% des femmes interrogées obtenaient des informations sur les risques de ces médicaments par leur médecin, 25% par leur entourage, 14% par leur sage-femme, 14% par les médias et 1% par leur pharmacien [7].

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les professionnels de santé ont pour devoirs de connaître les médicaments dangereux et de souligner les risques de l'automédication.

Par ce travail de mémoire, nous souhaitons appréhender l'aptitude des sages-femmes et étudiants sages-femmes en dernière année à conseiller les patientes sur la pratique de l'automédication. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer l'information dispensée aux femmes enceintes ou qui allaitent. L'objectif secondaire a été d'étudier les éventuelles différences de prises en charge entre ces professionnels et futurs professionnels.

MATERIEL ET METHODES

Etude

L'étude réalisée est une étude épidémiologique descriptive transversale.

Population

La population, statique, se répartie en deux groupes : l'un représenté par des étudiants sages-femmes en deuxième année de master, et l'autre par des sages-femmes diplômées libérales, hospitalière et du secteur privé.

Le critère d'inclusion est la validation de la totalité du module de pharmacologie nécessaire à l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, tous n'ayant pas eu le même programme de formation selon la période d'études.

Moyens

Chaque professionnel et futur professionnel a été contacté en personne. Un questionnaire écrit anonyme lui a été distribué en main propre. Celui-ci est composé de trois parties. Dans la première, sont abordées des généralités concernant son activité. Dans la seconde partie, plusieurs mises en situations cliniques l'interrogent sur le suivi des femmes enceintes ou qui allaitent et les conseils donnés en termes d'automédication; La dernière partie s'intéresse à l'information dont il dispose sur ce sujet.

Lieu et durée de l'étude

Nous avons choisi notre population au hasard parmi des sages-femmes des départements de l'Isère et d'Ille-et-Vilaine. Les étudiants sages-femmes en deuxième année de master proviennent tous (sauf un) de la promotion 2006-2011 de l'école de Grenoble. Le recueil des questionnaires a débuté le 4 Février 2011 et s'est terminé le 4 Mars 2011.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal a été la mise en application ou non des recommandations de bonnes pratiques disponibles actualisées.

Les critères de jugements secondaires ont été la transmission ou non de l'information la plus appropriée; la connaissance ou non de ces médicaments et de leurs risques ; la possession ou non de documents permettant une réponse optimale.

Analyse statistique

Les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type.

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et les pourcentages.

Nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer les pourcentages, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas de valeur attendue inférieure à 5.

Le seuil de signification retenu était de 5%.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de Statview® pour Windows®.

RESULTATS

Le nombre de questionnaires distribués a été de 75 : 33 aux étudiants sages-femmes en deuxième année de master, et 42 aux sages-femmes diplômées d'Etat. Le nombre de questionnaires récupérés a été de 68 : 31 pour les étudiants, et 37 pour les sages-femmes DE pour qui nous en avons exclu six, non remplis. Finalement, le nombre de questionnaires exploitables retenus a été de 62 : 31 pour chacun des deux groupes.

1) Population

a) Caractéristiques

Les étudiants sages-femmes ayant répondu à notre étude ont pour lieu principal d'activité l'école. Près de la moitié (48%) des sages-femmes interrogées exercent à titre libéral, et 45% dans un établissement public ou privé.

L'âge moyen pour le groupe des étudiants sages-femmes est de 23,2 ans (e.t. 0,9). Il est de 42,6 ans (e.t. 11,7) pour celui des sages-femmes.

b) Professionnels, futurs professionnels et automédication

Fréquence de confrontation à des questions sur les médicaments autorisés

Nous ne constatons pas de différence statistiquement significative ($p>0,7$) : près de la moitié (42%) des étudiants sages-femmes disent être souvent et très souvent confrontés aux questions des femmes enceintes ou allaitant sur les médicaments qu'elles peuvent consommer, contre 65% des sages-femmes.

Fréquence d'information des patientes sur les risques de l'automédication

La différence entre les deux groupes est statistiquement significative ($p<0,01$).

La plupart des étudiants sages-femmes (84%) n'informe que rarement et très rarement les femmes sur le risque médicamenteux. La grande majorité des sages-femmes (55%) les informent souvent et très souvent. **(Fig. 1)**

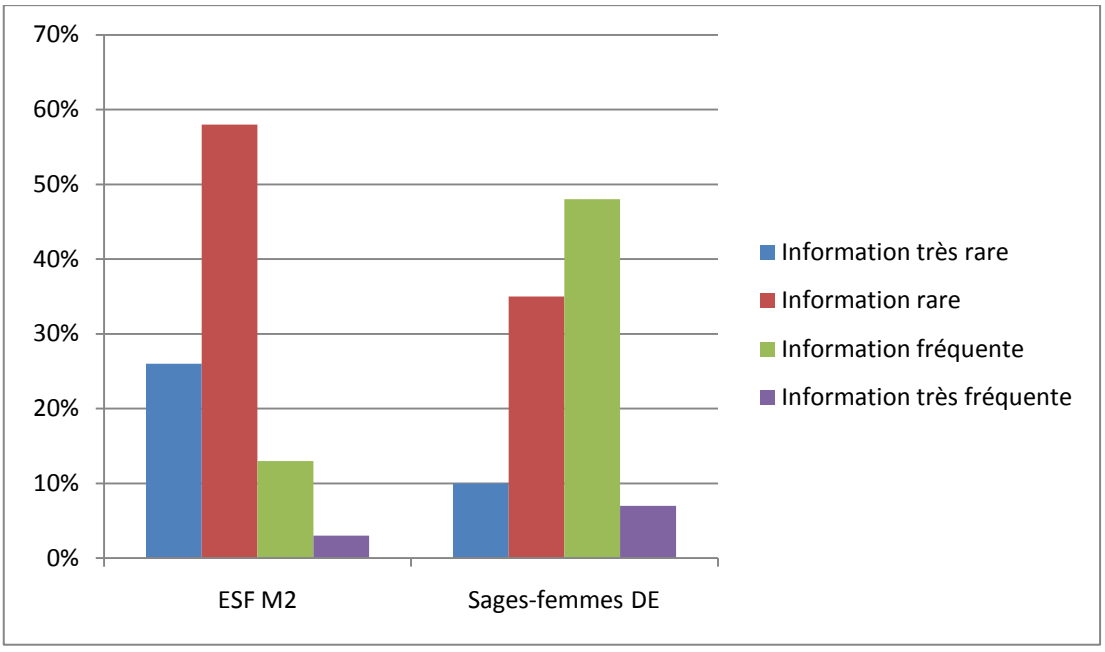

Figure 1 : Fréquence d'information des femmes enceintes ou allaitant sur l'automédication

Réponse aux questions des femmes sur l'automédication

Il y a une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p<0,01$). Elle est difficile et très difficile pour 71% des étudiants sages-femmes contre 32% pour les sages-femmes. Pour 68% d'entre elles cette réponse se fait de manière facile et très facile.

c) Connaissances sur le médicament et la grossesse

Quelle sont les patientes les plus susceptibles d'avoir recours à l'automédication ?

Pour 84% des étudiants sages-femmes, les femmes ayant le plus recours a l'automédication sont les cadres et les professions intellectuelles supérieures. Il en est de même pour 77% des sages-femmes ayant répondu à cette question. Nous notons neuf données manquantes pour le groupe des sages-femmes pour cette question.

Principal risque médicamenteux en début de grossesse

La différence n'est pas statistiquement significative ($p>0,4$). Le risque malformatif a été souligné par 81% des étudiants sages- femmes (19% ne l'ont pas relevé), contre 90% des sages-femmes. Notons que les données manquent pour deux d'entre elles.

Principal risque médicamenteux après le premier trimestre

La différence n'est pas statistiquement significative (p>0,5). Il s'agit de la toxicité pour 77% des étudiants sages-femmes interrogés, contre 97% pour les sages-femmes. Deux d'entre elles n'ont pas répondu à cette question.

Rôle du placenta

La différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes (p>0,1). Quatre-vingt-quatre pour cent des étudiants sages-femmes a répondu que le placenta joue un rôle de filtre entre les circulations maternelle et fœtale contre 97% des sages-femmes. Une des sages-femmes n'a pas répondu à cette question.

Effets néfastes de certaines thérapeutiques antalgiques pendant la grossesse

La différence est statistiquement significative (p<0,03). Un quart des étudiants sages-femmes, contre plus de la moitié des sages-femmes a évoqué un risque hémorragique augmenté.

Dans les deux groupes, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative concernant la citation des risques suivants (1/3 des sujets pour chacun) (p>0,9) : risque de fermeture prématurée du canal artériel chez le fœtus ; risque de toxicité organique ; risque d'accoutumance fœtale.

Nous notons sept données manquantes pour cette question.

Excipients potentiellement néfastes présents dans les sirops

Nous constatons que plus des ¾ des étudiants sages-femmes et plus de la moitié des sages-femmes ont répondu ne pas savoir quels pouvaient être les excipients néfastes composant certains sirops (quatre données manquantes pour les étudiants sages-femmes, et quatre pour les sages-femmes). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,07). Parmi les réponses obtenues, l'alcool a été cité par 30% des sages-femmes, contre 4% des étudiants sages-femmes. **(Fig. 2)**

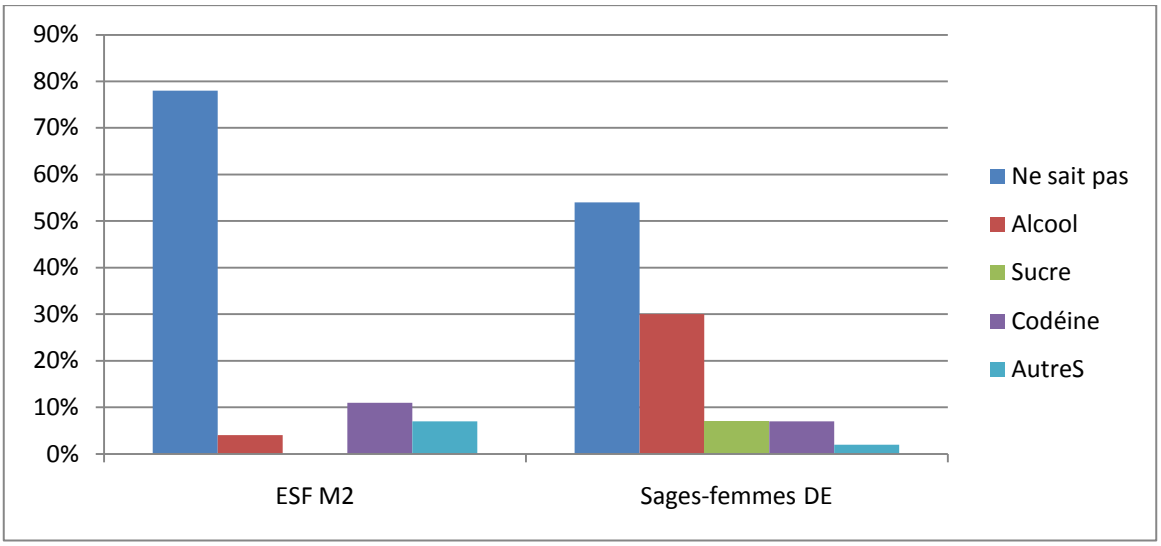

Figure 2 : Excipients potentiellement néfastes présents dans certains sirops

Anxiété, sommeil: passage des benzodiazépines dans le lait maternel

Pour plus des ¾ des étudiants sages-femmes et des sages-femmes diplômées les benzodiazépines passent dans le lait maternel.

2) Objectif principal : Information délivrée, mises en situations cliniques

Douleurs et grossesse : lombalgies au 3ème trimestre de grossesse

Nous ne constatons pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p>0,9). Le paracétamol est conseillé par la totalité des étudiants sages-femmes, et la quasi-totalité des sages-femmes à une patiente présentant des lombalgies.

Trois étudiants ont orienté la patiente vers un AINS (ibuprofène) et l'un d'entre eux lui a également conseillé un médicament associant paracétamol et codéine. Un deuxième étudiant conseille aussi l'association paracétamol-codéine. Une sage-femme a recommandé un AINS à la patiente.

Mesures antalgiques alternatives à des thérapeutiques

L'orientation de la patiente a été semblable dans les deux groupes : la quasi-totalité (97%) des sujets lui a proposé des alternatives aux médicaments pour soulager ses lombalgies.

-Ils ont majoritairement orienté (les ¾) la patiente vers un kinésithérapeute, un ostéopathe ou encore vers un acupuncteur ;

-un tiers lui a conseillé des massages et des soins locaux ;

-Un tiers a préconisé un travail sur les positions antalgiques ;

-La piscine n'est que très rarement proposée (environ 15% dans les 2 groupes).

Troubles digestifs : Reflux gastro-œsophagien

D'une manière équivalente, plus de la moitié des étudiants sages-femmes et des sages-femmes oriente les patientes vers des anti-acides anti-reflux.

Les anti-acides d'action locale sont peu conseillés par l'ensemble de la population interrogée (1/4 des sages-femmes contre 3% des étudiants).

Aucun des sujets ne conseille des anti-histaminiques de type H2 ou des inhibiteurs de la pompe à protons.

Notons que plus de 80% des étudiants sages-femmes et des sages-femmes préconise en première intention une ou plusieurs mesures d'hygiène de vie (pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes, $p>0,7$) : Eviction alimentaire (aliments acides, gras, épicés, excitants) pour plus de la moitié d'entre eux ; repas légers et fractionnés pour environ la moitié d'entre eux ; position verticale à favoriser pour également la moitié d'entre eux.

Troubles digestifs : Vomissements du 3ème trimestre de grossesse

L'ensemble des deux groupes préfère déconseiller le Donormyl® à une patiente présentant des vomissements au troisième trimestre de sa grossesse. Nous constatons une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p<0,01$) quant au choix de prescrire un antiémétique, et quant à celui d'orienter la patiente vers un médecin. Moins de la moitié des étudiants sages-femmes préconise une consultation médicale, alors que 87% des sages-femmes la conseille. (Une donnée est manquante) **(Fig.3)**

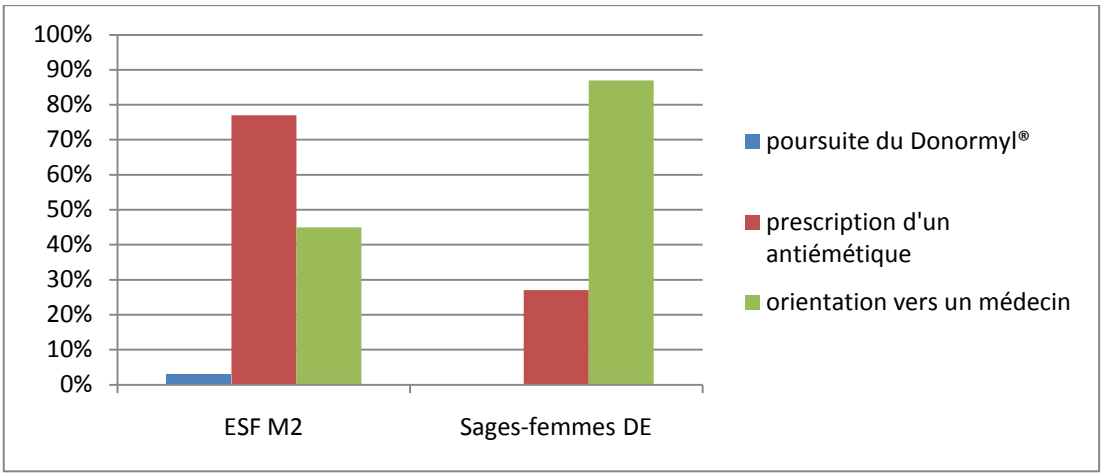

Figure 3 : Prise en charge de vomissements du troisième trimestre de grossesse

Pathologie hivernale

Il y a autant d'étudiants sages-femmes et de sages-femmes (71%) qui proposent aux femmes enceintes un pulvérisateur nasal d'eau de mer et des comprimés homéopathiques afin de soigner un rhume.

Seize pour cent des étudiants sages-femmes leur conseille un vasoconstricteur (pulvérisateur nasal ou comprimés décongestionnant). Aucune des sages-femmes ne leur propose. La différence n'est pas statistiquement significative ($p>0,05$).

Toux et grossesse

La différence n'est pas statistiquement significative ($p>0,9$). Un peu moins de 40% des étudiants sages-femmes pensent que Fluisédal® est un sirop antitussif contre-indiqué pendant la grossesse. Pour plus de 40% des sages-femmes c'est Thiopectol®, contre 19% des étudiants sages-femmes. **(Fig.4)**

Nous constatons 17 données manquantes pour cette question (5 dans le groupe des étudiants sages-femmes, et 12 pour celui des sages-femmes).

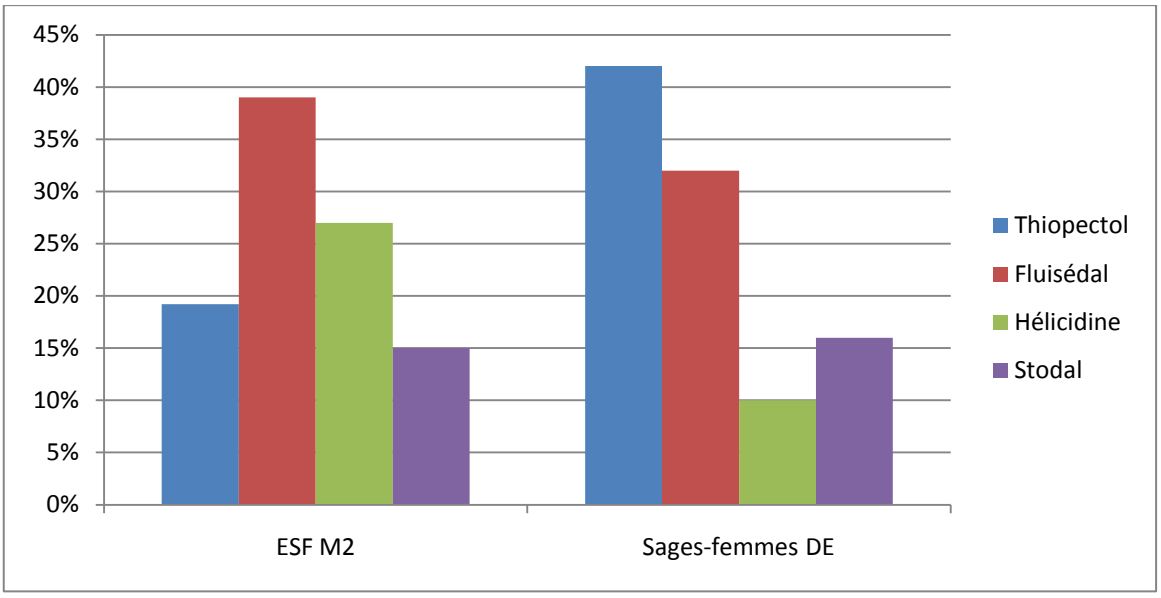

Figure 4 : Réponse à la question « Quel est le sirop contre-indiqué pendant la grossesse ? »

Anxiété, troubles du sommeil : thérapeutiques proposées à une femme qui allaite

Nous ne constatons pas de différence significative entre les deux groupes (p>0,4) :

-la totalité des sages-femmes déconseille la reprise des benzodiazépines à une femme qui allaite, ainsi que 97% des étudiants ;

-Les ¾ des étudiants et les 2/3 des sages-femmes ont orienté la patiente vers un traitement homéopathique. Les proportions sont les mêmes en ce qui concerne la phytothérapie (Euphytose, Tranquital, millepertuis, tisane…).

Sevrage tabagique pendant la grossesse

La totalité de la population interrogée envisage de proposer un substitut nicotinique à une patiente enceinte qui projette d'arrêter le tabac. Environ la moitié des étudiants sages-femmes leur conseillent des gommes à mâcher, des patches et les orientent vers un tabacologue contre 1/4 des sages-femmes, et la différence est statistiquement significative (p<0,04). **(Fig.5)**

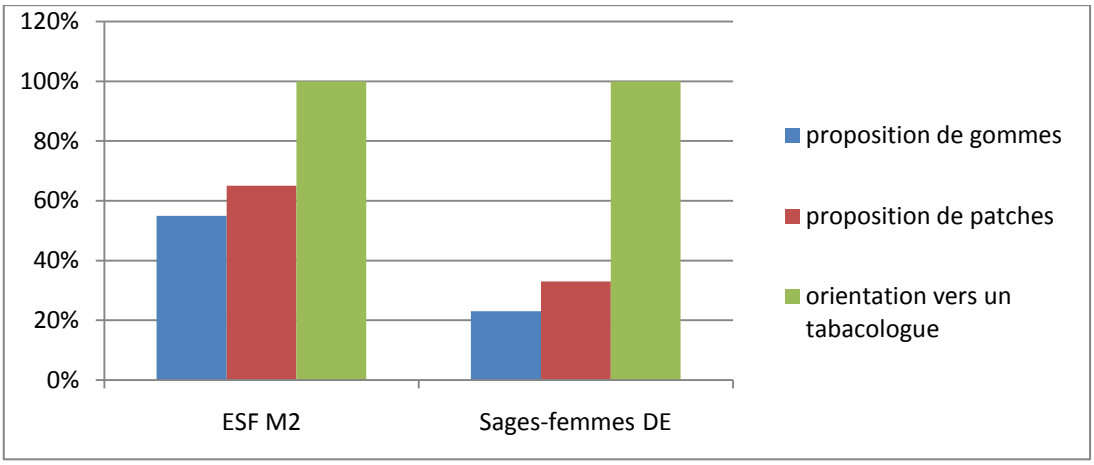

Figure 5 : Sevrage tabagique au cours de la grossesse

3) Information à disposition des professionnels et futurs-professionnels

Caractéristiques des sources documentaires

Les deux groupes déclarent avoir accès à des sources documentaires plutôt appropriées, plutôt actualisées et plutôt validées afin de répondre le plus correctement possible aux questions des patientes sur l'automédication.

Types de sources documentaires

Nous constatons que dans les deux groupes, les principaux types de sources documentaires consultés sont les ouvrages de référence (Vidal,…) et les bases de données (site internet du C.R.A.T., …). Les étudiants sages-femmes ont déclaré ensuite faire appel au centre régional de pharmacovigilance et d'information sur les médicaments, et avoir largement recours à leur cours et notes personnels. Il en a été de même pour les sages-femmes mais dans une moindre mesure. En revanche, une faible proportion de ces-dernières a déclaré consulter des publications originales de périodiques, contre aucun des étudiants. **(Fig. 6)**

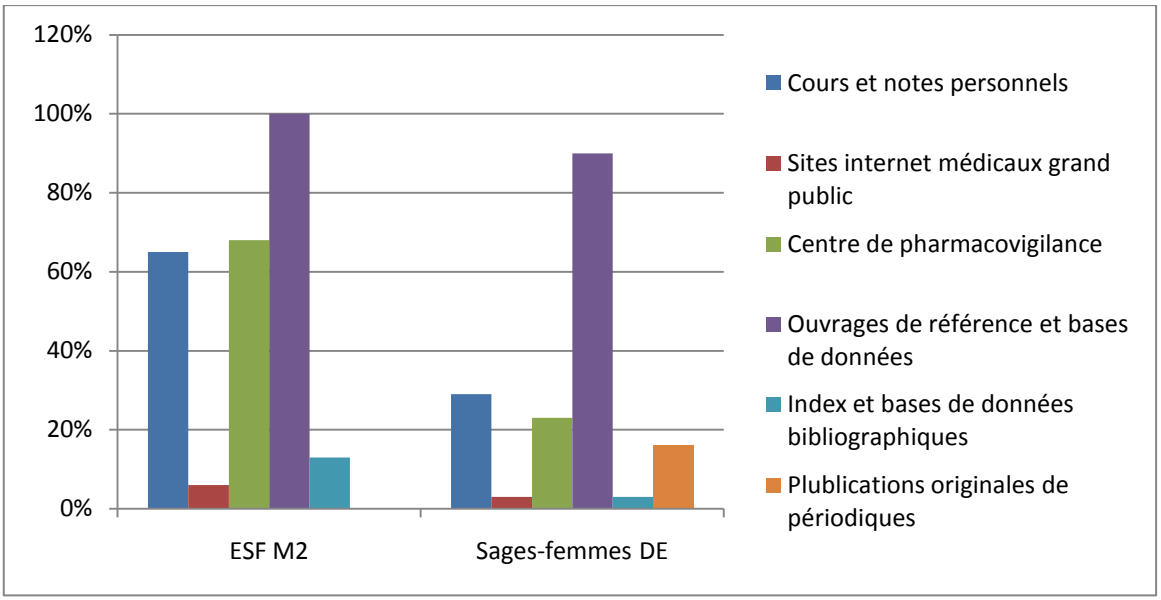

Figure 6: Types de sources documentaires consultées

Supplément d'information

D'une manière équivalente, 90% des étudiants sages-femmes et des sages-femmes diplômées déclarent vouloir un supplément d'information au sujet de l'automédication chez la femme enceinte ou qui allaite.

Si oui, sous quelle forme ?

D'une manière générale, les 2 groupes choisissent un supplément d'information sous forme de brochure à distribuer aux patientes, et de support papier type livre de poche à leur intention.

DISCUSSION

A travers l'exploration de diverses situations cliniques, nous nous sommes intéressés à l'aptitude spontanée des professionnels à répondre à des questions du quotidien des femmes enceintes ou qui allaitent sur différentes spécialités d'automédication, en réfléchissant aux problématiques posées par un contexte clinique particulier. Nous n'avons pas pu être exhaustifs quant aux propositions de réponses: nos items imposaient un certain schéma de prises en charge faisant appel aux médicaments d'automédication, au détriment d'autres alternatives. Des biais de compréhension et de sélection (non-réponse) peuvent être imputés à la longueur de notre questionnaire écrit. Bien que le taux de réponse ait été bon il est difficile d'être représentatif, les 31 étudiants interrogés faisant partie (sauf un) de la même promotion à l'école de Grenoble, leur formation initiale étant identique. Nous avons obtenu une plus grande diversité en ce qui concerne les 31 sages-femmes diplômées, puisque les âges, formations initiales, départements et lieux d'activité étaient variés. Notons que, dans le premier groupe, l'âge moyen est de 23 ans et la majeure partie du temps passé à l'école. Face aux patientes, la responsabilité est moindre puisque partagée avec la sage-femme encadrante. Dans le second, l'âge moyen est le double, la formation initiale plus lointaine mais aussi plus étoffée par l'expérience et la formation continue. Devant ces différences, leur comparaison n'a eu qu'un but informatif dans notre étude.

Dans notre travail, nous avons montré que la demande d'information des patientes est réelle, or une femme sur deux seulement recevrait une information sur le médicament et la grossesse [6]. Les réponses à disposition (médias, entourage,…) ne sont pourtant pas toujours fiables. Bien que le profil social des patientes ayant le plus recours à l'automédication ait été bien cerné par tous, c'est-à-dire les patientes ayant un niveau d'études supérieur à la population générale [8], nous constatons que la plupart des étudiants (84%) les informe peu et difficilement à la différence des sages-femmes plus confrontées et sollicitées, qui évoquent plus régulièrement et facilement ce sujet. Cela peut s'expliquer par leur expérience professionnelle plus importante, les données acquises devant être mises à jour pour ne pas être erronées. D'une manière générale, le message diffusé concernant la pharmacologie

en cours de grossesse est correct, puisque tous sont capables d'éclairer la patiente sur le rôle de filtre de la barrière fœto-placentaire, et sur le risque d'abord malformatif puis toxique pour le fœtus [9,10].

En ce qui concerne la prise en charge des patientes en fonction de pathologies spécifiques, nos observations pour répondre à notre objectif principal sont rassurantes bien qu'à nuancer, et l'information donnée parfois très différente entre les deux groupes.

Pour le traitement d'une douleur, l'ensemble des individus interrogés a répondu de manière aisée, adaptée et similaire, probablement parce que les antalgiques représentent la classe pharmaceutique la plus consommée par les femmes enceintes [11]. Ils conseillent généralement à une patiente enceinte algique d'une part de recourir selon la localisation de sa douleur à des mesures comme la kinésithérapie (la piscine n'est que peu conseillée contrairement aux recommandations de l'HAS [12]), et de prendre du paracétamol, médicament de choix pour soulager une douleur ou de la fièvre [13]. Nous relevons tout de même cinq réponses inappropriées : une sage-femme et quatre étudiants sages-femmes lui ont proposé des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de la codéine, dont la distribution moindre en pratique par rapport au paracétamol peut engendrer une mémorisation insuffisante des effets, suivie d'un conseil inadapté. En France, début 2009, l'AFSSAPS a alerté les professionnels de santé sur les risques fœtaux des AINS à partir du sixième mois de grossesse : hypertensions artérielles pulmonaires avec fermeture prématurée du canal artériel ; hémorragies intra-crâniennes ; insuffisances rénales avec oligoamnios. Les données disponibles sur les risques lors d'une administration dans la première moitié de la grossesse sont moins étoffées. Durant cette période, les AINS semblent exposer les nouveaux-nés à un risque accru de fausse couche et de malformations, notamment cardiaques [14,15]. Deux études rapportent, au cours du premier trimestre de grossesse, un risque 2,21 fois plus élevé de malformations congénitales chez les femmes traitées par AINS que chez les femmes non traitées [16] et une augmentation de ces risques chez les femmes ayant reçus des AINS dans les 30 jours précédant leur grossesse[17]. Bien que des études complémentaires soient toutefois nécessaires, le message diffusé début 2009 par l'AFSSAPS [18] nous paraît incomplet.

Concernant la codéine, elle peut être utilisée à doses usuelles pendant la grossesse mais pas en première intention, les opioïdes légers pouvant être responsables d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né [19].

Les médicaments gastro-intestinaux représentent la deuxième classe thérapeutique la plus utilisée en automédication par les femmes enceintes. Pour soigner un reflux gastro-œsophagien, l'ensemble de la population interrogée a émis des propositions semblables et adaptées et la plupart est capable de préconiser des mesures d'hygiène de vie devant ce symptôme fréquent. Plus de la moitié conseille aussi des anti-acides anti-reflux tels que les alginates. Les anti-acides d'action locale viennent ensuite. Il est toutefois important de rappeler que, parce qu'ils modifient le pH gastrique, ces derniers peuvent affecter l'absorption d'autres médicaments comme les antibiotiques. Il pourrait être intéressant de constater dans une autre étude si les effets de ces spécialités largement utilisées sont bien clairs et pris en compte par les professionnels. L'ensemble des personnes interrogées conserve par ailleurs l'idée véhiculée lors de la formation initiale en ce qui concerne les IPP puisque toutes déconseillent leur utilisation au même titre que celle des antagonistes du récepteur H2 [20]. L'apparition des IPP sur le marché de l'automédication est récente (fin 2009). Il a été montré, dans une cohorte danoise de plus de 5000 femmes, que l'exposition à des IPP au cours du premier trimestre exposait à des risques de malformations congénitales cliniquement peu différents des femmes non exposées [21]. Les résultats de deux autres études s'en rapprochent [22,23]. Nous pouvons imaginer qu'à l'avenir, si les études qui vont dans ce sens se multiplient, l'utilisation des IPP pendant la grossesse soit envisageable. Pour nos deux groupes, l'intérêt à porter aux récentes études et aux nouveaux médicaments disponibles d'une manière générale ressort ici comme une nécessité dans le cadre du développement professionnel et de la formation continue.

Dans le cadre de vomissements gravidiques du 3ème trimestre par contre, moins fréquemment rencontrés, les avis des deux groupes ont été plus divergents. La totalité des deux groupes interrogés préconise l'arrêt du Donormyl® (doxylamine), molécule non tératogène largement prescrite dans les années 1950 à 1970 [20] alors que pour traiter des vomissements gravidiques du 1er ou 2ème trimestre, c'est la molécule qui a bénéficié du plus grand nombre d'études. Les sages-femmes font

preuve de prudence devant des vomissements du 3ème trimestre et préfèrent à 87% que la patiente consulte son médecin. C'est la bonne mesure à prendre, et moins de la moitié des étudiants y pensent, négligeant de ce fait les possibles étiologies graves des vomissements à ce terme (hernie hiatale, lithiase biliaire, agent psychogène…). Il aurait été judicieux de travailler en pluridisciplinarité autour de cette patiente mais contrairement aux sages-femmes diplômées une majorité d'entre eux réoriente en fait la patiente vers des antiémétiques ce qui n'est pas adapté.

Le traitement d'une pathologie hivernale d'origine virale comme le rhume n'a pas semblé poser de problème à nos deux groupes, sauf quand le choix d'un antitussif s'impose. Tous sont capables de proposer un traitement d'automédication à une patiente désireuse de soulager ses symptômes, même si leur durée d'évolution ne s'en verra pas réduite [24]. Les pulvérisateurs nasaux de sérum physiologique et les comprimés homéopathiques recommandés par les ¾ sages-femmes et futures sages-femmes n'ont donc pas prouvé leur efficacité, mais leur action nettoyante et leur effet placebo peuvent justifier leur emploi auprès de certaines patientes. Néanmoins, une différence a été relevée. Seize pour cent des étudiants de notre étude émet une proposition non conforme aux recommandations. Ils n'ont pas pris en compte que les décongestionnants per os ou nasaux étaient à éviter pendant la grossesse, en particulier chez les patientes à risque d'hypertension artérielle, de pré-éclampsie, de diabète, ou présentant une menace d'accouchement prématuré [20] de par la constriction des fibres musculaires lisses, l'augmentation de la fréquence cardiaque et la glycogénolyse qu'ils entraînent. Les traitements de la toux semblent eux méconnus des deux groupes. Nous avons constaté que d'une manière équivalente, seule une faible proportion d'étudiants sages-femmes (19%) et de sages-femmes (42%) a su reconnaître le nom commercial d'un sirop en vente libre contre-indiqué pendant la grossesse et mettre en garde une patiente. Nous notons un grand nombre d'abstention à cette question: 17 personnes n'ont pas répondu. Nous sommes amenés à penser que, lorsqu'une pathologie est moins fréquemment rencontrée, les médicaments et leurs différents noms commerciaux se rapportant à son traitement sont moins bien connus. Un besoin supplémentaire semble exister en matière de formation initiale, afin que la manière de choisir parmi différentes

spécialités d'automédication disponibles la plus valable soit abordée et que la mise en pratique en soit simplifiée (dans le cas présent, ce choix est fonction de la composition de l'antitussif: les opioïdes légers sont les mieux connus chez la femme enceinte; on préférera les spécialités ne contenant qu'un seul principe actif; on évitera celles contenant des plantes, les études étant trop peu nombreuses chez la femme enceinte [19]).

Concernant la gestion d'une anxiété ou de troubles du sommeil dans un contexte d'allaitement maternel, les personnes interrogées préfèrent unanimement orienter la patiente vers l'homéopathie et la phytothérapie (dont l'utilisation de millepertuis), déconseillant ainsi à la patiente toute démarche d'autoprescription par rapport à des benzodiazépines utilisées avant sa grossesse, du fait du passage dans le lait maternel de ces molécules [19]. Cette prise en charge est conforme avec les dernières recommandations. Nous souhaitons apporter de nouveau une nuance quant à l'utilisation des plantes en automédication. Si un bénéfice réel du millepertuis est attendu, son utilisation pourrait être envisagée chez une femme qui allaite après avoir écarté la prise concomitante de traitement dont les effets en seraient annulés (comme des médicaments anti-rejet ou une contraception hormonale,) puisque une étude a montré qu'il n'était responsable d'aucun évènement particulier chez les nourrissons. Toutefois, on préférera utiliser des molécules mieux évaluées tant sur le versant allaitement que sur le versant bénéfice thérapeutique [19].

Pour aider une femme enceinte dans son sevrage tabagique, la totalité de notre population est en mesure d'envisager le recours à un substitut nicotinique pendant la grossesse. Mais nous retrouvons des disparités. La moitié des étudiants leur conseillent des gommes à mâcher ainsi que des patches en plus d'une consultation avec un tabacologue. Les sages-femmes émettent plus de réserves, puisqu'un quart seulement suit ce schéma, probablement parce qu'elles sont plus aptes à proposer d'autres solutions à leurs patientes. En effet, selon l'American College of Obstetricians and Gynecologists, les patientes doivent d'abord faire l'objet de conseils et d'éducation [25]. Les produits à base de nicotine doivent ainsi être utilisés quand les méthodes non pharmacologiques ont échoué. Les gommes et les

inhaleurs devraient être privilégiés par rapport aux patches, qui distribuent la nicotine en continu.

Dans notre étude, ces professionnels et futurs-professionnels ont jugé l'information à laquelle ils ont accès plutôt actualisées, validées et appropriée aux différentes situations et questions rencontrées en pratique. Les principaux types de sources consultés sont les mêmes. Il s'agit des ouvrages de références comme le Vidal, et les bases de données comme le site internet du CRAT. Les étudiants plus que les sages-femmes n'hésiteraient pas ensuite à faire appel au centre régional de pharmacovigilance et d'information sur les médicaments, et consulteraient régulièrement leur cours et notes personnelles. Nous pouvons penser que c'est parce qu'ils sont plus d'actualité que ceux des sages-femmes. Nous remarquons en ce qui concerne ces dernières qu'une partie complète ses connaissances en lisant des publications originales de périodiques auxquelles nous pouvons supposer qu'elles peuvent être abonnées, par opposition aux étudiants qui ne s'y sont probablement pas encore intéressés. Nous avons demandé aux deux groupes s'ils aimeraient bénéficier d'un supplément d'information au sujet de l'automédication pendant la grossesse. Quatre-vingt-dix pour cent a répondu favorablement, principalement sous forme d'un livre de poche résumant les principaux médicaments d'automédication autorisés et déconseillés. Une brochure listant les différentes spécialités contenant un AINS est disponible sur le site internet du centre de pharmacovigilance de la région Midi-Pyrénées, et peut être imprimée par les professionnels de santé qui veulent informer leurs patientes [7]. Ils ont aussi émis le souhait de pouvoir leur distribuer une plaquette d'information plus générale, regroupant les différents conseils et mises en garde pour qu'elles puissent se soigner par une automédication sûre et encadrée.

CONCLUSION

L'automédication est en développement. Bien que cette pratique comporte des risques tératogènes faibles il subsiste d'autres conséquences iatrogènes pouvant être graves. Nous observons dans ce travail que l'information dispensée est globalement adaptée devant les tableaux les plus fréquemment rencontrés et que des alternatives aux médicaments sont facilement proposées. Mais des conseils inadaptés sont parfois donnés. Les problématiques soulevées par l'automédication concernent les professionnels de santé de manière pluridisciplinaire, qui devant le caractère spécifique de la grossesse ou de l'allaitement se doivent de délivrer un message clair et uniforme. Des éléments de formation et d'information sont à renforcer pour que, face à cette dynamique d'évolution, la sage-femme mais aussi le gynécologue ou encore le pharmacien coordonnent leur efforts pour recueillir régulièrement des informations sur les expositions médicamenteuses et leurs conséquences. L'éducation des patientes et les informations transmises n'en seront que plus homogènes et adaptées, et la prise de risque limitée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale. 2007

[2] Enquête Afipa- Sofres. 2001

[3] Sondage TNS pour l'Afipa. Janvier 2008

[4] Voisin P, Les chiffres clé de l'automédication en 2010. IMS Health France. Mars 2010

[5] Moulin M, Coquerel A, Pharmacologie 2ème édition. Editions Masson 2002 ; 133-134

[6] Mikou S, Buire AC, Trenque T. Automédication chez la femme enceinte. Therapie, 2008 ; 63 : 415-418

[7] Damase-Michel I, Christaud J, Berrebi A, Lacroix I, Montastruc JL. What do pregnant women know about non-steroidal anti-inflammatory drugs ?. Pharmacoepidemiology and drug safety 2009; 18: 1034-1038

[8] Lacroix I, Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Prescription of drugs during pregnancy in France. Lancet 2000; 356: 1735-6

[9] Brion F, Cabrol D, Moriette G, et al. Les médicaments en périnatalogie. Ed. Masson, Paris. 2003 : 45-57

[10] Ronald A, Black, Ashley Hill D, et al. Over the counter medications in pregnancy. Am Fam Phys 2003; 67: 2517-24

[11] Shmitt B. L'automédication chez la femme enceinte, Hôpitaux universitaires de Strasbourg. 2000

[12] HAS. Recommandations sur le suivi des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Mai 2007

[13] Prescrire Rédaction. Situations courantes d'automédication . Rev Prescrire Octobre 2008 ; 28(300) : 752-762

[14] Prescrire Rédaction. AINS en début de grossesse et risque de fausse couche. Rev Prescrire 2007 ; 27(281) : 192-193

[15] Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : à éviter pendant toute la grossesse. Rev Prescrire 2009 ; 29(307) : 339.

[16] Ofori B, Oraichi D, Blais , et al. Risk of congenital anomalies in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs : a nested case-control study. Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol 2006; 77: 268-79.

[17] Nielson GL, Sorensen HT, Larsen H, et al. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based observational study and case-control. Br Med J 2001; 322: 266-70

[18] AFSSAPS. Lettres aux professionnels de santé : Rappel sur la contre-indication des AINS à partir du début du 6ème mois de la grossesse. Février 2009

[19] www.lecrat.org

[20] Craig V. Towers, Use of over-the-counter medications in pregnancy. Diseases, complication and drug therapy in obstetric. 2009; 79-97

[21] Rhim AD, Hardy JR, Haynes K, Testani JM, Yang YX. Maternal use of proton pump inhibitors during pregnancy is associated with an increased risk for cardiac birth defects. Program and abstracts of Digestive Disease Week 2010; May 1-6, 2010

[22] Diav-Citrin O, Arnon J, Shechtman S, et al. The safety of proton pump inhibitors in pregnancy: a multicenter prospective controlled study. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 21:269-275

[23] Gill SK, O'Brien L, Einarson TR, Koren G. The safety of proton pump inhibitors (PPIs) in pregnancy: a meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2009; 104:1541-1545.

[24] Prescrire Rédaction « Situations courantes d'automédication ». Rev Prescrire Novembre 2008 ; 28(301) : 837-848

[25] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. Committee Opinion N°316. Washington, DC : ACOG , October 2005

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire

QUESTIONNAIRE SUR L'INFORMATION DELIVREE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE AUX FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES SUR L'AUTOMEDICATION

Bonjour,

Je m'appelle Mélissa Lévy et je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Grenoble. Pour mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi d'évaluer les pratiques des professionnels de santé concernant **l'information délivrée aux femmes enceintes ou qui allaitent sur l'automédication**.

Le questionnaire qui suit est anonyme.

Il comporte 3 parties : des généralités concernant votre activité, plusieurs cas cliniques, et enfin des questions concernant l'information dont vous disposez sur ce sujet.

Merci d'avance pour l'aide que vous m'apporterez en prenant quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Page 1

PARTIE 1, GENERALITES :

A. Vous êtes:

1) □ Un homme □ Une femme

2) Age .....ans

3) Profession: □ Pharmacien
□ Préparateur en pharmacie

□ Médecin: □ généraliste
□ spécialiste, précisez la spécialité.....

□ Sage-femme: □ hospitalière ou du secteur privé
□ libérale
□ enseignante
□ échographiste
□ de PMI
□ acupunctrice

□ Etudiant: □ sage-femme année……
□ en pharmacie année……
□ en médecine année.....

4) Lieu principal d'activité: □ Centre hospitalier, clinique
□ Cabinet libéral
□ Pharmacie d'officine
□ École, faculté
□ Autre, précisez.....

5) Année d'installation s'il y a lieu:.....

B. Votre activité:

6) Les femmes enceintes ou allaitantes que vous rencontrez vous posent-elles des questions sur les médicaments qu'elles peuvent consommer?

□ Très rarement
□ Rarement
□ Souvent
□ Très souvent

7) Vous arrive t-il d'informer les femmes enceintes ou allaitantes sur les risques de l'automédication?

 Très rarement
 Rarement
 Souvent
 Très souvent

8) Selon vous quelles sont les patientes les plus susceptibles d'avoir recours à l'automédication ?

 Les agriculteurs exploitants : secteur primaire
 Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Les cadres, professions intellectuelles supérieures
 Les professions intermédiaires
 Les employés
 Les ouvriers
 Les personnes sans activité professionnelle

9) Lorsque vous avez à répondre aux questions des femmes enceintes ou allaitantes concernant l'automédication, cela vous paraît…

 Très facile
 Facile
 Difficile
 Très difficile

C. Médicaments et grossesse:

10) Une jeune femme vous annonce qu'elle est enceinte:
Elle a facilement recours aux médicaments pour soulager les maux de la vie quotidienne (antidouleur, sédatif, compléments alimentaires et vitamines…).
Elle vous demande de l'éclairer sur le risque principal de la prise de médicaments en début de grossesse. Vous lui répondez:

 Aucun
 Accoutumance de l'embryon
 Toxicité pour l'embryon
 Malformation de l'embryon
 Mort in utéro

11) Elle s'intéresse ensuite au risque principal de la prise de médicaments pour la suite de sa grossesse, du 3ème mois à l'accouchement. Vous lui répondez :

 Aucun
 Accoutumance du fœtus
 Toxicité pour le fœtus
 Malformation du fœtus
 Mort in utéro

12) Vous lui expliquez en effet que le placenta joue un rôle de…:

 Barrière et qu'il bloque la plupart des molécules
 Filtre et qu'il laisse passer la plupart des molécules

PARTIE 2, EN PRATIQUE:

A. Arrêt du tabac et grossesse

13) Melle V. est une institutrice âgée de 32 ans qui attend son premier enfant. Vous la rencontrez au 1er trimestre de sa grossesse.
Chez cette femme sans antécédent particulier vous notez une consommation tabagique importante (10 cigarettes par jour depuis l'adolescence).
Epanouie et motivée par cette grossesse tant souhaitée, elle vous fait part de son désir d'arrêter de fumer. Que pouvez-vous lui proposer pour l'aider dans sa démarche ?

 Aucun substitut nicotinique du fait de sa grossesse
 Des gommes à mâcher *type Nicorette, Niquitin*
 Des patches *type Niquitin, Nicopatch*
 Une consultation avec un tabacologue

B. Pathologies hivernales

14) Vous revoyez Melle V. enceinte de 4 mois. Elle vous dit souffrir d'un rhume (congestion nasale, maux de gorge, toux sèche, sans fièvre) et ajoute qu'elle n'est pas surprise puisque tous les ans, elle passe une partie de l'hiver enrhumée.
Parmi les propositions suivantes, que lui conseilleriez-vous?

 Un pulvérisateur nasal d'eau de mer *type Stérimar*
 Un pulvérisateur nasal décongestionnant *type Aturgyl (oxymétazoline), Humoxal (phényléphrine)*
 Des comprimés homéopathiques *type Coryzalia (Allium cepa, Belladonna...)*
 Des comprimés décongestionnants *type Actifed jour et nuit (paracétamol, pseudoéphédrine)*
 Aucun de ces médicaments du fait de sa grossesse

15) Cette dernière souhaite surtout calmer sa toux. Elle vous liste les différents sirops en vente libre qu'elle a l'habitude d'utiliser. Quel est celui qu'elle devra formellement éviter pendant sa grossesse ?

 Un sirop *type Thiopectol*
 Un sirop *type Fluisédal*
 Un sirop *type Hélicidine*
 Un sirop *type Stodal*

16) Selon vous, quels sont les excipients présents dans certains sirops qui peuvent être néfastes pendant la grossesse ?

……
……
……
……

C. Troubles digestifs

17) Melle V. est maintenant au 7ème mois de sa grossesse. Fatiguée, elle vous explique que depuis 10 jours elle a constamment la nausée. Elle vous signale des vomissements quasi quotidiens. Elle s'est bien renseignée sur le sujet et a su par une amie infirmière que le Donormyl (hypnotique à base de doxylamine) marchait très bien. En effet, elle en prend depuis 3 jours et ne vomit plus du tout.

Vous préférez :

- Lui dire de continuer quelques jours encore le Donormyl
- Lui conseiller un antiémétique en vente libre comme le Vogalib *(métopimazine)*
- Lui prescrire un antiémétique comme le Primpéran *(métoclopramide)*
- L'orienter vers un médecin

18) Si Melle V. avait présenté un simple reflux gastro-oesophagien, que lui auriez-vous préconisé **en première intention**?

- Des anti-acides d'action locale *type Maalox maux d'estomac (hydroxyde d'aluminium et de magnésium), Rennie (carbonate de calcium)*
- Des anti-acides anti-reflux *type Gaviscon (alginates)*
- Des antihistaminiques de type H2 *type Stomedine (cimétidine), Pepcidac (famotidine)*
- Des inhibiteurs de la pompe à protons *type Panzoloc control*
- Des mesures d'hygiène de vie,

précisez :……
……
……

D. <u>Douleur</u>

19) Vous revoyez Melle V. à 3 semaines de l'accouchement. Son état général est bon mais cette dernière semble contrariée. Elle vous fait part de lombalgies ne lui laissant aucun répit. Elle désire prendre un antalgique en vente libre, vous l'orientez vers...

□ De l'aspirine *(Aspégic...)*
□ Du paracétamol *(Dafalgan, Doliprane, Efferalgan...)*
□ Du paracétamol combiné à la codéine *(Codoliprane, Algicalm...)*
□ De l'ibuprofène *(Advil, Nurofen...)*

20) Quels peuvent être selon vous les effets indésirables de certaines thérapeutiques antalgiques ?
……
……
……
……

21) En surpoids avant sa grossesse, elle a finalement pris 16 kg au total, et vous demande si elle doit de fait augmenter la posologie du(des) médicament(s) choisi(s):
□ Oui
□ Non

22) Auriez-vous des mesures alternatives aux médicaments à lui recommander pour soulager sa douleur?
□ Oui,
précisez.....
.....
□ Non

E. <u>Anxiété, sommeil</u>

L'accouchement de Melle V. s'est bien passé. Elle allaite maintenant son bébé âgé de 3 mois. C'est depuis sa maison de campagne où elle est partie se reposer qu'elle vous téléphone : Elle est anxieuse à l'idée de reprendre le travail et de devoir confier son bébé à tel point qu'elle n'arrive plus à dormir.

23) Elle dispose dans son armoire à pharmacie d'une boîte d'anxyolitiques prescrits quelques mois avant sa grossesse. Elle souhaite prendre un comprimé. Il s'agit de benzodiazépines, plus précisément de l'alprazolam (Xanax).

Elle s'inquiète de savoir si les médicaments qu'elle absorbera passeront dans le lait maternel. Vous lui répondez :
□ Oui
□ Non
□ On ne sait pas

24) Quelle(s) thérapeutique(s) lui proposeriez-vous dans un premier temps:

□ De prendre du Xanax en respectant les doses qui lui étaient prescrites
□ De la phytothérapie *(Euphytose, Tranquital, millepertuis, tisanes...)*
□De l'homéopathie *(Passiflora...)*
□ Aucune

PARTIE 3, INFORMATION AUX FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES SUR L'AUTOMEDICATION:

25) Afin de pouvoir délivrer les informations les plus correctes possibles sur l'automédication pendant la grossesse et l'allaitement, vous avez à disposition ou accès à des sources documentaires:

-Appropriées:	□ non	□ peu	□ plutôt	□ totalement
-Actualisées:	□ non	□ peu	□ plutôt	□ totalement
-Validées:	□ non	□ peu	□ plutôt	□ totalement

26) De quel type?

□ Cours et notes personnels
□ Sites internet médicaux grand public (doctissimo.fr...)
□ Centre de pharmacovigilance
□ Ouvrages de référence et bases de données (Vidal, site internet du CRAT...)
□ Index et bases de données bibliographiques (PubMed...)
□ Publications originales de périodiques

27) Aimeriez-vous disposer d'un supplément d'information:
□ Oui
□ Non

28) Si oui, sous quelle forme?

□ D.U. (diplôme universitaire)
□ Support papier (type cours ou livre de poche)
□ Intervention, conférence
□ e-learning (internet)
□ Support papier à distribuer aux patientes (brochure, plaquette...)
□ Support papier à afficher dans votre lieu d'exercice

Annexe 2: Tableau des résultats: Population

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Population						
Age, années, m(e.t)	23,2 (0,9)		42,6 (11,7)		32,9 (12,8)	
Lieu principal d'activité, n (%):						
>Ecole	31 (100)					
>Hôpital, clinique			15 (48,5)			
>Cabinet libéral			14 (45)			
>Mixte			2 (6,5)			
Interrogation sur l'automédication, n (%):						
>Très rarement	8 (26)		2 (6,5)		10 (16)	
>Rarement	10 (32)		9 (29)		19 (31)	
>Souvent	11(35,5)		18 (58)		29 (47)	
>Très souvent	2 (6,5)		2 (6,5)		4 (6)	
Information sur l'automédication, n (%):						
>Très rarement	8 (26)		3 (10)		11 (17)	
>Rarement	18 (58)		11 (35,5)		29 (47)	
>Souvent	4 (13)		15 (48)		19 (31)	
>Très souvent	1 (3)		2 (6,5)		3 (5)	
Réponses aux questions, n (%):						
>Très facile	0 (0)		2 (6,5)		2 (3)	
>Facile	11 (35)		21 (67,5)		32 (52)	
>Difficile	19 (61)		8 (26)		27 (43,5)	
>Très difficile	1 (3,5)		0 (0)		1 (1,5)	

Annexe 3: Tableau des résultats: Connaissances sur le médicament et la grossesse

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Médicaments et grossesse						
Risque malformatif à T1, n(%)	25 (81)		26 (90)		51 (85)	>0,4
Risque toxique après T1, n (%)	24 (77)		28 (97)	2	52 (87)	>0,5
Rôle du placenta, n(%):						
>Filtre	26 (84)		30 (97)		56 (90)	>0,1
>Barrière	5 (16)		1 (3)		6 (10)	
EI des antalgiques, n (%):						
>Fermeture canal artériel	10 (33)		8 (32)		18 (33)	0,9
>Hémorragies	8 (27)		14 (56)		22 (40)	<0,03
>Oligoamnios	2 (6,5)	1	2 (8)	6	4 (7)	>0,9
>Accoutumance	9 (30)		5 (20)		14 (25,5)	0,4
Excipients néfastes dans sirops, n(%) :						
>Ne sait pas	21 (78)		14 (54)		35 (66)	0,07
>Alcool	1 (4)		8 (30)		9 (17)	0,02
>Codéine	3 (11)	4	2 (7)	4	5 (9)	> 0,9
>Sucre	0 (0)		2 (7)		2 (3,5)	>0,5
>Ephédrine	0 (0)		2 (7)		2 (3,5)	>0,5
Passage benzodiazépines dans lait, n(%):						
>Oui	25 (83)		24 (77,5)		49 (80)	
>Non	1 (3)	1	1 (3)		2 (3)	
>Ne sait pas	4 (13)		6 (19)		10 (16,5)	

Annexe 4: Tableau des résultats: Information délivrée lors de situations cliniques

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Information délivrée						
Antalgiques contre lombalgies, n(%):						
>Paracétamol	31 (100)		30 (97)		61 (98)	>0,9
>Aspirine	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
>Paracétamol + Codéine	2 (6,5)		0 (0)		2 (3)	
>Ibuprofène	3 (10)		1 (3)		4 (6,5)	
Alternatives aux ttt par antalgiques, n(%):						
>Proposées	30 (97)		30 (97)		60 (97)	>0,9
>Piscine	5 (16)		4 (13)		9 (14,5)	
>Paramédicales (Kinésithérapie…)	21 (68)		25 (81)		46 (74)	
>Massages, soins locaux	11 (35,5)		9 (29)		20 (32)	
>Positions antalgiques	7 (22,5)		10 (32,5)		17 (27,5)	
>Ceinture de maintien	2 (6,5)		3 (10)		5 (8)	
Reflux gastro-oesophagien, n(%):						
>AA d'action locale	1 (3)		7 (22,5)		8 (13)	>0,05
>AA anti-reflux	18 (58)		17 (55)		35 (56,5)	>0,7
>Antihistaminique H2	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
>IPP	0 (0)		0(0)		0(0)	
>Mesures hygiène de vie proposées	25 (81)		26 (84)		51 (82)	>0,7
>Repas fractionnés/légers	15 (52)		16 (52)		31 (52)	>0,9
>Evictions aliments épicés, acides…	20 (69)		16 (52)		36 (60)	>0,1
>Positions verticales	17 (59)		14 (45)		31 (52)	>0,2
Vomissements à T3, n(%):						
>Poursuite du Donormyl	1 (3)		0 (0)	1	1 (1,5)	>0,9
>Prescription d'antiémétiques	24 (77,5)		8 (27)	1	32 (52,5)	<0,01
>Consultation médicale	14 (45)		26 (87)		40 (65,5)	<0,1
Ttt pathologie hivernale, n(%):						
>Sérum physiologique + homéopathie	22 (71)		22 (71)		44 (71)	>0,9
>Décongestionnant oraux + nasaux	5 (16)		0 (0)		5 (8)	>0,5
Sirop contre-indiqué, n(%):						
>Thiopectol	5 (19)		8 (42)		13 (29)	>0,9
>Fluisédal	10 (38,5)	5	6 (31,5)	12	16 (35,5)	
>Hélicidine	7 (27)		2 (10,5)		9 (20)	
>Stodal	4 (16)		3 (15,5)		7 (15,5)	

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Ttt anxiété pendant AM, n(%):						
>Autoprescription benzodiazépines	1 (3)		0 (0)		1 (1,5)	>0,4
>Homéopathie	23 (77)	1	21 (68)		44 (72)	>0,4
>Phytothérapie	21 (70)		19 (61)		40 (65,5)	>0,4
>Aucun	0 (0)		2 (6,5)		2 (3)	>0,4
Ttt sevrage tabagique, n(%):						
>Aucun substitut	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
>Gommes à mâcher	17 (55)		7 (23)		24 (39)	
>Patches	20 (64,5)		10 (33)		31 (50)	
>Consultations tabacologues	31 (100)		31 (100)		62 (100)	
>Gommes + Patches + Cs tabacologue	15 (48)		7 (22,5)		22 (35,5)	<0,04

Annexe 5: Tableau des résultats: Information à disposition des professionnels et futurs-professionnels

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Information à disposition						
Appropriée, n(%):						
>Non	1 (3)		1 (3)		2 (3)	
>Peu	7 (22,5)		11 (35,5)		18 (29)	
>Plutôt	17 (55)		12 (39)		29 (47)	
>Totalement	6 (19,5)		7 (22,5)		13 (21)	
Actualisée, n(%):						
>Non	1 (3)		2 (6,5)		3 (5)	
>Peu	6 (19)		9 (29)		15 (24)	
>Plutôt	16 (52)		12 (38,5)		28 (45)	
>Totalement	8 (26)		8 (26)		16 (26)	
Validée, n(%):						
>Non	2 (6,5)		2 (6,5)		4 (6,5)	
>Peu	5 (16)		7 (22,5)		12 (19,5)	
>Plutôt	17 (55)		16 (51,5)		33 (53)	
>Totalement	7 (22,5)		6 (19,5)		13 (21)	

	ESF M2 (n=31)	DM	Sages-femmes DE (n=31)	DM	Total (n=62)	p
Types de sources, n(%):						
>Cours et notes personnels	20 (64,5)		9 (29)		29 (47)	
>Internet grand public	2 (6,5)		1 (3)		3 (5)	
>Centre de pharmacovigilance	21 (68)		7 (22,5)		28 (45)	
>Ouvrages de références (Vidal…)	31 (100)		28 (90)		59 (95)	
>Index, bases de données (PubMed…)	4 (13)		1 (3)		5 (8)	
>Publications originales de périodiques	0 (0)		5 (16)		5 (8)	
Supplément d'information souhaité, n(%):	28 (90)		28 (90)		56 (90)	
Type de supplément, n(%):						
>D.U.	6 (19)		0 (0)		6 (10)	
>Livre de poche	19 (61)		15 (48)		34 (55)	
>Intervention, conférence	5 (16)		7 (22,5)		12 (19)	
>e-learning	9 (29)		5 (16)		14 (22,5)	
>Brochure patiente	20 (65)		18 (58)		38 (61)	
>Affiche	7 (22,5)		13 (42)		20 (32)	

RESUME

Introduction. L'automédication est une pratique répandue chez deux femmes enceintes sur dix. Les professionnels de santé ont pour devoir de souligner ses risques et de conseiller les patientes. L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer l'aptitude des sages-femmes et étudiants sages-femmes en dernière année à délivrer une information adaptée sur l'automédication et la grossesse lors de différentes mises en situations cliniques.

Matériel et Méthodes. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale sur 31 étudiants sages-femmes en dernière année et 31 sages-femmes libérales, hospitalières et du secteur privé. Un questionnaire écrit anonyme leur a été distribué, les interrogeant sur leurs connaissances sur le médicament et la grossesse et les conseils donnés devant des tableaux particuliers.

Résultats. L'information délivrée est adaptée lorsqu'elle concerne les maux de la grossesse les plus fréquemment rencontrés. Les sages-femmes et futures sages-femmes n'informent pas systématiquement les patientes sur les risques de l'automédication et des réponses différentes voire inadaptées sont parfois relevées.

Conclusion. L'automédication est en évolution. Des éléments de formation et d'information pourraient être renforcés pour que le message délivré sur l'automédication soit plus clair, uniforme et fiable.

Mots-clés : Automédication ; grossesse ; information délivrée ; sages-femmes ; étudiants sages-femmes Master 2