université de Caen
Basse-Normandie

CHUCaen
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
adresse campus 5-CHU • Avenue de la Côte de Nacre • BP 5186 • 14032 CAEN CEDEX
tél. 02 31 06 82 06 • Fax 02 31 06 82 07
courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr
internet scd.unicaen.fr/

École de Sages-femmes de CAEN

La prise de médicaments au cours de la grossesse

Mémoire présenté et soutenu par

Coralie Lecarpentier

Née le 19 Juin 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2009-2013

École de Sages-femmes de CAEN

La prise de médicaments au cours de la grossesse

Mémoire présenté et soutenu par

Coralie Lecarpentier

Née le 19 Juin 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2009-2013

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

- ✓ *le docteur Delphine Reinbold, médecin gynécologue-obstétricien au CHU de CAEN et directrice de ce mémoire, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail et pour son aide,*
- ✓ *Madame Michèle Kakol, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de CAEN et guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité et son soutien précieux,*
- ✓ *le docteur Sophie Fedrizzi, pharmacien assistant spécialiste au Centre Régional de Pharmacovigilance Caen Basse-Normandie, pour sa collaboration et ses conseils pertinents.*

Et j'adresse un profond merci

- ✓ *à ma famille et particulièrement à mes parents ainsi qu'à Nicolas pour avoir cru en moi et m'avoir soutenu pendant ces années d'études,*
- ✓ *ma promotion en particulier à Pauline et Laurianne,*
- ✓ *toutes les sages-femmes enseignantes ainsi que Madame Evelyne Giffard pour leur encouragement.*

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION p1

PREMIERE PARTIE p2

I. LE MEDICAMENT p2
1. Définition p2
2. L'histoire du médicament p2
3. La place du médicament dans la société p3
3.1. Notion de santé p3
3.2. Les chiffres de la consommation médicamenteuse en France p4
3.3. Une augmentation croissante de la consommation médicale p4
3.3.1. Les critères démographiques p5
3.3.2. Les critères socio-économiques p5
3.3.3. La facilitation de l'accès aux soins p5
3.3.4. L'évolution du mode de vie p6

II. L'AUTOMEDICATION p7
1. Définition p7
2. Les chiffres p7
3. Les facteurs favorisant l'automédication p8
3.1. Critères sociologiques p8
3.2. Critères psychologiques p9

III. LE CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE p10
1. Les modifications liées à la grossesse p10
1.1. Modifications de la pharmacocinétique p10
1.1.1. La résorption p10
1.1.2. La distribution p10
1.1.3. L'élimination p11
1.2. Le placenta, une zone d'échange p11
1.2.1. La structure placentaire p11
1.2.2. Le transfert placentaire des médicaments p12

2. Les risques embryo-fœtaux des médicaments p13
2.1. La période pré-implantatoire p13
2.2. La période embryonnaire p13
2.3. La période fœtale p14
2.4. La période néonatale p14
3. La prise médicamenteuse chez la femme enceinte p15
3.1. Les médicaments les plus prescrits p15
3.2. Les médicaments d'automédication les plus consommés p16
3.3. Les précautions à prendre p16
3.3.1. Médicaments tératogènes formellement contre-indiqués p16
3.3.2. Médicaments tératogènes utilisables en l'absence d'alternative p17
3.3.3. Médicaments contre-indiqués pendant la vie fœtale p19
3.3.4. Médicaments à risque néonataux p19

DEUXIEME PARTIE p21

I. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE p21
1. Objectif principal p21
2. Objectifs secondaires p21

II. MATERIEL ET METHODE p21
1. La méthodologie p21
2. Période et lieu p22
3. Critères d'inclusion et d'exclusion p22
4. Analyse statistique p22

III. LES RESULTATS DE L'ETUDE p23
1. Les caractéristiques générales de la population étudiée p23
1.1. Etat civil p23
1.2. Addictions p25
1.3. Comportement des patientes avant la grossesse p25
1.4. Déroulement de la grossesse p26
1.5. Consommation médicamenteuse au cours de la grossesse p27
2. Niveau d'information des patientes p29

3. Comparaison population s'automédiquant et population ne s'automédiquant pas p31
3.1. Prévalence de l'automédication p31
3.2. Facteurs favorisant le recours à l'automédication p31

TROISIEME PARTIE p36

I. ANALYSE ET DISCUSSION p36
1. Consommation moyenne de médicaments au cours de la grossesse p37
2. Consommation de médicaments sur prescription p37
2.1. Nombre moyen de prescriptions p37
2.2. Médicaments délivrés et consommés sur prescription p38
3. Consommation de médicaments par automédication p40
3.1. Prévalence de l'automédication p40
3.2. Médicaments consommés en automédication p42
3.3. Facteurs favorisant l'automédication p42
4. Consommation de médicaments contre-indiqués p43
5. Niveau d'information des patientes concernant les médicaments p44
6. Des comportements contradictoires p46

II. PROPOSITIONS p47
1. Rôle de la consultation préconceptionnelle p47
2. Prévention et éducation au cours de la grossesse p48
2.1. Rôle des consultations prénatales p48
2.2. Rôle de l'entretien prénatal p49
3. Fiche d'information destinée aux patientes p49

CONCLUSION p50

BIBLIOGRAPHIE p51

ANNEXE I : Questionnaire d'étude p55

ANNEXE II : Notice d'un médicament à base d'ibuprofène p61

ANNEXE III : Proposition d'information destinée aux patientes p62

Liste des abréviations

OTC : Over The Counter

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

UMPC : Université Pierre et Marie Curie

CYTP450 : Cytochrome P450

CYT2D6 : Cytochrome 2D6

Da : Daltons

SA : Semaine d'Aménorrhée

QI : Quotient Intellectuel

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

MFIU : Mort Fœtale In Utero

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

BEP : Brevet d'études Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

ORL : Oto-rhino-laryngologie

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

Introduction

Alors que les médicaments occupent une place importante au sein de notre société, je me suis interrogée sur la consommation médicamenteuse des femmes au cours de leur grossesse.

Il y a encore peu de temps, aucune précaution particulière vis-à-vis des médicaments n'était prise pendant la grossesse. Seuls étaient considérés comme dangereux pour la femme enceinte, les radiations et les médicaments entrainant des contractions utérines. La tragédie de la thalidomide dans les années 1960, utilisée essentiellement au premier trimestre afin de lutter contre les nausées matinales, a montré pour la première fois le potentiel malformatif des médicaments au cours de la grossesse. Ce drame a suscité de vives inquiétudes autant au sein du corps médical qu'auprès du public et a ainsi entrainé une réflexion quant aux médicaments et la grossesse.

Paradoxalement, la femme enceinte se voit exposée à de nombreux médicaments autant sur prescription que par automédication. De plus, l'information concernant les médicaments et les précautions à prendre pendant la grossesse demeurent insuffisantes.

J'étudierai donc dans une première partie, le médicament et la prévalence de l'automédication dans la population générale, les modifications pharmacocinétiques au cours de la grossesse et enfin la tératologie.

Dans une seconde partie, nous donnerons les résultats de notre étude réalisée auprès des femmes enceintes venues consulter à la maternité du CHU de Caen.

Cette étude vise à analyser la consommation médicamenteuse des femmes enceintes autant sur prescription médicale que par automédication et de détecter les facteurs favorisant le recours à l'automédication. Enfin, elle vise également à analyser l'observance des femmes enceintes face aux prescriptions médicamenteuses et d'enquêter sur le niveau d'information que détiennent les femmes sur le thème « médicaments et grossesse ».

Première partie

I. LE MÉDICAMENT

1. Définition [1,2]

Selon l'article L.5111-1 du Code de la Santé Publique, « on entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ».

Il s'agit des produits répondant totalement à cette définition mais aussi des produits présentant les caractéristiques suivantes :

- les produits cosmétiques contenant une substance ayant une action thérapeutique ou contenant des substances vénéneuses,
- les produits diététiques qui, par leur composition, ont des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique ou ayant des propriétés de repas d'épreuve,
- les produits supprimant l'envie de fumer ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Les thérapeutiques médicamenteuses parallèles entrent aussi dans la définition du médicament. Elles sont représentées par l'homéopathie et la phytothérapie.

On distingue, par leur mode de délivrance, 3 grandes sortes de médicaments :

- les médicaments éthiques, qui nécessitent une prescription médicale,
- les médicaments semi-éthiques, dont la prescription médicale est facultative mais qui peuvent être remboursés s'ils sont prescrits,
- et les médicaments « Over The Counter » (OTC) ne nécessitant pas de prescription médicale et qui ne sont pas remboursés.

2. L'histoire du médicament [3,4]

Jusqu'au XVIII^{e} siècle, la magie et la religion tiennent une place importante dans la vie quotidienne et les pratiques. La maladie est considérée comme le résultat de la colère des dieux, de la nature ou d'une force surnaturelle causée par un comportement ou une émotion jugée non conforme aux valeurs et/ou aux normes sociétales établies. Des êtres maléfiques

sont envoyés pour exécuter les châtiments. Les alû, par exemple, provoquent des cauchemars et sont responsables des troubles du sommeil. Les assuku déclenchent des fièvres mortelles, et les etemmu, en s'introduisant dans les oreilles, entraînent la folie et la dépression. La maladie est donc éprouvée comme une punition.

De ces idées résulte la croyance qu'un remède pour être efficace, doit avoir mauvais goût, mauvaise odeur ou causer des souffrances. Ainsi, il constitue la pénitence nécessaire. Le traitement est avant tout « psychologique ».

Les remèdes utilisés sont d'origine naturelle, issus des trois règnes végétal, minéral et animal. La population croit en une harmonie établie par la nature qui produit un remède efficace et inoffensif pour chaque mal. Tout ce qui provient de la nature est un don de Dieu. C'est ainsi, que se sont multipliés les remèdes plus « abracadabrants » les uns que les autres établis après l'observation d'un unique cas par un médecin ou un malade.

Ce n'est qu'à partir du XVI^{e} siècle que Paracelse, médecin marginal, rejeté par ses confrères, émet l'hypothèse d'un unique remède pour un symptôme donné. De plus, il introduit la chimie dans les médicaments.

Au XIX^{e} siècle, grâce aux progrès de la chimie et de la physiologie, les chercheurs parviennent à isoler les principes actifs des substances connues. La morphine est ainsi isolée à partir de l'opium en 1803 par Friedrich Adam Satürner. On apprend par la suite, à synthétiser ces molécules extraites de végétaux, comme l'acide acétylsalicylique en 1853.

L'âge d'or de la pharmacie débute en 1937 avec la découverte de la propriété antibactérienne des sulfamides, de la pénicilline en 1947 par Flemming ou encore de la cortisone en 1948. Commence alors une extraordinaire accélération de découverte de substances dont la plupart sont, encore actuellement, présentes dans la composition des médicaments actuels.

Aujourd'hui et pour les années à venir, c'est vers les biotechnologies que la recherche se tourne grâce au génie génétique, à la biologie moléculaire et aux cellules souches.

3. La place du médicament dans la société

3.1. Notion de santé [5]

La notion de santé a fortement évolué depuis la deuxième moitié du XX^{e} siècle. Longtemps, elle a été considérée comme l'état de non-maladie ou comme le « silence » des organes. C'est en 1946, que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé

comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, la santé est appréhendée différemment. Ses composantes ont été enrichies depuis l'époque des trente glorieuses entrainant par conséquent, une consommation des soins grandissante, notamment celle des médicaments.

3.2. Les chiffres de la consommation médicamenteuse en France [6]

D'après les données de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement appelée AFSSAPS) de 2011, la France est l'un des premiers pays de l'Union Européenne en matière de dépenses de santé, y consacrant entre 11 et 12% de son Produit Intérieur Brut (PIB). Il en est de même en terme de consommation générale de médicaments. 90% des consultations se terminent par la délivrance d'une ordonnance. Effectivement, la consommation médicamenteuse moyenne n'a fait que s'accroitre depuis 1960. Elle était estimée à 48 boites de médicaments par habitant en 2011, soit presque une boite de médicament par personne et par semaine. Le coût est passé de 95 euros par personne et par an en 1980 à 547 euros par personne et par an en 2010.

Les ventes totales de médicaments représentent 27,6 milliards d'euros, 79% sont des médicaments d'officines et 21% des médicaments d'hôpitaux. Les médicaments à prescription obligatoire sont les plus vendus. Ils représentent une part de 85% des ventes en pharmacie d'officine. Parmi les classes de médicaments les plus vendus en officine, on retrouve aux trois premières places, les médicaments du système nerveux, les médicaments à visée digestive (antiacides, antispasmodiques), et les médicaments du métabolisme (hypolipidémiants, hypoglycémiants).

3.3. Une augmentation croissante de la consommation médicale [2,7]

La croissance spectaculaire de la consommation médicale depuis les années 1960 a contribué à une certaine forme de banalisation. Différents facteurs peuvent expliquer ce fait.

3.3.1. Les critères démographiques

L'âge et le sexe ont un rôle premier sur la consommation médicale. D'après une étude du Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) en 1978, c'est aux âges extrêmes de la vie que la consommation médicale est la plus importante. Les personnes âgées sont de gros consommateurs d'hospitalisation et de soins à domicile, tandis que pour les enfants de moins de deux ans, il y a essentiellement un recours à des soins de « médecin ». Ainsi, le baby boom des années 1950 et l'augmentation de l'espérance de vie ont vu la consommation médicale largement augmenter pour ces deux types de population. Les adultes de leur coté, utilisent tous les types de soins avec pour les femmes, un recours maximal entre 20 et 29 ans, période correspondant à l'âge de la maternité. De plus, on observe qu'elles sont plus grandes consommatrices de soins de ville que les hommes du même âge.

3.3.2. Les critères socio-économiques

La catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartient la famille joue également un rôle sur la consommation de soins. La population dite favorisée consomme fortement les soins de ville, techniques et spécialisés. Leurs hospitalisations sont courtes et ont lieu essentiellement en clinique privée. La population des groupes dits populaires (salariés agricoles, personnel de service ouvrier, personnes avec peu ou sans diplôme/s) pratique d'abord l'automédication et consomme des soins généralistes. Les hospitalisations se font plutôt dans le secteur public et les durées de séjour sont plus longues.

On observe également que les ouvriers sont plus souvent malades et se soignent moins que les cadres supérieurs. Les membres des ménages les plus nombreux se soignent presque moitié moins que les célibataires ou les ménages moyens. Enfin, on remarque que le taux de consommation augmente régulièrement avec la durée des études

3.3.3. La facilitation de l'accès aux soins

D'une part, la création des Assurances Maladies obligatoires puis de la Sécurité Sociale permet une plus large diffusion des soins pour toutes les catégories socioprofessionnelles. L'augmentation des dépenses de pharmacie confirme que la création des ces organismes favorise le recours au médicament. La Sécurité Sociale finance chaque année un peu plus. En 1950, 44,8% de la dépense de santé est consacrée aux médicaments

contre 70% en 1970. Les achats de médicaments sur prescription médicale représentent 76% des dépenses médicamenteuses au début des années 1970 contre 59% en 1960. Les traitements les plus novateurs mais aussi plus chers sont de plus en plus prescrits dès les années 1950 avec le développement des antibiotiques, de la corticothérapie, des chimiothérapies, etc.

D'autre part, l'augmentation de la densité médicale au cours des années 1960 tend également à inciter la population à se soigner davantage. Ils sont 20 médecins pour 1000 habitants en 1975 contre 12,8 médecins pour 1000 habitants en 1960. L'offre de lits hospitaliers suit la même progression, avec de plus, une vocation de l'hôpital pour une médecine de pointe à partir des années 1970. Par ailleurs, en ville, des cabinets de médecines spécialisées apparaissent jouxtant les cabinets de généralistes, incitant la population à un meilleur suivi.

3.3.4. L'évolution du mode de vie

La population accorde de plus en plus d'importance au confort de vie, à l'image et à l'apparence. La souffrance physique et morale est de moins en moins tolérée au sein d'une société qui valorise l'excellence et la performance.

Dans les années 1960 et au début des années 1970, le budget consacré aux dépenses de santé est celui qui augmente le plus au coté de celui des dépenses accordées aux loisirs. Les mentalités évoluent et placent le médicament au cœur de la société. En effet, il est devenu en peu de temps un produit central de la vie, tenant une place considérable dans le quotidien des individus et au sein des relations du système social.

Par ailleurs, alors que la France est entrée dans l'ère de la société industrielle, les médicaments tels que les anxiolytiques ou les neuroleptiques connaissent un succès grandissant reflétant les changements du mode de vie des français. Le mode de vie urbain, le stress quotidien, l'usage excessif d'excitants tels que l'alcool, le tabac ou le café, sont autant de facteurs entrainant une majoration de la consommation de médicaments tranquillisants.

II. L'AUTOMÉDICATION

1. Définition [8,9]

L'automédication n'est pas définie dans le code de la Santé Publique. La définition établie par l'OMS est la plus couramment utilisée. Elle consiste, pour une personne, « à choisir et à utiliser un médicament pour soigner une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié ». Cela comprend trois comportements distincts :

- le premier étant de s'administrer, sans avis médical, un médicament antérieurement prescrit et disponible uniquement sur ordonnance (automédication par recours aux médicaments de la pharmacie familiale),
- le second étant de s'administrer des médicaments achetés dans une zone de libre-accès en pharmacie d'officine,
- le dernier étant l'automédication conseillée et délivrée par le pharmacien.

2. Les chiffres [10,11]

Selon les données de l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA), la France n'est qu'à la 17ème place Européenne avec une dépense pour les médicaments sans ordonnance de 32,56 euros par an et par habitant contre 53,66 euros en Allemagne et 43,08 euros au Royaume-Uni. Cependant, l'automédication représente à elle seule, 7,6 % du marché pharmaceutique total français. Depuis 1960, on constatait une baisse de l'automédication due à l'augmentation du nombre de médecins et à la généralisation de la Sécurité Sociale. Cependant, le marché de l'automédication a connu une augmentation de près de 1,9% en 2011 et de 3,2% en 2012. Cette augmentation est liée en majeure partie, au non remboursement de 300 médicaments supplémentaires depuis 2008 et au développement du libres-accès dans 71% des officines.

Cette pratique, fait social ancien d'importance aujourd'hui incontestée, s'est donc généralisée. D'après une étude AFIPA/UMPC (Master marketing de la santé de l'Université Pierre et Marie Curie) réalisée en juillet 2012, 70,5% des Français pratiquent l'automédication, en achetant 1 à 6 médicaments sans ordonnance par an. De plus, 97% des patients gardent les médicaments non utilisés issus d'une prescription par le médecin.

60,2% d'entre eux déclarent les réutiliser. Plus de 70% des français admettent ne pas avoir recours au médecin pour des symptômes considérés comme bénins.

L'automédication concerne essentiellement :

- les antalgiques, avec le Doliprane® (+12% en 2012) et l'Efferalgantab® (+628% en 2012),
- les anti-inflammatoires, avec le Nurofen® (+7%) en 2012),
- les vitamines et les suppléments minéraux, avec Berocca®, Magnevie B6® et Mag2® (+4% en 2012),
- les médicaments des voies respiratoires, avec Oscillococcinum®, Coquelusédal® et Pectosan® (+3,3% en 2012),
- et les substituts nicotiniques (+1,5% en 2012).

3. Les facteurs favorisant l'automédication

3.1. Critères sociologiques [12]

L'automédication est appliquée différemment selon l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'instruction et le niveau de revenu. Elle concerne principalement :

- les nourrissons et les jeunes enfants par l'intermédiaire de leurs parents surtout lorsqu'il s'agit d'un deuxième enfant (par expérience acquise),
- la clientèle féminine, avec une consommation deux fois plus élevée de médicaments de prescription facultative que la clientèle masculine.

Elle augmente progressivement chez les adultes de 25 à 79 ans avec un taux maximal de 85% chez les moins de 34 ans, et baisse à partir de 80 ans, du fait d'une polymédicalisation avec des prescriptions 3 fois supérieures.

Enfin, le recours à l'automédication est plus important chez les cadres, les artisans, les commerçants et chefs d'entreprise, les personnes diplômées, les ménages aux revenus élevés ainsi que les personnes à comportement dit « préventif », c'est à dire traduisant une attention particulière à la santé.

3.2. Critères psychologiques [13, 14, 15]

Dans notre société, la santé n'est plus considérée comme un privilège mais comme un droit. S'il est malade ou se sent malade, l'homme moderne ne veut plus souffrir et veut être soulagé au plus vite. C'est ici qu'intervient l'automédication. Knapp et Knapp ont souligné que 75% des thérapies d'automédication commençaient dans les quatre heures suivant l'apparition des premiers symptômes.

De plus, une nouvelle attitude préventive se développe. Il ne s'agit plus seulement de traiter une douleur ou un symptôme mais aussi d'améliorer un état non pathologique (améliorer ses capacités physiques ou intellectuelles) ou de prévenir un état pathologique (maladies infectieuses).

Même si les patients, dans leur ensemble, gardent une grande confiance dans les praticiens qu'ils ont choisis, le rapport aux médecins a changé. La nouvelle « autonomie » dont ils disposent, grâce aux informations disponibles sur internet ou dans les ouvrages de vulgarisation médicale, leur permet de rompre plus facilement ce lien singulier avec leur médecin. Les patients se sentent aujourd'hui capables de chercher des solutions par eux-mêmes. De plus, ils estiment ne plus être écoutés par leur médecin qui, faute de temps, enchaine les consultations, ce qui favorise aussi la multiplication des contacts médicaux et la pratique de l'automédication.

Des motivations d'ordre matériel, le coût financier, le coût temps, peuvent également expliquer l'espacement des visites chez le médecin ainsi que la difficulté à obtenir des rendez-vous ou bien à des dates semblant trop lointaines pour le patient, les longs moments passés en salle d'attente.

L'Etat lui-même tend à développer l'automédication en modifiant certaines règlementations. Depuis le décret 2008-641 du 30 juin 2008, les officines peuvent proposer des médicaments en libre-accès. Cela permet de rendre le marché des médicaments « Over The Counter » (OTC) plus concurrentiel et impliquer davantage le patient dans sa santé. Il a de plus, rendu possible la procédure de délistage ou « switch » permettant ainsi aux laboratoires un transfert volontaire de statut d'un médicament à prescription obligatoire à une molécule à prescription facultative. Ces mesures ont pour but de ralentir les dépenses de santé et donc de réduire le déficit de la Sécurité Sociale.

Enfin, l'attitude des individus à l'égard du médicament est assez ambivalente, le considérant à la fois comme une substance magique mais également dangereux d'où l'engouement pour les médecines alternatives et douces.

III. LE CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE

1. Les modifications liées à la grossesse

La femme enceinte et le fœtus sont solidaires sur les plans physiologiques et métaboliques. Le placenta n'est pas qu'une barrière de protection, mais aussi une zone d'échanges laissant passer un certain nombre de molécules susceptibles d'avoir des répercussions immédiates ou à long terme sur l'embryon ou le fœtus. Ainsi, l'analyse du risque médicamenteux nécessite la bonne connaissance des paramètres pharmacocinétiques de chaque produit, des modifications physiologiques consécutives à l'état de grossesse et de l'embryo et organogénèse.

1.1. Modifications de la pharmacocinétique [16]

1.1.1. La résorption

Tout au long de la grossesse, on observe une sécrétion de progestérone. Celle-ci réduit la motilité intestinale et augmente le temps de vidange gastrique de 30 à 50%. Le pH gastrique ainsi que la sécrétion de mucus sont aussi augmentés. Toutes ces modifications entrainent donc, au niveau digestif, un ralentissement de la résorption et une augmentation de la concentration du médicament en raison d'un temps de contact plus long sur son site de résorption.

Pour la voie inhalée, le débit cardiaque étant augmenté, l'absorption alvéolaire est plus importante.

Enfin, par voie intramusculaire et cutanéo-muqueuse, l'absorption est également augmentée en raison de la vasodilatation due à l'accélération du débit local.

1.1.2. La distribution

Il existe une augmentation des compartiments hydriques et lipidiques au cours de la grossesse avec un maximum à 30-34 semaines d'aménorrhées. L'eau totale augmente de 8 litres (30%) dont 60% correspondent au fœtus, au liquide amniotique et au placenta. Le volume de distribution pour les médicaments hydrophiles est donc élargi.

En parallèle, il existe au cours des deux premiers trimestres de la grossesse, une augmentation des graisses d'environ 3 à 4 kg, ce qui amplifie le volume de distribution pour les médicaments lipophiles.

Une diminution de la liaison aux protéines est observée en raison d'une hypoalbuminurie (12% à terme). En effet, seule une minorité de médicaments peuvent se fixer sur l'albumine (formant ainsi un complexe inactif). Cette diminution de la liaison des médicaments aux protéines, conduit alors à une augmentation de leur fraction libre dans le sang. Ces modifications influencent l'efficacité et la toxicité des médicaments et peuvent parfois faire apparaître des signes cliniques de surdosage avec des concentrations sanguines de médicaments plus basses que la normale.

1.1.3. L'élimination

L'élimination des médicaments se fait principalement par la voie hépatobiliaire et la voie rénale.

Des modifications du métabolisme hépatique des médicaments ont été observées au cours de la grossesse. L'activité métabolique hépatique est multipliée favorisant la biotransformation des médicaments. L'œstrogène et la progestérone entrainent une augmentation de l'activité enzymatique de certains cytochromes (CYTP450 et CYT2D6). L'élimination des médicaments métabolisés par ces derniers est donc plus importante.

Du coté rénal, le débit sanguin s'élève de 60 à 80% avec un maximum à 26 semaines d'aménorrhée et le débit de filtration glomérulaire augmente de 40 à 50%. La clairance des médicaments éliminés par le rein est alors augmentée. Tout ceci entraine une élimination accrue des médicaments.

1.2. Le placenta, une zone d'échange [17]

1.2.1. La structure placentaire

Le placenta est l'interface entre la circulation maternelle et la circulation fœtale.

Du coté maternel, la circulation est artérielle avec une pression élevée, tandis que du coté fœtal, la circulation est veineuse et donc à basse pression. Cette différence de pression de part et d'autre du placenta permet ainsi une filtration des molécules grâce à un

phénomène osmotique du secteur maternel à pression élevée vers le secteur fœtal à pression basse.

Le placenta agit comme un filtre. La zone d'échange est constituée de différentes couches cellulaires :

- la paroi endothéliale des vaisseaux fœtaux séparée par le tissu conjonctif axial des villosités et le syncytiotrophoblaste,
- de l'endothélium vasculaire maternel.

Cette structure se modifie au cours de la grossesse. La surface d'échange augmente jusqu'à la 36ème semaine d'aménorrhée, passant de 1,5m² à 3 mois à 10-12m² à terme. L'épaisseur de la membrane basale quant à elle diminue, atteignant 2 à 4 microns en fin de grossesse contre 20 microns au début. Le flux sanguin utérin augmente jusqu'à atteindre 500mL/minute à terme. Ces modifications placentaires associées à une augmentation du débit sanguin maternel facilitent le passage des molécules, notamment des médicaments avec une perméabilité maximale au 8ème mois.

1.2.2. Le transfert placentaire des médicaments

Le placenta se comporte comme une membrane lipoprotéique. Le transfert placentaire des médicaments se fait principalement par diffusion passive selon un gradient de concentration descendant entre la mère et le fœtus. Il ne nécessite pas d'énergie. Plusieurs facteurs favorisent cette diffusion passive :

- facteurs maternels :
  - âge gestationnel,
  - hémodynamique placentaire.
- caractéristiques de la membrane :
  - surface d'échange et épaisseur de la membrane basale variables selon le terme de la grossesse,
  - faible poids moléculaire ; tout médicament de poids moléculaire inférieur à 600 daltons (Da) passe vers le fœtus, entre 600 et 1000 Da, c'est la liposolubilité qui va déterminer le passage et au delà de 1000 Da, aucun passage n'est possible,
  - forme non ionisée du médicament,
  - liposolubilité,
  - faible liaison aux protéines plasmatiques.

2. Les risques embryo-fœtaux des médicaments [17,18]

Dans la population générale, 2 à 3% des enfants naissent avec une malformation ; 5% d'entre elles sont dues à une cause médicamenteuse. Les médicaments peuvent avoir des incidences tout au long de la grossesse. Les risques et les conséquences sont toutefois différents selon l'âge gestationnel. On divise la grossesse en quatre périodes :

- la période pré-implantatoire, du 1er au 12ème jour après la conception,
- la période embryonnaire, du 13ème au 56ème jour,
- la période fœtale, de la onzième semaine d'aménorrhée jusqu'au terme,
- et la période néonatale qui commence le jour de l'accouchement.

2.1. La période pré-implantatoire

Durant cette période, les échanges materno-fœtaux sont peu nombreux. C'est la loi du « tout ou rien » qui prime. Le médicament tératogène pris pendant cette période n'aura aucune conséquence ou entraîneraa la mort embryonnaire.

2.2. La période embryonnaire

Cette période correspond à l'organogénèse. C'est au cours de la période embryonnaire que le risque malformatif ou tératogène est le plus important. Une substance dite « tératogène » (vient du grec « teratos », monstre et « genos », origine) est susceptible de « provoquer des malformations ou des monstruosités chez l'enfant dont la mère a été traitée pendant la grossesse ». Les malformations les plus fréquemment retrouvées sont les anomalies faciales et les cardiopathies.

Plusieurs facteurs influent ce risque : la nature du médicament, la période et durée d'exposition, les posologies ainsi que les particularités génétiques de chacun. Toutefois, la survenue d'une éventuelle malformation dépend du moment d'exposition.

2.3. La période fœtale

La période fœtale fait suite à l'organogénèse et se poursuit jusqu'à l'accouchement. Elle est principalement consacrée à la croissance et la maturation du fœtus. Ainsi, le risque malformatif est diminué mais non nul. En revanche, on retrouvera plus facilement un retard de croissance, des altérations fonctionnelles des organes temporaires ou définitives voire une cancérogénèse à distance.

Un médicament a des risques de « fœtopathie » lors de cette période. Elle est définie comme « le terme groupant les malformations (ou plutôt les anomalies morphologiques et les altérations viscérales) dues à certaines actions (toxiques, infectieuses ou carentielles), exercées sur le produit de conception pendant la période fœtale de la vie intra-utérine ».

2.4. La période néonatale

Après la naissance, le nouveau-né doit éliminer les médicaments éventuellement présents dans son organisme par ses propres moyens. Ses activités métaboliques et sécrétoires sont immatures. La vitesse d'absorption est réduite du fait d'une diminution de la vitesse de résorption intestinale et de la réduction de la synthèse des acides biliaires. L'affinité de l'albumine pour le médicament est elle aussi diminuée, entrainant une augmentation de la fraction libre active. La clairance et la vitesse d'élimination des médicaments métabolisés par le foie sont diminuées. Enfin, l'élimination rénale est fortement réduite. Ainsi, la demi-vie d'élimination est 2 à 4 fois plus longue chez le nouveau-né et encore plus chez le prématuré. Le nouveau-né se trouve donc de ce fait, imprégné pendant plusieurs jours par un médicament pris par la mère avant ou pendant l'accouchement. Des symptômes néonataux de sevrage ou de surdosage peuvent apparaître, notamment chez les prématurés.

3. La prise médicamenteuse chez la femme enceinte

3.1. Les médicaments les plus prescrits [19]

Les femmes enceintes représentent une population à risque concernant les médicaments. Toutefois, la prise médicamenteuse de cette population est non négligeable. Différentes études évaluent la proportion de femmes ayant eu au moins une prescription de médicaments pendant leur grossesse entre 80 et 95%. Le nombre de principes actifs différents prescrits et remboursés varie de 0 à 76 avec une consommation moyenne de 4 à 10 médicaments. Cette consommation est considérée comme beaucoup plus importante au troisième trimestre, ce qui est sans doute lié à l'existence de pathologies spécifiques en fin de grossesse.

Les médicaments les plus prescrits sont :

- le paracétamol (63,3% des femmes),
- le fer (48,9%),
- l'acide folique (44,5%),
- le phloroglucinol (38,6%),
- le magnésium (27,1%),
- l'amoxicilline (25,9%),
- l'hélicidine (23,5%),
- l'alginate de sodium, (exemple : Gaviscon®, Maalox®) (17,9%),
- la dompéridone (15,7%),
- la tixocordol, (exemple : le Pivalone) (14,1%),
- l'hespéridine, (exemple : Cyclo3®, Daflon®…) (12,1%),
- le rhinofluimucil (10,8%)
- et la prednisolone (9,6%). [23]

3.2. Les médicaments d'automédication les plus consommés [20]

D'après l'étude réalisée en 2011 par Cécile Klein, les médicaments les plus utilisés en automédication pendant la grossesse sont :

- le paracétamol,
- l'alginate de sodium (gaviscon® et le maalox®),
- le phloroglucinol (spasfon®),
- l'hespéridine (daflon®),
- la diosmectite (smecta®),
- la lisopaïne,
- le macrogol (forlax®),
- et l'homéopathie.

3.3. Les précautions à prendre

La prescription médicale chez les femmes enceintes repose sur l'analyse individuelle d'un rapport bénéfice/risque entre le fœtus et la mère.
Les médicaments sont classés en différentes catégories :

- médicaments tératogènes formellement contre-indiqués,
- médicaments tératogènes que l'on peut néanmoins utiliser en cours de grossesse,
- médicaments contre-indiqués pendant la vie fœtale,
- médicaments à risque d'imprégnation et de syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

3.3.1. Médicaments tératogènes formellement contre-indiqués [21, 22, 23]

Dans cette catégorie, les médicaments sont clairement malformatifs et leur usage en cours de grossesse ne répond pas à une nécessité vitale. Leur consommation en cours de grossesse est donc formellement contre-indiquée.

Tableau n° I : Médicaments tératogènes formellement contre-indiqués

DCI et dénomination commerciale	Risques tératogènes
Thalidomide	Anomalies squelettiques et cardiaques
Isotrétinoïne par voie orale (Roaccutane®, Contracné®, Curacné®, Procuta®)	Syndrome malformatif dans 20 à 25% des cas : atteintes cardiaques, du système nerveux central, de l'oreille externe et du thymus
Acitrétine (Soriatane®)	Risque malformatif de 20%. Atteintes cardiaque, de la face et des oreilles

Ces 3 médicaments font l'objet d'un plan de prévention des grossesses avec :

- avant de débuter le traitement, l'information et la compréhension du caractère tératogène du traitement, la mise à disposition d'un carnet patiente rappelant les conditions du programme de prévention et une brochure d'information sur la contraception, la signature d'un accord de soin et de contraception, l'utilisation d'une contraception efficace depuis au moins 4 semaines, et enfin la réalisation d'un test sérologique de grossesse négatif dans les 3 jours précédant la 1ère prescription,
- au cours du traitement et 1 mois après l'arrêt, les patientes doivent présenter le carnet patiente à chaque consultation et lors de chaque délivrance du médicament, poursuivre la méthode de contraception efficace pendant toute la durée du traitement et effectuer un test sérologique de grossesse tous les mois dans les 3 jours précédant la prescription du traitement.

3.3.2. Médicaments tératogènes utilisables en l'absence d'alternative [21,24]

Ces médicaments peuvent être utilisés en raison de leur bénéfice thérapeutique certain en l'absence d'alternative thérapeutique. Il est néanmoins indispensable de mettre en place un suivi multidisciplinaire avec une surveillance échographique ciblée et rapprochée :

Tableau n° II : Médicaments tératogènes utilisables en l'absence d'alternative

DCI et dénomination commerciale	Risque tératogène	Conduite à tenir
Lithium (Neurolithium®, Téralithe®)	Malformation cardiaque dans 4 à 8% des cas	Surveillance par échographie cardiaque fœtale à partir de 22-24 SA
Acide valproïque (Dépakine®, Dépakote®, Dépamide®, Micropakine®)	Dans 9 à 15% (voire 30% pour des posologies élevées) des cas : cardiopathies, anomalies de fermeture du tube neural, fentes labiopalatines, craniosténoses, malformations rénales, urogénitales et des membres, dysmorphies faciales et diminution d'environ 10 points du QI global dès l'âge d'un an	Diagnostic prénatal orienté sur le tube neural, le cœur, les membres, les reins, le crane et la face
Phénobarbital (Gardénal®), carbamazépine (Tégrétol®), phénytoïne (Dihydan®)	Risque malformatif d'environ 6% Anomalies de fermeture du tube neural (essentiellement spina bifida), de malformations cardiaques, fentes faciales et hypospadias	Diagnostic anténatal d'anomalie de fermeture du tube neural, de cardiopathie, d'anomalies de la face et des organes génitaux externes
Warfarine (Coumadine®), Acénocoumarol (Sintrom®) Fluindione (Préviscan®)	Syndrome malformatif appelé « warfarin embryopathy » ou « embryopathie aux anti-vitamine K ». Période à risque entre 6 et 9 SA avec, dans 4 à 7% des grossesses : hypotrophie, atteintes du nez, des phalanges, ponctuation des épiphyses, anomalies cérébrales, perte embryonnaire ou fœtale. Après 9 SA : anomalies du système nerveux central dans 1 à 2% des cas	Surveillance prénatale orientée vers une échographie du massif facial et du squelette et une IRM cérébrale fœtale
Carbimazole (Néomercazole®, Thyrozol®)	Syndrome polymalformatif : aplasie du cuir chevelu, atrésie des choanes, atrésie de l'œsophage, dysmorphie faciale, anomalies de la paroi abdominale et du mamelon	Il est recommandé d'attendre le 2ème trimestre. En cas d'exposition au 1er trimestre : surveillance échographique de la face, de l'appareil digestif, de la paroi abdominale et de la thyroïde du fœtus

3.3.3. Médicaments contre-indiqués pendant la vie fœtale [21, 24, 25]

Ces médicaments sont sans effet malformatif mais engendrent des effets fœtaux et/ou néonatals graves :

Tableau n° III : Médicaments contre-indiqués pendant la vie fœtale

DCI et dénomination commerciale	Effets indésirables	Conduite à tenir
AINS avec les médicaments à base d'ibuprofène (Advil®, Nurofen®, Profénid®…), l'acide acétylsalicylique > 500mg/j et les inhibiteurs de la COX-2	Insuffisance rénale fœtale (oligoamnios/anamnios) et/ou néonatale, transitoire ou définitive, pouvant entraîner une MFIU Constriction in utero (partielle ou totale) du canal artériel pouvant entraîner une MFIU, une insuffisance cardiaque droite, et/ou une hypertension artérielle pulmonaire. Augmentation des fausses couches (résultats devant être confirmés)	Eviter les prises avant 24 SA. Contre-indication dès 24 SA quelle que soit leur voie d'administration. En cas de prise après 24 SA : surveillance de la vitalité fœtale et visualisation écho-doppler de la fonction cardiaque et du canal artériel du fœtus
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et antagonistes de l'angiotensine 2 (sartans)	Toxicité rénale parfois irréversible voire fatale, se traduisant par un oligoamnios ou un anamnios chez le fœtus accompagné d'une hypoplasie des os de la voûte crânienne. Il est de plus retrouvé des risques de malformations cardiaques au 1er trimestre	Fortement déconseillés au 1er trimestre de la grossesse et contre-indiqués dès le 2ème. En cas de prise après le 1er trimestre : surveillance du liquide amniotique

3.3.4. Médicaments à risque néonataux [26]

De nombreux médicaments, prescrits fréquemment pendant la grossesse, sont à risque transitoire pour le nouveau-né. Il est décrit des risques d'imprégnation et de syndrome de sevrage chez le nouveau-né. C'est pourquoi, il est important de mettre en place une prise en charge adaptée dès l'accouchement et dans le post-partum.
Les principaux médicaments concernés sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° IV : Médicaments à risques néonataux

DCI et nom de commercialisation	Effets indésirables	Conduite à tenir
Neuroleptiques (chlorpromazine (Largactil®), halopéridol (Haldol®) Olanzapine (Zyprexa®)…)	Syndrome extra-pyramidal dans les premiers jours de la vie : hypertonie, trémulations, troubles respiratoires, rétention urinaire distension abdominale	Surveillance neurologique et digestive
Antidépresseurs (Fluoxétine (Prozac®), Sertraline (Zoloft®), Citralopam (Seropram®), Paroxétine (Deroxat®), Escitalopram (Seroplex®)…)	Hyperexcitabilité, tachycardie, rétention urinaire, distension abdominale, troubles du tonus, détresse respiratoire sans anomalie de la radiographie pulmonaire dans les premiers jours de la vie	Surveillance neurologique et digestive
Benzodiazépines (Oxazépam (Séresta®), Diazépam (Valium®, Tranxène®)…)	Signes d'imprégnation pendant 1 à 3 semaines : troubles de la succion, faible prise de poids, somnolence, hypotonie, dépression respiratoire, apnées. Plus rarement, syndrome de sevrage	Surveillance du comportement et de la respiration
Bétabloquants (labétalol (Trandate®), oxprénolol (Trasicor®), acébutolol (Sectral®)…)	Hypoglycémie, bradycardie et hypotension dès les 24 premières heures de vie. Ces symptômes peuvent durer jusqu'à 3 à 4 jours. Très rarement, une défaillance cardiaque néonatale peut survenir dans une situation de stress (comme un accouchement difficile ou bien une hypoxie fœtale aigüe)	Surveillance : - de la glycémie, - de la pression artérielle - et de la fréquence cardiaque pendant les 3 premiers jours de vie
Codéine	A doses élevées ; syndrome de sevrage chez le nouveau-né : irritabilité, trémulations, cri aigu et hypertonie survenant à distance de la naissance.	Surveillance neurologique

Deuxième partie

I. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de décrire la consommation médicamenteuse des patientes au cours de la grossesse en évaluant :

- le nombre moyen de médicaments consommés,
- leur réaction face aux prescriptions médicamenteuses,
- et la prévalence de l'automédication.

2. Objectifs secondaires

Cette étude avait aussi pour objectifs :

- d'identifier les facteurs favorisant le recours à l'automédication,
- d'évaluer le niveau des connaissances des femmes enceintes sur le thème des médicaments pendant la grossesse.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. La méthodologie

Cette étude reposait sur un questionnaire anonyme et individuel composé de 27 questions (annexe I). Il comprend trois séries de questions :

- une première partie concernant les renseignements généraux de la patiente, les habitudes de vie ainsi que les antécédents médicaux et obstétricaux,
- une seconde renseignant sur le comportement des patientes vis-à-vis des médicaments en dehors de la grossesse,
- et une dernière partie s'intéressant à la grossesse en cours, aux médicaments consommés et à l'état des lieux des informations sur le risque médicamenteux.

Le questionnaire comportait 12 questions à réponse fermée qui a facilité l'analyse, l'interprétation et le codage, 9 questions à réponse semi-ouverte et 6 questions à réponse ouverte. Les questions interrogeant le niveau d'information sur le risque médicamenteux ont été volontairement des questions à réponse ouverte afin de ne pas influencer les patientes. Les femmes ont rempli ce questionnaire seules en salle d'attente.

Il a d'abord été décidé de diffuser le questionnaire dans les services de suites de naissances physiologiques et pathologiques. Ce choix permettait de couvrir la totalité de la grossesse concernant la prise de médicaments. Toutefois, une majorité de questionnaires étaient ou allaient être mis en place dans ces services, ce qui pouvait entraver le bon déroulement de l'étude. Le questionnaire a donc été distribué avec celui des anesthésistes lors de la consultation de 36 semaines d'aménorrhée. Ceci permettait tout de même de couvrir une grande partie de la grossesse et le questionnaire permettait de combler le temps d'attente.

Il s'agissait d'une démarche descriptive rétrospective.

2. Période et lieu

L'étude a été réalisée sur la période du 13 Août au 29 Novembre 2012. Les questionnaires ont été distribués systématiquement dans le service de consultations prénatales de la maternité du CHU de Caen.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude incluait toutes les femmes enceintes du CHU de Caen qui ont effectué la consultation pré-anesthésique dans la période du 13 Août au 29 Novembre 2012.

L'unique critère d'exclusion était la non maîtrise de la langue française.

4. Analyse statistique

Les questionnaires recueillis ont été codés. Les données saisies ont été analysées grâce au logiciel Excel.

Les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel BiostatTGV. Le test de Chi ^{2} a été utilisé pour la comparaison de variables qualitatives et le test de Student pour la comparaison de variables quantitatives.

Le seuil de signification était fixé à $p<0,05$.

III. LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Deux cent cinquante questionnaires ont été distribués dans le service de consultations prénatales. Parmi les 202 questionnaires recueillis :

- 197 ont été analysés,
- 5 étaient inexploitables en raison d'un trop grand nombre de questions sans réponse.

1. Les caractéristiques générales de la population étudiée

1.1. Etat civil

➢ La répartition des âges des patientes interrogées était la suivante :

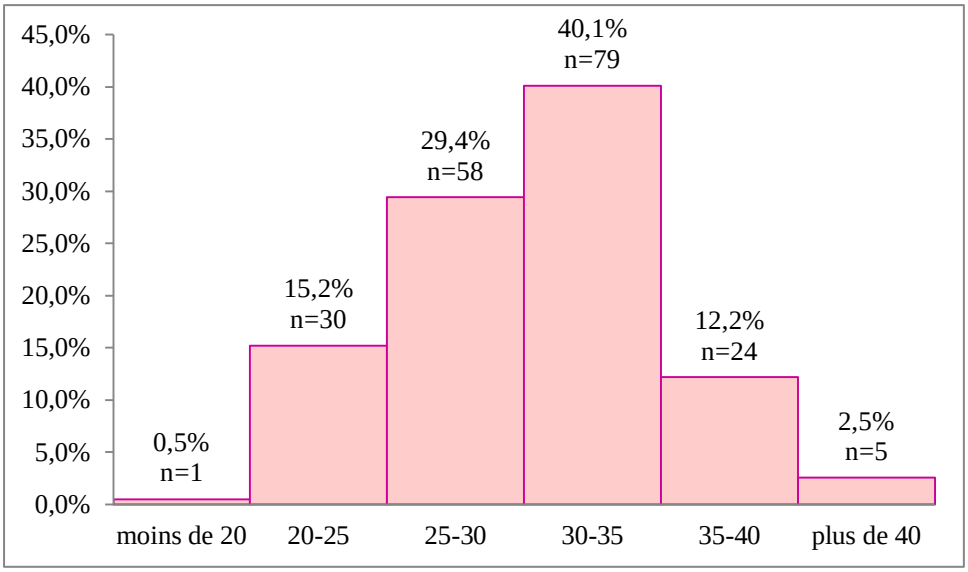


Figure n°1 : Age des patientes interrogées

➢ 93,4% des femmes interrogées étaient d'origine Française (n=184).

➢ 2 patientes vivaient seules parmi la population étudiée contre 194 vivants en couple (1 patiente n'ayant pas répondu à cette question).

➢ Les niveaux d'études des femmes interrogées étaient les suivants :

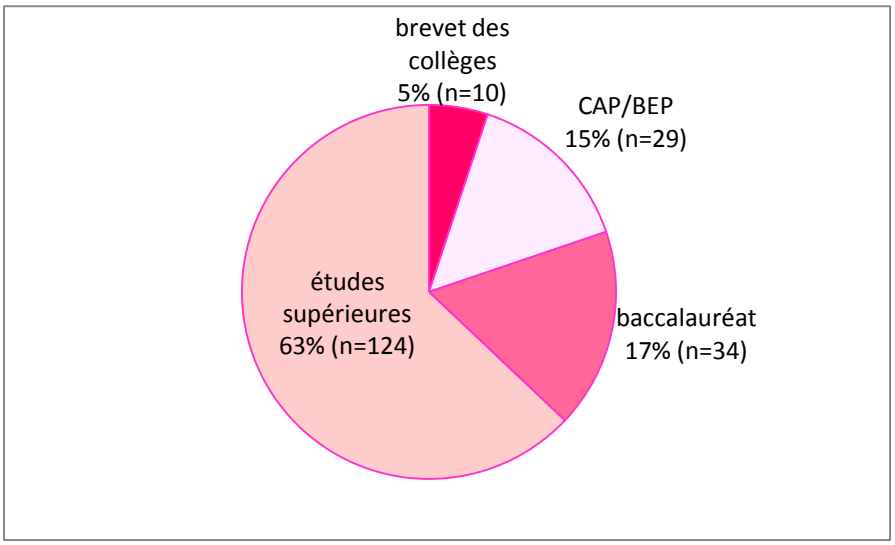


Figure n°2 : Niveau d'étude des patientes interrogées

➢ La situation socioprofessionnelle des patientes interrogées était la suivante **:**

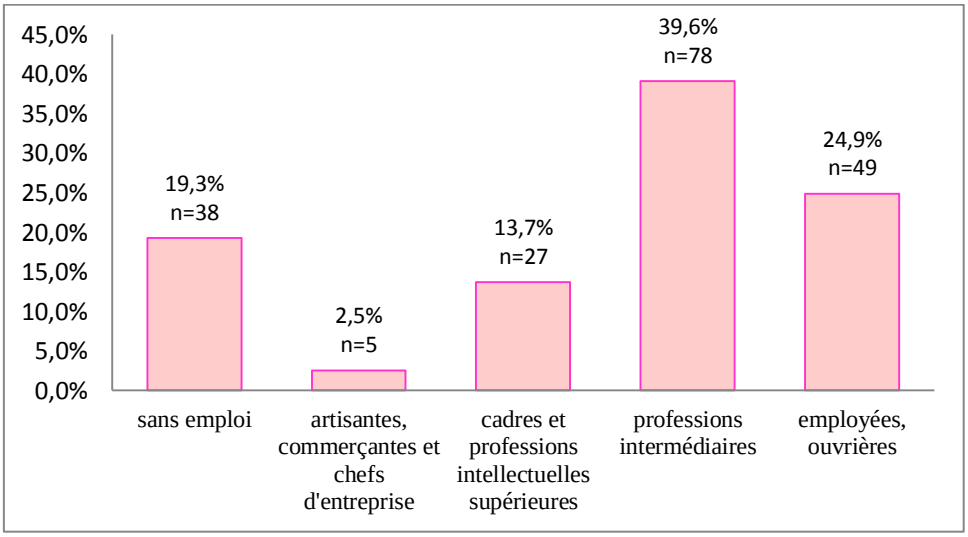


Figure n°3 : Catégorie socioprofessionnelle des patientes interrogées

1.2. Addictions

- 23,4% des patientes (n=46) fumaient avant leur grossesse. Sur ces 46 patientes :
  - 41,3% (n=19) ont arrêté de fumer pendant la grossesse,
  - 43,5% (n=20) ont diminué leur consommation de tabac,
  - 15,2% (n=7) ont conservé une consommation identique.

- 2 patientes consommaient régulièrement du cannabis avant la grossesse mais n'en ont pas consommé au cours de leur grossesse.

1.3. Comportement des patientes avant la grossesse

- 26 patientes, soit 13,2% prenaient un traitement régulier avant la grossesse.

Il s'agissait principalement de traitement contre l'asthme (27% / n=7), les pathologies cardio-vasculaires (19,2% / n=5), l'hypo et l'hyperthyroïdie (15% / n=4) et l'épilepsie (7,7% / n=2).

- Concernant le suivi chez le médecin traitant, le gynécologue et le dentiste, les patientes interrogées ont répondu :
  - ne pas avoir de suivi régulier chez le médecin traitant dans 38,7% des cas (n=74),
  - ne pas avoir de suivi gynécologique régulier dans 26,3% des cas (n=51),
  - et ne pas avoir de suivi dentaire dans 37,3% des cas (n=72).

- La fréquence de l'automédication avant la grossesse était la suivante (N=194) :

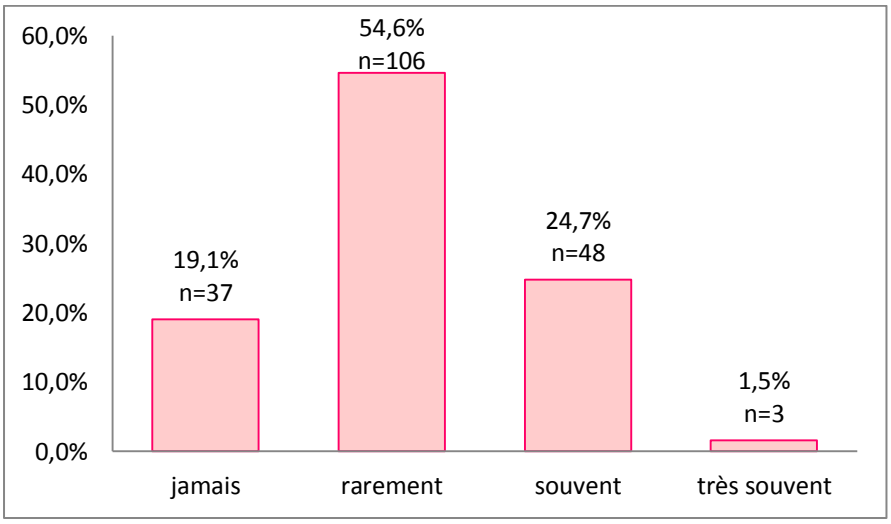


Figure n°4 : Fréquence de l'automédication avant la grossesse

➢ Les patientes ont répondu lire la notice du médicament (N=195) :

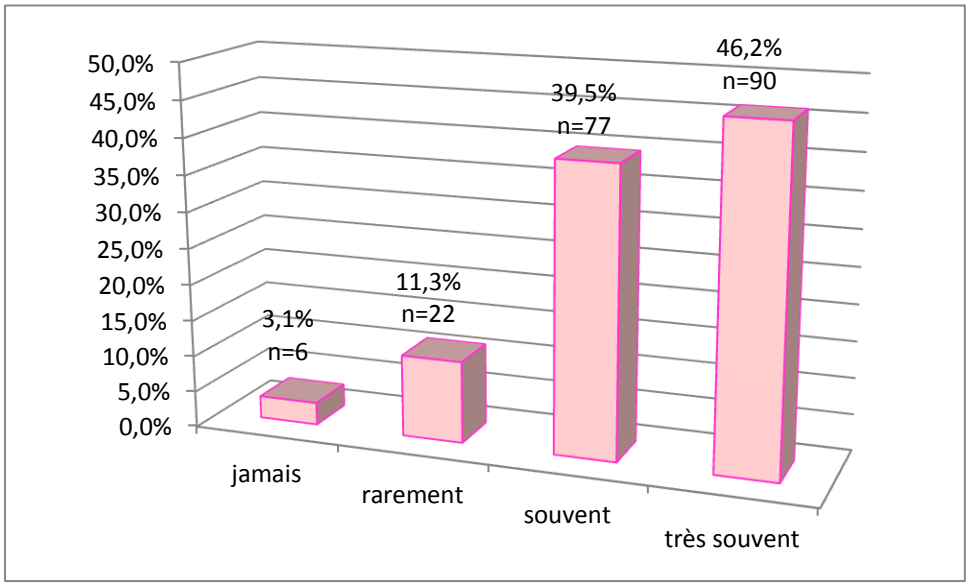


Figure n°5 : Lecture de la notice des médicaments avant la grossesse

1.4. Déroulement de la grossesse

➢ Il s'agissait principalement de primigestes (34,5% / n=68) et de deuxième geste (32,5% / n=64).

La gestité moyenne était de 2,2 [1-7].

➢ Le suivi de la grossesse était effectué par :

- le gynécologue pour 121 patientes (61,7%),
- la sage-femme pour 53 patientes (27%),
- le médecin traitant pour 23 patientes (11,7%).

➢ 10 patientes (5,1%) ont été hospitalisées pendant leur grossesse.

Il s'agissait principalement d'hospitalisation de courte durée pour infection urinaire (20%) et vomissements gravidiques (20%).

- La liste des principaux symptômes rencontrés au cours de la grossesse sont les suivants :

Tableau n°V : Symptômes rencontrés pendant la grossesse

Symptômes	**n =**	**%**
Reflux gastro-œsophagien	130	66%
Problèmes de sommeil	123	62,4%
Nausées, vomissements	121	61,4%
Maux de dos	108	54,8%
Jambes lourdes	90	45,7%
Douleurs ligamentaires	85	43,1%
Constipation	83	42,1%
Rhume, maux de gorge, syndrome grippal	53	26,9%
Hémorroïdes	40	20,3%
Mycoses	36	18,3%
Angoisses	25	12,7%
Problèmes de peau	22	11,2%
Infection urinaire	21	10,7%
Problèmes dentaires	18	9,1%
Fièvre	3	1,5%

- 130 patientes soit 68,1%, ont consulté pour ces symptômes (N=191).
    - 83 patientes (63,8%) ont consulté le médecin traitant,
    - 21 patientes (16,2%) ont consulté le gynécologue,
    - 17 patientes (13,1%) ont consulté la sage-femme.

Les 6 dernières patientes (4,6%) n'ont pas jugé nécessaire de consulter un professionnel de santé et ont trouvé des réponses auprès de leur famille et leurs amis.

1.5. Consommation médicamenteuse au cours de la grossesse

93,8% (n=182) des patientes ont consommé des médicaments pendant leur grossesse. La moyenne était de 3,8 +/- 2,4 médicaments par patiente [0 – 12].

3 patientes n'ont pas répondu à cette question.

- 86,8% (n=164) des patientes de la population totale se sont vu prescrire des médicaments.

8 patientes n'ont pas répondu à cette question.

➢ Les médicaments consommés pendant la grossesse ont été répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n° VI : Médicaments consommés pendant la grossesse

Médicaments	**Sur prescription**		**Par automédication**	
	n =	**%**	**n =**	**%**
paracétamol	**44**	**25,3%**	**91**	**52,3%**
AINS	1	0,6%	1	0,6%
aspirine	0	0,0%	2	1,1%
spasfon	11	6,3%	11	6,3%
antinauséeux	24	13,8%	17	9,8%
suppositoires de glycérine	1	0,6%	6	3,4%
forlax	9	5,2%	5	2,9%
daflon/cyclo 3	16	9,2%	1	0,6%
gaviscon/maalox	**38**	**21,8%**	**25**	**14,4%**
mopral	9	5,2%	2	1,1%
fer	**94**	**54,0%**	**10**	**5,7%**
magnésium	**57**	**32,8%**	5	2,9%
déliproct/titanoréine	12	6,9%	6	3,4%
ATB	26	14,9%	0	0,0%
éconazole	32	18,4%	3	1,7%
anxiolytiques	5	2,9%	2	1,1%
vitamines	26	14,9%	2	1,1%
homéopathie	12	6,9%	10	5,7%

➢ 21% (n=34) d'entre elles ont répondu ne pas avoir pris la totalité d'un des traitements prescrits (N=187). Voici les différentes raisons retrouvées :

Tableau n° VII : Raisons de non prise d'un ou plusieurs traitement(s)

Raisons	**n =**	**%**
trop long	7	20,60%
ne sait pas avaler les comprimés	1	2,90%
ne croit pas en l'efficacité du traitement	4	11,80%
trop coûteux	1	2,90%
mauvaise tolérance	3	8,80%
trop contraignant	2	5,90%
jugé dangereux pour le bébé	4	11,80%
arrêt dès l'amélioration des symptômes	3	8,80%
préfère ne pas consommer de médicaments	4	11,80%
autre sans précision	5	14,70%

Les principales causes de non prise du traitement sont :

- Un traitement trop long
  - pour 3 patientes il s'agissait du Tardyféron®,
  - pour 2 patientes du Magné B6®,
  - pour les 2 autres il n'y avait pas de médicament cité.
- La patiente ne croyait pas en l'efficacité du traitement
  - pour 1 patiente il s'agissait du Daflon®,
  - pour 1 patiente du Gaviscon®,
  - pour les 2 autres il n'y avait pas de médicament cité.
- La patiente estimait le traitement trop dangereux pour le bébé
  - pour 1 patiente il s'agissait du Maalox® et de vitamines,
  - pour 1 patiente d'un traitement contre le mal de gorge,
  - pour 1 patiente de corticoïdes,
  - pour la dernière, il n'y avait pas de médicament cité.
- La patiente préférait ne pas prendre de médicaments au cours de la grossesse pour que ce soit le plus naturel possible
  - pour une patiente il s'agissait du Daflon®,
  - pour une autre de la Citirizine,
  - les 2 autres n'ont pas cité de médicaments.

2. Niveau d'information des patientes

- 70,1% (n=136) n'ont pas reçu d'information concernant les risques des médicaments pendant la grossesse (N=194).

- 5,4% (n=10) pensaient qu'il n'existait pas de médicaments contre-indiqués pendant la grossesse (N=184).

- Les principaux médicaments cités comme contre-indiqués par les femmes enceintes interrogées sont les suivants :

Tableau n° VIII : Principaux médicaments cités par les patientes interrogées comme étant contre-indiqués pendant la grossesse

Médicaments	**n =**	**%**
AINS	35	20,1%
Aspirine	19	10,9%
Antibiotiques	12	6,9%
Antidépresseurs	9	5,2%
Tous excepté le paracétamol	6	3,4%

- 7,8% (n=15) des femmes enceintes pensaient que les médicaments ne pouvaient entraîner aucun risque pendant la grossesse (N=193).

  Les femmes qui pensaient que les médicaments pouvaient avoir des risques pour leur grossesse ont cité :

Tableau n° IX : Conséquences des médicaments citées par les patientes interrogées

Conséquences citées	**n =**	**%**
Malformation	64	36,0%
Problème de développement	20	11,2%
RCIU	18	10,1%
Fausse-couche	16	9,0%
Prématurité	9	5,1%
Retard mental	5	2,8%
Fausse-couche	1	0,6%
Contractions utérines	1	0,6%
Aucune conséquence citée	84	47,2%

- 7,1% (n=13) des femmes enceintes pensaient que l'automédication ne pouvait entraîner aucune conséquence pendant la grossesse (N=183).

  Parmi les femmes qui pensaient que l'automédication pouvait avoir des risques pour la grossesse, les mêmes réponses qu'à la question précédente ont été citées.

- 75,4% (n=147) des patientes auraient aimé avoir une fiche d'information concernant les médicaments interdits pendant la grossesse (N=195).

3. Comparaison population s'automédiquant et population ne s'automédiquant pas

3.1. Prévalence de l'automédication

- Sur les 197 patientes interrogées :
  - 112 ont pratiqué l'automédication au cours de leur grossesse,
  - 85 ne s'étaient pas automédiquées.

3.2. Facteurs favorisant le recours à l'automédication

- Les tableaux X à XIII ci-dessous comparent les patientes qui se sont automédiquées et celles qui ne se sont pas automédiquées sur :
  - leur état civil,
  - leurs habitudes de vie,
  - leur comportement quant au suivi médical et aux médicaments avant la grossesse,
  - et le déroulement de la grossesse.

Ces différents critères ne variaient pas de manière significative.

Tableau X : Comparaison des patientes s'automédiquant et ne s'automédiquant pas en fonction de leur état civil

	Automédication		Pas d'automédication		p =
	n =	%	n =	%	
Age (en années)					
< 20	0	0,0%	1	1,2%	
20-25	13	11,6%	17	20,0%	
25-30	33	29,5%	25	29,4%	ns
30-35	49	43,8%	30	35,3%	
35-40	13	11,6%	11	12,9%	
< 40	4	3,6%	1	1,2%	
Situation familiale					
seule	1	0,9%	1	1,2%	ns
en couple	111	99,1%	83	97,6%	
vides	*0*		*1*		
Niveau d'études					
brevet des collèges	6	5,4%	4	4,7%	
BEP/CAP	16	14,3%	13	15,3%	ns
baccalauréat	19	17,0%	15	17,6%	
études supérieures	71	63,4%	53	62,4%	
Situation socioprofessionnelle					
sans emploi	16	14,3%	22	25,9%	
employées, ouvrières	28	25,0%	21	24,7%	
professions intermédiaires	49	43,8%	29	34,1%	ns
artisans, commerçantes et chefs d'entreprise	2	1,8%	3	3,5%	
cadres et professions intellectuelles supérieures	17	15,2%	10	11,8%	
Origine géographique					
France	106	94,6%	78	91,8%	
Europe	1	0,9%	3	3,5%	
Asie	1	0,9%	0	0,0%	ns
Afrique du Nord	3	2,7%	3	3,5%	
Afrique Noire	1	0,9%	0	0,0%	
Moyen-Orient	0	0,0%	1	1,2%	

Tableau XI : Comparaison des patientes s'automédiquant et ne s'automédiquant pas en fonction de leurs habitudes de vies

	Automédication		Pas d'automédication		p =
	n =	%	n =	%	
Nb de cigarettes / jour avant la grossesse					
0	87	77,7%	64	75,3%	
1 à 5	5	4,5%	4	4,7%	
6 à 10	8	7,1%	9	10,6%	ns
11 à 15	6	5,4%	1	1,2%	
16 et plus	6	5,4%	7	8,2%	
Nb de cigarettes / jour au cours de la grossesse					
0	98	87,5%	72	84,7%	
1 à 5	5	4,5%	4	4,7%	
6 à 10	8	7,1%	8	9,4%	ns
11 à 15	1	0,9%	0	0,0%	
16 et plus	0	0,0%	1	1,2%	
Consommation d'alcool avant la grossesse					
jamais	26	23,2%	22	25,9%	
occasionnellement	69	61,6%	53	62,4%	ns
> 1 fois / semaine	16	14,3%	10	11,8%	
tous les jours	1	0,9%	0	0,0%	
Consommation d'alcool au cours de la grossesse					
jamais	105	93,8%	78	92,9%	
occasionnellement	7	6,3%	7	8,3%	ns
> 1 fois / semaine	0	0,0%	0	0,0%	
tous les jours	0	0,0%	0	0,0%	
Consommation de toxiques avant la grossesse					
oui	0	0,0%	2	2,4%	ns
non	112	100%	83	97,6%	

Tableau XII : Comparaison des patientes s'automédiquant et ne s'automédiquant pas en fonction de leur suivi médical et de leur comportement vis-à-vis des médicaments avant la grossesse

	Automédication		Pas d'automédication		p =
	n =	%	n =	%	
Prise d'un traitement quotidien					
oui	12	10,7%	14	16,5%	ns
non	100	89,3%	71	83,5%	
Suivi médical					
suivi médecin traitant	71	63,4%	46	54,1%	
vides	*3*		*3*		
suivi gynécologique	84	75,0%	49	57,6%	ns
vides	*1*		*2*		
suivi dentaire	72	64,3%	59	69,4%	
vides	*3*		*1*		
Pratique de l'automédication					
jamais	20	18,3%	17	20,0%	
rarement	58	53,2%	48	56,5%	ns
souvent	28	25,7%	20	23,5%	
très souvent	3	2,8%	0	0,0%	
vides	*3*		*0*		
Lecture de la notice des médicaments					
jamais	4	3,6%	2	2,4%	
rarement	13	11,7%	9	10,7%	ns
souvent	42	37,8%	35	41,7%	
très souvent	52	46,8%	38	45,2%	
vides	*1*		*1*		

Tableau XIII : Comparaison des patientes s'automédiquant et ne s'automédiquant pas en fonction du déroulement de la grossesse

	Automédication		Pas d'automédication		p =
	n =	%	n =	%	
Gestité					
I	36	32,1%	32	37,6%	
II	39	34,8%	25	29,4%	
III	22	19,6%	13	15,3%	ns
IV	12	10,7%	9	10,6%	
V et plus	3	2,7%	6	7,1%	
Suivi de la grossesse					
par médecin traitant	11	9,8%	12	14,3%	
par gynécologue	70	62,5%	51	60,7%	ns
par sage-femme	31	27,7%	22	26,2%	
Hospitalisation					
oui	6	5,4%	4	4,7%	ns
non	106	94,6%	81	95,3%	

Troisième partie

I. ANALYSE ET DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude est de connaître la consommation médicamenteuse des patientes au cours de la grossesse en évaluant :

- le nombre moyen de médicaments consommés,
- leur réaction face aux médicaments,
- et la prévalence de l'automédication.

Les objectifs secondaires sont :

- d'identifier les facteurs favorisant le recours à l'automédication,
- d'évaluer le niveau des connaissances des femmes enceintes sur le thème des médicaments pendant la grossesse.

➢ Les limites de l'étude

Cette étude a été limitée par plusieurs facteurs :

- il existe un biais de mémorisation des médicaments,
- la liste des médicaments se rapportant aux différents symptômes rencontrés au cours de la grossesse est non exhaustive ce qui entraîne sans doute une perte d'informations,
- un questionnaire semi-dirigé avec la présence de l'enquêtrice aurait pu améliorer la qualité des réponses.

➢ Les aspects positifs

- le circuit de distribution était bien établi, il y a eu de nombreuses réponses ce qui a permis de disposer d'un échantillon conséquent,
- dix questionnaires ont été testés dans le service de suites de naissances physiologiques. Cinq ont été donnés puis remplis sans la présence de l'enquêtrice et cinq autres ont été remplis avec la présence de l'enquêtrice. Cela a permis de modifier la formulation de quelques questions pour une meilleure compréhension.

1. Consommation moyenne de médicaments au cours de la grossesse

93,8% de la population totale ont consommé au moins un médicament pendant leur grossesse. La moyenne étant de 3,8 +/- 2,4 médicaments par patiente [0 – 12].

Ces chiffres sont en accord avec différentes études.

Une étude rétrospective, menée en 2002 au CHU de Strasbourg auprès de 263 patientes, a indiqué que 91% des femmes avaient consommé au moins un médicament durant leur grossesse avec un nombre moyen de médicament estimé à 3,1. [27]

Une autre étude rétrospective, réalisée en 2000 par Damase-Michel C, portant sur 250 femmes en consultation dans un centre Universitaire de Toulouse a décrit que 84% des patientes avaient été exposées à des médicaments dans la semaine précédent l'interrogatoire avec une moyenne de 2,2 +/- 1,6 médicaments par femme [0-7]. [28]

Une dernière, réalisée en 2003 au CHU de Caen sur 100 femmes enceintes a rapporté une consommation médicamenteuse à 97% avec un nombre moyen de médicaments consommés à 3,9 par patiente. [29]

Alors que la grossesse est une période à risque concernant les médicaments, plus de 9 femmes sur 10 sont exposées à au moins un médicament au cours de leur grossesse. Ce chiffre est d'autant plus alarmant que la population de notre étude ne comprenait que des femmes ayant une grossesse physiologique et donc ne nécessitant à priori aucun traitement impératif.

2. Consommation de médicaments sur prescription

2.1. Nombre moyen de prescriptions

Dans notre étude, 86,8% des patientes se sont vues prescrire au moins un médicament.

Dans l'étude EFEMERIS 2004-2008, médicaments et grossesse, portant sur 48 000 femmes de Haute-Garonne, 94,4% des femmes se sont vues prescrire et délivrer au moins un médicament remboursé au cours de la grossesse entre 2004 et 2005, contre 91,5% de 2005 à 2006, 92,3% en 2006 à 2007 et 94,3% en 2007 à 2008. Ils retrouvaient de plus, un nombre de principes actifs différents de 11,6 +/- 6,8 pour les femmes ayant accouché au 2ème semestre de 2004 à 9,8 +/- 6,8 pour celles ayant accouché en 2008. [19]

Une deuxième étude, menée en 2007 en Midi-Pyrénées, incluant 23 898 femmes, de Crespin S retrouve un pourcentage similaire avec un taux de prescription à 96%. [30]

2.2. Médicaments délivrés et consommés sur prescription

Les médicaments les plus prescrits et consommés pendant la grossesse sont ceux appartenant aux classes pharmaco-thérapeutiques suivantes :

- médicaments hématologiques (fer) pour 54% des patientes,
- médicaments de la sphère gastro-entérologie (antiacides, antiémétiques, pansements digestifs) pour 41,6% des patientes,
- médicaments du métabolisme et de la nutrition (oligo-éléments, calcium, vitamines, magnésium) pour 42,1% des patientes,
- médicaments antalgiques (paracétamol) pour 25,3% des patientes,
- homéopathie pour 6,9% des patientes.

Ces classes pharmaco-thérapeutiques sont retrouvées dans de nombreuses études notamment celles de Damase-Michel C [28], de Rabec A [29] et de Hurault-Delarue C [19].

Ainsi, environ 90% des femmes enceintes se voient prescrire des médicaments au cours de leur grossesse. Le traitement le plus prescrit est la supplémentation en fer pour plus d'une femme sur deux, l'intérêt étant de lutter contre l'anémie ferriprive qui entraîne un risque augmenté d'accouchement prématuré et de naissance d'enfant hypotrophe. Cependant, d'après les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) de 1997, aucune justification n'existerait à la supplémentation systématique en fer des femmes enceintes, la couverture des besoins étant acquise sous condition que la ration alimentaire soit suffisante (>2000Kcal/j). De plus, il apparait que seule l'anémie par carence martiale en début de grossesse entraîneraitait ces conséquences et que l'anémie découverte après 28 SA, c'est-à-dire correspondant à une anémie gravidique, serait quant à elle dépourvue de conséquences néfastes. Malgré ces recommandations, la supplémentation en fer des femmes enceintes concerne une femme sur deux alors que le coefficient d'absorption de ce traitement n'est que de 30% et qu'il entraîne des effets indésirables digestifs. [31]

La deuxième classe de médicament la plus prescrite est la classe des médicaments de la sphère gastro-entérologie. Ces traitements visent à lutter contre les principaux petits maux de la grossesse rencontrés par les femmes enceintes : à savoir, le reflux gastro-œsophagien pour 66% des patientes interrogées et les nausées et vomissements pour 61,4%. Renseigner les femmes enceintes sur les petits maux possibles en cours de grossesse et leur donner des conseils hygiéno-diététiques pour les améliorer pourraient permettre de limiter certaines prises médicamenteuses.

De plus, l'observance thérapeutique n'est pas satisfaisante même en période de grossesse. En effet, on a retrouvé dans notre étude que plus d'une femme sur quatre n'avaient pas consommé en totalité au moins une des prescriptions qui leur avait été donnée.

Ce chiffre est nettement inférieur au pourcentage retrouvé dans l'étude de Feranderry G, observance et grossesse de 2011 qui montrait une observance des femmes enceintes sur les prises médicamenteuses de 41% [32]. Le pourcentage bien inférieur que nous retrouvons dans notre étude est certainement dû au fait que notre questionnaire était rempli par les femmes seules tandis que dans l'étude de Feranderry G, les patientes étaient recrutées par des professionnels de santé qui les suivaient et remplissaient avec elles un questionnaire semi-dirigé.

Ces chiffres nous amènent à réfléchir quant aux prescriptions que nous établissons au cours de la grossesse. Scheen AJ. a travaillé sur les facteurs de non observance et a remarqué que plusieurs critères étaient en cause :

- l'âge du patient,
- les contraintes socioprofessionnelles (les horaires de travail ou le coût des médicaments),
- le niveau d'anxiété du patient,
- la tolérance au traitement,
- la forme galénique du traitement (taille des comprimés, saveur des sirops …),
- la durée du traitement,
- le nombre de traitements,
- la vérification immédiate des effets bénéfiques du traitement,
- la confiance que le patient porte au professionnel de santé,
- la coordination des soins,
- et l'explication quant à l'importance de l'observance thérapeutique. [33]

Cela nous amène à nous poser la question de la nécessité de toutes nos prescriptions au cours de la grossesse et de l'information que nous apportons au cours des consultations. Quand on reprend les critères de non observance de Scheen AJ ainsi que les médicaments non consommés retrouvés dans notre étude (Tardyféron B9®, Magné B6®, Daflon®, Gaviscon® ou Maalox®), nous nous apercevons que ces traitements regroupent plusieurs facteurs de non observance.

Nous connaissons les effets digestifs secondaires d'un traitement par Tardyféron B9®. Or, ce dernier est prescrit à plus d'une femme sur 2. Afin d'améliorer l'observance thérapeutique des femmes enceintes à ce traitement, il pourrait être intéressant de commencer par des conseils alimentaires en début de grossesse comme il est fait en prévention de la toxoplasmose ou de la listériose et de ne mettre en place la supplémentation médicamenteuse que dans un deuxième temps accompagnée des explications des effets secondaires et de la nécessité du traitement.

Pour ce qui est des traitements par alginate de sodium ou de magnésium, utilisés pour lutter contre les petits maux de la grossesse, on pourrait envisager une information sur ces derniers ainsi que des conseils hygiéno-diététiques pour les limiter.

Tout cela permettrait des prescriptions moins importantes et donc réduirait le nombre de médicaments consommés pendant la grossesse ce qui augmenterait l'observance de nos patientes.

3. Consommation de médicaments par automédication

3.1. Prévalence de l'automédication

Dans notre étude, 56,9% des femmes interrogées ont eu recours à l'automédication pendant la grossesse.

Ce chiffre se rapporte à l'étude de Rabec A réalisée en 2003 qui a retrouvé une proportion de 65% de femmes s'automédiquant [29] et à l'étude de Laure P sur les usagers de l'automédication menée en 1998, qui a retrouvé sur une population de 286 femmes enceintes, un recours à l'automédication de 69%. Ce recours était de plus supérieur à 70% dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 39 ans, âge correspondant à l'âge de la maternité. [34]

Il est toutefois largement supérieur à ceux obtenus par :

- Mikou S en 2008 dans une étude menée au CHU de Reims sur 223 femmes, montrant une proportion de 23,3% d'automédication, [35]
- l'étude de Damase-Michel sur 166 femmes en consultation dans un centre universitaire de Toulouse pendant l'été 2005 qui chiffrait l'automédication pendant la grossesse à 15%, [36]
- l'étude de Schmitt B de 2002 avec une consommation de médicaments d'automédication pour 21,3% des femmes interrogées, [27]
- et l'étude de Damase-Michel C de 2000 montrant une automédication des femmes enceintes de 20%, [28]

Ce taux d'automédication plus élevé que celui des dernières études citées peut s'expliquer par l'existence du déremboursement de nombreux médicaments entre 2002 et aujourd'hui et la mise en place depuis le 1er Juillet 2008 du libre-accès en pharmacie. Cela concerne de nombreux médicaments tels que les antalgiques, les antiacides, les pansements gastriques, les vitamines et les médicaments de la sphère ORL régulièrement utilisés pendant la grossesse. En effet, cette mise en place du libre-accès des médicaments en pharmacie par Roselyne Bachelot (Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie) en collaboration avec l'AFSSAPS avait pour but de favoriser l'automédication et donc de diminuer les dépenses de l'Assurance Maladie.

Cependant l'automédication est non sans risque en dehors mais surtout au cours de la grossesse :

- tout d'abord, il existe un risque que les indications mais surtout les contre-indications ne soient pas respectées,
- de plus, les posologies usuelles et maximales ne sont pas toujours connues entrainant ainsi des risques de surdosage. La composition exacte du médicament est parfois méconnue et peut entraîner également des surdosages. Enfin, elle peut occasionner la consommation d'un médicament jugé inoffensif contenant pourtant une molécule totalement contre-indiquée pendant la grossesse,
- par ailleurs, l'automédication peut entraîner des interactions médicamenteuses avec les traitements prescrits par le médecin ou la sage-femme,
- enfin, elle peut causer un retard au diagnostic en masquant des symptômes.

3.2. Médicaments consommés en automédication

Les médicaments les plus consommés en automédication par les patientes interrogées, appartiennent aux classes pharmaco-thérapeutiques suivantes :

- médicaments de la sphère gastro-entérologie (antiacides, antiémétiques, pansements digestifs) pour 53,6% des patientes qui s'automédiquent,
- médicaments antalgiques pour 52,3% des patientes qui s'automédiquent,
- laxatifs pour 9,8% des patientes qui s'automédiquent,
- homéopathie pour 5,7% des patientes qui s'automédiquent.

Ces classes pharmaco-thérapeutiques sont également retrouvées dans de nombreuses études de la littérature dont celles de Mikou S, de Damase-Michel C dans ses études de 2000 et de 2005 [28, 35, 36].

Il apparait donc que les médicaments les plus consommés pendant la grossesse par automédication sont des médicaments de confort ayant pour objectif de palier aux petits maux de la grossesse. On peut donc estimer qu'ils ne présentent pas de risque particulier lorsque les posologies sont respectées. Cependant, on peut considérer que l'automédication pourrait être diminuée si ces petits maux de la grossesse étaient différemment pris en charge par le professionnel de santé qui suit la grossesse.

3.3. Facteurs favorisant l'automédication

Il n'a pas été retrouvé de facteurs favorisant le recours à l'automédication dans notre étude. Celle de Damase-Michel a pourtant montré plusieurs éléments favorisant ce recours, notamment :

- l'origine française,
- le niveau d'étude élevé,
- l'existence d'antécédents médicaux,
- le suivi régulier chez le médecin,
- la consommation régulière d'alcool avant la grossesse,
- l'automédication en dehors de la grossesse,
- et la consommation simultanée de plusieurs médicaments [28].

L'étude de Mikou S a uniquement retrouvé que le niveau d'étude élevé entrainait une plus grande automédication [35].

Il apparait d'après les critères retrouvés par l'étude de Damase-Michel que les femmes côtoyant le système de santé régulièrement (existence d'antécédents médicaux, suivi régulier chez le médecin traitant) recourraient davantage à l'automédication. Ceci peut être interprété comme une sorte de banalisation des médicaments par la patiente qui, à force de côtoyer les professionnels de santé et les médicaments, estime avoir suffisamment de connaissances pour prendre en charge seule ses symptômes.

De même, le niveau d'étude élevé entraîneraitait une augmentation de l'automédication. Ceci a également été mis en évidence dans l'étude de Mikou S. Ce critère peut être expliqué par un manque de temps pour consulter qui amènerait certaines personnes à s'auto traiter grâce aux médicaments présents dans leur armoire à pharmacie. Nous pouvons par ailleurs penser que cette population aurait tendance à plus s'automédiquer que les femmes appartenant à des classes dites défavorisées en raison du non remboursement des médicaments d'automédication qui constituent un coût non négligeable.

Enfin, la consommation simultanée de plusieurs médicaments favoriserait également le recours à l'automédication. Or, il a été retrouvé dans notre étude que les femmes enceintes étaient exposées en moyenne à 3,8 +/- 2,4 médicaments par femme. Cela laisse à penser que les professionnels de santé auraient tout intérêt à limiter leurs prescriptions afin de limiter l'automédication.

4. Consommation de médicaments contre-indiqués

Quatre patientes (2% de notre population totale) ont été exposées à des médicaments formellement contre-indiqués au cours de la grossesse. Il s'agissait pour les 4 patientes d'AINS avec :

- une prescription (0,5%) d'une pommade anti-inflammatoire (Voltarène gel®),
- une prise d'ibuprofène par automédication (0,5%),
- et deux prises d'aspirine par automédication (1,5%).

Le questionnaire ne demandait pas de préciser le terme gestationnel au cours duquel les médicaments ont été consommés, nous ne pouvons donc pas affirmer que ce médicament était contre-indiqué au moment de la prise.

De nombreuses grossesses sont exposées à des médicaments contre-indiqués. Une étude de prescription des AINS réalisée en Haute-Garonne montre qu'en 2005, 1,8% des femmes enceintes se sont vues prescrire et délivrer des AINS par voie cutanée au 3ème trimestre de grossesse, ce qui correspond à plus de 200 femmes par an recevant une prescription à risque [36].

Les travaux de Le Grand G, sur les demandes de remboursements présentées aux caisses primaires d'assurance maladie de la région des Pays de la Loire entre 2000 et 2001, ont montré que 0,7% des prescriptions effectuées pendant la grossesse contenaient un ou plusieurs médicaments contre-indiqués. Les médicaments les plus fréquemment rencontrés étaient les AINS (61,7%), la vitamine D à fortes posologies, le misoprostol, les tétracyclines, les IEC et les antagonistes de l'angiotensine II [37]. Enfin, l'étude de Kerrache S en 2009 a montré que 3,3% des femmes avaient consommé un AINS au cours de leur grossesse [38].

Encore beaucoup de grossesses sont exposées aux AINS malgré des rappels réguliers des précautions de l'AFSSAPS. Cette classe thérapeutique est d'autant plus dangereuse qu'elle est concernée par des pratiques d'automédication des femmes enceintes à partir de la pharmacie familiale et par des dispensations sans prescription en libre-accès tandis que l'information sur leurs risques en début de grossesse est absente des notices de certaines spécialités (annexe II). Il apparaît donc indispensable de donner une information éclairée quant aux risques des médicaments pendant la grossesse y compris les médicaments utilisés couramment et disponibles sans ordonnance.

5. Niveau d'information des patientes concernant les médicaments

Seules 30% des femmes ayant participé à notre étude ont répondu avoir reçu une information quant aux risques médicamenteux pendant la grossesse par le professionnel de santé suivant leur grossesse. Dans la moitié des cas, l'information était donnée par le médecin traitant, dans 17% des cas par la sage-femme et dans 13% des cas par le gynécologue. Ce chiffre est nettement inférieur aux pourcentages obtenus dans les études de Mikou S et de Schmitt B qui retrouvaient respectivement un niveau d'information de 59% et de 55%, chiffres qui restaient très faibles par ailleurs [27, 35].

Il est donc surprenant de constater que seul un tiers des femmes interrogées a reçu une information sur les médicaments et la grossesse. Ce chiffre porte à réfléchir quant à la qualité de l'information donnée aux femmes enceintes sur le risque médicamenteux d'autant plus que 6 femmes sur 10 ne connaissent pas les risques liés à la prise d'AINS au cours de la grossesse. En effet, il a été demandé aux patientes dans notre questionnaire quels médicaments étaient contre-indiqués pendant la grossesse. A cette question, seuls 20% ont cité l'ibuprofène et 10% l'aspirine. Damase-Michel C a montré que la moitié des femmes avaient reçu une information de la part de leur médecin sur les risques fœtaux de l'alcool et du tabac, mais seulement 8% avaient dit avoir été informées sur les risques des AINS en fin de grossesse. Parmi ces femmes, 2/3 ne savaient pas que l'ibuprofène et l'aspirine étaient des AINS et 1/3 des femmes pensaient qu'il était possible d'en prendre en fin de grossesse [36]. Les risques liés à la prise d'AINS sont majeurs pendant la grossesse, or l'ibuprofène et l'aspirine sont des médicaments très régulièrement utilisés à visée antalgique voire même banalisés au même titre que la paracétamol en dehors de la grossesse c'est pourquoi il est indispensable d'établir une information éclairée.

Les femmes enceintes sont demandeuses d'information. On retrouve effectivement dans notre étude que 75,4% d'entre elles aimeraient avoir une fiche d'information concernant les médicaments interdits pendant la grossesse.

Elles ont de plus, besoin d'être rassurées. Afin de trouver les informations relatives aux médicaments, les femmes enceintes se réfèrent d'une part, au pharmacien et d'autre part, à internet. Toutefois, les informations présentes sur internet sont en majorité inexactes et il apparait difficile pour le grand public de distinguer les sites fiables et de bonne qualité. Une étude d'évaluation de la qualité des sites Internet francophones pouvant être consultés par une femme enceinte ou ses proches, à la recherche d'informations sur « nausées et vomissements de la grossesse » et sur « fièvre pendant la grossesse » a montré que parmi les 49 sites internet retenus : 1/3 seulement émanaient de professionnels de santé. Parmi ces sites, 4 étaient financés par des sociétés éditrices de journaux commercialisant des produits d'hygiène ou pharmaceutiques, 2 par des mutuelles et 2 par des firmes pharmaceutiques. Moins de la moitié possédaient un comité scientifique en charge de la qualité médicale des informations. Ainsi de nombreux sites donnaient au grand public des informations inexactes dont 20% étaient estimées comme présentant un danger pour le particulier [39]. Il apparait donc nécessaire de renforcer l'information des femmes enceintes sur la qualité des sites internet et sur les risques représentés par certains d'entre

eux, notamment dans le domaine de la santé. A l'heure actuelle où la recherche d'informations médicales sur internet est en pleine expansion il pourrait être envisagé d'informer les patientes sur les sites médicaux de référence.

6. Des comportements contradictoires

Nous avons retrouvé dans notre étude des comportements paradoxaux de certaines femmes enceintes. En effet, nous avons constaté que 72,1% des femmes enceintes qui s'automédiquaient consultaient dans un même temps un professionnel de santé pour les désagréments qu'elles rencontraient au cours de leur grossesse. De plus, ces mêmes femmes répondaient à 37,8% et 46,8% lire respectivement souvent et très souvent la notice des médicaments. Par ailleurs, notre étude a montré que parmi les femmes ne prenant pas leur traitement en totalité, 11,8% le faisaient car elles jugeaient les médicaments prescrits dangereux pour leur bébé et un même nombre le faisait car elles préféraient ne pas consommer de médicaments pendant leur grossesse afin que ce soit le plus naturel possible.

Ces comportements pourraient expliquer un besoin de réassurance important. Selon l'enquête de Pellerin P, 47% des pharmaciens estiment que les femmes enceintes leur demandent beaucoup plus de conseils que les autres personnes, aussi bien pour se rassurer de l'innocuité d'un médicament sur ordonnance que pour un projet d'automédication [40].

Il est donc important d'apporter des informations claires quant aux médicaments pendant la grossesse en insistant non seulement sur les principaux médicaments contre-indiqués mais aussi en rassurant ces patientes sur la nécessité du traitement avec les bénéfices attendus, la nocivité moindre pour l'enfant et les conséquences éventuelles sur le fœtus.

II. PROPOSITIONS

1. Rôle de la consultation préconceptionnelle [41]

Jusqu'en 2007, la consultation prénuptiale était obligatoire pour les couples envisageant de se marier. Depuis son abrogation, la consultation préconceptionnelle a pris le « relais » permettant ainsi d'informer les couples et de divulguer les messages de prévention importants pour le bon déroulement de la grossesse. Or, cette consultation n'est que très peu réalisée en raison du caractère non obligatoire mais aussi de la méconnaissance de celle-ci par les femmes en âge de procréer. On trouverait donc un intérêt réel quant à informer les patientes sur l'existence de cette consultation afin de diminuer les risques médicamenteux au cours de la grossesse.

L'HAS a publié en septembre 2009, des recommandations à l'usage des professionnels de santé concernant le projet de grossesse. Dans ce document, il est fait le point sur les questions à aborder lors de la consultation préconceptionnelle notamment celle des médicaments au cours de la grossesse. Il est recommandé :

- de bien évaluer le rapport bénéfice/risque de toute prescription médicamenteuse chez une femme qui exprime le désir de grossesse,
- d'anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques en cas de maladie chronique ou de traitement au long cours,
- de prévenir les anomalies de fermeture du tube neural avec un apport de folates à la dose de 400 microgrammes à partir de la consultation jusqu'à la 12ème SA.

Elle recommande de plus, de souligner les risques de l'automédication et d'expliquer à la femme que la prise de médicaments sans prescription est déconseillée dès qu'un projet de grossesse existe et ce pendant toute la grossesse. Ainsi la consultation préconceptionnelle tient une place importante concernant la prévention des accidents médicamenteux au cours de la grossesse. Ferrandery G a par ailleurs rapporté que l'existence d'une consultation préconceptionnelle améliorerait l'observance des patientes.

2. Prévention et éducation au cours de la grossesse

2.1. Rôle des consultations prénatales

La première consultation de grossesse peut elle aussi trouver tout son rôle dans la prévention de l'automédication en informant les femmes enceintes sur le risque des médicaments au cours de la grossesse et de la nécessité de consulter un professionnel de santé avant toute prise médicamenteuse non prescrite. Toutefois, cette consultation présente une quantité d'informations déjà importante (le calendrier de la grossesse, prévention séroconversion toxoplasmose, prévention alloimunisation…). Il serait donc intéressant d'introduire ces notions lors de cette consultation sans pour autant établir de catalogue de médicaments interdits et optimiser chaque consultation en les adaptant à chaque femme en :

- les interrogeant sur les petits maux de la grossesse rencontrés et en les informant des règles hygièno-diététiques aidant à les limiter,
- leur demandant les médicaments qu'elles ont consommé au cours du dernier mois,
- en s'enquérant de la façon dont les éventuels traitements prescrits sont suivis et des effets secondaires,
- et en leur livrant une information personnalisée et adaptée.

La sage-femme et le médecin ont un rôle de conseil et d'encadrement. En effet, dans le cadre de la prise en charge globale, le professionnel de santé suivant la grossesse se doit de vérifier la consommation médicamenteuse de sa patiente, même lorsque ce sont des médicaments de prescription médicale facultative. Il a un rôle pédagogique : il doit informer sur les dangers de l'automédication et insister sur la nécessité pour les femmes enceintes de prendre systématiquement, en plus de la lecture des notices, l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien avant toute prise de médicament.

Il peut être aussi intéressant de renseigner les femmes enceintes sur les ressources médicales fiables auxquelles elles peuvent obtenir des informations ; à savoir :

- l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, sur la page internet « Médicaments et grossesse » sur http://ansm.sante.fr
- le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) à l'adresse internet suivante : http://www.lecrat.org

2.2. Rôle de l'entretien prénatal

Cet entretien pourrait également être approprié à cette sensibilisation. La durée de l'entretien étant d'une heure, favorise l'expression. Il permettrait ainsi de faire un état des lieux des connaissances des patientes sur le thème « médicaments et grossesse » et d'enrichir les informations déjà fournies auparavant. L'entretien prénatal autoriserait de plus, une écoute par rapport aux inquiétudes liées à la prise d'un médicament visant à déculpabiliser ces femmes.

Cet entretien étant avant tout un temps d'écoute et de partage, les informations sur les médicaments et la grossesse ne seraient abordées que dans un temps bref.

3. Fiche d'information destinée aux patientes

Une fiche d'information sur le même schéma que celle concernant les conseils alimentaires en prévention de la séroconversion toxoplasmose ou de la listéria pourrait être donnée aux femmes enceintes ou laissée à disposition en salle d'attente. Ceci permettrait ainsi aux femmes enceintes de conserver un support écrit. Cette fiche aviserait les patientes sur l'automédication mais aussi les médicaments utilisables pendant la grossesse visant à lutter contre les principaux désagréments de la grossesse.

Une proposition de fiche d'information est présentée en annexe III afin de conclure ce mémoire. Cette dernière propose :

- des conseils sur la prise de médicaments au cours de la grossesse,
- informe des risques de l'automédication,
- liste les principaux médicaments d'automédication contre-indiqués tels que l'ibuprofène, l'aspirine à plus de 500mg/j et les médicaments à base de pseudo-éphédrine,
- les médicaments de première intention autorisés pendant la grossesse,
- et les sites médicaux de référence auxquels se référer.

Concernant les médicaments à base d'ibuprofène et d'aspirine, il a été volontairement indiqué qu'ils étaient contre-indiqués pendant toute la durée de la grossesse, malgré les recommandations actuelles, pour une plus grande sécurité. Par ailleurs, la liste des médicaments de première intention est non exhaustive afin de ne pas favoriser l'automédication.

Conclusion

La grossesse bien que n'étant pas une maladie, se trouve de plus en plus médicalisée et le nombre de médicaments consommés par la femme enceinte est en constante augmentation. Il en ressort de notre étude que plus de 9 femmes sur 10 ont consommé au moins un médicament au cours de leur grossesse.

Par ailleurs, la pratique de l'automédication au cours de cette période est non négligeable avec une proportion de 56,9%. Il s'agissait certes de médicaments dits de confort, cependant 1,5% de ces femmes ont consommé des médicaments qui comportaient un risque potentiel pour le fœtus.

Enfin depuis peu, des pharmacies en ligne sont à disposition permettant ainsi à tout usager de commander des médicaments comme n'importe quel autre objet de la vie courante. On peut donc se demander si cette innovation ne contribuerait pas à la banalisation du médicament mais surtout à une augmentation de l'exposition des femmes enceintes à des médicaments contre-indiqués. En effet, le pharmacien étant un des acteurs clés du circuit des médicaments, s'en voit évincé. Les femmes enceintes se retrouveront seules actrices de leur consommation médicamenteuse sans n'avoir plus aucun professionnel de santé pour les aviser sur les médicaments interdits au cours de la grossesse.

Le rôle de prévention, de conseil et d'encadrement des sages-femmes auprès des femmes enceintes tient dans ce cas une place d'autant plus capitale.

Bibliographie

[1] Peigne J. Le droit du médicament : évolutions récentes. Revue de droit sanitaire et social 2007 ; 4 : 579-603.

[2] Ferry S. L'usage du médicament. Editions Médicales Internationales, Paris, 2000, 641p.

[3] Pouillard J, Vayssette J. L'automédication, peut-on être médecin soit même. Edition Josette Lyon, Paris, 2004, 127p.

[4] Encyclopédie Universalis. Médicaments. http://www.universalis.fr/encyclopedie/medicaments/, 10 Septembre 2012.

[5] OMS. La définition de la santé de l'OMS. http://www.int/about/definition/fr/print.html, 10 Septembre 2012.

[6] ANSM. Vente de médicaments en France : le rapport d'analyse de l'année 2011 – Communiqué. http://ansm.sante.fr/S-infomer/Presse-Communiques-Points-presse/Ventes-de-medicaments-en-France-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2011-Communique, 03 Novembre 2012.

[7] Chauveau S. Médicament et société en France au 20e siècle. Vingtième siècle. Revue d'histoire 2002 ; 1, n°73 : 169-185.

[8] World Health Organization. Guidelines for Regulatory of Medicinal Products for Use in Self-Medication. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/js2218e/, 16 Octobre 2012.

[9] Pouillard J. L'automédication. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des Médecins de Février 2001. Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM 2001/02 ; 7.

[10] AFIPA. Baromêtre Afipa 2012 Présentation des chiffres du marché avec Celtipharm. http://www.afipa.org/, 23 Février 2013.

[11] AFIPA. Etude sur le libre accès en pharmacie AFIPA/UMPC 11 juillet 2012. http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/137-nos-actions/153-etudes-enquetes.aspx, 10 Novembre 2012.

[12] Steudler F. Aspects sociologiques de l'automédication. In Queneau P. Automédication, autoprescription, autoconsommation. John Libbey Eurotext, Paris, 1999, p23-32.

[13] Molina N. Automédication. Presses Universitaires de France, Paris, 1988, 264p.

[14] Roland J, Godeau P. La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic. Discussion. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 2007 ; 191, n°8 : 1491-96.

[15] MINISTÈRE. Décret n° 2008-641du 30 Juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. http://www.legifrance.gouv.fr, 13 Décembre 2012.

[16] Bavoux F, Elefant E, Rey E, Pons G. Grossesse et médicaments. Médecine Thérapeutique 2001 ; vol 7, n°1 : 69-81.

[17] Elefant E, Vauzelle C, Cournot M-P, Assari F. Médicaments et grossesse. Médecine Thérapeutique 2007 ; vol 13, n°6 : 403-410.

[18] De Vigan C, Khoshnood B, Lhomme A, Vodovar V, Goujard J, Goffinet F. Prévalence et diagnostic prénatal des malformations en population parisienne. J Gyncol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 : 8-16.

[19] Hurault-Delarue C, Lacroix I, Vidal S, Montastruc J-L, Damase-Michel C. Médicaments et grossesse : étude dans la base de données EFEMERIS 2004-2008. Gynécologie Obstétrique et fertilité 2011 ; 39 : 554-558.

[20] Klein C. L'automédication chez la femme enceinte : une réalité ?. Ecole de Sages-femmes, Metz, 2011.

[21] Cournot M.P, Vauzelle F, Elefant E. Les médicaments tératogènes. La lettre du gynécologue 2008 ; 330.

[22] Orphanet. Acitretin embryofoetopathy. http://www.orpha.net, 23 Novembre 2012.

[23] ANSM. Isotrétinoïne orale et carnet-patiente : Renforcement du Programme de Prévention des Grossesses – Communiqué. http://ansm.sante.fr, 23 Novembre 2012.

[24] CRAT. Médicaments. http://www.lecrat.org, 25 Novembre 2012.

[25] Cooper W-O, Hernandez-Diaz S, Arbogast P-G, Dudley J-A, Dyer S, Gideon P-S. Major congenital malformations after first-trimester exposure to ACE inhibitors. N. Engl. J. Med. 2006 ; 354 : 243-51.

[26] Vidal Recos. Annexe – Médicaments et grossesse. http://www.vidalrecos.fr, 30 Novembre 2012.

[27] Schmitt B. L'automédication chez la femme enceinte. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31, n°2: 211.

[28] Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc J.L. Consommation de médicaments pendant la grossesse : enquête auprès de 250 femmes en consultations dans un Centre Hospitalier Universitaire. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000, vol 29, n°1 : 77-85.

[29] Rabec A. L'automédication chez la femme enceinte. Ecole de Sages-femmes, Caen, 2004.

[30] Crespin S, Bourrel R, Hurault-Delarue C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc J-L, Damase-Michel C. Drug prescribing before and during pregnancy in south west France : a retrospective study. Drug Saf 2011 ; 34 : 595-604.

[31] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique, supplémentations au cours de la grossesse. http://www.cngof.asso.fr, 13 Février 2013.

[32] Feranderry G. Observance et grossesse : étude rétrospective auprès de 211 patientes en Midi-Pyrénées de mars 2010 à pars 2011. Thèse de médecine générale, Toulouse, 2011.

[33] Scheen A-J, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Revue médicale de Liège 2010 ; 65 : 239-245.

[34] Laure P. Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. Thérapie 1998 ; 53 : 127-35.

[35] Mikou S, Buire A-C, Trenque T. Automédication chez la femme enceinte. Thérapie 2008 ; 63, n°6 : 415-418.

[36] Damase-Michel C, Christaud J, Berrebi A, Lacroix I, Montastruc J-L. What do pregnant women about non-steroidal anti-inflammatory drugs?. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009 ; 18 : 1034-8.

[37] Le Grand G, Stalla-Doisy R, Sambe M-F, Labalec C, Joyau J-R, Gillaizeau P. La prescription médicamenteuse avec contre-indication absolue chez la femme enceinte. La Lettre du Pharmacologue 2005 ; 19 : 18-22.

[38] Kerrache S. Self medication with non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy : a prospective survey in a department of obstetrics. Fundamental Clin Pharmacol 2009 ; 23 : 51.

[39] Lacroix I. Attention aux sites médicaux grand public sur internet. Bulletin d'informations de pharmacologie 2007 ; 14 : 5.

[40] INPES. La prise de médicaments pendant la grossesse. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3h.pdf, 27 février 2013.

[41] HAS. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examen à proposer. http://www.has-sante.fr, 02 Mars 2013.

Annexes

ANNEXE I : Questionnaire d'étude

QUESTIONNAIRE

« La prise de médicaments au cours de la grossesse »

Actuellement en dernière année à l'école de sage-femme de CAEN, j'effectue mon mémoire de fin d'études sur « la prise de médicaments pendant la grossesse ».

Mon étude ne peut être réalisée qu'avec votre aide, c'est pourquoi, je vous remercie de bien vouloir répondre aux questions suivantes. Ce questionnaire est anonyme.

Merci.

Coralie LECARPENTIER

A propos de vous.....

1) Quel âge avez-vous ?

- □ moins de 20 ans
- □ entre 20 et 25 ans
- □ entre 25 et 30 ans
- □ entre 30 et 35 ans
- □ entre 35 et 40 ans
- □ plus de 40 ans

2) Vivez-vous ?

- □ seule
- □ en couple

3) Quel est votre niveau d'études ?

- □ brevet des collèges
- □ CAP / BEP
- □ baccalauréat
- □ études supérieures

4) Exercez-vous une profession ?

- □ oui
- □ non

Si oui, laquelle : .....

5) Quelle est votre origine géographique ?

- □ France
- □ Europe
- □ Asie
- □ Afrique du Nord
- □ Afrique noire
- □ autres (préciser) .....

6) Fumez-vous ?

- □ oui
- □ non

Si oui, précisez le nombre de cigarettes par jour : - en dehors de la grossesse : .....

- pendant votre grossesse : .....

7) Au niveau de la consommation d'alcool, vous en consommez :

- en dehors de votre grossesse :

□ jamais
□ à l'occasion, lors de soirées
□ au moins une fois par semaine
□ tous les jours

- pendant votre grossesse :

□ jamais
□ à l'occasion, lors de soirées
□ au moins une fois par semaine
□ tous les jours

8) Consommez-vous de la drogue (cannabis, héroïne, cocaïne ....) ?

- en dehors de la grossesse : □ oui, laquelle ? ..... □ non
- pendant la grossesse : □ oui, laquelle ? ..... □ non

9) En dehors de la grossesse, souffrez-vous d'une maladie nécessitant un traitement quotidien ? (ex: asthme, épilepsie, diabète, hypo ou hyperthyroïdie, hypertension artérielle, cardiopathie, troubles veineux, autre...)

□ oui
□ non

Si oui, citez la pathologie ainsi que le traitement éventuel que vous avez pour cette pathologie :

.....

10) Prenez-vous un médicament régulièrement en dehors de la grossesse ?

□ oui
□ non

Si oui, lequel ? ..... et pourquoi ?.....

11) Avez-vous un suivi ?

- chez le médecin traitant : □ oui
□ non

Si oui, combien de fois par an environ ? .....

- chez le gynécologue : □ oui
□ non

Si oui, à quelle fréquence ? .....

- chez le dentiste : □ oui
□ non

Si oui, à quelle fréquence ? .....

12) Combien de grossesses avez-vous eu ? (y compris la grossesse actuelle, fausse-couche, IVG et grossesse extra-utérine) .....

Combien de fois avez-vous accouché ? .....

En dehors de votre grossesse …

13) Vous arrive-t-il de prendre des médicaments que vous avez dans votre armoire à pharmacie sans avis préalable d'un professionnel de santé au moment de la prise ?

□ jamais □ souvent
□ rarement □ très souvent

14) Lisez-vous la notice avant de prendre un médicament que vous avez dans votre armoire à pharmacie ?

□ jamais □ souvent
□ rarement □ très souvent

Pendant votre grossesse…

15) Par qui est suivie votre grossesse ?

□ médecin traitant □ sage-femme
□ gynécologue-obstétricien □ pas de suivi

16) Avez-vous été hospitalisée pendant la grossesse ?

□ oui
□ non
si oui, pourquoi? ……

17) Durant votre grossesse, quels problèmes avez-vous rencontré ? Cochez le ou les problèmes rencontrés.

□ nausées, vomissements □ douleurs ligamentaires
□ constipation □ fièvre
□ brûlures d'estomac, remontées acides □ douleurs dentaires
□ jambes lourdes □ hémorroïdes
□ problèmes de sommeil □ problèmes de peau
□ infections urinaires □ mycoses
□ mal de dos □ angoisses
□ médicaments de sevrage (substituts, patch)
□ autres (rhume, grippe, maux de gorge), précisez: ……

18) Avez-vous consulté pour ces symptômes ?

□ oui
□ non

Si oui, qui avez-vous consulté ? □ médecin traitant □ pharmacien
□ sage-femme □ famille / amis
□ autre, précisez : ……

19) Avez-vous consommé des médicaments pendant votre grossesse ?

□ oui

□ non

Si oui, entourez les médicaments consommés.

□ *contre des douleurs* : paracétamol / doliprane / dafalgan / efferalgan
ibuprofène / advil / nurofen / spifen / profénid / pommade voltarène
aspirine / spasfon / ou autre, précisez : .....

□ *contre les nausées et vomissements* : métoclopramide / primperan / dompéridone / motilium / vogalène / inipomp
ou autre, précisez : .....

□ *contre la constipation* : forlax / transipeg / duphalac / suppositoire de glycérine
ou autre, précisez : .....

□ *contre les jambes lourdes* : daflon / Cyclo 3 / ou autre, précisez : .....

□ *contre les remontées acides* : gaviscon / gelox / tagamet / azantac / mopral / oméprazol
ou autre, précisez : .....

□ *contre les carences* : fer / tardyferon / fumafer /timoférol / magnésium / magné B6 /
vitamines / ou autre, précisez : .....

□ *contre les problèmes de sommeil* : léxomil / lysanxia / tranxène / atarax /témesta
ou autre, précisez : .....

□ *contre les hémorroïdes* : titanoreïne crème ou suppositoires
déliproct crème ou suppositoires

□ *contre une infection* : antibiotiques / antiseptiques

□ *contre les mycoses :* gynopevaryl crème et/ou ovules / éconazole crème et/ou ovule /
ou autre, précisez : .....

□ *contre les problèmes de peau :* crème (précisez: .....) / antihistaminique

□ *contre l'anxiété :* anxiolytiques / antidépresseurs

□ homéopathie/ phytothérapie

□ autre, précisez : .....

20) Concernant les médicaments que vous avez entourés précédemment, les avez-vous consommé après avis d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un pharmacien ?

□ oui, le(s)quel(s) ? .....

□ non, le(s)quel(s) ? .....

21) Vous a-t-on prescrit des médicaments pendant votre grossesse ?

□ oui

□ non

Si oui, lesquels ? .....

22) Concernant les prescriptions données par le professionnel suivant votre grossesse :

- les avez-vous toutes prises en totalité ? □ oui

□ non

Si non, quelle(s) prescription(s) n'avez-vous pas pris ?

.....

- et pourquoi ? (Citez pour chaque motif coché ci-dessous le médicament concerné)

□ traitement trop long (.....)

□ trop de comprimés à prendre (.....)

□ vous ne savez pas avaler les comprimés (.....)

□ vous ne croyais pas en l'efficacité du traitement (.....)

□ traitement trop coûteux (.....)

□ mauvaise tolérance du traitement (.....)

□ traitement trop contraignant (.....)

□ traitement dangereux pour le bébé (.....)

□ autre .....

23) Pensez-vous qu'il puisse avoir des médicaments interdits pendant la grossesse ?

□ oui

□ non

Si oui, citez des noms : .....

.....

24) Avez-vous reçu des informations sur l'automédication pendant la grossesse ?

□ oui

□ non

Si oui, précisez par qui ou par quel moyen les avez-vous eu ?

□ par le médecin traitant

□ par le gynécologue

□ par la sage-femme

□ par le pharmacien

□ par la famille ou une amie

□ par internet

□ à la télévision

□ sur un magazine

□ autres

25) Pensez-vous que la prise de médicament puisse avoir des conséquences sur la grossesse ou le bébé ?

□ oui

□ non

Si oui, lesquels ? .....

26) Pensez-vous que l'automédication puisse avoir des conséquences sur la grossesse ou le bébé ?

- □ oui
- □ non

Si oui, lesquels ? .....

27) Auriez-vous souhaité avoir une fiche d'information listant les médicaments interdits pendant la grossesse et l'allaitement lors de la grossesse ?

- □ oui
- □ non

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions

ANNEXE II : Notice d'un médicament à base d'ibuprofène

Ibuprofène
MYLAN

200 mg

30 comprimés enrobés

voie orale

Mylan

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

La substance active est : Pour un comprimé enrobé
Ibuprofène.....200,00 mg
Les autres composants sont : amidon de maïs, amidon prégélatinisé, silice colloïdale anhydre, acide stéarique.
Enrobage : povidone, talc, saccharose, macrogol 6000, polysorbate 80, carbonate de calcium, SEPISPERSE ROUGE AS5050 [saccharose, benzoate de sodium, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, oxyde de fer rouge (E 172)], cire d'abeille blanche.

Titulaire - Exploitant :
MYLAN S.A.S.
117 Allée des Parcs
69800 SAINT-PRIEST - FRANCE

Fabricant :
AJC Pharma Châteauneuf
Route de Fontaury
16120 CHÂTEAUNEUF SUR CHARENTE - FRANCE

Qu'est-ce que Ibuprofène Mylan 200 mg, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé ?
Ce médicament se présente sous forme de comprimés enrobés.
Boîte de 30.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène. Il est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 40 kg (*soit environ 12 ans*), dans le traitement de courte durée de la fièvre et/ou des douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures et règles douloureuses.

Quelles sont les informations nécessaires avant de prendre Ibuprofène Mylan 200 mg, comprimé enrobé ?

Ne pas utiliser Ibuprofène Mylan 200 mg, comprimé enrobé dans les cas suivants :
- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (*24 semaines d'aménorrhée*),
- antécédent d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé.

Prendre des précautions particulières avec Ibuprofène Mylan 200 mg, comprimé enrobé.
A forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

Avant d'utiliser ce médicament, consulter votre médecin en cas :
- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. "Ne pas utiliser Ibuprofène Mylan 200 mg, comprimé enrobé"),
- de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves,
- d'antécédents digestifs (*hernie hiatale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens*),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau,
- d'intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en sucrase-isomaltase (*maladies métaboliques rares*). Ce médicament ne doit pas être utilisé en raison de la présence de saccharose.

Au cours du traitement en cas :
- de troubles de la vue, **prévenez votre médecin,**
- d'hémorragie gastro-intestinale (*rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration des selles en noir*), **arrêtez le traitement et contactez immédiatement un médecin ou un service médical d'urgence,**
- de signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment, crise d'asthme, gêne respiratoire ou brusque gonflement du visage et du cou (cf. "Effets non souhaités et gênants du médicament"), **arrêtez le traitement et contactez immédiatement un médecin ou un service médical d'urgence.**

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : **l'ibuprofène.**
Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.
Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

Grossesse - Allaitement
Au cours du premier trimestre de grossesse (*12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles*), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.
De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (*12 à 24 semaines d'aménorrhée*), ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin et en prise brève. L'utilisation prolongée de ce médicament est fortement déconseillée.
Au delà de 5 mois de grossesse révolus (*au delà de 24 semaines d'aménorrhée*), vous ne devez **EN AUCUN CAS** prendre ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur le plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

Si vous avez pris ce médicament alors que vous étiez enceinte de plus de 5 mois révolus, parlez-en à votre gynécologue obstétricien afin qu'une surveillance adaptée vous soit proposée.

Ce médicament passe dans le lait maternel. Par mesure de précaution, il convient d'éviter de l'utiliser pendant l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

M.081295-A

ANNEXE III : Proposition d'information destinée aux patientes

Tous les médicaments ne sont pas sans risque pendant la grossesse.

L'automédication pendant la grossesse est à éviter.

Demandez toujours l'avis de votre sage-femme, médecin ou pharmacien avant toute prise de médicament sans prescription.

Certains médicaments d'automédication couramment utilisés en dehors de la grossesse sont contre-indiqués pendant la grossesse tels que :

- Ibuprofène (Nurofen®, Advil®, Spifen®, Profénid®, Biprofénid®, Nureflex®, Solufen®, Spédifen®, Antarène®, pommade Voltarène®…)
- Acide acétylsalicylique à plus de 500mg/jour (Aspirine®, Aspégic®, Aspro®, Sédaspir®…)
- Médicaments à base de pseudoéphrédine (Sudafed®, Dolirhume®, Actifed rhume®, Humex rhume®, Rhinadvil®…)

Pendant la grossesse, la femme enceinte peut rencontrer des désagréments appelés les « petits maux de la grossesse » (maux de dos, remontées acides, vomissements, douleurs ligamentaires, jambes lourdes…). Parlez en au professionnel de santé qui suit votre grossesse afin qu'il vous aide à les limiter.

Certains médicaments de première intention sont autorisés pendant la grossesse :

- **Contre les douleurs** : Paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®..), Phloroglucinol (Spasfon®)
- **Contre les remontées acides** : Oméprazole (Mopral®), Sels d'aluminium (Maalox®, Phospalugel®, Gelox®, Gaviscon®)
- **Contre la constipation** : lactulose (Duphalac®, Laxaron®)
- **Contre les hémoroïdes** : Titanoréïne®, Déliproct®

Il est préconisé de consulter en cas de persistance des symptômes.

N'oubliez pas de demander conseil à votre sage-femme, médecin ou pharmacien et penser à les avertir des médicaments que vous avez pris.

Restez vigilantes quant aux sites internet, préférez vous référer si besoin aux sites suivant :

- l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, sur la page « Médicaments et grossesse » sur http://ansm.sante.fr
- le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) à l'adresse suivante : http://www.lecrat.org

RÉSUMÉ :

L'objectif de cette étude a été de définir la consommation médicamenteuse des femmes enceintes et d'évaluer leur niveau d'information sur ce thème. Il s'agit d'une étude rétrospective auprès de 197 femmes en consultation prénatale au CHU de Caen.

93,8% des patientes ont consommé au moins un médicament au cours de leur grossesse avec une moyenne de 3,8 +/- 2,4 spécialités. 112 patientes (57%) ont pratiqué l'automédication. Enfin, 30% des femmes ont répondu avoir reçu une information pendant leur grossesse.

Il est donc important de rappeler le rôle de prévention, de conseil et d'encadrement des sages-femmes auprès des femmes enceintes.

MOTS CLÉS : - Médicaments
- Observance
- Automédication
- Information

TITRE DU MÉMOIRE : La prise de médicaments au cours de la grossesse

ABSTRACT :

The target of this study was to define the use of drugs by pregnant women and to evaluate how much they are informed about this. This is a retrospective survey research on 197 women who went for prenatal consultation in the University Hospital of Caen.

93.8% of them took at least one medicine during their pregnancy with an average of 3.8 +/- 2.4 specialties. 112 patients (57%) used self medication. Lastly, 30% replied they had received information during their pregnancy.

It is thus important to remind the importance of prevention, advice and management of midwives when they work with expecting women.

KEYWORDS : - Medicine
- Observance
- Self medication
- Information

TITLE OF THE REPORT : The use of medicine during pregnancy

AUTEUR : Coralie Lecarpentier
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2009-2013