



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Automédication et grossesse :

**Enquête auprès de 740 femmes enceintes dans les établissements de santé du Réseau
Périnatal Alpes-Isère en été 2013 et en hiver 2014.**

Mémoire soutenu le 16 juin 2014

Par : COURRIER Damien

Né le : 23 juillet 1988 à Voiron (Isère)

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2014

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Automédication et grossesse :

**Enquête auprès de 740 femmes enceintes dans les établissements de santé du Réseau
Périnatal Alpes-Isère en été 2013 et en hiver 2014.**

Mémoire soutenu le 16 juin 2014

Par : COURRIER Damien

Né le : 23 juillet 1988 à Voiron (Isère)

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2014

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme le Dr Véronique EQUY, PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Présidente du jury.

M. le Dr Emmanuel EYRIEY, Gynécologue Obstétricien au Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, Médecin invité.

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Cadre Supérieur Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, représentante de la Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble.

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire.

M. Lionel CURTO, Sage-femme au Centre Hospitalier de Romans-sur-Isère, Sage-Femme invité.

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Céline VILLIER, Pharmacien PH au Centre Régional de Pharmacovigilance du CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire,

Pour ses conseils, ses connaissances, sa disponibilité et son aide précieuse accordée à l'élaboration de ce travail et à sa relecture ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-femme cadre enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire,

Pour son soutien et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire et pour son encadrement lors de ces quatre années d'études ;

Mme le Dr Edith SCHIR, Pharmacien PH au Centre Régional de Pharmacovigilance du CHU de Grenoble,

Pour son aide apportée dans l'élaboration du questionnaire et dans la relecture du travail ;

Mme le Dr Pascale GUILLEM, Centre de Coordination en Cancérologie au CHU de Grenoble,

Pour son expérience dans l'élaboration d'un questionnaire ;

M. le Dr Arnaud SEIGNEURIN, médecin épidémiologiste au CHU de Grenoble,

Pour son aide dans le calcul de l'échantillon et dans les analyses statistiques ;

L'ensemble des Médecins et Sages-femmes cadres travaillant au sein de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, à la Clinique Belledonne, à la Clinique Mutualiste, à la Clinique des Cèdres et au Centre Hospitalier de Voiron,

Pour avoir accepté le déroulement de l'enquête dans leur établissement ;

L'ensemble des secrétaires travaillant dans les services de consultations de Gynécologie-Obstétrique de la Clinique des Cèdres, ainsi que dans les cabinets de l'Espace Gynebelle et de Gynécologia,

Pour avoir accepté de distribuer les questionnaires aux femmes enceintes tout en respectant les critères d'inclusion ;

Mme Aurélie PUTOD, Sage-femme à l'INSERM,

Pour son amitié avant tout et son aide apportée dans la relecture de ce travail.

Je remercie également,

Mes parents domiciliés à Thodure en Isère et Céline,

Pour l'amour et le soutien qu'ils m'ont toujours apportés ;

L'ensemble de la promotion 2014,

Pour toutes ces années inoubliables.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
I. INTRODUCTION	2
1. Définition de l'automédication et du médicament	2
2. Contexte actuel : consommation de médicaments et automédication	2
3. Risques liés à la consommation de médicaments.....	3
4. Problématique.....	4
5. Hypothèses et objectifs.....	5
II. MATERIEL ET METHODE	6
1. Type d'étude.....	6
2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion	6
3. Constitution de l'échantillon et recueil des données	7
3.1 Calcul de la taille de l'échantillon.....	7
3.2 Recueil des données	7
4. Critères de jugement.....	8
5. Analyses statistiques	9
III. RESULTATS	10
1. Caractéristiques générales de l'échantillon étudié	10
2. Prévalence de l'automédication au cours de la grossesse	13
3. Risques liés à la pratique de l'automédication	14
3.1 Description de la pratique de l'automédication	14
3.2 Risques liés aux types de médicaments	18
3.3 Risques liés aux interactions médicamenteuses	19
3.4 Risques liés aux surdosages	20
4. Facteurs favorisant le recours à l'automédication	20
5. Fréquence de l'information sur l'automédication en début de grossesse	23

IV. DISCUSSION	25
1. Limites et biais de l'étude	25
1.1 Type d'étude	25
1.2 Echantillonnage.....	26
1.3 La méthode de recueil des données : le questionnaire	27
1.4 Analyses statistiques	28
2. Discussion des résultats	29
2.1 Evolution de la prévalence de l'automédication au cours de la grossesse	29
2.2 Risques maternels et fœtaux de l'automédication	31
2.2.1 Risques liés aux types de médicaments	31
2.2.2 Risques liés aux interactions.....	33
2.2.3 Risques liés aux surdosages	34
3. Facteurs favorisant le recours à l'automédication	35
3.1 Critères socio-démographiques	35
3.2 La saison.....	37
3.3 Les symptomatologies.....	37
4. Information relative à la prise de médicaments en automédication	38
5. Propositions pour améliorer la prévention	39
V. CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	44
1) Annexe 1: Le questionnaire	
2) Annexe 2: Tableau récapitulatif	

ABREVIATIONS

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

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMF : Médicaments à Prescription Médicale Facultative

PMO : Médicaments à Prescription Médicale Obligatoire

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

SA : Semaines d'Aménorrhée

I. INTRODUCTION

1. Définition de l'automédication et du médicament

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'automédication comme étant un comportement qui consiste pour les individus à soigner leur maladie grâce à des médicaments autorisés, c'est-à-dire ayant reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) par les autorités de santé, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées, avec la possibilité d'assistance et de conseil de la part des pharmaciens [1, 2]. Ce comportement suppose que l'individu connaît ou reconnaît le symptôme ou la maladie, qu'il connaît cet agent extérieur comme ayant des effets bénéfiques sur son état et qu'il a suffisamment confiance en lui et dans le médicament pour se l'administrer sans avis médical [3].

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 [4]. Les médicaments peuvent être classés selon leurs conditions de prescription ; on distingue alors les médicaments de Prescription Médicale Facultative (PMF), qui peuvent être délivrés spontanément par le pharmacien (sauf en présence d'une interaction ou d'une contre indication), et les médicaments de Prescription Médicale Obligatoire (PMO), que le pharmacien ne pourra délivrer qu'en se référant à une ordonnance rédigée par un prescripteur (médecin, sage-femme ou dentiste) [5].

2. Contexte actuel : consommation de médicaments et automédication

La France occupait entre 2006 et 2009 la deuxième place en Europe pour ce qui est de la consommation de médicaments selon une étude rapportée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). En 2011, il a été estimé qu'un français consommait en moyenne 48 boîtes de médicaments par an [6, 7].

La prévalence de l'automédication a été évaluée à 68% dans la population générale en 2011 par une étude de l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA). Le développement de l'automédication est encouragé par les autorités de santé, toujours soucieuses d'équilibrer les dépenses de santé [8, 9]. En effet, alors qu'on constate un recul des ventes de médicaments de prescription (-1,3% en 2011), le marché de l'automédication enregistre une croissance constante (+1,9% en 2011), soit +5,6% au total entre 2003 et 2011 [10]. En 2012, le marché a connu une nouvelle augmentation de +3,2% et la vente sur internet des médicaments, autorisée depuis le 20 juin 2013, devrait permettre de voir ce marché encore progresser [1].

L'automédication concerne également les femmes enceintes ; de précédentes enquêtes ont montré des taux de prévalence de l'automédication au cours de la grossesse de 14,5% et de 17,9% dans les années 90, et de 19,6%, 21,3%, 23,3% voire 42% entre 2000 et 2010 [9] [11-15].

3. Risques liés à la consommation de médicaments

L'usage de la plupart des médicaments est potentiellement dangereux, si l'on ne respecte pas scrupuleusement leurs indications et leurs conditions d'utilisation : c'est essentiellement pour cette raison qu'ils ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie de ville ou hospitalière [5]. D'ailleurs, il est toujours d'actualité que des médicaments soient remis en cause dans leur principe de sécurité par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) comme le Médiator®, en raison de ses risques cardiovasculaires, ou comme les contraceptifs hormonaux de troisième et de quatrième génération, pour leur risque thromboembolique veineux [16].

Or les femmes enceintes constituent une population à risque du fait de la tératogénicité potentielle des médicaments sur l'embryon ou le fœtus [9]. Le drame du Thalidomide® dans les années 60, puis celui du Distilbène® dans les années 70, ont montré que des médicaments, en apparence bénins, pouvaient provoquer des malformations ou avoir de graves effets mutagènes, se manifestant parfois seulement plusieurs décennies après leur administration [17]. Parmi les 2 à 4% des enfants naissant avec une malformation, 4 à 5% (voire 10% ou plus) seraient dus à une cause médicamenteuse ou toxique [9, 18, 19].

L'automédication peut comporter des risques liés à un mésusage que l'AFIPA qualifie d' « automédication dangereuse ». Il s'agit notamment de l'usage en automédication de médicaments listés antérieurement prescrits, des interactions médicamenteuses, des effets indésirables et des surdosages [3, 17, 20, 21].

4. Problématique

La pratique de l'automédication au cours de la grossesse peut comporter des risques et les professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes) se doivent d'informer les femmes enceintes. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2005 de « souligner, dès le début de la grossesse, les risques de l'automédication et d'expliquer à la femme qu'elle ne doit pas prendre de médicaments sans prescription médicale » [22].

Malgré ces recommandations, il semblerait que la proportion de femmes recevant une telle information au cours de la grossesse soit insuffisante [9, 14, 15].

Les précédentes enquêtes portant sur l'automédication pendant la grossesse n'ayant fourni que des estimations globales de la prévalence au cours de la grossesse, il nous est apparu intéressant de nous poser la question suivante : existe-t-il une variation de la prévalence de l'automédication en fonction du terme de la grossesse ?

La réponse à cette question nous permettrait de savoir si certaines périodes de la grossesse exposent davantage les femmes aux risques de l'automédication, dans le but d'adapter l'information à leur délivrer.

Toujours dans l'objectif d'améliorer la prévention auprès des femmes enceintes concernant l'automédication pendant la grossesse, nous avons décidé d'aborder également les questions suivantes : existe-t-il des facteurs favorisant le recours à l'automédication ? Dans quelles situations l'automédication présente-t-elle des risques ? La fréquence de l'information reçue par les femmes enceintes est-elle suffisante ?

5. Hypothèses et objectifs

La première hypothèse de notre étude était que la prévalence de l'automédication variait en fonction du terme de la grossesse et qu'elle était plus importante au premier trimestre à cause des signes « sympathiques » (nausées, vomissements, hypersomnie), ainsi qu'au troisième trimestre en raison des troubles fréquents tels que reflux gastro-œsophagiens (RGO), lombalgies ou insomnies.

La deuxième hypothèse était qu'il existait des facteurs favorisant le recours à l'automédication comme la saison notamment. En effet, nous avons supposé que le recours à l'automédication était plus important en hiver qu'en été. Ceci s'expliquerait en raison des épidémies hivernales face auxquelles les femmes enceintes seraient plus vulnérables à cause de l'immunodépression relative liée à l'état de grossesse [23].

L'objectif principal de cette étude épidémiologique était d'estimer la prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de la grossesse.

Les objectifs secondaires de cette enquête étaient les suivants :

- Evaluer les risques pouvant être liés à l'automédication pendant la grossesse (risques liés aux types de médicaments, interactions avec d'autres médicaments, surdosage).
- Rechercher des facteurs favorisant l'automédication pendant la grossesse.
- Evaluer la fréquence de l'information reçue par les femmes enceintes concernant la prise de médicaments en automédication pendant la grossesse.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive avec volet analytique, transversale, rétrospective, multicentrique et répétée dans le temps (en été et en hiver).

2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets inclus étaient des femmes enceintes venant effectuer une consultation prénatale mensuelle quel que soit le terme de leur grossesse dans les cinq établissements de santé du Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) comportant :

- Une maternité de niveau III : Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble.
- Deux maternités de niveau II : Centre Hospitalier (CH) de Voiron et Clinique Belledonne.
- Deux maternités de niveau I : Clinique Mutualiste et Clinique des Cèdres.

La Clinique Belledonne étant un établissement privé ne comportant pas de services de consultations intra-muros, les questionnaires ont alors été distribués dans les deux principaux cabinets libéraux où les praticiens de la clinique pratiquaient leurs consultations (Espace Gynebelle à Saint-Martin d'Hères et Cabinets de Gynecologia Tour Belledonne à Grenoble).

Les critères d'exclusion pour cette étude étaient les femmes non francophones, les mineures, les majeures placées sous un régime de tutelle/curatelle, celles refusant de participer à l'enquête et celles qui y avaient déjà participé.

3. Constitution de l'échantillon et recueil des données

3.1 Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée à partir du nombre total d'accouchements dans le RPAI qui s'élevait à 9 872 pour l'année 2012, dont 2 961 à l'HCE de Grenoble, 2 177 à la Clinique Belledonne, 1 850 à la Clinique Mutualiste, 1 597 au CH Voiron et 1 287 à la Clinique des Cèdres [24]. Un effectif de 700 sujets nous est apparu nécessaire pour obtenir des résultats significatifs.

3.2 Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par la distribution d'un questionnaire anonyme standardisé, sur deux périodes : une période « été » du 29 juillet au 27 septembre 2013 et une période « hiver » du 20 janvier au 17 mars 2014, dans le but d'évaluer l'impact du facteur « saison » sur le recours à l'automédication.

Le questionnaire (annexe 1) ne comprenait que des questions fermées et ouvertes, qui étaient regroupées dans quatre parties concernant:

- Les critères socio-démographiques.
- Les antécédents médicaux et plus particulièrement les affections chroniques nécessitant un traitement médical de fond (arrêté ou non pendant la grossesse).
- Les différents médicaments pris par la femme enceinte (sur prescription ou en automédication) pendant le seul mois précédent l'interrogatoire.
- L'information reçue par la femme enceinte sur la prise de médicaments en automédication pendant la grossesse.

Le nombre de questionnaires à distribuer dans chacun des sites a été estimé proportionnellement à leur activité respective en 2012 [24]. Cette dernière a été objectivée par le nombre d'accouchements sur l'ensemble de cette année. Ainsi, 370 questionnaires ont été

distribués sur la période « été » et 370 sur la période « hiver », soit un total de 740 questionnaires dont :

- 220 à l'HCE de Grenoble
- 160 dans les cabinets libéraux rattachés à la Clinique Belledonne (96 à l'Espace Gynebelle et 64 dans les cabinets de Gynecologia Tour Belledonne)
- 140 à la Clinique Mutualiste
- 120 au CH Voiron
- 100 à la Clinique des Cèdres

Les patientes ont été recrutées systématiquement, au fur et à mesure de leur arrivée en consultation prénatale, lors de demi-journées choisies au hasard et en fonction des critères d'inclusion précédemment décrits. Le questionnaire a été administré par un seul enquêteur, étudiant sage-femme de 5^{ème} année, à l'HCE de Grenoble, à la Clinique Mutualiste et au CH Voiron et par les secrétaires des services de consultation à l'espace Gynebelle, aux cabinets de Gynecologia Tour Belledonne et à la Clinique des Cèdres. Les praticiens (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) réalisant les consultations prénatales dans les différents sites n'ont pas eu connaissance du sujet de l'étude et de ses objectifs.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la différence de prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de la grossesse. Les patientes ayant mentionné la consommation d'au moins un médicament en automédication pendant le mois précédant l'interrogatoire étaient considérées comme ayant eu recours à l'automédication. Les femmes devaient renseigner la date du début de grossesse ou la date du terme et la date à laquelle elles ont répondu au questionnaire. A partir de ces données nous avons défini sur quel trimestre s'étalait la période de un mois sur laquelle elles étaient interrogées. Nous avons considéré que le premier trimestre s'étendait de zéro semaine d'aménorrhée (SA) à 14 SA + 6 jours, le deuxième trimestre de 15 à 28 SA + 6 jours et le troisième trimestre de 29 à 41 SA.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Les différences significatives pour les variables susceptibles de correspondre à des facteurs favorisant le recours à l'automédication, entre le groupe « automédiquées » (ensemble des femmes ayant pratiqué l'automédication) et le groupe « non automédiquées ».

- L'existence de risques potentiels pour la mère et le fœtus en lien avec l'automédication : un médicament a été considéré à risque lorsque les données disponibles dans la littérature [25-28] confirmaient l'existence de risques potentiels en termes de tératogénicité ou de foetotoxicité. Les interactions ont été suspectées lorsqu'un médicament consommé en automédication possédait des interactions connues avec d'autres médicaments (prescrits ou non prescrits). Les surdosages ont été considérés évidents lorsque les femmes interrogées ont mentionné la consommation d'un principe actif en quantité supérieure aux doses quotidiennes recommandées par le fabriquant.

- La fréquence de l'information reçue par les femmes enceintes sur les risques liés à l'automédication pendant la grossesse, de la part des professionnels de santé consultés au premier trimestre (entre 0 et 14 SA + 6 jours).

5. Analyses statistiques

Les données de l'étude ont été saisies de façon anonyme et analysées à l'aide du logiciel *Statview*® (version 5.0).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives gaussiennes ont été décrites en termes de moyennes et d'écart types.

L'analyse de certaines données a été réalisée par comparaison de pourcentages (tests statistiques du Chi²), mais quand les effectifs ont été inférieurs ou égaux à cinq, ils ont été analysés avec la probabilité exacte de Fisher. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de « p » était strictement inférieure à 0,05.

III. Résultats

1. Caractéristiques générales de l'échantillon étudié

Les caractéristiques générales de l'échantillon étudié ont été décrites dans le tableau I. Notre enquête a porté sur 740 femmes enceintes, 370 ont été interrogées sur la période « été » et 370 sur la période « hiver ». Pour certaines variables, l'effectif total différait de 740 car les données n'avaient pas été renseignées.

L'âge des femmes variait entre 18 et 44 ans avec une moyenne de $30,4 \pm 4,7$ ans. 37,8% d'entre elles étaient nullipares, 49,2% étaient au troisième trimestre de la grossesse et 14,7% consommaient des médicaments en lien avec un antécédent médico-obstétrical.

80,6% des femmes interrogées pratiquaient l'automédication en dehors de la grossesse.

Les consultations prénatales du premier trimestre ont été effectuées par un gynécologue-obstétricien dans 65,1% des cas.

Les femmes qui exerçaient une profession de santé impliquant des connaissances en matière de médicaments ont été décrites dans une catégorie à part nommée « professions de santé ». Cette dernière regroupait médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières et préparatrices en pharmacie et représentait 8,7% de la totalité de l'échantillon.

Tableau I : Caractéristiques générales des femmes enceintes pour la totalité de l'échantillon, pour le groupe « été » et pour le groupe « hiver » :

	Echantillon total		Eté		Hiver	
	N	%	N	%	N	%
Âge : moyenne (\pm écart-type)	30,4	(\pm 4,7)	30,8	(\pm 4,7)	29,9	(\pm 4,6)
Parité	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-0	280	(37,8)	134	(36,2)	146	(39,5)
-1	276	(37,3)	148	(39,1)	128	(34,7)
-2	120	(16,3)	52	(14,1)	68	(18,5)
-3	41	(5,6)	25	(6,8)	16	(4,3)
-4 et plus	22	(3)	11	(3)	11	(3)

Suite	Echantillon total		Eté		Hiver	
	N	%	N	%	N	%
Terme de la grossesse	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-Premier trimestre	127	(17,2)	62	(16,8)	65	(17,6)
-Deuxième trimestre	249	(33,6)	116	(31,3)	133	(35,9)
-Troisième trimestre	364	(49,2)	192	(51,9)	172	(46,5)
Origine géographique	739	(99,87)	369	(99,73)	370	(100)
-Française	665	(89,9)	340	(92,1)	325	(87,8)
-Africaine	46	(6,3)	19	(5,2)	27	(7,3)
-Européenne hors France	20	(2,8)	9	(2,4)	11	(3)
-Autre	8	(1)	1	(0,3)	7	(1,9)
Situation maritale	739	(99,87)	369	(99,73)	370	(100)
-En couple	710	(96)	358	(97)	352	(95,2)
-Seule	29	(4)	11	(3)	18	(4,8)
Activité professionnelle	739	(99,87)	369	(99,73)	370	(100)
-Professions intellectuelles (cadres)	93	(12,6)	41	(11,1)	52	(14)
-Professions intermédiaires	105	(14,2)	56	(15,2)	49	(13,2)
-Professions de santé	64	(8,7)	32	(8,7)	32	(8,6)
-Employées	304	(41,1)	156	(42,2)	148	(40)
-Artisanes, ouvrières	29	(3,9)	18	(4,9)	11	(3,1)
-Sans activité	144	(19,5)	66	(17,9)	78	(21,1)
Niveau d'études	735	(99,32)	366	(98,91)	369	(99,73)
-Bac +5 et plus	199	(27,1)	93	(25,4)	106	(28,7)
-Bac +3 et 4	131	(17,8)	64	(17,5)	67	(18,2)
-Bac +1 et 2	178	(24,2)	98	(26,8)	80	(21,7)
-Lycée	186	(25,3)	95	(26)	91	(24,7)
-Collège ou moins	41	(5,6)	16	(4,3)	25	(6,7)
Milieu de vie	734	(99,19)	368	(99,46)	366	(98,92)
-Urbain	399	(54,4)	199	(54,1)	200	(54,6)
-Rural	335	(45,6)	169	(45,9)	166	(45,4)

Suite	Echantillon total		Eté		Hiver	
	N	%	N	%	N	%
Antécédents médicaux et obstétricaux avec traitement médicamenteux	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-Oui	109	(14,7)	55	(14,9)	54	(14,6)
-Non	631	(85,3)	315	(85,1)	316	(85,4)
Consommation de tabac	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-Oui	140	(18,9)	73	(19,7)	67	(18,1)
-Non	600	(81,1)	297	(80,3)	303	(81,9)
Consommation d'alcool	737	(99,59)	369	(99,73)	368	(99,46)
-Oui	61	(8,3)	34	(9,2)	27	(7,3)
-Non	676	(91,7)	335	(90,8)	341	(92,7)
Consommation de drogues	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-Oui	13	(1,8)	6	(1,6)	7	(1,9)
-Non	727	(98,2)	364	(98,4)	363	(98,1)
Professionnel ayant effectué les consultations prénatales du premier trimestre	699	(94,46)	356	(96,22)	343	(92,70)
-Médecin généraliste	131	(18,7)	89	(25)	42	(12,2)
-Gynécologue obstétricien	455	(65,1)	220	(61,8)	235	(68,5)
-Sage-femme	113	(16,2)	47	(13,2)	66	(19,3)
Automédication en dehors de la grossesse	728	(98,38)	365	(98,65)	363	(98,11)
-Oui	587	(80,6)	303	(83)	284	(78,2)
-Non	141	(19,4)	62	(17)	79	(21,8)
Automédication pendant la grossesse	740	(100)	370	(100)	370	(100)
-Oui	307	(41,5)	147	(39,7)	160	(43,2)
-Non	433	(58,5)	223	(60,3)	210	(56,8)

2. Prévalences de l'automédication au cours de la grossesse

Le tableau II donne la prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de la grossesse ainsi que la prévalence globale chez les femmes enceintes constituant l'échantillon total. La prévalence globale de l'automédication, tous trimestres confondus, s'élevait à 41,5% (n=307). Elle a été estimée à 44,1% au premier trimestre, à 43,8% au deuxième trimestre et à 39% au troisième trimestre.

Tableau II: Estimations de la prévalence de l'automédication pour chaque trimestre de grossesse.

Trimestre	Prévalence		Echantillon total	
	N	(%)	N	(%)
-Premier (0 à 14 SA + 6J)	56	(44,1)	127	(100)
-Deuxième (15 à 28 SA + 6J)	109	(43,8)	249	(100)
-Troisième (29 à 41 SA)	142	(39)	364	(100)
Total	307	(41,5)	740	(100)

Le tableau III montre que la prévalence de l'automédication n'a pas varié de façon statistiquement significative en fonction du trimestre de la grossesse.

Tableau III: Comparaison des prévalences de l'automédication entre les différents trimestres de la grossesse.

Trimestres comparés	Automédication				p
	OUI		NON		
	N	(%)	N	(%)	
-Premier	56	(44,1)	71	(55,9)	0,95
-Deuxième	109	(43,8)	140	(56,2)	
-Premier	56	(44,1)	71	(55,9)	0,31
-Troisième	142	(39)	222	(61)	
-Deuxième	109	(43,8)	140	(56,2)	0,27
-Troisième	142	(39)	222	(61)	

3. Risques liés à la pratique de l'automédication

3.1 Description de la pratique de l'automédication

Le nombre total de spécialités médicamenteuses consommées, sur prescription médicale et en automédication, était en moyenne de $2,24 \pm 1,78$ (entre 0 et 14) pour la population totale. Cette moyenne était de $2,14 \pm 1,8$ dans le groupe « été » et de $2,34 \pm 1,8$ dans le groupe « hiver » ($p = 0,13$). Sur les 1 656 spécialités consommées au total, 467 l'étaient en automédication, soit 28,2%.

Les médicaments consommés en automédication provenaient de l'armoire à pharmacie familiale pour 54,2% d'entre eux, de l'achat en pharmacie pour 45,2% d'entre eux et d'une commande sur internet pour 0,6% d'entre eux. La provenance n'a pas été renseignée pour 0,4% des spécialités.

A partir de ce paragraphe, nous avons appelé « situation d'automédication » chaque fois qu'une femme a ressenti un symptôme bien précis (céphalées ou fatigue par exemple) et a consommé un ou plusieurs médicaments en automédication afin de le traiter. Il était possible de retrouver plusieurs situations d'automédication par femme. Au total, nous avons recensé 424 situations d'automédication.

Les différents symptômes qui ont incité les femmes à prendre des médicaments en automédication ont été décrits dans la figure 1. Les céphalées ont constitué les principales causes de recours à l'automédication puisqu'elles ont été responsables de 32,5% des situations d'automédication. Par ordre d'importance on retrouve ensuite dans 12,5% des situations les infections hivernales, dans 9% les RGO, dans 6% les douleurs abdominales et dans 5,4% la constipation. Les autres symptômes ont concerné moins de 5% des femmes ayant eu recours à l'automédication. 0,5% des femmes ont pris des médicaments en automédication pour traiter des symptômes en rapport avec leurs antécédents médicaux-obstétricaux.

La distribution des femmes exposées aux différents symptômes diffère selon la saison de façon statistiquement significative uniquement pour les symptômes associés aux infections hivernales

(toux, maux de gorge et rhumes), puisque 23% des femmes du groupe « été » ont été exposées à de tels symptômes contre 77% dans le groupe « hiver » ($p = 0,01$).

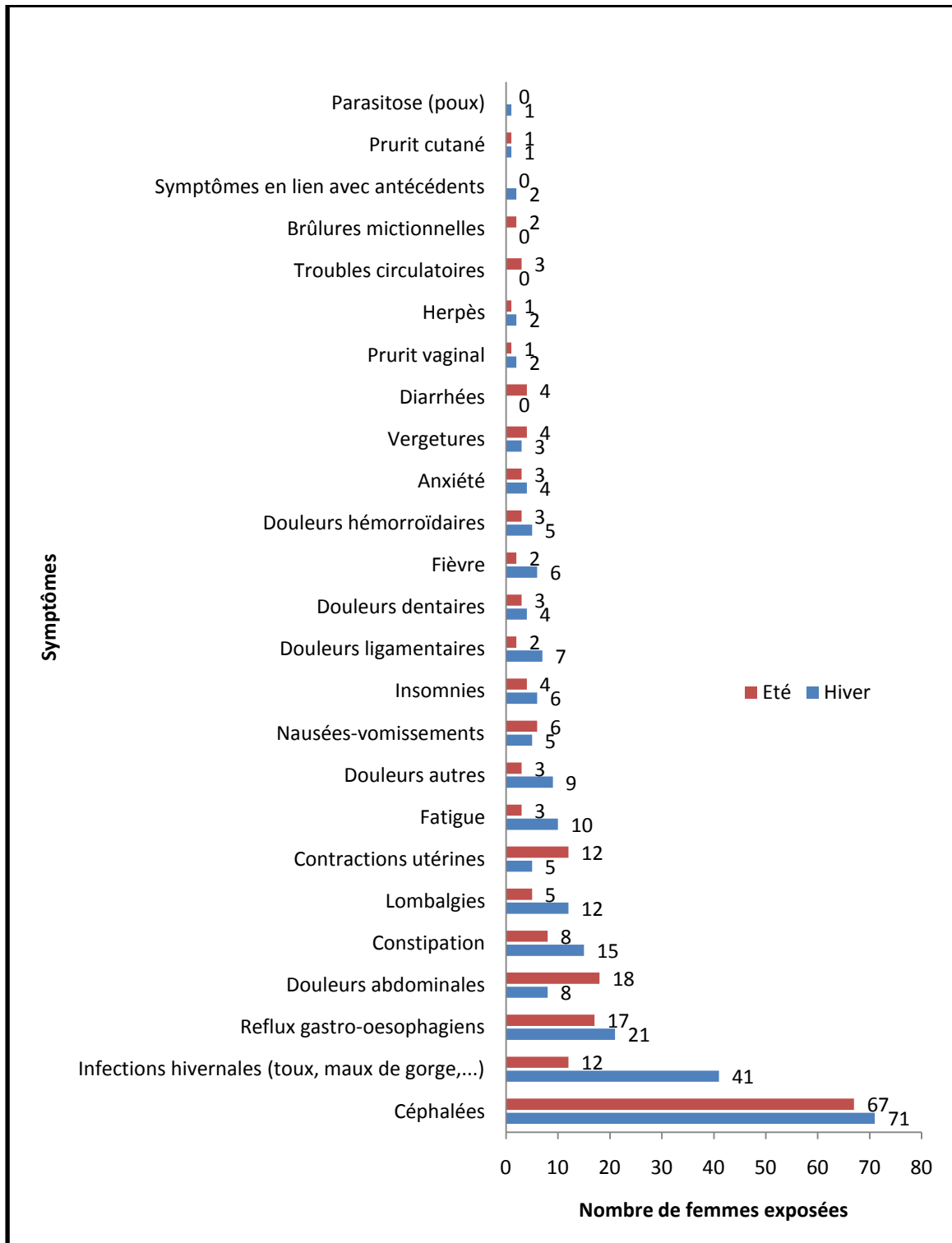


Figure 1 : Distribution du nombre de femmes enceintes exposées aux différents symptômes les ayant incitées à recourir à l'automédication selon la saison.

Un total de 104 composés différents ont été consommés en automédication dont 55% avaient une AMM et, parmi ces derniers, 88% étaient des PMF et 12% des PMO. 2,6% des femmes s'étant automédiquées ont consommé des PMO.

Les spécialités thérapeutiques ont été regroupées dans 15 classes pharmaco-thérapeutiques définies selon la classification du Vidal 2013. La distribution du nombre de femmes ayant été exposées aux différentes classes pharmaco-thérapeutiques selon la saison est représentée dans la figure 2. La distribution du nombre de femmes enceintes selon le médicament pris en automédication est donnée dans la figure 3.

Les classes les plus représentées par ordre d'importance sont : les antalgiques, uniquement représentés par le paracétamol, qui ont été consommés par 42% des femmes exposées ; les médicaments de gastroentérologie consommés par 14% des femmes exposées, cette classe était majoritairement représentée par les antiacides (58%) et les laxatifs (34%) ; l'homéopathie avec 10% de femmes exposées ; les antispasmodiques, uniquement représentés par le phloroglucinol, avec 9,8% de femmes exposées ; les médicaments de la classe métabolisme et nutrition avec 8,6% de femmes exposées, cette classe comprenait les compléments nutritionnels (*Gynefam*®, *Gestarelle*® par exemple), sans AMM, à hauteur de 48%. La classe métabolisme et nutrition était également constituée à 35% par les éléments minéraux (magnésium, fer) et à 17% par les vitamines.

Moins de 5% des patientes ayant pratiqué l'automédication ont eu recours aux autres classes pharmacothérapeutiques. La répartition du nombre de femmes exposées aux différentes classes est comparable entre les saisons été et hiver, sauf pour la classe oto-rhyno-laryngologie à laquelle 79% des femmes ont été exposées en hiver et 21% en été, la différence est statistiquement significative ($p = 0,03$).

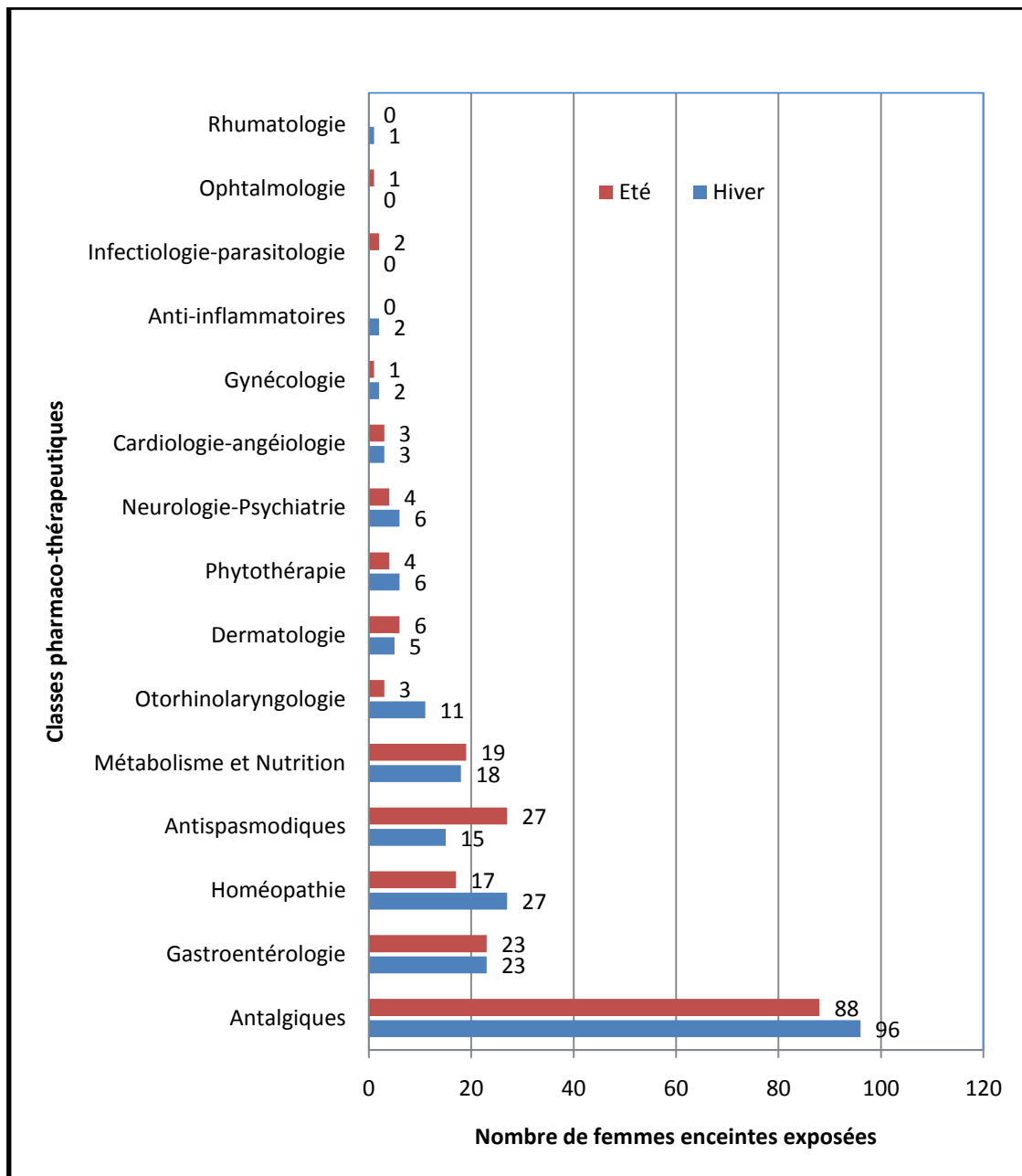


Figure 2 : Distribution du nombre de patientes exposées en fonction des classes pharmacothérapeutiques consommées en automédication dans le mois précédant la réponse au questionnaire et selon la saison (été ou hiver).

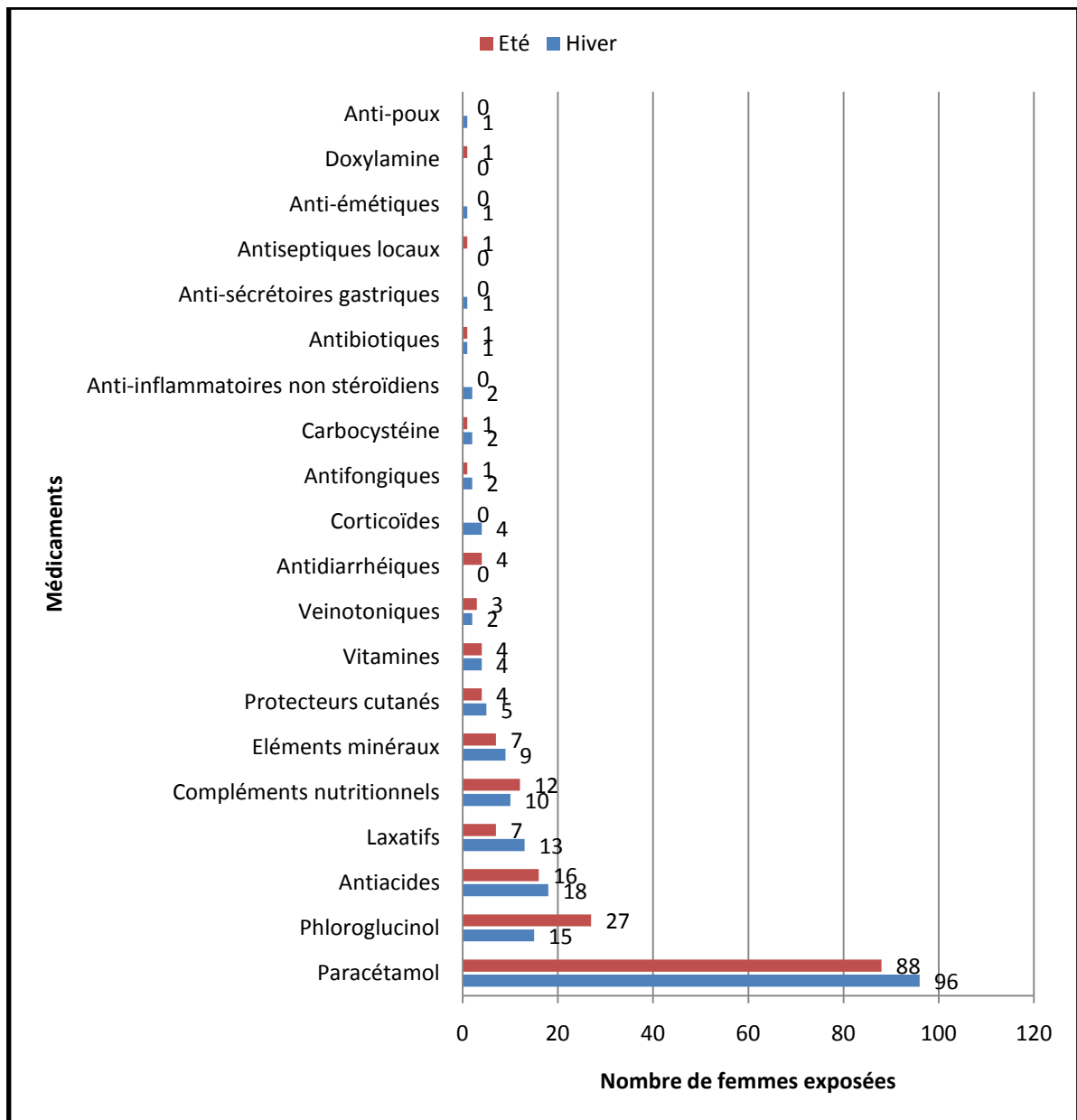


Figure 3 : Distribution du nombre de femmes enceintes selon le médicament pris en automédication pendant le mois précédant la réponse au questionnaire.

3.2 Risques liés aux types de médicament

Un total de 104 composés différents a été consommé en automédication. 55% d'entre eux avaient reçu l'AMM. Les données en termes de tératogénicité et de foetotoxicité concernant chacun des médicaments ont été rassemblées dans un tableau récapitulatif en annexe 2.

En termes de tératogénicité, aucune donnée n'était disponible pour 82% des composés consommés en automédication. 11,5% d'entre eux n'étaient pas tératogènes et 6,5% disposaient de données rassurantes. Aucun médicament tératogène n'a été consommé en automédication dans notre étude.

En termes de foetotoxicité, aucune donnée n'était disponible pour 61% des composés, les données étaient rassurantes pour 32% d'entre eux et 7% étaient foetotoxiques. Ces derniers ont été consommés par 13 femmes, soit en proportion par 4,5% de celles ayant recouru à l'automédication. Ils ont été décrits ci-dessous avec la proportion respective de femmes qui y ont été exposées dans le groupe « automédiquées » :

- AINS (ibuprofène, aspirine) : 0,7%.
- *Synthol gel* ® : 0,3%.
- Bétaméthasone : 0,3%
- Elixirs floraux contenant du cognac à 20% (*Fleurs de Bach* ®) : 0,3%
- *Baume du Tigre* ® et huiles essentielles contenant des dérivés terpéniques : 1,6%
- Médicaments homéopathiques en solutions buvables contenant de l'éthanol en excipient (*L 52* ®, *Stodal sirop* ®, *sirop Quiétude* ®) : 1,3%

En parallèle a été notée la foetotoxicité théorique d'un antiacide, l'hydroxyde d'aluminium, qui a été consommé par 2,6% des femmes s'étant automédiquées.

Les médicaments comportant des risques foetotoxiques ont été consommés en hiver pour 71% d'entre eux, contre 29% en été ($p = 0,06$).

3.3 Risques liés aux interactions médicamenteuses

Les interactions médicamenteuses étant directement liées à la prise de médicaments en automédication ont été étudiées chez chacune des femmes ayant recouru à l'automédication. Les seules interactions que nous avons pu mettre en évidence ont concerné les médicaments antiacides. En effet ces derniers sont connus pour diminuer la résorption digestive des autres principes actifs associés administrés par voie orale. Or, dans notre étude, ce cas de figure a été observé chez 50% des femmes ayant consommé des antiacides, ce qui représente 5,5% de l'ensemble des femmes s'étant automédiquées.

3.4 Risques liés aux surdosages

Dans l'ensemble de l'étude le surdosage lié à la consommation de médicaments en automédication n'a concerné que deux femmes (0,7% des femmes s'étant automédiquées). La première a consommé cinq grammes de paracétamol par jour pendant sept jours car elle présentait des céphalées. La seconde a consommé jusqu'à six grammes de paracétamol par jour pendant trois jours car elle présentait des douleurs dentaires. Les deux avaient reçu une information sur l'automédication.

4. Facteurs favorisant le recours à l'automédication :

Le tableau IV compare les différences entre les caractéristiques du groupe « automédiquées » (femmes ayant consommé des médicaments en automédication pendant la grossesse) et les caractéristiques du groupe « non automédiquées » (femmes n'ayant pas consommé de médicaments en automédication pendant la grossesse). Pour certaines variables, l'effectif total était différent de 307 pour le groupe « automédiquées » et de 433 pour le groupe « non automédiquées », car les données n'avaient pas été renseignées.

Les deux groupes n'étaient pas différents en âge, parité, antécédents médicaux obstétricaux, consommation de tabac et de drogues. En revanche, ils différaient statistiquement pour l'origine géographique ($p = 0,02$), la situation maritale ($p = 0,004$), le niveau d'études ($p < 0,001$), l'activité professionnelle ($p = 0,003$), le milieu de vie ($p = 0,03$) et le recours à l'automédication en dehors de la grossesse ($p < 0,001$).

Tableau IV : Résultats comparatifs des groupes « automédiquées » et « non automédiquées ».

Variables	Groupe « automédiquées »		Groupe « non automédiquées »		p
	N	(%)	N	(%)	
Age	307	(100)	433	(100)	0,66
< 20	1	(0,3)	3	(0,7)	
20-29	145	(47,2)	193	(44,6)	
30-39	151	(49,1)	217	(50,1)	
≥ 40	10	(3,4)	20	(4,6)	
Âge : moyenne (± écart-type)	30,4	(± 4,6)	30,3	(± 4,8)	
Parité	306	(99,67)	433	(100)	0,55
-0	115	(37,6)	165	(38,1)	
-1	117	(38,2)	159	(36,7)	
-2	46	(15)	74	(17,1)	
-3	21	(6,9)	20	(4,6)	
-4 et plus	7	(2,3)	15	(3,5)	
Origine géographique	307	(100)	432	(99,77)	0,02
-Française	288	(93,8)	377	(87,3)	
-Africaine	8	(2,6)	38	(8,9)	
-Européenne hors France	7	(2,3)	13	(3,1)	
-Autre	4	(1,3)	3	(0,7)	
Situation maritale	307	(100)	432	(99,77)	0,004
-En couple	302	(98,4)	408	(94,4)	
-Seule	5	(1,6)	24	(5,6)	
Niveau d'études	306	(99,67)	429	(99,01)	< 0,001
-Bac +5 et plus	91	(29,7)	108	(25,2)	
-Bac +3 et 4	69	(22,6)	62	(14,5)	
-Bac +1 et 2	75	(24,5)	103	(24)	
-Lycée	64	(20,9)	122	(28,4)	
-Collège ou moins	7	(2,3)	34	(7,9)	

Variables	Groupe « automédiquées »		Groupe « non automédiquées »		p
	N	(%)	N	(%)	
	Activité	307	(100)	432	
-Professions intellectuelles supérieures (cadres)	36	(11,8)	57	(13,2)	
-Professions intermédiaires	55	(17,9)	50	(11,6)	
-Professions de santé	38	(12,4)	26	(6)	
-Employées	117	(38,1)	187	(43,3)	
-Artisanes, ouvrières	13	(4,2)	16	(3,7)	
-Sans activité	48	(15,6)	96	(22,2)	
Milieu de vie	307	(100)	427	(98,61)	0,03
-Urbain	152	(49,5)	247	(57,8)	
-Rural	155	(50,5)	180	(42,2)	
Antécédents médicaux- obstétricaux avec traitement médicamenteux	307	(100)	433	(100)	0,87
-Oui	46	(15)	63	(14,5)	
-Non	261	(85)	370	(85,5)	
Consommation de tabac	307	(100)	433	(100)	0,77
-Aucune	253	(82,4)	347	(80,1)	
-Occasionnelle	18	(5,9)	31	(7,2)	
-Inférieure à 10 cigarettes/jour	28	(9,1)	44	(10,2)	
-Entre 10 et 20 cigarettes/jour	8	(2,6)	11	(2,5)	
Consommation d'alcool	306	(99,67)	431	(99,54)	0,02
-Oui	35	(11,4)	26	(6)	
-Non	271	(88,6)	405	(94)	
Consommation de drogues	307	(100)	433	(100)	0,43
-Oui	4	(1,3)	9	(2)	
-Non	303	(98,7)	424	(98)	

Variables	Groupe « automédiquées »		Groupe « non automédiquées »		p
	N	(%)	N	(%)	
	Saison	307	(100)	433	
- <i>Eté</i>	147	(47,9)	223	(51,5)	
- <i>Hiver</i>	160	(52,1)	210	(48,5)	
Automédication en dehors de la grossesse	305	(99,35)	423	(97,7)	< 0,001
- <i>Oui</i>	276	(90,5)	311	(73,5)	
- <i>Non</i>	29	(9,5)	112	(26,5)	
Informations reçues concernant l'automédication pendant la grossesse	294	(95,77)	407	(94)	0,63
- <i>Oui</i>	124	(42,2)	170	(41,8)	
- <i>Non</i>	170	(57,8)	228	(58,2)	

5. Fréquence de l'information sur l'automédication reçue en début de grossesse

La proportion de femmes enceintes recevant une information au premier trimestre sur les risques de l'automédication pendant la grossesse de la part des différents professionnels de santé réalisant les consultations prénatales du premier trimestre a été décrite dans le tableau V.

Sur la totalité de l'échantillon interrogé, 94,1% des femmes ont répondu. 43,3% d'entre elles ont affirmé avoir reçu une information de la part des professionnels de santé lors des consultations prénatales du premier trimestre sur l'usage de médicaments en automédication pendant la grossesse. L'information a été reçue par 43,7% des femmes recrutées en été et par 42,8% des femmes recrutées en hiver ($p = 0,81$).

Les femmes ayant reçu cette information l'ont jugée satisfaisante à 60,7%, très satisfaisante à 23,8%, insuffisante à 12,2% et très insuffisante à 3,3%.

Tableau V : Fréquence de la réception d'informations des femmes enceintes sur l'usage des médicaments en automédication pendant la grossesse lors des consultations prénatales du premier trimestre (avant 14 SA + 6 jours).

	Information sur l'automédication				p
	OUI		NON		
	N	%	N	%	
Professionnel de santé consulté au T1					0,06
- <i>Médecin généraliste</i>	69	(52,7)	62	(47,3)	
- <i>Médecin gynécologue obstétricien</i>	185	(40,7)	267	(59,3)	
- <i>Sage-femme</i>	48	(42,5)	65	(57,5)	
Total	302	(43,3)	394	(56,7)	

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

1.1 Type d'étude

Notre étude était rétrospective et elle comportait donc un biais de mémorisation dans la mesure où il était demandé aux femmes de renseigner leur consommation en médicaments sur une période d'un mois. Le biais de mémorisation avait par conséquent lui-même induit des biais de mesures car les données concernant les noms de médicaments et la dose à laquelle ils avaient été consommés plusieurs jours auparavant risquaient d'être erronées. A cause de ces biais de mesures, l'évaluation des risques liés aux interactions médicamenteuses et au surdosage était par conséquent difficile.

Les études précédentes évaluant la consommation de médicaments en automédication avaient également utilisé une approche rétrospective par un questionnaire. Afin de limiter le biais de mémorisation, ces enquêtes avaient interrogé les femmes sur leur prise récente de médicaments en automédication durant la semaine précédant l'interrogatoire pour Damase et al., ou le jour même de l'enquête pour Schmitt et al. [9, 13-15].

Une démarche prospective permettrait de pallier ces limites, elle pourrait être effectuée en demandant à la patiente de noter ses prises de médicaments sur un carnet tout au long de la grossesse et celui-ci serait restitué à l'enquêteur au moment de l'accouchement. Mais cette méthode supposerait une adhésion complète et constante de la patiente car seules les plus intéressées et les plus concernées participeraient à l'enquête de manière active. Cela conduirait donc inexorablement à un biais de sélection, ainsi qu'à des perdus de vue (patientes oubliant de remplir le carnet ou de le restituer).

1.2 Echantillonnage

Les critères d'exclusion retenus pour cette étude (mineures, non francophones, refus de participation) ont engendré des biais de sélection. En effet, cela avait en partie influencé la constitution de notre échantillon, avec pour conséquence de le rendre moins représentatif de la population source dont il a été extrait.

Vu qu'aucune autorisation n'avait été demandée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour l'inclusion de femmes mineures, nous avons opté pour l'exclusion de cette tranche d'âge. Néanmoins, d'après les résultats de notre étude explicités plus loin, l'âge des femmes ne semblait pas avoir une influence sur le recours à l'automédication. Cela peut nous laisser penser que si nous avions inclus les mineures, nos résultats auraient été semblables en terme de prévalence de l'automédication. En revanche, nous pouvons suspecter que le jeune âge, associé à un manque de maturité, pourrait être susceptible de conduire à un usage dangereux et inapproprié des médicaments.

De plus, nous étions obligés d'exclure les femmes non francophones de notre échantillon à cause de notre méthode de recueil de données par questionnaire. Si ces femmes avaient été interrogées, cela aurait contribué au recueil de données erronées en raison des difficultés de compréhension. Pourtant, tout comme les mineures, ces femmes pourraient être suspectées de pratiquer une automédication dangereuse en regard des difficultés de compréhension concernant l'utilisation des médicaments (posologies, voies d'administration et précautions d'emploi), car l'accès à l'information pour ces dernières reste limité.

Malgré les limites représentées par les critères d'exclusion, notre échantillon est supposé représentatif de la population générale pour la plupart des caractères étudiés. D'une part notre effectif total a été de 740 femmes, ce qui est en moyenne deux fois plus important que les effectifs des précédentes enquêtes d'estimation de la prévalence de l'automédication (120 au minimum pour Dorgere et al. et 263 au maximum pour Schmitt et al.) [14, 15]. D'autre part notre étude était multicentrique, facilitant l'obtention d'un échantillon aussi diversifié que possible sur le plan socio-économique, sur les habitudes de vie et sur les antécédents.

Au total, la moyenne d'âge des femmes de notre enquête (30,4 ans) était comparable à l'âge moyen à l'accouchement estimé sur le plan national à 30,2 ans en 2013 [28].

S'ajoute à l'importance de notre effectif le fait que le recrutement des patientes a eu lieu au fur et à mesure de leur arrivée en consultation et que le questionnaire leur a été systématiquement proposé lors de demi-journées choisies au hasard. Cette méthodologie nous a permis de recruter nos sujets sur le principe du tirage au sort augmentant ainsi les possibilités d'obtenir un échantillon représentatif de la population source.

Cependant, nous avons observé un biais de sélection pour le critère « trimestre » de la grossesse, puisque 49,2% des femmes interrogées étaient au troisième trimestre de leur grossesse (versus 33,6% au deuxième trimestre et seulement 17,2% au premier trimestre). Cette disparité peut s'expliquer par le fait que les patientes de notre échantillon provenaient des services de consultations d'obstétrique de maternités dans lesquelles la plupart des femmes venaient effectuer leurs consultations mensuelles du dernier trimestre car elles avaient fait le choix d'y accoucher. Cette manière de pratiquer est courante en France car cela permet, entre autres, de créer un dossier médico-obstétrical et d'organiser la consultation de pré-anesthésie.

Dans le but de pallier cette dernière limite, il aurait fallu distribuer des questionnaires au sein de tous les cabinets libéraux de médecins généralistes ou de gynécologues. Mais en regard du temps qui nous était imparti et du nombre d'enquêteurs qui aurait été nécessaire, cela semblait difficilement réalisable.

1.3 La méthode de recueil des données : le questionnaire

Si le questionnaire reste l'élément de base des études épidémiologiques de l'automédication, les critères utilisés pour estimer la prévalence diffèrent selon les auteurs, et les comparaisons entre les différentes études sont souvent difficiles. Le questionnaire reste également insuffisant pour avoir une estimation exacte de la prévalence de l'automédication avec une tendance à la sous-estimation. Cette dernière s'explique par le biais de mémorisation qui a été décrit précédemment, les femmes pouvant oublier de citer les médicaments banals qu'elles ont consommés.

Dans l'objectif de compenser les limites inhérentes au recueil de données par questionnaire, nous avons accordé beaucoup d'importance à son élaboration. En effet, le questionnaire a été élaboré en groupe avec les Dr Villier et Schir, pharmaciens au CRPV du CHU de Grenoble. De

plus, nous avons bénéficié de l'aide et de l'expérience du Dr Guillem (Centre de Coordination en Cancérologie au CHU de Grenoble), en matière d'élaboration de questionnaires.

Notre questionnaire comportait essentiellement des questions fermées pour faciliter la rapidité de réponse et l'évaluation des données. Mais notre troisième partie (cf annexe 1) contenait des questions ouvertes se présentant sous forme de tableaux, dans lesquels les femmes devaient mentionner les médicaments consommés depuis le mois précédant l'enquête. Afin de faciliter la compréhension, des exemples venaient illustrer les questions et une définition simple de l'automédication avait été proposée. Le thème de notre étude ne leur avait pas été explicitement précisé afin de ne pas influencer leurs réponses.

Par la suite, notre questionnaire a été testé sur un échantillon de dix femmes, qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion, au sein du service de consultations d'obstétrique de l'HCE à Grenoble. Le temps de réponse a été estimé entre cinq et dix minutes. A l'issue du test, la compréhension des questions avait été jugée bonne, 100% des femmes avaient compris la définition donnée de l'automédication. Seules certaines questions avaient été reformulées afin d'optimiser leur niveau de compréhension.

1.4 Analyses statistiques

Le fait de demander à nos volontaires de nous restituer leur consommation en médicaments au cours du mois précédent risquait d'engendrer un biais de mémorisation. En effet elles ont pu oublier de mentionner l'ensemble des médicaments consommés en automédication. Elles ont pu oublier de renseigner une consommation isolée d'un médicament, ou oublier de noter les plus banals. Il était demandé aux femmes d'essayer de noter le nom du médicament et, en cas d'oubli de leur part, elles devaient le préciser par la mention « nom oublié ». Cela a permis de minimiser le plus possible l'erreur dans l'estimation de la prévalence de l'automédication. Par contre cela a entraîné un biais de mesure concernant l'évaluation des risques liés au type de médicament.

Un biais de classement a été mis en évidence lors de la définition du trimestre de grossesse pour certaines femmes, car la période d'un mois sur laquelle elles ont été interrogées pouvait chevaucher deux trimestres consécutifs. Le trimestre attribué à ces patientes était celui sur lequel la période de consommation était la plus importante. Par exemple, une femme interrogée ayant

relevé les médicaments consommés entre 27 et 31 SA faisait l'objet d'un chevauchement entre les deuxième et troisième trimestres, cette patiente a été classée comme appartenant au troisième trimestre car la période sur laquelle portait l'interrogatoire s'étalait de trois semaines sur le troisième trimestre contre une sur le deuxième trimestre.

2. Discussion des résultats

2.1 Evolution de la prévalence de l'automédication au cours de la grossesse

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse. Cet objectif a été atteint puisque nous avons défini la prévalence de l'automédication pour chacun des trois trimestres de la grossesse (Tableau II). Les prévalences observées pour chacun des trimestres sont comparables et les tests statistiques ne mettent pas en évidence de différences significatives ($p > 0,05$) dans la comparaison des prévalences des trimestres les uns avec les autres (tableau III). Rappelons que dans l'interprétation des résultats le biais de sélection est à prendre en considération car près de la moitié des femmes de l'échantillon étaient au troisième trimestre de la grossesse. Ce biais de sélection reste relatif dans notre étude car il est contrebalancé par un effectif important.

D'après les résultats obtenus, notre première hypothèse selon laquelle la prévalence de l'automédication était plus importante au premier et au troisième trimestre en raison des symptomatologies fréquentes propres à ces périodes de la grossesse est invalidée; en effet la prévalence de l'automédication reste constante au cours de la grossesse.

Une explication de ces résultats peut-être apportée en portant notre attention sur la figure 1. En effet cette dernière montre clairement que les symptomatologies les plus couramment impliquées dans les différentes situations d'automédication étaient les céphalées, les troubles causés par les infections hivernales (maux de gorge, toux, rhume), les douleurs abdominales et la constipation. Or ces différentes symptomatologies ne sont pas spécifiques d'un trimestre en particulier et peuvent concerner les femmes tout au long de leur grossesse. D'où l'observation d'une prévalence constante tout au long de la grossesse.

De plus, nous remarquons dans la figure 2 que, parmi les classes les plus représentées en matière d'automédication, la classe métabolisme et nutrition constituait une part importante car près de 10% des femmes s'étant automédiquées y ont recouru. Or les compléments alimentaires ainsi que les éléments minéraux (constituant à eux deux 80% des médicaments de cette classe) sont généralement consommés en continu tout au long de la grossesse, à visée préventive. Ce deuxième argument vient renforcer le fait que nous avons observé des prévalences de l'automédication constantes au cours de la grossesse.

Dans notre étude, près de la moitié des femmes enceintes (41,5%) ont consommé des médicaments en automédication dans le mois précédant le recrutement. Ce résultat est comparable à celui obtenu dans la plus récente enquête de prévalence réalisée par Dorgere et al. en 2010 (42%) [15]. Notre résultat est par contre supérieur à ceux obtenus dans d'autres études françaises de Mikou et al. en 2008 (23,3%), de Schmitt et al. en 2002 (21,3%), de Damase-Michel et al. en 2000 (19,6%), de Berthier et al. en 1993 (17,9%) et de Barrière et al. en 1992 (14,5%) [9, 12-14]. Ces différences de résultats peuvent s'expliquer en premier lieu par le fait que les études épidémiologiques de prévalence de l'automédication pendant la grossesse posent un problème essentiel, celui du moyen d'identification de ce comportement dans une population donnée. Cette difficulté est due au fait que les définitions proposées de l'automédication ne permettent pas de distinguer de façon précise les états frontières de ce comportement. Ces différences peuvent s'expliquer en deuxième lieu par le fait d'interroger les femmes sur des périodes d'exposition très différentes (médicaments consommés sur l'ensemble de la grossesse ou sur le seul jour de l'enquête). Ce résultat obtenu par notre étude paraît représentatif car rappelons que celle-ci était multicentrique et comportait un effectif important par rapport aux autres études citées ci-dessus (740 contre 263 au maximum pour Schmitt) [14].

Malgré les différences observées entre les études françaises, il semble toutefois que ces résultats soient en faveur d'une augmentation de la prévalence de l'automédication chez les femmes enceintes depuis le début des années 1990.

2.2 Les risques maternels et fœtaux de l'automédication

2.2.1 Risques liés aux types de médicaments

La consommation de médicaments en automédication pendant la grossesse peut comporter des risques pour le fœtus car tous les médicaments, ou presque, traversent le placenta et peuvent avoir des effets sur l'embryon ou le fœtus. Le risque va être différent selon qu'on considère la période embryonnaire ou la période fœtale. La période embryonnaire, s'étalant sur le premier trimestre, peut être affectée par des médicaments à effets tératogènes (ou malformatifs), car elle correspond à l'organogenèse. La période fœtale, couvrant les sept derniers mois de grossesse, peut être affectée par des médicaments responsables d'effets foetotoxiques avec possible retard de croissance et anomalies du développement, notamment neurologique [31].

Notre étude a recensé un total de 104 composés différents qui ont été consommés en automédication par les 307 femmes de l'enquête ayant recouru à l'automédication. Comme nous l'avons déjà précisé dans la partie résultats, les données disponibles sur ces composés ont été rassemblées dans le tableau récapitulatif en annexe 2. Ce tableau a été réalisé à partir des données qui étaient disponibles notamment sur les sites du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) et du Vidal [25-28].

Parmi les composés consommés en automédication, la plus grande majorité provenait de l'armoire à pharmacie familiale (54,2%), or une telle provenance pourrait être associée à un plus grand risque d'automédication dangereuse dans les cas où les femmes ne se rappelleraient plus des posologies recommandées. A l'inverse les médicaments achetés en pharmacie (45,2%) sont généralement associés à une information dispensée par le pharmacien et leur utilisation dans l'immédiat nous paraît davantage sécurisée. Seules 0,6% des femmes s'étant automédiquées ont consommé des médicaments commandés sur internet. Cette nouvelle possibilité de se procurer des médicaments étant encore très récente (autorisée depuis juin 2013), cela explique la faible proportion de femmes qui ont sollicité cette nouvelle provenance. De plus peut-être existe-t-il une certaine méfiance par rapport à la véritable origine de ces médicaments pouvant être issus de la contrefaçon.

En dépit de leurs différentes provenances, aucun de ces composés n'était connu comme pouvant présenter des effets tératogènes. Or aucune donnée n'était disponible en termes de tératogénicité pour 81% d'entre eux. Malgré cela nous voulons être rassurant car il existe un certain recul pour la plupart d'entre eux. D'autant plus qu'il est important de rappeler qu'en cas de consommation d'un médicament tératogène, celui-ci n'induit pas de malformation de manière systématique. En effet, les médicaments les plus dangereux n'induisent des malformations que dans au maximum 30% des cas [31]. Le fait d'avoir un nombre si important de médicaments pour lesquels nous ne disposons pas de données est dû au fait qu'il est difficile d'évaluer avec précision les risques liés à la prise de médicaments pendant la grossesse (difficulté d'extrapolation à l'Homme des résultats des expériences de toxicologie de la reproduction et absence d'évaluation clinique chez la femme enceinte pour raisons éthiques) [13].

En revanche, 13 femmes (4,2% de celles s'étant automédiquées) ont consommé des médicaments présentant des risques de foetotoxicité. Les risques liés à l'ensemble de ces médicaments ont été discutés ci-dessous :

- AINS : deux femmes en ont consommés, soit (0,7% de la population automédiquée), afin de traiter des céphalées. Leur consommation était au premier et au deuxième trimestre, mais était ponctuelle, ce qui à priori pour nous n'a pas de conséquences. En effet la prise d'AINS avant 24 SA ne présente pas de risques pour le fœtus. C'est lorsque l'exposition aux AINS survient au-delà de ce terme que le risque existe, car ces médicaments peuvent entraîner une atteinte rénale du fœtus (anurie, oligoamnios), ainsi qu'une atteinte cardiopulmonaire (fermeture prématurée du canal artériel irréversible avec hypertension artérielle pulmonaire). Le risque augmente avec la durée d'exposition [24, 27, 31].

- Médicaments homéopathiques et Elixirs floraux : l'innocuité des médicaments homéopathiques est unanime, mais ces derniers nécessitent toutefois des précautions d'emploi. Notre étude souhaitait attirer l'attention sur les solutions buvables type *L 52*®, *Quiétude sirop*® et *Stodal sirop*® qui avaient comme point commun de comporter de l'éthanol parmi les excipients. Elles ont été consommées par quatre femmes (1,3%). Or l'éthanol est une molécule qui diffuse, passivement, à travers la barrière placentaire et son métabolisme en acétaldéhyde et en acétate se fait entièrement au niveau hépatique. L'éthanol et l'acétaldéhyde sont tous deux tératogènes (malformations cérébrales et cardiaques). L'immaturation du foie fœtal ne pouvant

assurer qu'un catabolisme partiel de ces substances, le fœtus est alors exposé à un temps de contact plus prolongé avec l'alcool [24, 27, 31]. Etant donné que dans l'état actuel des connaissances, le seuil d'exposition sans risque à l'éthanol n'est pas établi, notre raisonnement va dans le sens de ne pas utiliser ces traitements au cours de la grossesse [32].

- Synthol gel, Baume du Tigre et huiles essentielles : ils ont été consommés par 2% des femmes s'étant automédiquées. Ces composés contenaient tous des dérivés terpéniques (camphre, menthol) connus pour être responsables d'un abaissement du seuil épiléptogène.

Un antiacide (l'hydroxyde d'aluminium) possédait une foetotoxicité théorique : neurotoxicité liée à la présence de sels d'aluminium qui sont peu résorbés. Le taux plasmatique physiologique maternel d'aluminium est peu susceptible de s'élever si la prise est courte et si la fonction rénale est normale [27].

2.2.2 Risques liés aux interactions

Les limites de notre étude nous ont permis de montrer uniquement l'existence d'interactions liées à la consommation d'antiacides. Ces derniers sont connus pour diminuer la résorption de nombreux médicaments, notamment le paracétamol et le fer. Or, dans notre étude, ce cas de figure a été relativement fréquent puisqu'il concernait 5,5% des femmes ayant recouru à l'automédication. Selon les précautions d'emploi des antiacides, il est nécessaire de laisser un intervalle de deux heures ou plus entre les prises orales avec d'autres médicaments [25, 27]. Il paraîtrait donc nécessaire d'informer les patientes quant à l'usage des antiacides car ils sont fréquemment rencontrés en automédication chez la femme enceinte. De par les limites de notre enquête il était difficile d'évaluer l'existence d'autres interactions étant donné qu'il était impossible de savoir si les médicaments susceptibles d'interagir avaient été consommés simultanément.

Afin de mieux évaluer les interactions médicamenteuses, une démarche prospective permettrait de discerner, avec davantage de précisions, la concomitance des prises médicamenteuses.

2.2.3 Risques liés aux surdosages

Notre étude a clairement montré l'existence de deux cas de surdosages liés à la prise de médicaments en automédication. Le paracétamol était en cause dans les deux cas. Une première femme a affirmé avoir consommé jusqu'à six grammes de paracétamol par jour pendant sept jours consécutifs pour des céphalées. Une seconde en a consommé cinq grammes par jour pendant trois jours pour des douleurs dentaires. Le paracétamol est le médicament qui a été de loin le plus consommé en automédication par les femmes de notre étude (42% des femmes s'étant automédiquées). En effet ce médicament peut être utilisé pendant la grossesse car il n'est pas tératogène et les données disponibles en termes de foetotoxicité sont nombreuses et rassurantes, à condition de ne pas dépasser la dose usuelle de quatre grammes par jour au maximum et de respecter l'administration de un gramme par prise [17, 24, 25, 27]. En cas de surdosage, la mère s'expose à une hépatotoxicité.

Les deux cas de surdosage qui ont été relevés dans cette étude reflètent bien le relâchement vis-à-vis des fortes doses de paracétamol observé depuis plusieurs années. Ils ont tous deux été enregistrés dans la Base Nationale de Pharmacovigilance car ils constituaient un véritable signal.

Le paracétamol a été le seul médicament utilisé en automédication pour traiter tous types de douleurs car il constituait le seul représentant de la classe des antalgiques (figures 2 et 3). Ce médicament peut devenir dangereux car son utilisation paraît banalisée, ce qui risque de conduire à des surdosages afin de traiter des douleurs pouvant parfois être très invalidantes, même pendant la grossesse (céphalées, douleurs dentaires, sciatiques).

Par ailleurs trois femmes interrogées ont mentionné qu'elles avaient consommé du paracétamol sous différents noms de spécialités (*Doliprane®*, *Dafalgan®*, *Efferalgan®*), mais les limites de notre questionnaire ne nous ont pas permis d'affirmer si ces femmes avaient présenté des risques de surdosage en consommant ces spécialités simultanément, ou bien si elles avaient connaissance que ces spécialités renfermaient toutes le même principe actif.

Une enquête prospective, de la même manière que pour démontrer l'existence d'interactions médicamenteuses, permettrait de mieux cerner les cas de surdosage et plus particulièrement ceux concernant la consommation de plusieurs spécialités nommées différemment mais renfermant le même principe actif.

3. Facteurs favorisant le recours à l'automédication

3.1 Critères socio-démographiques

Les résultats de notre analyse comparative entre les groupes « automédiquées » et « non automédiquées » ont montré qu'il n'existait pas de différences significatives, ni pour les différentes tranches d'âge étudiées (la moyenne d'âge était de $30,4 \pm 4,6$ ans pour les « automédiquées » et de $30,3 \pm 4,8$ ans pour les « non automédiquées »), ni pour la parité, ni pour les antécédents médicaux nécessitant un traitement médicamenteux pendant la grossesse, ni pour la consommation de tabac et de drogues. Pour ces facteurs nous apportons la même conclusion que Schmitt et al., Mikou et al. et Damase et al. qui n'avaient pas montré de différences sur les données socio-démographiques et sur les habitudes de vie [9, 13, 14].

Des différences significatives ont été montrées entre les deux groupes pour le niveau d'études. En effet les femmes qui avaient un niveau d'études supérieur ou égal à baccalauréat et trois années d'études constituaient une plus grande proportion dans le groupe « automédiquées » que celles qui avaient un niveau lycée ou inférieur ($p < 0,001$). Un niveau d'études élevé favoriserait donc le recours à l'automédication, ce résultat est en accord avec l'étude de Dorgere et al. qui avait déjà montré cette différence de façon significative ($p < 0,05$), ainsi que l'étude de Mikou et al., même si pour cette dernière la différence n'était pas significative ($p = 0,41$) [9, 15]. L'automédication est une pratique pouvant revenir très cher. Cela expliquerait pourquoi les femmes ayant un niveau d'études plus élevé, souvent en lien avec une catégorie socio-professionnelle également plus élevée, soient favorisées pour pratiquer l'automédication.

Les femmes d'origine française constituaient 93,8% du groupe « automédiquées » contre 87,3% dans le groupe « non automédiquée », alors que les femmes africaines étaient plus représentées dans le groupe « non automédiquées » (8,9%) que dans le groupe « automédiquées » (2,6%) ($p = 0,02$). L'origine française favoriserait donc de façon significative le recours à l'automédication. Cette conclusion avait déjà été mise en avant par Dorgere A et al., mais pas de façon statistiquement significative ($p = 0,76$) [15]. Ce résultat semble montrer l'impact de la dimension culturelle dans la pratique de l'automédication. Cette dernière serait donc plus importante chez les sujets originaires de pays industrialisés en lien avec des sociétés de consommation.

Pour illustrer ces propos citons deux études qui ont montré des résultats nettement opposés entre les pays industrialisés et les pays non ou peu industrialisés : En Ethiopie, la prévalence de l'automédication pendant la grossesse avait été estimée à 12,4% dans une étude de Kebede et al., alors qu'aux Etats-Unis elle était de 92,6% dans une étude de Glover et al. [29, 30]. La différence est donc conséquente.

Les facteurs favorisant l'automédication pendant la grossesse décrits par la suite n'ont jamais été démontrés par d'autres études. Les femmes vivant en couple recourent plus à l'automédication que les femmes seules ($p = 0,004$). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes vivant en couple disposeraient davantage de ressources financières pour l'achat de médicaments en automédication, alors que le fait de vivre seul est plus souvent en lien avec l'isolement social et la précarité.

Des différences significatives ont également été montrées dans notre étude pour ce qui est de l'activité professionnelle ($p = 0,003$). Les femmes exerçant une profession intermédiaire et une profession de santé recourent plus à l'automédication. Ce résultat paraît cohérent pour les femmes exerçant une profession de santé dans la mesure où ces dernières ont plus facilement accès aux médicaments et, de plus, possèdent des connaissances en rapport avec les médicaments. Nous avons observé également que les femmes sans activité sont plus représentées dans le groupe « non automédiquées ». Cela apporte donc un argument supplémentaire en faveur du fait que l'automédication est davantage pratiquée par les femmes possédant des ressources financières suffisantes. La proportion des femmes exerçant des professions intellectuelles supérieures (cadres, ingénieurs), des employées, des artisanes et des ouvrières est comparable entre les groupes « automédiquées » et « non automédiquées », donc ces professions ne pratiqueraient pas davantage l'automédication.

En revanche ce qui favorise le recours à l'automédication pendant la grossesse est le fait de l'avoir pratiquée en dehors de la grossesse. La différence entre les deux groupes est significative. L'information reçue pendant la grossesse concernant l'usage des médicaments en automédication ne constitue pas un facteur protecteur puisqu'autant de femmes étaient informées dans chacun des groupes (42,2 contre 41,8%).

3.2 La saison

L'impact du facteur « saison » dans la pratique de l'automédication n'avait encore jamais été étudié. Notre étude a tout d'abord montré que la proportion de femmes interrogées en hiver était plus élevée dans le groupe « automédiquées » que dans le groupe « non automédiquées » (52,1% contre 48,5%), mais cette différence n'était pas significative ($p = 0,33$). Donc d'après notre étude l'hiver ne semble pas être un facteur favorisant le recours à l'automédication. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que l'hiver 2013-2014 a été le deuxième hiver le plus doux depuis 1900, ce qui paraît être moins propice à la recrudescence d'épidémies hivernales et donc à l'automédication [34]. Il serait souhaitable de ré-évaluer l'impact de ce facteur sur un hiver plus propice aux infections hivernales, mais ceci paraît difficile à identifier. Notre analyse possède l'avantage de ne pas être limitée par un biais de sélection puisque nous avons recruté autant de femmes en été qu'en hiver, cela nous permet donc de conclure que la saison n'influence pas le recours à l'automédication.

Nous avons constaté que les symptômes ayant suscité la consommation de médicaments en automédication était comparables entre les deux saisons, sauf pour les infections oto-rhyno-laryngologiques (toux, rhumes, maux de gorge) qui sont significativement plus fréquentes en hiver ($p = 0,01$). Nous avons observé en conséquence une consommation significativement plus importante de médicaments de la classe oto-rhyno-laryngologie en hiver ($p = 0,003$). Malgré cette faible différence, les médicaments foetotoxiques ont été en proportion davantage consommés sur la période hivernale (71%), mais la différence avec la proportion obtenue en été (29%) n'était pas significative.

En conclusion, notre deuxième hypothèse selon laquelle la pratique de l'automédication serait plus importante l'hiver que l'été est invalidée.

3.3 Les symptomatologies

Les principales symptomatologies à l'origine de l'automédication ont été les céphalées, les infections hivernales et les troubles digestifs (RGO et constipation). Ces résultats sont comparables avec ceux qui ont été observés par Mikou et al. [9].

Ces principaux facteurs ont constitué à eux seuls près de 60% des symptômes ayant suscité la consommation de médicaments en automédication. Il nous paraît donc important d'identifier ces symptômes chez les femmes enceintes afin de leur donner une information adaptée concernant l'automédication et de leur proposer une prise en charge adaptée pour éviter leur recours à une automédication dangereuse.

4. Informations relatives à la prise de médicaments en automédication

Dans cette partie nous allons désormais nous intéresser à l'évaluation de l'information concernant l'automédication. Nous nous sommes uniquement préoccupés de savoir si les patientes avaient reçu ou non une information relative à la prise de médicaments en automédication au cours de la grossesse. Nous avons pour cela posé la question suivante : « Avez-vous reçu de la part des professionnels de santé une information relative à la consommation de médicaments en automédication ? ». Seules 699 patientes sur les 740 de la totalité de l'échantillon, soit 94% ont répondu à cette question. Cette différence s'explique notamment par le fait que 3,2% d'entre elles n'avaient pas encore effectué de consultations prénatales pour cette grossesse et n'avaient donc pas encore reçu d'information.

Environ la moitié des femmes enceintes (43,3%) ont reçu une information sur l'automédication pendant la grossesse de la part du professionnel de santé ayant effectué leur suivi de grossesse. Ce chiffre est sensiblement identique à celui rapporté par Mikou et al. en 2008 (51%) et par Schmitt en 2002 (55%) [9, 14]. Nous donnerons donc la même conclusion que ces études en disant que l'information reçue par les femmes sur la prise de médicaments en automédication pendant la grossesse est insuffisante. Nous rajouterons même qu'il n'y a pas eu de réels progrès depuis la mise en évidence de ces résultats datant de 2002 et de 2008.

Nos résultats ont montré que c'était les médecins généralistes qui étaient le plus impliqués dans la dispensation d'informations aux femmes enceintes en matière d'automédication car 52,7% des femmes les ayant consultés au premier trimestre avaient reçu une information sur l'automédication. La proportion de femmes informées par les sages-femmes est de 42,5% et elle est de 40,7% pour celles qui ont été suivies par un gynécologue obstétricien, alors que ces derniers étaient impliqués dans le suivi de 65,1% des patientes de l'étude (contre 18,7% pour les

médecins généralistes et 16,2% pour les sages-femmes). Les différences qui ont été mises en évidence ne sont cependant pas significatives ($p = 0,06$). Cela montre que des efforts en termes d'information sur les risques liés à l'automédication selon la HAS sont à développer.

Notre étude n'a fait qu'évaluer la fréquence de l'information faite par les professionnels de santé au début de la grossesse. D'autres études pourraient décrire de façon qualitative le contenu de l'information faite par les professionnels. Cette étude, ayant isolé des facteurs favorisant le recours à l'automédication, a permis de cerner un profil de patientes susceptibles de recourir à l'automédication. Une étude analytique pourrait voir si les femmes sont plus informées en cas d'existence de facteurs favorisant.

5. Propositions pour améliorer la prévention

L'ensemble de ces résultats ont montré que des efforts restaient à être accomplis pour améliorer l'information des femmes sur l'automédication et cela concerne la totalité des professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse (tableau V). Or nous sommes confrontés au fait que la simple information des femmes ne constitue pas à elle seule un facteur protecteur suffisant, puisque les femmes qui ont été informées selon les recommandations de la HAS n'ont pas eu moins recours à l'automédication que celles n'ayant pas été informées (tableau IV). Nous pensons donc que l'information devrait être également améliorée dans son aspect qualitatif afin de transmettre un message simple et évident. Nous proposons la mise en place d'une fiche d'information à destination de toutes les femmes et d'une fiche d'information plus détaillée et plus ciblée à destination des professionnels de santé.

Cette information sur l'automédication devrait être délivrée en période pré-conceptionnelle et tout au long de la grossesse, sur le même plan que l'information relative à la consommation de tabac ou d'alcool.

CONCLUSION

Au regard de nos objectifs, cette étude, effectuée à partir d'un échantillon suffisamment représentatif, a montré une forte proportion de femmes recourant à l'automédication pendant la grossesse dans le RPAI (41,5 %).

Cependant cette pratique ne représente pas un réel danger dans la mesure où nous n'avons pas observé la prise de médicaments tératogènes et que les médicaments foetotoxiques absorbés sont peu nombreux. Notre enquête se veut donc rassurante car les conséquences sanitaires de l'automédication peuvent être considérées comme mineures.

Dans le but d'améliorer sans cesse la prise en charge des femmes enceintes, il paraît important que les personnels de santé dans leur ensemble et les sages-femmes en particulier, aient pour objectif d'améliorer l'information qu'ils dispensent sur les médicaments que les femmes peuvent être amenées à prendre d'elles-mêmes. Cette information doit être proposée systématiquement en début de grossesse et plus particulièrement dans certains cas. En effet nous avons vu que certaines femmes présentent des facteurs favorisant l'automédication.

Dans cette perspective, la sage-femme apparaît comme un acteur primordial dans la prévention et l'information, dans l'accompagnement et la prise en charge de la femme tout au long de sa grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (page consultée le 14/01/13). Médicaments.gouv.fr, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/>
- [2] Ordre National des Médecins. (page consultée le 21/01/13). L'automédication, [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
- [3] Baumelou A, Lauraire S, Tachot S, Flachaire M. Automédication. EMC 2006 ; 1-0153 :1-5.
- [4] Code de la Santé Publique. (page consultée le 21/01/13). Article L 5111-1 du 26 février 2007, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [5] Molimard M, Charbit B. Initiation à la connaissance du médicament. Paris : Vernzobres-Grego ; 2011 : 308.
- [6] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. (page consultée le 17/02/14). Consommations et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006-2009, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/>
- [7] Ordre des Pharmaciens. (page consultée le 17/02/14). Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts, [en ligne]. <http://www.ordre.pharmacien.fr>
- [8] Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable. (page consultée le 13/01/13). Quelle perception de l'automédication et de l'information sur la santé en France ? , [en ligne]. <http://www.afipa.org/>
- [9] Mikou S, Buire AC, Trenque T. Automédication chez la femme enceinte. Thérapie 2008 ; 63 (6) :415-418.
- [10] Noël A. Huit propositions pour développer l'automédication. Actualités pharmaceutiques 2011 ; 511 : 7.
- [11] Barrière N, Meunier P, Chante F, et al. Enquête sur la prise de médicaments pendant la grossesse. Pharm Hosp Française 1992 ; 100 : 1791-1794.
- [12] Berthier M, Bonneau D, Perault MC, et al. Medications exposure during pregnancy. Thérapie 1993 ; 48 : 43-46.

- [13] Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Moly C, Fournié A, Montastruc JL. Consommation de médicaments pendant la grossesse : enquête auprès de 250 femmes en consultation dans un Centre Hospitalier Universitaire. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2000 ; 29 : 77-85.
- [14] Schmitt B. L'automédication chez la femme enceinte. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2002 ; 31 :211.
- [15] Dorgere A. Automédication, grossesse et allaitement. *Vocation Sage-femme* 2012 ; 94 : 40-43.
- [16] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. (page consultée le 12/12/13). Compte rendu résumé du PV de la séance du 3 juillet 2013, [en ligne]. <http://www.ansm.sante.fr/>
- [17] Bouvier N, Trenque T, Gabriel R, Quereux C, Millart H. Risques iatrogènes de l'automédication chez la femme enceinte. *Presse Med* 2001 ; 30 : 37-40.
- [18] Bouldouyre-Magnier AM. Médicaments au cours de la grossesse. EMC, *Traité de Médecine Akos* 2007 ; 3-1420 : 1-5.
- [19] Elephant E, Vauzelle C, Assari F, Cournot MP. Médicaments, vaccins et grossesse. In : Marpeau L, eds. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010 : 364-370.
- [20] Leclerc C, Debas A, Bagheri H, Montastruc JL. A propos d'une enquête prospective systématique de pharmacovigilance à l'officine. *Thérapie* 1996 ; 51 : 563-4.
- [21] Honig PK, Gillepsie BK. Drug interactions between prescribed and over-the-counter medication. *Drug saf* 1995 ; 13 : 296-303.
- [22] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 12/12/13). Comment mieux informer les femmes enceintes? [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/>
- [23] Parant O, Simon-Toulza C, Szymansky N, Desprats R. Adaptation de l'organisme maternel à la grossesse. In : Marpeau L, eds. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010 : 24-35.
- [24] Labajos M. Réseau Périnatal Alpes Isère : activité des maternités du secteur 4 en 2012 [mail du 13/08/13].

- [25] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. (page consultée le 12/04/14). Médicaments, [en ligne]. <http://www.lecrat.org>
- [26] Univadis, la référence des professionnels de santé. (page consultée le 12/04/14). Vidal, [en ligne]. <http://www.univadis.fr>
- [27] Jonville-Béra AP, Vial T. Médicaments et grossesse. Paris : Elsevier Masson ; 2012: 296.
- [28] Bayot D, Faron G. Pharmacologie pour les sages-femmes. Bruxelles: De Boeck; 2011: 182.
- [29] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 15/04/14). Âge moyen à l'accouchement en 2013, [en ligne]. <http://www.insee.fr/>
- [30] Kebede B, Gedif T, Getachew A. Assessment of drug use among pregnant women in Addis Abada, Ethiopia. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2009 ; 18 : 462-468.
- [31] Glover DD, Amonkar M, Rybeck BF, Tracy TS. Prescription, over-the-counter, and herbal medicine use in a rural, obstetric population. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 188 : 1039-45.
- [32] Jacqz-Aigrain E, Serreau R. Pharmacologie foetomaternelle : risques des médicaments e cours de grossesse, traitements médicamenteux du fœtus. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS)* 2002 ; 4-002-M-10 : 1-7.
- [33] Houet-Zuccalli T, Chabrolle JP. Conduites addictives et grossesse. In : Marpeau L, eds. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010 : 328-331.
- [34] Météo-France. (page consultée le 13/03/14), L'hiver 2013-2014 le deuxième plus doux depuis 1900, [en ligne]. <http://www.meteofrance.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire de l'étude :

Mémoire Sage-Femme:

Etude sur la prise de médicaments pendant la grossesse

Questionnaire anonyme

(durée : 5 à 10 minutes)

Mémoire dirigé par le Docteur Céline VILLIER, Pharmacien PH au Centre Régional de Pharmacovigilance du CHU de Grenoble.

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme pour l'année 2014, je réalise une étude concernant la prise de médicaments au cours de la grossesse chez les femmes suivies au sein du Réseau Périnatal Alpes Isère.

Rappel sur les conditions pour participer à cette étude :

- Vous n'avez jamais participé à cette étude et vous souhaitez y participer (possibilité de participer une seule fois)
- Vous êtes majeure et n'êtes pas sous tutelle ou curatelle
- Vous maîtrisez parfaitement la langue française
- Vous êtes enceinte et vous êtes ici dans le cadre d'une consultation de suivi de grossesse de tous les mois.

-PARTIE I- Questions générales

1. La consultation que vous allez réaliser aujourd'hui est la consultation du :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} mois | <input type="checkbox"/> 6 ^{ème} mois | <input type="checkbox"/> 8 ^{ème} mois |
| <input type="checkbox"/> 5 ^{ème} mois | <input type="checkbox"/> 7 ^{ème} mois | <input type="checkbox"/> 9 ^{ème} mois |
| <input type="checkbox"/> Consultation de terme (41 SA) ou de surveillance après terme (41+2, 41+4) | | |

Si vous ne savez pas, ou si vous êtes en tout début de grossesse, merci d'indiquer la date des dernières règles (DDR), la date du début de grossesse (DDG) ou la date prévue pour l'accouchement notées **sur la 1^{ère} échographie de grossesse** avec la date du jour d'aujourd'hui :

- Date des dernières règles (1^{er} jour du début des règles) :/..../.....
- Date début de grossesse :/..../.....
- Date prévue de l'accouchement :/..../.....
- Date du jour d'aujourd'hui:/..../.....

2. Nombre d'accouchement dans votre vie (IVG et fausses couches non comptées / IMG, morts foetales in utero et naissances sans vies comprises)
- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou plus | |
3. Quel est votre âge à ce jour ? : ans

4. Votre nationalité :.....
5. Vous vivez :
 Seule (célibataire, séparée, divorcée, veuve)
 En couple (mariée, concubinage, pacsée)
6. Votre niveau d'étude :
 Non scolarisé Ecole primaire Collège Lycée
 Bac +2 Bac +3 Bac +5 Bac +8
7. Votre activité professionnelle actuelle :.....
8. Votre commune de résidence :.....
9. Votre consommation d'alcool pendant cette grossesse :
 Aucune Occasionnelle
 1 à 2 verre(-s) par semaine 1 verre par jour ou plus
10. Votre consommation de tabac pendant cette grossesse :
 Aucune
 Occasionnelle
 Inférieure à 10 cigarettes par jour
 Entre 10 et 20 cigarettes par jour
 Supérieure à 20 cigarettes par jour
11. Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous consommé pendant cette grossesse ? :
 Cannabis Amphétamines Cocaïne
 Ecstasy, MDMA Héroïne Aucune

-PARTIE II- Vos antécédents médicaux :

1. Avez-vous une ou plusieurs affections chroniques (diabète, hypertension artérielle, polyarthrite rhumatoïde, épilepsie):
 Oui Non
2. Si oui laquelle ou lesquelles :.....

3. Quel est votre traitement médicamenteux en rapport avec cette ou ces affections ? (précisez les médicaments arrêtés pendant cette grossesse en notant à côté du médicament la mention « STOP »)

-PARTIE III- Les médicaments que vous avez consommé **DEPUIS 1 MOIS (c'est-à-dire depuis le mois précédent cette consultation ou depuis la dernière consultation mensuelle de suivi de grossesse que vous avez effectué).**

Tous les types de médicaments que vous avez consommé dans le dernier mois doivent être mentionnés

(vaccination reçues, compléments alimentaires, vitamines, phytothérapie et homéopathie compris)

Si vous avez oublié le nom d'un traitement, précisez le par « *nom oublié* », ou essayez d'écrire quelques lettres dont vous vous souvenez.

1. Médicaments prescrits sur ordonnance par un médecin ou une sage-femme

Nom du médicament + dosage	Motif	Quantité consommée/J	Durée du traitement
<i>Efferalgan 1000mg</i>	<i>Douleur lombaire</i>	<i>3 comprimés par jour</i>	<i>7 jours</i>

**Exemple*

2. Médicaments pris en automédication*

*L'**automédication** consiste à prendre de sa propre initiative tout type de médicaments, quelle que soit la forme (comprimés, crèmes, suppositoires, etc...) de sa propre initiative. Ce médicament peut-être un médicament procuré en pharmacie sans ordonnance, un médicament issu de votre armoire à pharmacie familiale, ou bien un médicament commandé sur internet.

Exemple d'automédication : «*J'ai mal à la tête, je vais prendre un comprimé d'Ibuprofène 400mg pour me soulager* »

Nom du médicament + dosage	Motif	Quantité consommée/J	Durée du traitement	Origine du médicament
<i>Forlax 10g</i>	<i>Constipation</i>	<i>1 sachet/J</i>	<i>1 jour</i>	<input type="checkbox"/> Pharmacie <input checked="" type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet
				<input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Armoire familiale <input type="checkbox"/> Internet

**Exemple*

3. En dehors de la grossesse, vous arrive-t-il de consommer des médicaments en automédication ?
 OUI NON

-PARTIE IV- Informations reçues concernant la prise de médicaments au cours de la grossesse (ne pas remplir si c'est votre première consultation pour cette grossesse):

1. Quel professionnel a effectué les consultations de suivi de grossesse au premier trimestre ? (si plusieurs réponses possibles, indiquez uniquement celui qui a effectué la déclaration de grossesse) :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin gynécologue libéral (de ville) | <input type="checkbox"/> Médecin gynécologue hôpital |
| <input type="checkbox"/> Sage-Femme libérale | <input type="checkbox"/> Sage-Femme hôpital |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | |
2. Au cours de cette grossesse avez-vous reçu de la part des professionnels de santé (médecins, sages-femmes) une information sur les risques concernant :
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| =>La consommation de tabac ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| =>La consommation d'alcool ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| =>La consommation de drogues (cannabis, cocaïne, héroïne) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| =>La consommation de médicaments en automédication ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
3. Répondez aux questions suivantes UNIQUEMENT si vous avez reçu une information concernant les risques liés à la prise de médicaments en automédication au cours de cette grossesse (OUI à la question précédente):
- Quelle (-s) étaient la source de l'information ? :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin gynécologue libéral (de ville) | <input type="checkbox"/> Médecin gynécologue hôpital |
| <input type="checkbox"/> Sage-Femme libérale | <input type="checkbox"/> Sage-Femme hôpital |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | |
- Comment jugez-vous l'information faite par les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes) sur la prise de médicaments pendant la grossesse ? :
- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Très insuffisante | <input type="checkbox"/> Insuffisante | <input type="checkbox"/> Satisfaisante | <input type="checkbox"/> Très satisfaisante |
|--|---------------------------------------|--|---|

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des spécialités consommées en automédication dans l'étude.

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Activir 5%® crème *	Dermatologie	Anti-herpétique (aciclovir)			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Advil®*	Anti-inflammatoire	AINS (Ibuprofène)			Nombreuses et rassurantes (risque de fausse-couche augmenté)	-Insuffisance rénale -Fermeture prématurée du canal artériel
Aesculus composé®	Homéopathie		Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Aesculus pommade®	Homéopathie		Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Amoxicilline®**	Infectio- parasitologie	Antibiotique (pénicilline A)			Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Arnica montana®	Homéopathie		Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Ascofer®	Métabolisme et nutrition	Eléments minéraux			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Aspirine®*	Anti-inflammatoire	AINS			Nombreuses et rassurantes (risque de fausse-couche augmenté)	-Insuffisance rénale -Fermeture prématurée du canal artériel
AMM	PMF* (Prescription Médicale Facultative)		PMO** (Prescription Médicale Obligatoire)			

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
<i>Baume du tigre</i> ®		Dérivés terpéniques (camphre + menthol)			Aucune	Abaissement du seuil épileptogène
<i>Bepanthen 5% crème</i> ®	Dermatologie	Protecteur cutané			Aucune	Aucune
<i>Berocca</i> ®*	Métabolisme et nutrition	Vitamines			Aucune	Nombreuses et rassurantes
<i>Biocidan collyre</i> ®*	Ophtalmologie	Antiseptique local			Aucune	Aucune
<i>Carbo vegetabilis</i> ®*	Homéopathie				Aucune	Aucune
<i>Charbon de Belloc</i> ®*			+++ (diminution de l'absorption des autres médicaments)		Aucune	Aucune
<i>Citrate de bétaine</i> ®*	Gastro-entérologie				Aucune	Insuffisantes et rassurantes
<i>Cocculine</i> ®*	Gastro-entérologie	Homéopathie			Aucune	Aucune
<i>Colocynthis</i> ®*		Homéopathie			Aucune	Aucune
<i>Coryzalia</i> ®*	Oto-rhino-laryngologie				Aucune	Aucune
<i>Cyclo 3 crème</i> ®*	Cardio-angéiologie	Veinotonique			Aucune	Aucune
<i>D-stress</i> ®					Aucune	Aucune

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Daflon®*	Cardio-angiologie	Veinotonique (diosmine)			Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Diprosone®**	Dermatologie	Corticoïde (bétaméthasone)			-Fente palatine chez l'animal, non observée chez l'humain	-Retard de croissance intra-utérin et insuffisance surrénalienne si cure longue
Donormyl®*	Psychiatrie	Anti-histaminique (doxylamine)			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Drill®*	Oto-rhynolaryngologie	carbocystéine			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
Drosetux sirop®	Homéopathie				Aucune	Aucune
Dulcolax®*	Gastro-entérologie	Laxatif stimulant			Aucune	Insuffisantes et rassurantes
Duphalac®*	Gastro-entérologie	Laxatif osmotique			Aucune	Insuffisantes et rassurantes
Echinacea®	Phytothérapie				Aucune	Aucun
Ecze-crème®	Dermatologie				Aucune	Aucune
Eductyl®*	Gastro-entérologie	Laxatif par voie rectale			Aucune	Aucune
Elevit vitamine B9®*	Métabolisme et nutrition	Vitamines			Aucune	Nombreuses et rassurantes

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
<i>Elixir floraux (Fleurs de Bach)</i> ®	Phytothérapie				Aucune	Suspectée (présence de cognac à 20%)
<i>Ergyphillus</i> ®					Aucune	Aucune
Euphytose ®*	Psychiatrie	Phytothérapie			Aucune	Insuffisantes et rassurantes
<i>Extrait pépins de pamplemousse</i> ®	Phytothérapie				Aucune	Aucune
<i>Femibion</i> ®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
<i>Feminabiane</i> ®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
<i>Floradix fer</i> ®	Métabolisme et nutrition	Eléments minéraux			Aucune	Aucune
Forlax ®*	Gastro-entérologie	Laxatif osmotique			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
<i>Formag</i> ®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Gaviscon®	Gastro-entérologie	Antiacide	+++ (diminution absorption des autres médicaments)		Aucune	Nombreuses et rassurantes
Gavisconell®	Gastro-entérologie	Antiacide	+++ (diminution absorption des autres médicaments)		Aucune	Aucune
Gelsemium®	Psychiatrie	Homéopathie			Aucune	Aucune
Gestarelle®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
Ginkor fort®	Cardio-angéiologie	Veinotonique			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
Gynefam®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
Gyno-pevaryl®*	Gynécologie-obstétrique	Antifongique (éconazole)			Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Homéogène®*	Oto-rhino-laryngologie	Homéopathie			Aucune	Aucune
Homéoplasmine®*	Dermatologie	Homéopathie			Aucune	Aucune
Homéovox®	Homéopathie				Aucune	Aucune

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Huiles essentielles (lavande, pin, arnica)		Dérivés terpéniques			Aucune	Abaissement du seuil épileptogène
Humex toux sèche®*	Pneumologie	Oxoméazine			Aucune	Aucune
Iniatia amara®	Homéopathie				Aucune	Aucune
L 52®	Homéopathie	Ethanol en excipient			Aucune	Aucune
Lactibiane référence®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
Lysopaïne®*	Oto-rhino-laryngologie	Lysozyme			Aucune	Aucune
Maalox®*	Gastro-entérologie	Antiacide (hydroxyde d'aluminium)	+++ (diminution de l'absorption des autres médicaments)		Insuffisante	Neurotoxicité théorique à cause de l'ion aluminium)
Mag 2®*	Métabolisme et nutrition	Éléments minéraux			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Magné B6®*	Métabolisme et nutrition	Éléments minéraux			Insuffisantes	Nombreuses et rassurantes
Magnevie B6®*	Métabolisme et nutrition	Éléments minéraux			Insuffisantes	Insuffisantes et rassurantes
AMM	PMF*	PMO**				

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Mercurius®*	Homéopathie				Aucune	Aucune
Mezereum®	Homéopathie				Aucune	Aucune
Monazol crème®*	Dermatologie	Antifongique azolé (Sertaconazole)			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
Monurelle cranberry®	Phytothérapie				Aucune	Aucune
Monuril®**	Infectio-parasitologie	Antibiotique (fosfomycine)			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
Mopral®**	Gastro-entérologie	Antisécrétoire gastrique (oméprazole)			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Mustella crème®						
Nux vomica®*	Homéopathie				Aucune	Aucune
Oligobs®	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
Oligosol®*	Métabolisme et nutrition	Éléments minéraux			Aucune	Aucune
Omega 3	Métabolisme et nutrition	Complément alimentaire			Aucune	Aucune
Oscillococcinum®*	Infectio-parasitologie	Homéopathie			Aucune	Aucune
Oscillotoxinum						

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Paracétamol (Doliprane, Efferalgan)	Antalgique-antipyrétique	Paracétamol		Supérieur à 4g par jour	Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Parasidose shampooing®*	Dermatologie	Antipoux			Aucune	Insuffisantes et rassurantes
Passiflora®*	Psychiatrie	Homéopathie			Aucune	Aucune
Percutalfa®	Dermatologie	Protecteur cutané			Aucune	Aucune
Pevaryl®*	Dermatologie	Antifongique (éconazole)			Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Physiomer®	Autre				Aucune	Aucune
Pivalone®**	Oto-rhyno-laryngologie	Corticoïde (tixocortol)			Aucune	Nombreuses et rassurantes -Risque de retard de croissance non exclu si fortes posologies et cure longue
Primpéran®**	Gastro-entérologie	Antiémétique			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Psylia®*	Gastro-entérologie	Laxatif de lest (mucilage)			Aucune	Aucune
Quiétude sirop®	Homéopathie				Aucune	Aucune

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Rennie®*	Gastro-entérologie	Antiacide	+++ (diminution de l'absorption des autres médicaments)		Aucune	Insuffisante et rassurante
Rhus toxicodendron®*		Homéopathie			Aucune	Aucune
Sédatif PC®	Homéopathie				Aucune	Aucune
Sépia®	Homéopathie				Aucune	Aucune
Sinuspax®	Homéopathie				Aucune	Aucune
Sirop quiétude®	Homéopathie	Ethanol (16mg/5ml) en excipient			Aucune	Aucune
Smecta®*	Gastro-entérologie	Anti-diarrhéique			Aucune	Insuffisantes et rassurantes
Spasfon®*	Antispasmodique	phloroglucinol			Non tératogène	Nombreuses et rassurantes
Speciafoldine®*	Métabolisme et nutrition	Vitamines			Aucune	Aucune
Spiruline						
Stodal sirop	Homéopathie	Ethanol en excipient				

AMM

PMF*

PMO**

Spécialité	Classe	Médicament	Interactions	Surdosages	Données en termes de tératogénicité	Données en termes de foetotoxicité
Sulfuricum acidum*		Homéopathie			Aucune	Aucune
Suppositoire à la glycérine*	Gastro-entérologie	Laxatif			Aucune	Aucune
Synthol gel*	Rhumatologie	Menthol			Aucune	Foetotoxique par abaissement du seuil épileptogène
Tardyferon*	Métabolisme et nutrition	Elément minéraux			Aucune	Nombreuses et rassurantes
Thalamag	Métabolisme et nutrition	Eléments minéraux			Aucune	Aucune
Tisane de framboisier	Phytothérapie				Aucune	Aucune
Titanoréine*	Gastro-entérologie	Topique local			Aucune	Aucune
Transilane*	Gastro-entérologie	Laxatif de lest (mucilage)			Aucune	Aucune
Vaccino toxinum	Homéopathie				Aucune	Aucune
Vitamine C*	Métabolisme et nutrition	Vitamine			Aucune	Aucune
Zophren**	Gastro-entérologie	Antiémétique (ondansétron)			Non tératogène	Insuffisantes et rassurantes
AMM	PMF*	PMO**				

Résumé

Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence de l'automédication chez les femmes enceintes pour chaque trimestre de la grossesse, d'évaluer les risques maternels et fœtaux pouvant être liés à l'automédication de rechercher des facteurs favorisant le recours à l'automédication et d'évaluer la fréquence de l'information reçue par les femmes conformément aux recommandations données par la Haute Autorité de Santé en 2005.

Méthode

Une enquête transversale et multicentrique a été menée auprès de 740 femmes enceintes, tout âge gestationnel confondu, venant en consultation prénatale dans les maternités du Réseau Périnatal Alpes-Isère en été 2013 et en hiver 2014. Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un questionnaire anonyme standardisé. Les femmes ont été interrogées sur leur consommation de médicaments en automédication au cours du mois précédent l'enquête.

Résultats

La prévalence de l'automédication était de 41,5% pour l'ensemble de l'échantillon et était identique tout au long de la grossesse. Les facteurs associés à un recours plus fréquent à l'automédication étaient l'origine française ($p=0,02$), un niveau d'études élevé ($p < 0,001$), l'exercice d'une profession intermédiaire ou de santé ($p = 0,003$), la consommation d'alcool ($p = 0,02$) et le recours à l'automédication en dehors de la grossesse ($p < 0,001$). Parmi les médicaments consommés en automédication, aucun risque de tératogénicité n'a été relevé et seulement 2,5% des femmes s'étant « automédiquées » ont été exposées à des composés pouvant être foetotoxiques. 43,3% des femmes interrogées ont reçu une information sur l'automédication pendant la grossesse.

Conclusion

Les femmes enceintes constituent une population recourant de plus en plus à l'automédication et ce comportement concernait près de la moitié d'entre elles. L'ensemble des professionnels de santé doivent s'impliquer davantage dans l'information à donner aux femmes tout au long de la grossesse.

Mots clés : Automédication ; Médicaments ; Grossesse ; Prévalence ; Information