



HAL
open science

**Connaissances des femmes enceintes à propos de
l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens au
cours de la grossesse. Étude observationnelle
transversale menée auprès de 150 femmes enceintes du
Finistère, du 31/08/2020 au 30/11/2020**

Laura Gallouédec

► **To cite this version:**

Laura Gallouédec. Connaissances des femmes enceintes à propos de l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens au cours de la grossesse. Étude observationnelle transversale menée auprès de 150 femmes enceintes du Finistère, du 31/08/2020 au 30/11/2020. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03442900

HAL Id: dumas-03442900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03442900>

Submitted on 17 Jan 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ECOLE UNIVERSITAIRE DE MAIEUTIQUE DE BREST

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**Connaissances des femmes enceintes à propos de
l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens au
cours de la grossesse.**

Etude observationnelle transversale menée auprès de 150
femmes enceintes du Finistère, du 31/08/2020 au 30/11/2020.

Présenté et soutenu par :

Laura Gallouédec

Née le 24/03/1997

Sous la direction de Cyril LEVEN,

Pharmacien et pharmacologue au CHRU de Brest

REMERCIEMENTS

A Cyril Leven, directeur de ce mémoire, pour son implication, ses précieux conseils et sa disponibilité tout le long de cette étude.

A Gaëlle Delpech-Dunoyer, sage-femme enseignante et guidante de ce travail, pour avoir soutenu et encouragé ce projet avec toute sa bienveillance.

A l'ensemble de l'équipe enseignante de l'Ecole universitaire de maïeutique de Brest, pour la qualité de la formation qui nous a été apportée.

A toutes les personnes ayant pris le temps de partager mon questionnaire ainsi qu'à toutes les femmes ayant accepté d'y répondre.

A mes parents et à ma sœur, pour leur soutien durant toutes ces années d'études et pour avoir été présents depuis toujours.

A cette superbe promotion, pour ces quatre belles années passées ensemble et plus particulièrement à Estelle et Ilona, pour votre aide, votre présence et toute la bonne humeur que vous m'avez apporté.

ABREVIATION

AINS = anti-inflammatoires non-stéroïdiens

COX = cyclo-oxygénases

AFSSAPS = Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANSM = Agence nationale de la santé et du médicament et des produits de santé

HAS = haute autorité de santé

CHRU = Centre hospitalier régional et universitaire

CHIC = Centre hospitalier intercommunal de Cornouailles

CHPM = Centre hospitalier des pays de Morlaix

CRAT = Centre de référence des agents tératogènes

INSEE = institut national de la statistique et des études économiques

EPP = entretien prénatal précoce

SOMMAIRE

1	Introduction.....	6
2	Matériel et méthode.....	9
2.1	Objectifs de l'étude.....	9
2.1.1	Objectif principal.....	9
2.1.2	Objectifs secondaires.....	9
2.2	Critères d'évaluation.....	9
2.2.1	Critère d'évaluation principal.....	9
2.2.2	Critères d'évaluation secondaires.....	9
2.3	Etude.....	10
2.3.1	Lieux et durée de réalisation de l'étude.....	10
2.3.2	Population étudiée.....	11
2.3.3	Outil et modalité de recueil.....	11
2.4	Méthode d'analyse des résultats.....	12
3	Résultats.....	13
3.1	Inclusion.....	13
3.2	Description de la population.....	13
3.2.1	Age de l'échantillon.....	13
3.2.2	Catégorie socio-professionnelle.....	13
3.2.3	Gestité et parité.....	14
3.2.4	Terme.....	14
3.2.5	Nombre de consultation(s) de suivi de grossesse.....	15
3.2.6	Pathologies chroniques.....	15
3.3	Automédication et sources d'information au cours de la grossesse.....	15
3.3.1	Automédication au cours de la grossesse.....	15
3.3.2	Sources d'information concernant l'automédication.....	16
3.3.3	Les professionnels ressources.....	17
3.4	Connaissance du risque lié aux différents médicaments.....	17
3.4.1	Perception du risque des médicaments en vente libre.....	17
3.4.2	Perception du risque lié aux AINS au cours de la grossesse.....	18
3.4.3	Perception du risque selon les différents noms d'AINS.....	20

3.5	Identification des AINS	20
3.6	Moyens de prévention efficaces selon les patientes	21
4	Discussion	22
4.1	Résultats principaux de l'étude	22
4.2	Points forts et limites de l'étude	22
4.3	Discussion des résultats	23
4.3.1	Une pratique de l'automédication importante chez les femmes enceintes	24
4.3.2	Les femmes se fient majoritairement à leurs propres expériences	25
4.3.3	Les sages-femmes reconnues comme professionnel ressource	26
4.3.4	Perception du risque de l'automédication par les AINS	26
4.3.5	Une reconnaissance variable des différents AINS.....	27
4.3.6	Des propositions pour améliorer la prévention	28
5	Conclusion.....	30
6	Références	31
7	Annexes	35

1 Introduction

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments parmi les plus utilisés en médecine, avec ou sans prescription médicale. En France en 2013, l'ibuprofène était la deuxième molécule la plus vendue par les pharmacies de ville, derrière le paracétamol (1). Cette large utilisation découle de leur indication dans le traitement symptomatique de maux fréquents tels que les douleurs légères à modérées, en traumatologie pour les entorses, foulures, tendinites, en rhumatologie dans les pathologies arthrosiques ou rhumatismales, et en gynécologie en cas de dysménorrhées (2).

Malgré leur hétérogénéité chimique, les AINS partagent un mécanisme d'action pharmacodynamique commun. L'inhibition de la synthèse des prostaglandines via l'inhibition des cyclo-oxygénases (COX) est responsable à la fois de leurs effets thérapeutiques (anti-inflammatoire, antalgique, antipyrétique, antiagrégant plaquettaire) et de leurs principaux effets indésirables (digestifs, rénaux, cardiovasculaires) (3). Pour limiter l'impact de ces effets indésirables, indissociables des effets thérapeutiques, il est recommandé d'employer les AINS à la plus faible dose efficace et pour la durée la plus courte possible permettant de contrôler les symptômes (4).

Dans le contexte de la grossesse, le respect de ces règles de bon usage ne suffit pas à garantir un rapport bénéfice risque favorable. Les AINS franchissent la barrière placentaire : l'inhibition des COX fœtales peut être responsable d'une toxicité rénale pouvant entraîner un oligo-amnios voire un anamnios, et d'une toxicité cardiaque par fermeture du canal artériel, qui peut entraîner une insuffisance cardiaque, des atteintes de l'arbre vasculaire pulmonaire, voire la mort fœtale in utero (5–10). Ce risque de fœtotoxicité justifie la contre-indication absolue des AINS à partir du 6^e mois de grossesse (et dès le début de la grossesse pour les inhibiteurs sélectifs de la COX2 ou « -coxibs »).

La population générale a facilement accès aux AINS, ce qui transparaît dans les chiffres annuels de ventes de médicaments (1). Jusqu'au 15 janvier 2020, certains AINS étaient disponibles en libre accès dans les pharmacies, permettant ainsi aux patients de s'en procurer sans avis d'un professionnel de santé. Depuis cette date, ces médicaments sont vendus derrière le comptoir, renforçant ainsi le rôle de conseil du pharmacien (4). L'accès à ces médicaments reste facilité par le caractère facultatif de la prescription médicale pour l'ibuprofène, et certaines présentations d'aspirine ou de flurbiprofène ; une large part de la consommation d'AINS relève de l'automédication. Les femmes enceintes, à l'instar de la population générale, pratiquent l'automédication, et cet usage serait même en progression.

En effet, des études réalisées en France estiment qu'elles étaient 19,6 % à s'automédiquer en 1995, 23,3 % en 2008 et 41,5 % en 2013-2014 (11-13).

Dans ce contexte il apparaît indispensable de garantir une information suffisante des femmes enceintes sur les risques associés à la prise d'AINS au cours de la grossesse pour prévenir toute fœtotoxicité. Plusieurs études conduites en France au cours de la décennie précédente suggèrent cependant que la connaissance du risque par les femmes enceintes est insuffisante. Une étude menée en 2009 au CHU de Toulouse auprès de 250 femmes enceintes a évalué leurs connaissances au sujet de l'utilisation des AINS au cours de la grossesse (14). Elle a montré que l'identification des AINS par les femmes enceintes était difficile : 79 % des femmes pensaient que l'aspirine (à n'importe quelle dose) n'était pas un AINS et 66 % pensaient que l'ibuprofène n'en était pas un. En ce qui concerne la perception du risque lié à cette consommation, 13 % des femmes pensaient que l'aspirine à la dose de 500 mg était sans danger en fin de la grossesse et 10 % pensaient de même pour l'ibuprofène. En 2015, une étude conduite auprès de 330 femmes enceintes du CHU de Saint-Étienne a également mis en évidence une faible connaissance des risques liés à la prise d'AINS au cours de la grossesse (15) : de 30 à 60 % des femmes, selon le nom du médicament (princeps et dénominations communes internationales), pensaient que les AINS étaient sans danger à partir du 6^e mois de grossesse.

Ce défaut de prévention du risque a été confirmé à plusieurs reprises en France au cours des vingt dernières années par le signalement de cas d'expositions fœtales aux AINS. En 2003, l'AFSSAPS décrivait plusieurs cas d'exposition fœtale dus à des prises médicamenteuses en fin de grossesse et à l'origine de conséquences fœtales et/ou néonatales graves. L'agence avait alors publié une lettre d'information destinée aux professionnels de santé ayant pour but de rappeler le danger des AINS en fin de grossesse (5). Ce rappel n'a pas été sans effet puisqu'il a permis de diminuer la proportion de femmes enceintes à se voir prescrire et délivrer au moins un AINS après le 6^e mois de grossesse de 6,6 % avant la diffusion de la lettre à 4,4 % deux ans après celle-ci (16). Néanmoins, deux nouveaux rappels sur les risques associés à la prise d'AINS après 24 semaines d'aménorrhée ont depuis été publiés par l'ANSM : en 2009, suite à 2 cas d'exposition fœtales, puis en 2017 (17,18), témoignant de la persistance des cas d'exposition malgré les pratiques actuelles d'information des patientes. Depuis le 17 octobre 2017, un décret (14 avril 2017 n° 2017-550), complété par deux arrêtés (5 mai 2017 et 9 août 2017), impose aux firmes pharmaceutiques d'apposer un pictogramme spécifique sur le conditionnement extérieur des médicaments « tératogènes » ou « fœtotoxiques ». Cependant le libre arbitre laissé aux firmes pharmaceutiques concernant l'apposition de ce pictogramme, et son

utilisation excessive au vu des données scientifiques et médicales, en font une mesure contestée et potentiellement contre-productive (19).

De nouvelles modalités d'information des femmes enceintes restent à être développées et testées. Au cours du suivi de grossesse de nombreuses informations doivent être transmises à la femme enceinte. Les recommandations professionnelles émises par la HAS (20) établissent que ces informations doivent être données par les professionnels de santé de la périnatalité dont les sages-femmes, qui ont un rôle de prévention, d'information, et d'éducation important vis-à-vis de la consommation de médicaments pendant la grossesse. Les résultats de l'étude réalisée au CHU de Saint-Étienne ont mis en évidence que parmi les vecteurs d'informations, c'est l'affiche qui a été la plus remarquée par les femmes enceintes : « Les affiches ou dépliants présents dans les salles d'attente des différents professionnels de santé semblent marquer les esprits » (15).

Nous avons réalisé une étude dans les salles d'attente des cabinets de sages-femmes du Finistère afin d'évaluer la connaissance, chez les femmes enceintes, du risque associé à la prise d'AINS au cours de la grossesse.

2 Matériel et méthode

2.1 Objectifs de l'étude

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance du risque associé à la prise d'AINS en fin de grossesse (du 6 au 9^e mois) dans la population étudiée.

2.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer la capacité des femmes enceintes à identifier des AINS, identifier les principales sources d'information des femmes enceintes à propos de l'automédication et évaluer ces différents résultats selon les caractéristiques démographiques, le niveau socio-économique et les antécédents obstétricaux.

Il s'agissait également de mettre en évidence les moyens de prévention jugés comme les plus efficaces par les femmes enceintes.

2.2 Critères d'évaluation

2.2.1 Critère d'évaluation principal

La connaissance du risque lié à l'exposition aux AINS à partir du 6^{ème} mois de grossesse a été évaluée par la sélection ou la non-sélection de la proposition « anti-inflammatoires « sauf corticoïdes » » « du 6^{ème} au 9^{ème} mois » à la question 11 du questionnaire de l'étude (Cf. Annexe I – Questionnaire de l'étude) : « Parmi les traitements antidouleurs suivants, cochez celui ou ceux qui pourraient être dangereux au cours de la grossesse ».

2.2.2 Critères d'évaluation secondaires

La capacité des femmes enceintes à identifier des AINS a été évaluée par une mise en évidence ou non d'une discordance entre le risque attribué aux « anti-inflammatoires « sauf corticoïdes » » et le risque attribué aux différents AINS présents dans le tableau de la question 11 (Cf. Annexe I – Questionnaire de l'étude).

Les principales sources d'information des femmes enceintes à propos de l'automédication pendant la grossesse ont été évaluées par la réponse à la question 8 (Cf. Annexe I – Questionnaire de l'étude).

La réponse à la question 12 du questionnaire (Cf. Annexe I – Questionnaire de l'étude) a permis de mettre en évidence les moyens de prévention préférés par les femmes enceintes.

2.3 Etude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale multicentrique n'impliquant pas la personne humaine. L'étude a été réalisée par des auto-questionnaires destinés aux femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois.

2.3.1 Lieux et durée de réalisation de l'étude

L'étude s'est déroulée du 31/08/2020 au 30/11/2020 dans les services de consultations obstétricales de 3 maternités du Finistère :

- le Centre hospitalier régional universitaire de Brest (CHRU) (site de Brest, maternité de niveau III)
- le Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC) à Quimper (maternité de niveau II B)
- le Centre hospitalier des pays de Morlaix (CHPM) (maternité de niveau II A)

Ainsi que dans 2 cabinets de sages-femmes libérales de Brest :

- l'un comprenant 4 sages-femmes de consultation
- l'autre comprenant 1 sage-femme de consultation et 1 sage-femme échographiste.

Ces lieux d'étude ont été choisis pour des raisons pratiques, pour leur flux de patientèle et leur volontariat à participer à notre étude.

Concernant les centres hospitaliers, les chefs de service de gynécologie-obstétrique ont été contactés et leurs autorisations recueillies par adresse e-mail. Les sages-femmes coordinatrices des services concernés ont été informées de l'étude par adresse e-mail.

Concernant les cabinets libéraux, les sages-femmes ont été contactées par téléphone.

2.3.2 Population étudiée

La population d'étude correspondait aux femmes enceintes entre le 6^e et le 9^e mois de grossesse, au cours d'une grossesse à bas risque suivie par une sage-femme.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ces patientes ont dû recevoir une information relative à l'automédication au cours de la grossesse. (20)

De plus, ces patientes, au vu du terme de leur grossesse (≥ 24 SA) sont les plus à risque en cas d'exposition aux AINS.

2.3.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les femmes enceintes au cours d'une grossesse à bas risque suivie par une sage-femme, et un terme de grossesse ≥ 24 semaines d'aménorrhées.

2.3.2.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient une première consultation de grossesse, un terme de grossesse inférieur à 24 SA et un obstacle à la communication écrite : illettrisme, cécité.

2.3.3 Outil et modalité de recueil

2.3.3.1 Outil de recueil des données

Pour recueillir les données de cette étude, nous avons élaboré un auto-questionnaire en nous inspirant du questionnaire publié dans l'étude du CHU de St Etienne en 2015 (Cf. Annexe II – questionnaire de St Etienne). Notre questionnaire comprenait 12 questions réparties en 3 parties (Cf. Annexe I – questionnaire de l'étude) :

- La première partie a permis de caractériser la population interrogée. Elle s'intéressait aux données démographiques (âge, activité professionnelle) ainsi qu'aux antécédents obstétricaux (gestité, parité) et médicaux (pathologie chronique).
- La seconde partie s'intéressait à la grossesse actuelle : son déroulement (terme, nombre de consultations), la pratique de l'automédication au cours de celle-ci.
- La troisième partie étudiait la perception du danger de l'automédication selon les modalités de délivrance et le nom des médicaments ainsi que l'avis des femmes enceintes sur le moyen le plus efficace de les informer.

Avant sa mise en place, le questionnaire a été expérimenté sur une population de 4 femmes afin de vérifier la compréhension des questions. Ce test a entraîné des changements dans la présentation et la formulation de quelques questions comme l'ajout de la colonne « Ne connaît pas ce médicament » au tableau de la question 11.

2.3.3.2 Méthodologie de distribution et recueil des questionnaires

Dans les Centres hospitaliers, les questionnaires ont été distribués en main propre aux femmes enceintes par les secrétaires au moment de leur présentation au secrétariat. Une fois rempli, les patientes ont remis le questionnaire à la sage-femme au moment de la consultation, qui les a conservés dans son bureau.

Dans les cabinets libéraux, les sages-femmes ont donné le questionnaire en main propre aux femmes enceintes à la fin de la consultation. Les patientes l'ont alors rempli dans la salle d'attente et l'ont remis dans une boîte destinée à cet effet disposée dans la salle d'attente du cabinet.

Si le questionnaire soulevait des interrogations chez la patiente, celle-ci avait la possibilité d'en parler avec le professionnel de santé qui suit sa grossesse.

2.4 Méthode d'analyse des résultats

Les données recueillies ont été saisies et analysées sous le logiciel Microsoft Excel.

3 Résultats

3.1 Inclusion

Sur les cent soixante-quinze questionnaires distribués aux différents établissements, cent cinquante ont été récupérés: 52 sur 55 au CHRU de Brest, 29 sur 30 au Centre hospitalier de Morlaix, 24 sur 30 au Centre hospitalier de Quimper, 34 sur 45 au cabinet libéral des 4 sages-femmes et 11 sur 15 au cabinet libéral des 2 sages-femmes.

Les 150 questionnaires recueillis ont été analysés sans différenciation selon l'établissement de provenance du questionnaire.

3.2 Description de la population

3.2.1 Age de l'échantillon

L'âge des patientes variait entre 17 et 44 ans. L'âge médian était de 30 ans.

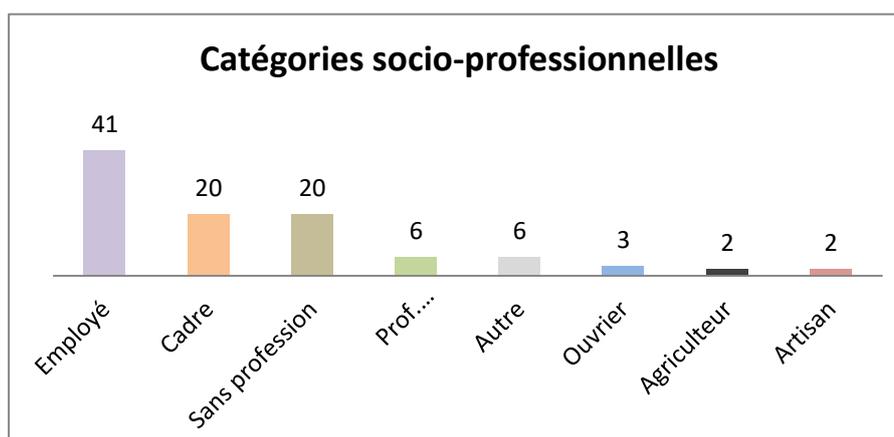
3.2.2 Catégorie socio-professionnelle

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était « Employé » avec 61 femmes soit 41% des femmes interrogées.

30 femmes soit 20% des patientes incluses dans l'étude ont déclaré être « sans profession ». De même, 20% des femmes ont déclaré appartenir à la catégorie « cadre ».

9 patientes ont indiqué ne pas appartenir aux catégories socio-professionnelles proposées dans le questionnaire en précisant leur activité : 5 étudiantes, 3 militaires et 1 gérante de gîte.

Figure 1 : catégories socio-professionnelles représentées dans la population d'étude



3.2.3 Gestité et parité

Le nombre de grossesse(s) variait entre 1 et 9, avec une médiane à 2. Pour 38% des femmes il s'agissait d'une première grossesse.

Le nombre d'enfant(s) par femme variait entre 0 et 5, avec une médiane à 0,67. 85 femmes n'avaient pas d'enfant au moment de l'étude.

Tableau I : Gestité et parité des patientes

Gestité Parité	Nombre de patientes
G1P0	57
G2P0	19
G2P1	19
G3P0	7
G3P1	16
G3P2	12
G4P0	1
G4P1	5
G4P2	4
G4P3	3
G5P0	1
G5P2	2
G6P2	1
G6P5	1
G8P4	1
G9P5	1

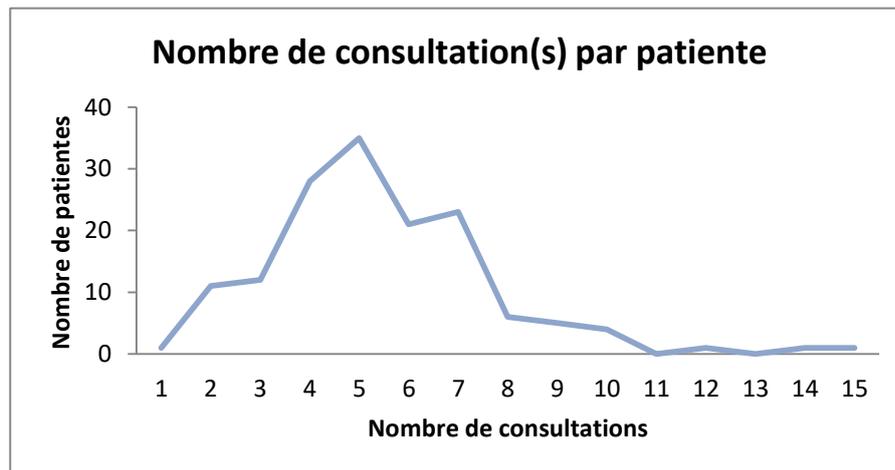
3.2.4 Terme

Au moment de l'étude, le terme en semaines d'aménorrhées révolues des femmes ayant répondu à l'étude variait entre 24SA et 41SA, conformément aux critères d'inclusion. La médiane était à 33 semaines d'aménorrhées.

3.2.5 Nombre de consultation(s) de suivi de grossesse

Le nombre de consultation(s) de suivi de grossesse auxquelles ont assisté les patientes au moment de remplir le questionnaire était également conforme aux critères d'inclusion, variant entre 1 et 15. Le nombre médian de consultations était 5.

Figure 2 : Nombre de consultation(s) par patiente



3.2.6 Pathologies chroniques

87% des patientes interrogées ont affirmé ne pas avoir de problème de santé.

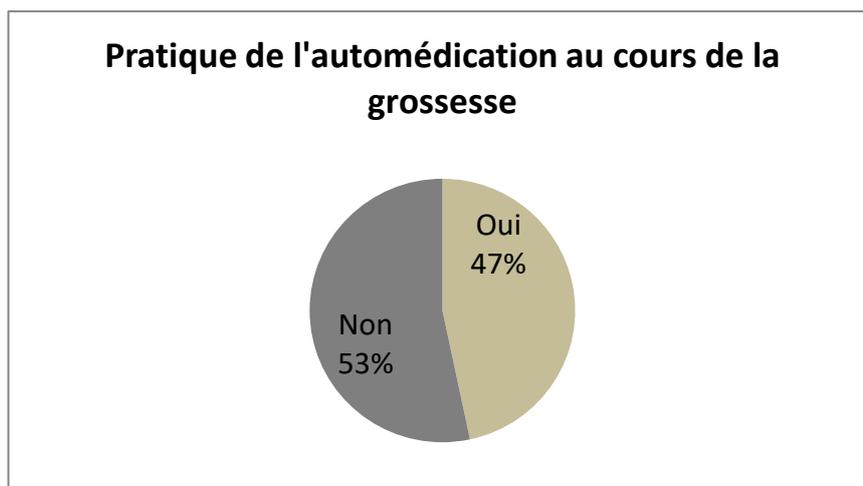
Parmi les 20 femmes ayant signalé une pathologie chronique on retrouvait essentiellement de l'hypothyroïdie (n = 6), de l'asthme (n = 4), des allergies (n = 4), des reflux gastro-œsophagiens (n = 2), une rectocolite hémorragique (n = 2). Une thalassémie (n = 1), un diabète de type I (n = 1), une sclérose en plaque (n = 1) et une maladie de Darier (n = 1) étaient également retrouvés.

3.3 Automédication et sources d'information au cours de la grossesse

3.3.1 Automédication au cours de la grossesse

Parmi les 150 femmes enceintes interrogées, 70, soit environ 47% ont déclaré pratiquer l'automédication au cours de la grossesse. 80 d'entre elles, soit environ 53% ont déclaré ne pas consommer de médicaments sans l'avis d'un professionnel de santé.

Figure 3 : Pourcentage de femmes pratiquant ou non l'automédication au cours de la grossesse

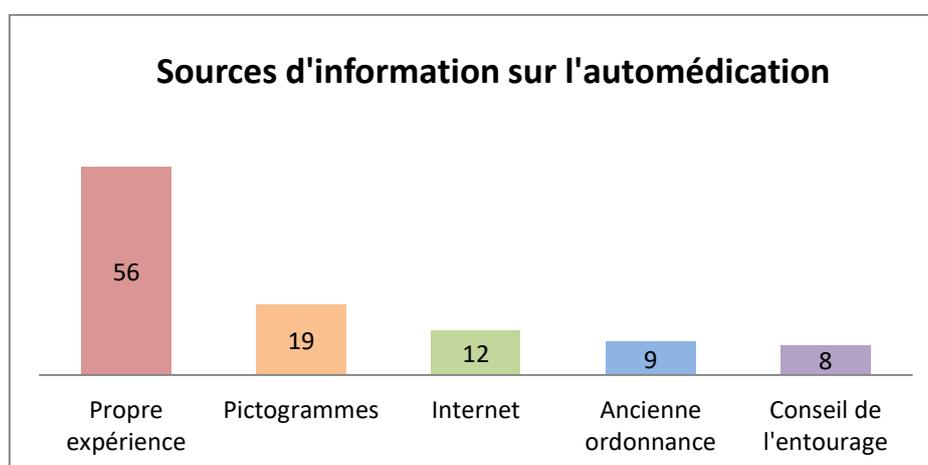


3.3.2 Sources d'information concernant l'automédication

Parmi les 70 femmes consommant des médicaments sans l'avis d'un professionnel de santé au cours de la grossesse, la grande majorité (80%) le faisait à partir de leurs propres expériences et connaissances. 27% d'entre elles se fiaient aux pictogrammes présents sur les boîtes de médicaments. 17% allaient chercher les informations sur internet. 13% le faisaient à partir d'une ancienne ordonnance. Enfin 11% prenaient des médicaments sur conseil de l'entourage.

Parmi les 12 femmes citant internet comme source d'information pouvant les aider dans leur choix d'automédication, 9 citaient le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).

Figure 4 : Sources d'information utilisées par les femmes concernant l'automédication

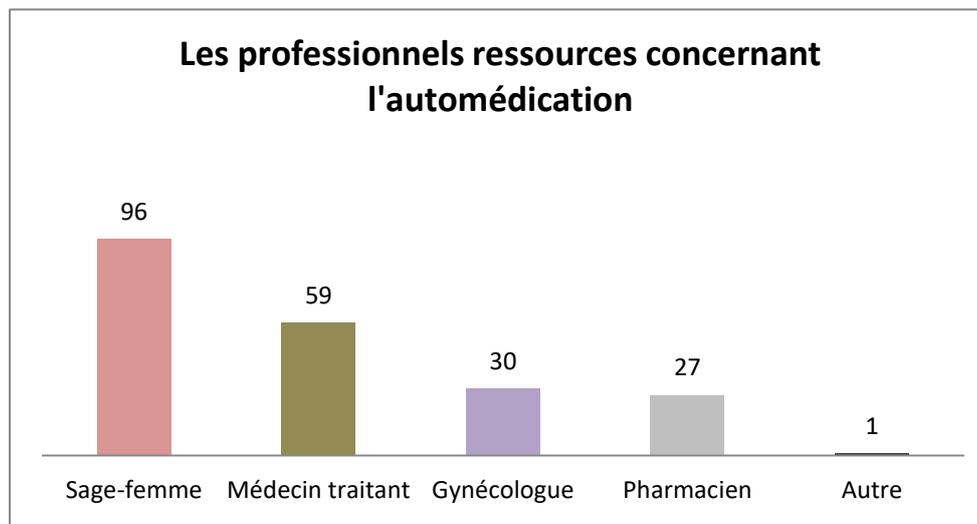


3.3.3 Les professionnels ressources

114 femmes ont répondu qu'elles préféreraient demander l'avis d'un professionnel de santé avant de prendre un traitement.

Parmi elles, 96 demanderaient l'avis de leur sage-femme, 59 celui de leur médecin traitant, 30 celui de leur gynécologue et enfin 27 celui de leur pharmacien. Une femme a ajouté un autre professionnel qu'elle pourrait consulter : un naturopathe.

Figure 5 : les professionnels ressources concernant l'automédication au cours de la grossesse



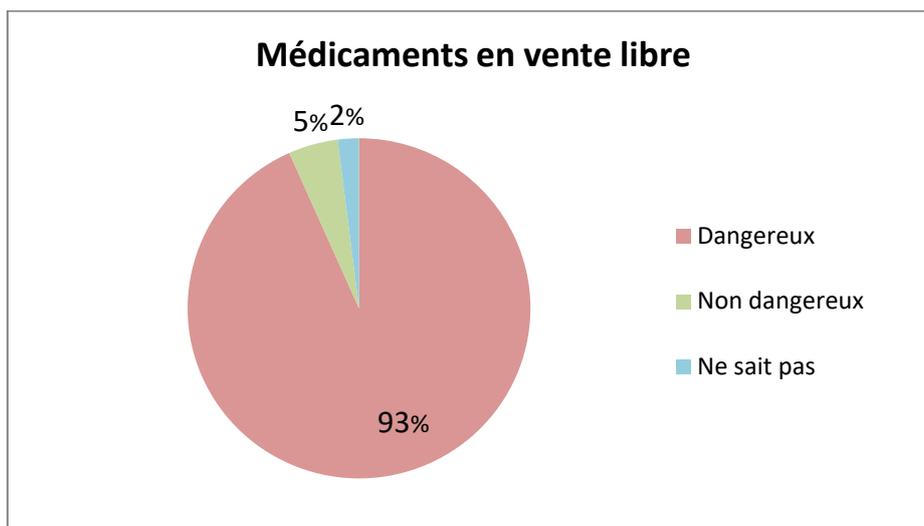
3.4 Connaissance du risque lié aux différents médicaments

3.4.1 Perception du risque des médicaments en vente libre

A la question « Pensez-vous que parmi les médicaments en vente libre en pharmacie, certains puissent être dangereux chez la femme enceinte ? », 93% des femmes (n = 140) ont répondu « oui ». 5% (n = 7) des patientes de l'étude ont répondu « non ». Enfin, 2% (n = 3) ont déclaré ne pas savoir répondre à cette question.

Parmi les 7 femmes ayant répondu ne pas penser que certains médicaments en vente libre peuvent être dangereux pour la grossesse, 4 ont déclaré pratiquer l'automédication.

Figure 6 : la perception du risque des médicaments en vente libre



3.4.2 Perception du risque lié aux AINS au cours de la grossesse

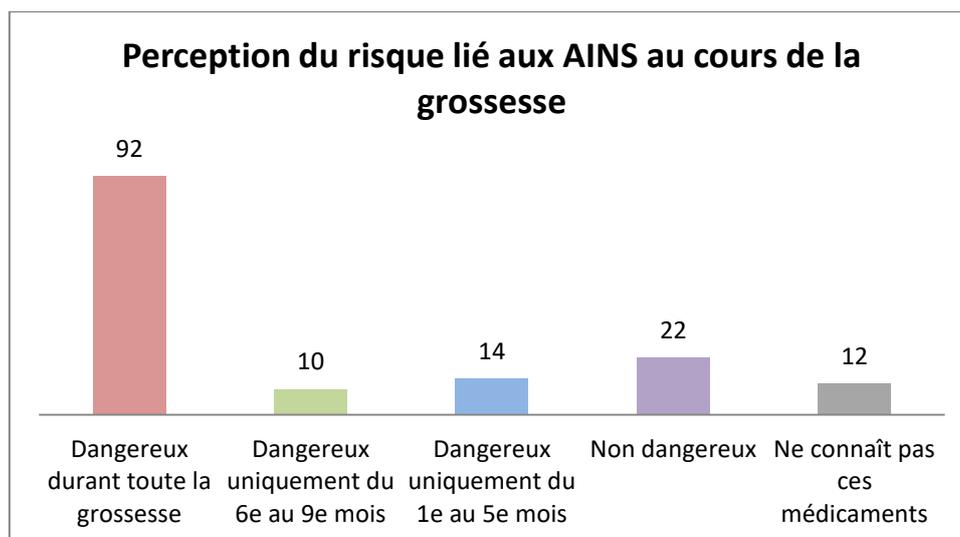
Parmi notre population de 150 femmes, 68% (n = 102) considéraient les AINS comme dangereux au 3^e trimestre de la grossesse : 92 les considéraient dangereux à tout moment de la grossesse et 14 les considéraient dangereux uniquement du 6^{ème} au 9^{ème} mois.

24% de notre échantillon (n = 36) considéraient qu'ils n'étaient pas dangereux au 3^e trimestre : 22 pensaient qu'ils n'étaient pas dangereux durant toute la grossesse et 14 les estimaient dangereux uniquement du 1^{er} au 5^{ème} mois.

Enfin, 8% (n = 12) ne connaissaient pas ces médicaments. .

Parmi les 36 femmes considérant les AINS comme non dangereux au dernier trimestre de grossesse, 12 ont déclaré pratiquer l'automédication.

Figure 7 : Nombre de femmes considérant les AINS comme dangereux ou non dangereux en début et fin de grossesse



Sur l'ensemble des femmes de notre échantillon, la prévalence de l'automédication s'élevait à 47%. Parmi les 102 femmes considérant les AINS comme dangereux en fin de grossesse, 52% ont déclaré s'automédiquer, contre 33% dans le groupe des 36 femmes ne pensant pas que les AINS soient dangereux pour le dernier trimestre de grossesse.

Si cette différence de pratique de l'automédication selon la connaissance ou non du risque des AINS en fin de grossesse est substantielle, elle n'est statistiquement pas significative d'après le résultat du test du Chi-2 de Pearson ($p = 0.054$).

Tableau II : pratique de l'automédication en fonction de la connaissance ou non de la contre-indication des AINS au 3^{ème} trimestre de grossesse

Variable	Ensemble des femmes N = 150	Connaissance de la CI des AINS au 3 ^{ème} trimestre N = 102	Non connaissance de la CI des AINS au 3 ^{ème} trimestre N = 36	Valeur de p
Automédication (%)	47	52	33	0.054

CI = contre-indication

3.4.3 Perception du risque selon les différents noms d'AINS

L'ibuprofène était perçu comme non dangereux au dernier trimestre de grossesse par 23% de notre échantillon (n = 35) : 28 femmes l'estimaient non dangereux durant toute la grossesse et 7 le pensaient dangereux uniquement du 1^{er} au 5^{ème} mois. 105 femmes soit 70% le savaient dangereux au 3^{ème} trimestre de grossesse : 95 le pensaient dangereux durant toute la grossesse et 10 uniquement du 6^{ème} au 9^{ème} mois. 6% de notre population (n = 9) ne connaissaient pas l'ibuprofène. Enfin, la réponse d'une personne était ininterprétable.

En ce qui concerne l'aspirine 500 mg, 54% (n = 81) des femmes le savaient dangereux au dernier trimestre de grossesse. 41% de notre échantillon (n = 61) l'estimaient non dangereux au cours de ce dernier. 8 femmes ont déclaré ne pas connaître ce médicament.

L'Advil était perçu comme dangereux au 3^{ème} trimestre par 51% des femmes (n = 76). Il était perçu comme non dangereux en fin de grossesse par 27% des femmes enceintes (n=41). Enfin, 33 femmes ne connaissaient pas cette spécialité.

Tableau III : Perception du risque lié aux différents AINS au cours de la grossesse en fonction de leur nom commercial

Nom du médicament	Dangereux durant toute la grossesse	Dangereux du 6 ^e au 9 ^e mois	Dangereux du 1 ^e au 5 ^e mois	Non dangereux	Médicament non connu
Ibuprofène	95	10	7	28	9
Aspirine 500mg	71	10	10	51	8
Aspegic 500mg	64	10	8	39	29
Advil	68	8	7	34	33
Profenid	46	5	4	17	78
Antadys	41	2	3	18	86
Voltarène emugel	80	13	7	30	20

3.5 Identification des AINS

Dans notre échantillon de 150 femmes enceintes, 48 soit 32% d'entre elles n'ont pas identifié l'Aspirine 500mg comme étant un AINS. De même, 25% de notre population n'a pas identifié l'Aspegic 500mg comme un AINS. En ce qui concerne l'ibuprofène, 19,3% de notre échantillon ne l'a pas considéré comme un AINS et 12,7% des femmes ne l'ont pas fait pour le Voltarène Emulgel.

Tableau IV : Non identification des différents AINS selon leur nom commercial

Médicament	Aspirine 500mg	Aspegic 500mg	Ibuprofène	Voltarène Emulgel	Advil	Profenid	Antadys
N discordances	48	38	29	23	19	10	8
% discordances	32%	25,3%	19,3%	15,3%	12,7%	6,7%	5,3%

Nombre de discordances = femmes considérant les AINS comme dangereux à partir du 6^{ème} mois de grossesse et considérant le médicament comme non dangereux à partir du 6^{ème} mois ou considérant les AINS comme non dangereux à partir du 6^{ème} et considérant le médicament comme dangereux ce dernier trimestre.

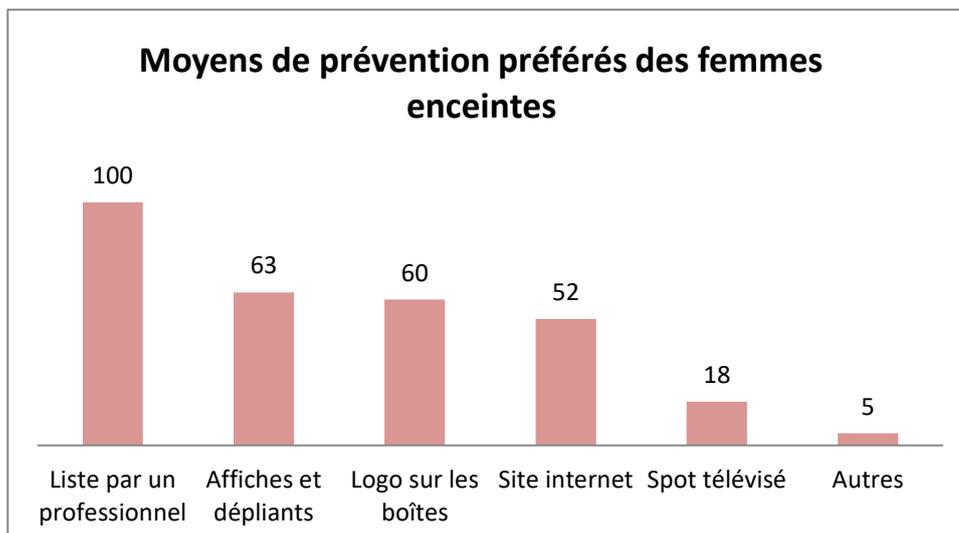
3.6 Moyens de prévention efficaces selon les patientes

D'après les femmes enceintes interrogées, le moyen le plus efficace (n = 100) pour prévenir des risques liés aux AINS au cours de la grossesse était une liste énumérant les médicaments non recommandés ou contre-indiqués au cours de la grossesse fournie par un professionnel de santé.

Venaient ensuite la présence d'affiches et de dépliants dans les salles d'attente des professionnels suivant les grossesses (n = 63), le logo « Nom du médicament + grossesse = danger » sur les boîtes de médicaments concernés (n = 60) et un site internet de référence destiné aux femmes enceintes (n = 52).

Un spot télévisé était apprécié par 18 femmes. 5 femmes ont suggéré d'autres moyens de prévention : un spot à la radio, une application pour téléphone mobile, une chronique dans l'émission « Les Maternelles », une discussion avec le professionnel de santé suivant la grossesse et plus d'informations à la pharmacie.

Figure 8 : Moyens de prévention préférés par les femmes enceintes



4 Discussion

4.1 Résultats principaux de l'étude

Dans notre étude portant sur 150 femmes enceintes du Finistère, près d'une femme sur deux (47%) a déclaré pratiquer l'automédication au cours de sa grossesse. La plupart d'entre elles (80%) partaient de leurs propres expériences et de leurs connaissances pour les guider dans le choix du médicament. Concernant la recherche d'information auprès des professionnels de santé, les femmes ont déclaré se tourner majoritairement vers leur sage-femme (à 84%).

Concernant les AINS, 68% des femmes ont déclaré les considérer comme dangereux au 3^e trimestre de grossesse, 24% comme non dangereux au cours de ce dernier trimestre et 8% ne pas connaître cette classe de médicaments.

Pour la grande majorité des femmes interrogées (93%), certains médicaments accessibles en vente libre en pharmacie étaient perçus comme pouvant être dangereux au cours de la grossesse.

En les questionnant selon différents noms commerciaux de médicaments, il apparaît que l'aspirine 500mg était l'AINS considéré comme le moins dangereux au troisième trimestre de la grossesse, par 41% de notre échantillon. Les femmes avaient plus conscience que l'ibuprofène pouvait être dangereux car 23% de notre échantillon le considéraient non dangereux au cours de ce dernier trimestre.

Enfin, le moyen de prévention le plus évoqué par les femmes enceintes (par 67%) était une liste énumérant les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse et distribuée par un professionnel de santé.

4.2 Points forts et limites de l'étude

Tout d'abord, 150 questionnaires ont pu être recueilli sur une période de 3 mois allant du 31/08 au 30/11/2020 parmi les femmes enceintes finistériennes à partir de 24 SA, ce qui représente un échantillon plutôt satisfaisant.

Le taux de participation à notre étude est de 85,7%, ce qui représente un taux de réponse élevé pour ce type d'étude par auto-questionnaires. Il s'agit du taux de réponses parmi les patientes ayant reçu ce questionnaire.

De plus, nous avons choisi de réaliser une étude multicentrique aussi bien en milieu hospitalier que libéral afin d'être le plus représentatif possible de la population générale de femmes enceintes. Cependant, nous n'avons pas pu interroger toute la population finistérienne et nous avons alors choisi de nous intéresser aux femmes enceintes suivies dans trois maternités de la région de niveaux différents (niveau 3, 2B et 2A). Pour être plus exhaustif, notre étude aurait également pu être réalisée dans une maternité de niveau 1.

Tous les questionnaires récupérés étaient complets et interprétables. Ils ont ainsi tous pu être analysés. En effet, notre questionnaire se voulait facile d'utilisation et rapide à renseigner, ne comprenant que des questions fermées hormis la fin de la question 6 concernant les pathologies chroniques et les traitements associés au cours de la grossesse (Cf. Annexe I – Questionnaire de l'étude). Les patientes ont tout de même pu nous faire part de leurs différentes propositions au moyen du choix « autre » présent dans plusieurs questions (Questions 3, 9, 10 et 12 – Cf. Annexe I).

Des biais de sélection ont été identifiés dans notre étude. En effet, des questionnaires ont été distribués aux femmes enceintes suivies par une sage-femme afin de consacrer notre travail aux grossesses à bas risque. Ce critère a pu entraîner un biais de recrutement car il ne permet pas d'interroger toutes les femmes qui pourraient être susceptibles de s'automédiquer pendant la grossesse. De plus, la participation à notre étude étant basée sur du volontariat, nous pouvons nous demander si les patientes ayant accepté d'y participer avaient des caractéristiques différentes de celles ayant décidé de ne pas le faire et si elles étaient les patientes les plus sensibles et renseignées sur le sujet.

De plus, il s'agissait d'un questionnaire déclaratif, c'est-à-dire que les femmes ont pu donner leur avis sur le sujet dans la théorie mais que celui-ci ne peut être vérifié dans la pratique. Ainsi, certaines femmes ont pu faire des sous ou des sur-déclarations. Pour minimiser ce risque, les questionnaires étaient anonymes.

4.3 Discussion des résultats

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes interrogées dans notre étude étaient représentatives de la population générale.

En effet, l'âge médian des femmes enceintes dans notre étude (30 ans) correspond à l'âge moyen des mères à l'accouchement en 2020 (30.8 ans) selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (21). D'après cette même source, en 2019, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée chez les femmes était la catégorie « Employée » avec un taux de 41,7% (22). Cette proportion est retrouvée dans notre travail

puisque 41% des femmes se sont déclarées employées. Toujours d'après l'INSEE, en 2020, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établissait à 1.84 enfant par femme (23). Dans notre étude, le nombre moyen de grossesse par femme était de 2.2 et le nombre moyen d'enfant(s) par femme de 0.67. Un nombre moyen d'enfant(s) par femme plus faible que celui de la population générale est retrouvé car les femmes de notre étude étaient enceintes, cette grossesse actuelle ne s'ajoute pas à la parité.

4.3.1 Une pratique de l'automédication importante chez les femmes enceintes

Notre étude recense une prévalence de l'automédication élevée avec près d'une femme sur deux (47%) déclarant s'automédiquer au cours de la grossesse. Ce résultat est très proche de celui retrouvé dans l'étude réalisée au CHU de St Etienne en 2015 qui retrouvait 46% d'automédication dans leur population de 330 femmes enceintes (15). Ce taux est en revanche légèrement inférieur à celui retrouvé en 2018 dans le mémoire de fin d'études de M. Hamadi où il était de 58,3% (24) ou dans celui de C. Lecarpentier en 2013 où cette prévalence était de 56,9% (25). Cette différence peut s'expliquer par la façon d'interroger les patientes ou par la population et les pratiques qui peuvent être différentes d'une région à l'autre. Nous pouvons également noter que notre étude s'est déroulée au moment de la crise sanitaire de la Covid-19. Dans ce contexte particulier, le Ministère a rappelé les risques liés à la prise d'AINS en automédication en cas de symptômes infectieux (26) et la population était possiblement plus vigilante à la question de la santé et des médicaments, en particulier les femmes enceintes, identifiées comme personnes à risque.

Le profil des femmes s'automédiquant était identique au profil des femmes ne s'automédiquant pas, en termes de caractéristiques sociodémographiques et d'antécédents obstétricaux.

La part de l'automédication chez les femmes enceintes était en nette évolution ces vingt-cinq dernières années : on retrouvait 19,6% d'automédication en 1995 (11), 21,3% en 2000 (27), 23,3% en 2008 (12), 41,5% en 2013 (13), 46% en 2015 (15) et 58,3% en 2018 (24). Les résultats de notre étude ne confirment pas la poursuite de cette évolution.

L'automédication occupe toujours une place importante dans la population française de femmes enceintes, au même titre que dans la population générale, qui peut être expliquée par un accès facilité aux médicaments en vente libre ainsi qu'un accès à l'information par internet, les médias etc.

Cependant, après des mises en garde régulières de l'ANSM contre les risques liés à la consommation d'AINS à partir du 6^{ème} mois de grossesse (5, 17, 18), celle-ci a retiré ces médicaments du libre accès en janvier 2020. Ainsi les médicaments contenant de l'ibuprofène ou de l'aspirine sont désormais placés derrière le comptoir (4). Cette mesure a pour objectif de favoriser le bon usage de ces médicaments.

4.3.2 Les femmes se fient majoritairement à leurs propres expériences

Parmi les femmes pratiquant l'automédication au cours de leur grossesse, 80% ont déclaré le faire à partir de leurs propres expériences et connaissances. Cette proportion représente une part très importante de notre échantillon. Elle est légèrement plus importante que celle retrouvée à Saint Etienne en 2015 (73.4%) (15).

La majorité des femmes font donc confiance à leur simple expérience pour les guider dans le choix de médicaments en cas d'automédication au cours de la grossesse et pourtant, d'après notre étude, la majorité des femmes considèrent les médicaments en vente libre comme pouvant être dangereux chez la femme enceinte (93%). Cela nous amène à nous interroger sur le contexte de l'expérience à laquelle elles se fient pour les aider dans l'automédication au cours de leur grossesse. En effet, si cette expérience s'est déroulée en dehors d'une grossesse, elle peut ne pas être transposable à ce nouveau contexte physiologique.

Les autres sources d'information ont été beaucoup moins sollicitées. Seulement 27% des femmes pratiquant l'automédication dans notre étude se fient à la présence de pictogrammes sur les boîtes de médicaments.

Ces pictogrammes sont, depuis octobre 2017, obligatoirement apposés par les firmes pharmaceutiques sur le conditionnement extérieur des médicaments tératogènes ou foetotoxiques (28). Mais si l'intention de cette mesure est de renforcer l'information relative aux risques liés à la prise de médicaments au cours de la grossesse, certaines études ont démontré sa contre-productivité (29). En effet, alors qu'environ 10% seulement des spécialités médicamenteuses présentes sur le marché sont véritablement tératogènes ou foetotoxiques chez l'humain, 60 à 70% d'entre elles se voient apposer un des deux pictogrammes avertissant du danger du médicament sur la grossesse (19). Cette utilisation excessive des pictogrammes sur le conditionnement extérieur des médicaments peut expliquer leur manque de visibilité chez les femmes enceintes comme retrouvé dans notre étude.

Internet a été reconnu comme une source d'information par 17% des femmes interrogées. Parmi ces 12 femmes, 9 ont cité le CRAT. Le CRAT est un site d'information, créé en 1975, initialement rédigé pour les professionnels et permettant de renseigner sur les risques liés aux médicaments, vaccins, radiations et dépendances au cours de la grossesse et de l'allaitement (30). Il s'agit donc d'une source d'information fiable et accessible du grand public. Il aurait été intéressant de savoir comment les femmes ont connu ce site, si cette référence leur a été donnée par le professionnel suivant leur grossesse ou par un autre moyen.

En France, de nos jours, internet est très facilement accessible pour la grande majorité de la population (31). Cependant, concernant le domaine de la santé, on y retrouve beaucoup d'informations à la fiabilité douteuse. Les sources fiables ne sont pas simples à identifier pour le grand public et il serait intéressant que les professionnels de santé renseignent leur patientèle sur les sources à utiliser en cas de besoin.

4.3.3 Les sages-femmes reconnues comme professionnel ressource

Parmi les femmes préférant demander l'avis d'un professionnel de santé, la majorité ont déclaré se tourner vers leur sage-femme (84%). Ce résultat peut être biaisé par le fait que les femmes incluses dans notre étude étaient suivies par une sage-femme et interrogées dans la salle d'attente du cabinet de celle-ci. Néanmoins, il montre que les patientes reconnaissent les compétences médicales des sages-femmes et leur font confiance en ce qui concerne l'apport d'information au cours de la grossesse.

Les sages-femmes ont un rôle de prévention et d'information de leur patientèle dans plusieurs domaines, y compris celui de la pharmacologie (20). Cela implique la nécessité de connaissances et d'une formation de qualité des sages-femmes dans cette discipline, au cours de la formation initiale et continue.

Parmi les autres professionnels sollicités au cours de la grossesse nous retrouvons les médecins traitants (51%), les gynécologues (26%) et les pharmaciens (23%).

4.3.4 Perception du risque de l'automédication par les AINS

Rappelons que les AINS représentent un risque de foetotoxicité rénale et cardiaque au cours du dernier trimestre de grossesse. Cette classe pharmacologique est donc strictement contre-indiquée à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse.

Or notre étude montre que, parmi notre population de femmes enceintes finistériennes, près d'une sur quatre (24%) considère les AINS sans danger au cours du dernier trimestre de grossesse.

Cette perception du risque était variable en fonction des spécialités pharmaceutiques. L'acide acétylsalicyclique apparaissait comme l'AINS perçu comme étant le moins nocif pour la grossesse par notre échantillon de femmes enceintes car 41% d'entre elles ont déclaré percevoir l'Aspirine à la dose de 500mg comme non dangereux à partir du 6^{ème} mois de grossesse et 31% l'ont fait pour l'Aspegic 500mg. Ce dernier était aussi moins connu que l'aspirine (19% de la population ont déclaré ne pas le connaître). D'après l'analyse des ventes de médicaments faite par l'ANSM en 2013, l'acide acétylsalicyclique se plaçait à la 7^{ème} place des substances actives les plus vendues en officine de ville (1). L'aspirine, un médicament utilisé et étudié depuis le XIV^{ème} siècle (32), dont l'utilisation est largement répandue mais non sans risque, semble être particulièrement banalisé par la population.

Toujours d'après l'analyse des ventes de médicaments par l'ANSM en 2013, l'ibuprofène était la deuxième substance active et le premier AINS le plus vendu en officine en France (1). Notre étude rapporte que près d'une femme sur quatre (23%) perçoit ce médicament comme non dangereux en fin de grossesse.

Si ces proportions de femmes ne connaissant pas la contre-indication des AINS sont relativement élevées, elles semblent être légèrement moins importantes que celles retrouvées dans l'étude équivalente menée en 2015 à Saint Etienne où « de 30 à 60 % des femmes, selon le nom du médicament pensaient que les AINS étaient sans danger à partir du 6^e mois de grossesse » (15).

En revanche ces chiffres sont plus importants que ceux retrouvés dans l'étude menée à Toulouse en 2009 où seulement 13 % des femmes pensaient que l'aspirine à la dose de 500 mg était sans danger en fin de la grossesse et 10 % pensaient de même pour l'ibuprofène (14).

4.3.5 Une reconnaissance variable des différents AINS

L'identification des AINS variait selon le nom commercial des médicaments.

Plus d'une femme sur trois (32%) n'identifiait pas l'Aspirine 500mg comme un AINS. Il s'agit de l'AINS le moins reconnu par notre échantillon. Ses propriétés pharmacologiques dose-dépendantes peuvent expliquer une confusion de la population concernant sa classe thérapeutique. En effet, à faible dose ce médicament est connu pour ses propriétés

d'antiagrégant plaquettaire. C'est seulement à la dose supérieure ou égale à 500mg que celui-ci est considéré comme un AINS. (33)

L'ibuprofène était mieux identifié comme un AINS. C'était, tout de même, près d'une femme sur cinq qui ne reconnaissait pas sa classe pharmacologique.

L'identification des AINS était particulièrement difficile pour les femmes interrogées dans l'étude faite à Toulouse en 2009 puisque 79% des femmes pensaient que l'aspirine n'était pas un AINS et 66% pensaient de même pour l'ibuprofène. (14) Notre étude menée onze ans après dans le Finistère montre que notre échantillon de femmes reconnaît mieux ces AINS.

L'identification difficile des AINS par la population peut s'expliquer par le nombre et la diversité de substances actives appartenant à cette classe pharmacologique. Nous retrouvons plus de 300 noms commerciaux et génériques de médicaments appartenant à cette famille et disponibles sur le marché (34). Nous pouvons alors nous questionner sur un moyen d'aider la population à mieux s'y retrouver parmi ces différentes spécialités et de garantir le bon usage des médicaments.

L'article R. 5121-138 du Code de Santé Publique fixe les règles relatives à l'étiquetage et aux mentions obligatoires figurant sur le conditionnement extérieur des médicaments. Il exige que soient mentionnés, entre autres, « le nom du médicament ou du produit, le dosage, la forme pharmaceutique, le cas échéant la mention du destinataire (" nourrissons ", " enfants " ou " adultes ") », ainsi que, lorsque le médicament contient au maximum trois substances actives, la ou les dénominations communes » (35). La classe pharmacologique du médicament n'est cependant pas présente sur le conditionnement extérieur des médicaments, alors qu'elle pourrait éclairer les utilisateurs sur les différentes spécialités médicamenteuses et ainsi réduire les risques liés à l'automédication.

4.3.6 Des propositions pour améliorer la prévention

Nous avons interrogé notre échantillon de femmes enceintes sur le moyen de prévention qui serait, selon elles, le plus efficace concernant l'automédication. La majorité des réponses était en faveur d'une liste recensant les principaux médicaments contre-indiqués au cours de la grossesse. Cette liste, qui serait fournie par le professionnel de santé suivant leur grossesse, serait un moyen simple et efficace d'informer les femmes enceintes sur les médicaments potentiellement foetotoxiques.

Les femmes reçoivent, au début de leur grossesse et notamment de la 1^{ère} consultation prénatale, un nombre important d'informations et de messages de prévention concernant la santé. La consommation de toxiques et notamment des médicaments est également un point à aborder mais le temps est restreint (20). Cependant, depuis mai 2020, un temps d'échange et d'écoute supplémentaire est obligatoire : l'entretien prénatal précoce (EPP). Il peut être réalisé à partir du 4^{ème} mois de grossesse (36). Un de ses objectifs, définis par l'HAS, est de « compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie » (37). Ce temps d'échange pourrait être un moment pour apporter une information orale et écrite sur l'automédication.

Dans l'étude menée à St Etienne en 2015, les affiches et dépliants dans les salles d'attente des professionnels de santé avait été le moyen de prévention le plus marquant chez les femmes enceintes. Dans notre étude, ce moyen de prévention arrive en deuxième place. Cependant, avec la crise sanitaire que nous traversons actuellement, les salles d'attente se doivent d'être les plus épurées possible et tout objet non nécessaire est à bannir (38). Ce type de prévention par dépliants n'est donc pas approprié au vu du contexte actuel.

5 Conclusion

L'objectif principal de notre étude était d'étudier les connaissances des femmes enceintes finistériennes à propos des risques liés à l'automédication au cours de la grossesse, en ciblant les anti-inflammatoires non-stéroïdiens dont la consommation est strictement contre-indiquée à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

Les résultats montrent que la perception de ce risque est insuffisante. Sur notre population de 150 femmes enceintes, une sur quatre considéraient les AINS comme non dangereux au cours de ce dernier trimestre de grossesse. Selon les spécialités, de 14 à 41 % des femmes les pensaient non dangereux. L'aspirine à la dose de 500mg était particulièrement perçue comme bénin par les femmes enceintes. L'ibuprofène, qui est la 2^{ème} molécule la plus consommée par les français derrière le paracétamol, était considéré comme sans danger pour le troisième trimestre de grossesse par près d'une femme sur quatre.

La reconnaissance des AINS était, elle aussi, variable selon les spécialités : la non reconnaissance de ces médicaments allait de 5 à 32%. Il semble difficile pour la population d'identifier la classe pharmacologique des médicaments au regard du nombre de spécialités disponibles. Mentionner cette classe sur le conditionnement extérieur des médicaments pourrait guider le grand public dans la pratique de l'automédication et le bon usage du médicament.

L'automédication concernait une part importante de notre population puisqu'elles sont près d'une femme sur deux à avoir déclaré s'automédiquer au cours de la grossesse. La majorité d'entre elles le faisait à partir de leurs propres expériences et connaissances.

Notre étude montre que, si elles sont nombreuses à s'automédiquer, les femmes enceintes finistériennes ne sont pas suffisamment informées sur les risques liés à la consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse et que la reconnaissance de ces médicaments est d'autant plus difficile qu'il y a de spécialités disponibles sur le marché.

Un travail de prévention et d'information est donc nécessaire pour éviter les risques foetotoxiques liés à cette consommation. La communication, par un professionnel de santé, d'un document écrit reprenant les informations concernant l'automédication et renseignant de façon claire et précise les différents médicaments contre-indiqués chez la femme enceinte, qu'elles pourraient consulter à tout moment à domicile, est plébiscitée par les patientes et pourrait être un moyen de prévention efficace. Une future étude permettrait d'évaluer la faisabilité et l'impact de cette approche.

6 Références

1. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2013;36.
2. L'Assurance maladie. Bien utiliser les anti-inflammatoires [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/utiliser-medicaments/utiliser-anti-inflammatoires> Consulté le 7 janvier 2020.
3. Rang HP, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. Rang & Dale's Pharmacology E-Book: with student consult Online Access. Elsevier Health Sciences; 2014. 777 p.
4. ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : ces médicaments ne pourront plus être présentés en libre accès - Point d'Information 2019 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-ces-medicaments-ne-pourront-plus-etre-presentes-en-libre-acces-Point-d-Information> Consulté le 7 janvier 2020.
5. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du début du 6ème mois de la grossesse - Lettre aux professionnels de santé 2003. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Rappel-sur-la-contre-indication-de-tous-les-AINS-a-partir-du-debut-du-6eme-mois-de-la-grossesse-Lettre-aux-professionnels-de-sante> Consulté le 7 janvier 2020.
6. Li D-K, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ*. 2003 Aug 14;327(7411):368.
7. Gelder MMHJ van, Roeleveld N, Nordeng H. Exposure to Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs during Pregnancy and the Risk of Selected Birth Defects: A Prospective Cohort Study. *PLOS ONE*. 2011 Jul 18;6(7):e22174.
8. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2011 Oct 18;183(15):1713–20.
9. Bérard A, Sheehy O, Girard S, Zhao J-P, Bernatsky S. Risk of preterm birth following late pregnancy exposure to NSAIDs or COX-2 inhibitors. *PAIN*. 2018 May;159(5):948

10. Li D-K, Ferber JR, Odouli R, Quesenberry C. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018 Sep 1;219(3):275.e1-275.e8.
11. Damase-Michel C, Lapayre-Mestre C, Moly C, Fournie A, Monstastruc J. 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.
12. Mikou S, Buire A-C, Trenque T. Automédication chez la femme enceinte. *Thérapie*. 2008 Nov 1;63(6):415–8.
13. Courrier D, Villier C, Jourdan S, Hoffmann P. Automédication et grossesse : enquête auprès de 740 femmes enceintes dans le réseau périnatal Alpes-Isère. *La Revue Sage-Femme*. 2015 Sep 1;14(4):131–41
14. Damase-Michel C, Christaud J, Berrebi A, Lacroix I, Montastruc J-L. What do pregnant women know about non-steroidal anti-inflammatory drugs? *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2009;18(11):1034–8.
15. Hassoun-Barhamji R, Barjat TR, Chauleur C. À l'ère de l'automédication, que savent les femmes enceintes des anti-inflammatoires ? *Thérapies*. 2015 Jul;70(4):369–76.
16. Hurault C, Lacroix I, Bourrel R, Montastruc J-L, Damase-Michel C. Prescriptions et délivrances d'anti-inflammatoires non stéroïdiens après le 6e mois de grossesse : impact d'une lettre d'information envoyée par les autorités de santé. *La Presse Médicale*. 2008 May 1;37(5, Part 1):767–74.
17. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel sur la contre-indication des AINS à partir du début du 6ème mois de la grossesse, quelle que soit la voie d'administration 2009. [En ligne]. <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Rappel-sur-la-contre-indication-des-AINS-a-partir-du-debut-du-6eme-mois-de-la-grossesse-quelle-que-soit-la-voie-d-administration> Consulté le 8 janvier 2020.
18. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel : Jamais d'AINS à partir du début du 6ème mois de grossesse - Point d'Information 2017. [En ligne]. <https://anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Rappel-Jamais-d-AINS-a-partir-du-debut-du-6eme-mois-de-grossesse-Point-d-Information> Consulté le 8 janvier 2020

19. Académie nationale de médecine. Pictogrammes 'Grossesse' sur les conditionnements extérieurs des médicaments 2018. [En ligne]. <http://www.academie-medecine.fr/pictogrammes-grossesse-sur-les-conditionnements-de-medicaments-une-intention-louable-des-consequences-incertaines/> Consulté le 8 janvier 2020 !
20. HAS : Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles 2005.
21. INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques. Age moyen de la mère à l'accouchement – données annuelles de 1994 à 2020. [En ligne]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#:~:text=Lecture%20%3A%20en%202020%2C%20l'accouchement%20atteint%2030%2C8%20ans> Consulté le 10 février 2021.
22. INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge – données annuelles de 2019. [En ligne]. Disponible sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-figure1_radio1 Consulté le 10 février 2021.
23. INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2020. [En ligne]. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724> Consulté le 10 février 2021.
24. Mbahouwa Hamadi. Grossesse et automédication : recours à l'automédication pendant la grossesse et connaissances des femmes enceintes. Gynécologie et obstétrique. 2018. Dumas-01946704
25. Coralie Lecarpentier. La prise de médicaments au cours de la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2013. Dumas-00872325f
26. Le quotidien du pharmacien. Pas d'anti-inflammatoires en cas de Covid-19 ! 2020 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/medicament/pas-danti-inflammatoires-en-cas-de-covid-19> Consulté le 10 février 2021.
27. Schmitt B. L'automédication chez la femme enceinte. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2002 ; 31 (2) : 200-224.
28. CRAT : Centre de références sur les agents tératogènes. Pictogrammes « Grossesse » sur les conditionnements extérieurs des médicaments 2021. [En ligne]. Disponible sur https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=1034 Consulté le 10 février 2021

29. Bertrand D, Piedeloup I, Mattoug S, Liabeuf S, Gras-Champel V. Évaluation et impact des pictogrammes « grossesse » apposés sur les conditionnements extérieurs des médicaments : enquête auprès de 281 femmes. *Therapies*. 2020 Oct Nov ; 75(5):449-458.
30. CRAT : Centre de Références sur les Agents Tératogènes. [En ligne] Disponible sur <https://www.lecrat.fr/> Consulté le 10 février 2021
31. INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques. Accès et utilisation de l'internet dans l'Union Européenne – données annuelles de 2003 à 2019. Mai 2020. [En ligne] Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385835#tableau-figure1> Consulté le 23 février 2021
32. F. Chast. Histoire de l'aspirine. *Biologie et histoire*. Juillet 2017 ; 337 :49-57.
33. CRAT : Centre de Références sur les Agents Tératogènes. Aspirine = acide actylsalicyclique. Janvier 2020. Disponible sur https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=46 Consulté le 23 février 2021
34. Thériaque. Classe pharmacothérapeutique = anti-inflammatoires non stéroïdiens. [En ligne] Disponible sur https://www.theriaque.org/apps/recherche/rc_h_multicritere.php Consulté le 1 mars 2021
35. Légifrance. Code de la santé publique – Article 5121-138 [En ligne]. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178649/2008-05-08/#LEGISCTA000006178649 Consulté le 1 mars 2021
36. L'Assurance maladie. L'entretien prénatal précoce, un accompagnement désormais obligatoire pour les futurs parents 2020. [En ligne]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/lentretien-prenatal-precoc-un-accompagnement-desormais-obligatoire-pour-les-futurs-parents> Consulté 1 mars 2021
37. HAS : Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles – Préparation à la naissance et à la parentalité. Novembre 2005.
38. Ministère des solidarités et de la santé. Fiche professionnels de santé de ville – organisation des cabinets de ville dans un contexte de poursuite de l'épidémie Covid-19 et en phase de déconfinement. Mai 2020.

7 Annexes

Annexe I – Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE AUTO-MÉDICATION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES à partir du début du 6ème mois

1. Date du jour :/...../.....

2. Quel âge avez-vous? [] ans

3. Quel est votre activité professionnelle ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale,
profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
..... | <input type="checkbox"/> Sans profession |

4. Combien de fois avez-vous été enceinte?* (en comptant votre grossesse actuelle) []
*(inclut les fausses couches, interruption volontaire / médicale de grossesse, grossesse extra-utérine...)

5. Combien d'enfants avez-vous ? (hors grossesse actuelle) []

6. Avez-vous un problème de santé pour lequel vous prenez un traitement au long cours ?

- OUI NON

Si OUI : quel problème de santé ?
quel traitement au cours de la grossesse?

Concernant votre grossesse actuelle :

7. Quelle est la date prévue d'accouchement ?/..../.....

OU

Quelle est la date de début de grossesse?/..../.....

8. Combien de consultation(s) de suivi de grossesse avez-vous déjà eu? (à partir du 4ème mois, chaque femme enceinte a habituellement 1 consultation par mois) []

9. Vous arrive-t-il de prendre des médicaments de votre propre initiative, pour traiter des symptômes dits "bénins" de la grossesse (nausées, mal de dos, mal de ventre, mal de tête, reflux, insomnie...)?

Si OUI : qu'est-ce qui vous aide dans le choix du médicament ?

- Ma propre expérience, mes connaissances
 Une ancienne ordonnance de mon médecin pour des symptômes identiques
 Le conseil de mon entourage
 Internet, des revues, les médias
 Les pictogrammes suivant sur les boîtes de médicaments : 
 Autre (précisez):
.....

Annexe 1. Questionnaire

1. Quel âge avez-vous ? [] ans

2. Quelle est votre profession ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale,
profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | <input type="checkbox"/> Sans profession |

3. Combien d'enfants avez-vous déjà ? []

4. Combien de grossesse avez-vous eu avant celle-ci ? []

5. Pendant vos grossesses, avez-vous rencontré l'un des problèmes suivants ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Fausse couche | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Malformation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Prématurité*
(*accouchement avant le début du 9 ^e mois) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Diabète gestationnel | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

6. Avez-vous une maladie chronique pour laquelle vous prenez un traitement au long cours ?

- OUI NON

Si OUI : Quels sont ces traitements ?

Savez-vous si ces traitements sont autorisés pendant votre grossesse ?

- OUI NON

Vous êtes-vous renseignée ? OUI NON

Si OUI, auprès de qui ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin | <input type="checkbox"/> Votre pharmacien |
| <input type="checkbox"/> La notice | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

7. Vous arrive-t-il de prendre des médicaments par votre propre initiative, pour traiter des symptômes dits « bénins » de la grossesse (nausées, mal de dos, mal de ventre, mal de tête, reflux, insomnie...) ?

OUI : Alors qu'est-ce qui vous aide dans le choix du médicament ?

(plusieurs réponses possibles)

- Votre propre expérience, vos connaissances
- Une ancienne ordonnance de votre médecin pour des symptômes identiques
- Le conseil de votre entourage
- Internet, des revues, les médias
- Autre (précisez):

NON : Alors à quel(s) professionnel(s) demanderiez-vous l'avis ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin traitant | <input type="checkbox"/> Votre gynécologue |
| <input type="checkbox"/> Votre sage-femme | <input type="checkbox"/> Votre pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez): | |

8. Pensez-vous que parmi les médicaments autorisés en vente libre en pharmacie, certains puissent être dangereux chez la femme enceinte ?

OUI NON

9. Parmi les traitements anti-douleurs suivants, cochez celui ou ceux qui pourraient être dangereux au cours de la grossesse :

	du 1 ^{er} au 5 ^e mois	du 6 ^e au 9 ^e mois
DOLIPRANE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTI INFLAMMATOIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADVIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARACETAMOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINE 500 MG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOLTARENE EMULGEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHINADVIL (pulvérisation nasale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EFFERALGAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPEGIC 500 MG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBUPROFENE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Comment jugez-vous l'information délivrée par les professionnels de santé sur les précautions à prendre pendant la grossesse concernant :

	Absente	Faible	Satisfaisante	Excessive
L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. En cas de besoin, comment complétez-vous l'information ? (plusieurs réponses possibles)

Entourage Internet Revues/Livres
 Autre :

12. Le slogan « Les médicaments, ne les prenez pas n'importe comment » (plusieurs réponses possibles) :

- Je l'ai entendu à la radio
- J'ai vu le spot télévisé
- Je l'ai vu sur des affiches chez mon médecin ou mon pharmacien
- Je n'en ai jamais entendu parler

13. Au sujet du logo suivant :



Que signifie-t-il ?
 L'avez-vous déjà aperçu ? OUI NON
 Si OUI, où l'avez-vous aperçu ?

14. A votre avis quel serait le moyen le plus efficace pour informer les femmes enceintes des risques des médicaments pendant la grossesse ? (une seule réponse possible)

- Un spot télévisé
- Une bande sonore sur les radios
- Un logo « danger femme enceinte » sur les médicaments dangereux pendant la grossesse
- Un site Internet de référence pour les femmes enceintes
- Autre :

RESUME

Objectif. L'objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissance du risque associé à la prise d'AINS à partir du 6^{ème} mois de grossesse chez les femmes enceintes dans le département du Finistère. Les objectifs secondaires étaient de mesurer la prévalence de l'automédication dans cette population en identifiant leurs principales sources d'information et d'évaluer leur capacité à identifier les différents AINS.

Matériel et méthode. Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale multicentrique du 31/08/2020 au 30/11/2020. Un auto-questionnaire a été élaboré et distribué aux femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse dans les différents établissements participant à notre étude (CHRU de Brest, CH de Quimper, CH de Morlaix et deux cabinets libéraux à Brest). 150 questionnaires ont été récupérés et analysés.

Résultats. Nos résultats ont mis en évidence que, alors que les femmes enceintes finistériennes étaient nombreuses à s'automédiquer (47%) et qu'elles étaient conscientes que certains médicaments en vente libre en pharmacie peuvent être dangereux pour la grossesse (93%), elles n'étaient pas suffisamment informées de la contre-indication des AINS à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse. En effet, près d'une femme sur quatre (24%) les considéraient sans danger pour la fin de la grossesse. La perception du risque n'était pas évidente pour 14 à 41% des femmes selon le nom commercial des différents AINS. L'aspirine 500mg était l'AINS perçu comme le moins dangereux. C'était également celui qui était pour elles le plus difficile à identifier : 32% ne l'ont pas reconnu comme un AINS. L'ibuprofène, deuxième molécule la plus consommée par les français, était considéré sans danger au 3^{ème} trimestre par 23% des femmes et près d'une femme sur 5 ne connaissait pas sa classe pharmacologique.

Conclusion. Notre étude montre un défaut d'information et de connaissances des femmes enceintes autour des risques liés à la consommation d'AINS en fin de grossesse. Or l'automédication représente une part importante de la population et les AINS sont facilement accessibles au grand public. Un travail de prévention est nécessaire afin de limiter les complications liées à ces médicaments.

Mots-clés : Automédication, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), femmes enceintes, grossesse

Titre : Connaissances des femmes enceintes à propos de l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens au cours de la grossesse. Etude observationnelle transversale menée auprès de 150 femmes enceintes du Finistère, du 31/08/2020 au 30/11/2020.

Auteur : Laura Gallouédec

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2021