

Mémoire



**Université
de Limoges**

**Faculté de Médecine
Ecole de Sages-femmes**

**Diplôme d'Etat de Sage-femme
2016-2017**

**La fréquence de l'usage de l'automédication chez la femme
enceinte**

Présenté et soutenu publiquement le 29 Aout 2017
Par
Alice DACKOW

Directeur : [Anne COUBRET]
Guidant : [Karine BOMPARD-GRANGER]



Table des matières

Table des matières	1
Table des illustrations :	3
Table des tableaux :	4
Première partie : Argumentaire	5
1. Introduction.....	6
2. Définition de l'automédication	7
3. Les dangers de l'automédication.....	7
4. Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments pendant la grossesse.....	8
5. La barrière fœto-placentaire et ses conséquences pharmacologiques.....	8
6. Les risques de l'automédication.....	9
6.1. En fonction du médicament.....	9
6.2. En fonction de la période d'exposition	9
6.3. Les malformations.....	10
Deuxième partie : Protocole de recherche	11
1. Caractéristiques de l'étude	12
2. Population étudiée.....	12
2.1. Critères d'inclusion	12
2.2. Critères d'exclusion	12
2.3. Nombre de sujets nécessaires	12
3. Recueil des données	12
4. Variables étudiées	13
4.1. Variables qualitatives	13
4.2. Variables quantitatives	13
5. Plan d'analyse	13
Troisième partie : résultats.....	14
1. La fréquence de l'automédication	15
2. La fréquence de l'automédication en fonction des caractéristiques de la population	15
3. La fréquence de l'automédication en fonction de l'âge :	16
4. La fréquence de l'automédication en fonction du nombre d'enfants.....	17
5. La fréquence de l'automédication en fonction du statut familial	18
6. La fréquence du recours à l'automédication pendant la grossesse	18
7. La fréquence de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse	19
8. Les sources d'informations utilisées	20
9. Les professionnels de santé.....	21
10. Symptômes et pratique de l'automédication	22
11. Les médicaments utilisés.....	23
12. Médicaments utilisés et indications	24
12.1. Le paracétamol	24
12.2. L'ibuprofène.....	24
12.3. Le Smecta ®.....	24
12.4. Le Phloroglucinol	24

12.5. Les autres	24
Quatrième partie : Analyse et discussion.....	26
1. Les points forts de l'étude.....	27
2. Limites et biais	27
3. Analyse des résultats	27
3.1. La fréquence de l'automédication.....	27
3.2. Analyse du comportement des femmes enceintes lors de l'automédication ..	29
3.3. Les médicaments utilisés	30
4. Propositions.....	32
Conclusion.....	34
Références bibliographiques	35
Annexe I : le questionnaire	37
Annexe II : les médicaments utilisés	41

Table des illustrations :

Figure 1 : La fréquence de l'automédication	15
Figure 2 : La fréquence de l'automédication en fonction de l'âge	16
Figure 3 : Automédication en fonction du nombre d'enfant.....	17
Figure 5 : La fréquence du recours à l'automédication pendant la grossesse	18
Figure 6 : La fréquence de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse ...	19
Figure 7 : Comparaison des sources utilisées pendant et hors grossesse	20
Figure 8 : Comparaison des professionnels de santé consultés.....	21
Figure 9 : Comparaison des circonstances de pratique de l'automédication.....	22

Table des tableaux :

Tableau 1 : L'automédication en fonction de l'activité professionnelle	15
Tableau 2 : L'automédication en fonction du statut familial	18
Tableau 3 : Comparaison des médicaments utilisés pendant et en dehors de la grossesse	23

Première partie : Argumentaire

1. Introduction

La France a longtemps été présentée comme l'un des pays le plus consommateur de médicaments en Europe. L'automédication responsable est en hausse en France, elle correspond à 7.6 % du marché pharmaceutique. « L'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens »(1). D'après une étude réalisée par la direction générale de la santé, en 2002, l'automédication est plus pratiquée par les femmes que par les hommes.(2) Elle passe par la vente libre de certains médicaments, listés par l'ANSM¹.(3) Mais nous pouvons aussi trouver une automédication comportementale, qui passe par la consommation de médicaments conservés à la suite d'une prescription. Ces substances, à portée de main au domicile, sont parfois utilisées sans avis médical pour soigner des maux fréquents. De plus, certains problèmes de santé sont traités par des médicaments disponibles en vente libre et il n'est pas rare que les femmes y est recours pendant la grossesse (tel que pour la constipation, les maux de tête, la douleur ...). Aussi, il est fréquent de rencontrer des patientes qui banalisent l'utilisation de médicaments comme les antalgiques. Ainsi, pendant la grossesse, la prise de médicament nécessite une vigilance particulière. Or, certains médicaments sont dangereux pour le fœtus, tel l'ibuprofène.(4) Il est donc important que les femmes enceintes demandent un avis médical avant la prise médicamenteuse. Nous pouvons nous interroger sur leur comportement pendant la grossesse.

Nous nous sommes demandé si, l'automédication était une pratique courante (plus de 20%) chez les femmes enceintes suivies à l'HME de Limoges.

L'objectif de l'étude est d'évaluer la fréquence de l'automédication et dans un deuxième temps de mettre en évidence d'éventuels changements de comportement pendant la grossesse.

L'intérêt est de savoir si les femmes enceintes pratiquent l'automédication et si elles le font avec des informations suffisantes et dans un cadre sécuritaire.

¹ ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

2. Définition de l'automédication

L'automédication est un terme qui possède plusieurs définitions. Pour l'OMS, ² « *L'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées* ». (5) Elle consiste donc en l'utilisation d'un médicament acheté en libre accès, avec ou sans les conseils d'un pharmacien. L'ANSM tient à jour une liste qui recense les médicaments allopathiques, qui utilisent une substance active, les médicaments à base de plantes et les médicaments homéopathiques. (6)

Ces thérapeutiques peuvent donner matière à une mauvaise utilisation dans le contexte de la grossesse.

3. Les dangers de l'automédication

Les dangers de l'automédication dépendent du médicament utilisé mais aussi de la manière dont il va l'être. Le mésusage d'un médicament peut être par exemple la prise d'une mauvaise dose, une mauvaise posologie, ou en la présence de contre-indications telle que la grossesse. L'automédication peut conduire à un surdosage, à des interactions médicamenteuses ou bien à des aggravations de maladies existantes.

Nous savons que l'utilisation de certains médicaments est contre indiquée pendant la grossesse tels les AINS. Ainsi, des études ont été réalisées sur certaines classes de thérapeutique afin d'évaluer les éventuels risques dans un contexte de grossesse. Cependant, un grand nombre de thérapeutiques n'ont pas fait l'objet d'étude. Il est donc conseillé de les éviter pendant la grossesse ou bien de les substituer. (7)

Le CRAT³, disponible sur internet, recense un certain nombre de médicaments et informe le grand public et les professionnels de santé sur les risques éventuels pendant la grossesse.

² OMS : Organisation Mondiale de la Santé

³ CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

4. Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments pendant la grossesse

Un médicament ingéré passe par les différentes étapes de la pharmacocinétique qui sont : l'absorption, la distribution, le métabolisme, et l'élimination (8). Ces étapes vont être influencées par les modifications physiologiques liées à la grossesse. Les conséquences de la prise de certains médicaments vont dépendre notamment du terme de la gestation.

Pendant la grossesse, l'absorption va être augmentée par l'accroissement du temps de la vidange gastrique et intestinale et par la diminution des sécrétions gastriques. (9)

La distribution d'un médicament s'effectue par voie sanguine. C'est par l'intermédiaire des protéines de transport (comme l'albumine) qu'il va être diffusé dans le corps humain. La vitesse de distribution du médicament va alors dépendre de la perfusion sanguine et donc du débit sanguin.(10) Or, chez la femme enceinte, il est constaté une élévation du volume plasmatique, de la fréquence cardiaque et du débit cardiaque de 30 à 50%. Le volume de distribution est augmenté et donc la concentration du médicament diminue. De plus, la quantité de principe actif libre est plus grande car le taux d'albumine diminue pendant la grossesse. L'effet pharmacologique est ainsi plus important. Ce mécanisme concerne notamment les médicaments se fixant à l'albumine tels que les antidépresseurs. (9)

Pendant la grossesse, la filtration glomérulaire est augmentée du fait de l'augmentation du débit sanguin. L'élimination rénale est donc augmentée ainsi que celle des médicaments.

5. La barrière fœto-placentaire et ses conséquences pharmacologiques

Le placenta permet le passage d'éléments nutritifs tels que l'eau, le glucose, les vitamines et les acides aminés, il permet aussi l'oxygénation du fœtus. Le passage placentaire des immunoglobulines G confère au nouveau-né une immunité passive pendant les premiers mois de sa vie (11)(12). Le placenta constitue une zone d'échange, qui joue un rôle de filtre et laisse passer certains éléments selon différents mécanismes comme la diffusion passive ou le transport actif. Les médicaments circulent par diffusion passive.(12) (13).

Il laisse aussi diffuser aussi les médicaments de la circulation utéro-placentaire à la circulation fœtale. Seules certaines protéines de haut poids moléculaire, telles que l'héparine et l'insuline, ne traversent pas le placenta.

Le transfert placentaire des médicaments va être influencé par différents facteurs maternels (dus à la modification pharmacocinétique) et fœtaux(14). La diffusion passive

dépend de la Loi de Fick : plus le gradient de concentration est élevé plus la vitesse de diffusion est grande. (14)(15)

6. Les risques de l'automédication

Les risques de l'automédication pendant la grossesse dépendent du médicament et de la période d'exposition. (16)

6.1. En fonction du médicament

Les médicaments dangereux pendant la grossesse sont les médicaments dits tératogènes. Le CRAT⁴ considère qu' « Une substance dite « tératogène » est susceptible de provoquer des malformations chez les enfants dont la mère a été traitée pendant la grossesse ». Il y a 2 à 3 % de nouveau-nés qui naissent avec une malformation, 5% d'entre elles sont dues à des prises médicamenteuses pendant la grossesse.(16)(17) L'ANSM détermine 5 niveaux de conduite à tenir pendant la grossesse : les médicaments contre indiqués, ceux dont l'utilisation est déconseillée, ceux à éviter par prudence, ceux dont l'utilisation est envisageable et ceux dont le recours est possible. (17)

De plus, Il faut aussi prendre en compte la demi-vie d'élimination du médicament. Il restera actif plus ou moins longtemps dans l'organisme.

Dans de nombreux cas, les informations sur les effets des médicaments sont insuffisantes par manque d'études et de données.

6.2. En fonction de la période d'exposition

Lors de la période préimplantatoire, qui se termine au douzième jour de gestation, les échanges materno-fœtaux sont faibles et le risque d'effet sur l'embryon d'un médicament est diminué et surtout marqué par un risque de fausse couche spontanée.(18) La prise de certains médicaments au cours de cette période est caractérisée par la loi dite « du tout ou rien » : soit le médicament n'a pas d'effet sur l'embryon et la grossesse se poursuit, soit la grossesse est interrompue par la mort embryonnaire.

Ensuite, lors de la période embryonnaire, du 13^e au 56^e jour de grossesse, l'exposition à un agent tératogène peut avoir pour conséquences une fausse couche ou des malformations gravissimes parfois létales pour l'embryon. Le risque tératogène d'un médicament va être plus important au moment de l'organogénèse qui commence à la 4^{ème} semaine du développement embryonnaire (19). Elle permet la mise en place et la formation

⁴ CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes.

des organes et s'effectue dans un certain ordre et à un moment bien précis. En fonction du terme où le médicament est pris, la malformation affectera l'organe en formation. Ainsi, certains médicaments peuvent entraîner une anomalie de la fermeture du tube neural à l'origine de pathologies plus ou moins sévères telle que le spina bifida. (19)(20)

Lors de la période fœtale, du 57^e jour de grossesse à l'accouchement, nous ne parlons plus de tératogénicité mais de fœtopathie. On peut observer alors des défauts de maturation, d'anomalies fonctionnelles de différents organes.

6.3. Les malformations

L'OMS définit les malformations comme « structurelles ou fonctionnelles (par ex. les troubles métaboliques) lorsqu'elles surviennent durant la vie intra utérine et peuvent être identifiées avant la naissance, à la naissance ou plus tard dans la vie ». (21)

Les malformations peuvent être majeures ou mineures, c'est-à-dire qu'elles peuvent avoir ou non des conséquences sur la survie. Elles peuvent être isolées ou associées. Il existe plusieurs catégories de malformations multiples.

Les malformations peuvent être d'origine intrinsèque (génétique, chromosomique) et sont alors qualifiées de primaires. Ou bien, elles sont d'origine extrinsèque (un agent tératogène) et alors nous parlons de malformation secondaires. (22)

Deuxième partie : Protocole de recherche

1. Caractéristiques de l'étude

C'est une étude descriptive, prospective, monocentrique. Elle permet d'évaluer la fréquence de la pratique de l'automédication, concernant les médicaments allopathiques dans la population des femmes enceintes suivies dans le service d'obstétrique à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

La population cible était constituée des patientes suivies à l'HME de Limoges dès 15 SA jusqu'à un terme ≥ 34 SA.

2.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclus de l'étude les femmes qui :

- ne parlent pas ou ne comprennent pas le français
- ont découvert leur grossesse après 15 SA
- présentent une pathologie chronique antérieure à la grossesse et suivent un traitement médicamenteux
- ont un terme < 34 SA
- sont mineures

2.3. Nombre de sujets nécessaires

Le calcul de l'échantillon a été réalisé pour une prévalence p à 20% et un risque α à 5%. La prévalence de 20%, a été choisie en rapport avec les résultats obtenus par Emilie RONGIER lors de son étude sur la prévalence de la consommation médicamenteuse chez la femme enceinte (23). L'échantillon est constitué de 270 patientes répondant aux critères d'inclusions.

3. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire diffusé en consultation d'anesthésie aux patientes ayant un terme supérieur ou égal à 34 SA.

Les questionnaires ont été distribués de mi-juillet à fin septembre 2016.

4. Variables étudiées

4.1. Variables qualitatives

Les variables ont porté sur l'étude des caractéristiques de la patiente l'existence ou non de maux de la grossesse. De plus, nous avons recherché les sources d'informations utilisées (internet, revues, livres, brochures informatives, notices, professionnels) et le type de professionnel sollicité (pharmaciens, médecins traitants, sages-femmes, gynécologues, autres).

4.2. Variables quantitatives

Les variables ont porté sur l'étude de l'âge (< 18 ; 18-24 ; 25-29 ; 30-34 ; \geq 35), la parité (0,1, 2, \geq 3), la fréquence de recours à l'automédication par la patiente (Jamais, une à 4 fois, 5 à 9 fois, \geq 10 fois) et le trimestre de la grossesse où la patiente a eu recours à l'automédication (1^{er} trimestre, 2^{ième} trimestre, 3^{ième} trimestre).

5. Plan d'analyse

L'analyse statistique des variables qualitatives (activité des patientes, situation familiale, maux de la grossesse, professionnels, sources d'informations) a été faite sous forme de fréquence et pourcentage. Afin de démontrer des différences significatives entre les variables qualitatives, le test du Chi² a été utilisé à l'aide du site OpenEpi, avec un risque α à 5% et un seuil de significativité $p < 0,05$. Les variables quantitatives (âge, parité, fréquence, trimestre) ont été analysées sous forme de moyenne.

Troisième partie : résultats

Nous avons distribué 297 questionnaires sur la période de mi-juillet à fin septembre 2016 et 174 étaient exploitables. Nous avons obtenu un taux de réponse de 92,25%.

1. La fréquence de l'automédication

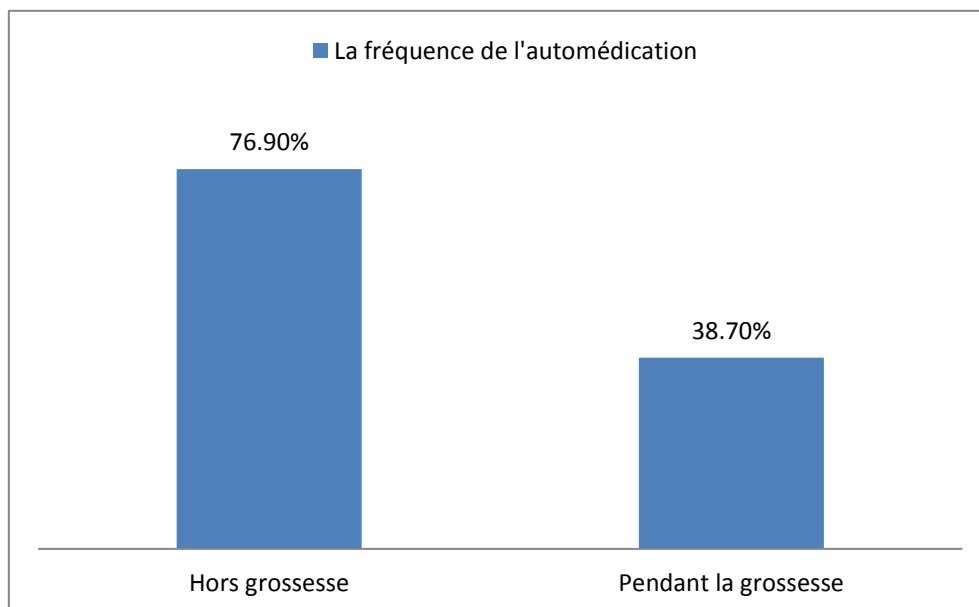


Figure 1 : La fréquence de l'automédication

La fréquence de l'automédication diminue au moment de la grossesse. Elle est de 76,9% (effectif de 273) hors grossesse et de 38,70% (effectif de 219) pendant la grossesse. Nous avons une différence significative pour le recours à l'automédication avec un $p < 0.0000001$.

2. La fréquence de l'automédication en fonction des caractéristiques de la population

Concernant le statut professionnel des femmes qui ont répondu au questionnaire, on recense : 208 femmes en activité, 28 en recherche d'emploi, 35 femmes au foyer et 3 étudiantes.

Tableau 1 : L'automédication en fonction de l'activité professionnelle

	En activité (N208)	En recherche d'emploi (N28)	Femme au foyer (N35)
Hors grossesse	171	20	16
Pendant la grossesse	82	7	15

En dehors de la grossesse :

- 82,2% des femmes en activité pratiquent l'automédication,
- 71,4% des patientes en recherche d'emploi.
- 45,71% des femmes au foyer.

Pendant la grossesse :

- 39,4% des femmes en activité professionnelle pratiquent l'automédication,
- 25% des patientes en recherche d'emploi,
- 42,3% des femmes au foyer.

Trois étudiantes ont répondu au questionnaire et toutes déclarent pratiquer l'automédication en dehors de la grossesse contre 2/3 pendant la grossesse.

Il existe une différence significative concernant les femmes ayant une activité professionnelle ($p < 0.0000001$) et les femmes en recherche d'emploi ($p < 0.000001940$) en ce qui concerne le recours à l'automédication en dehors et pendant la grossesse.

3. La fréquence de l'automédication en fonction de l'âge :

Concernant les classes d'âges des femmes qui ont répondu au questionnaire, on recense : 31 femmes entre 18 et 24 ans, 125 entre 25 et 30 ans, 84 entre 31 et 35 ans et 34 femmes de plus 35 ans.

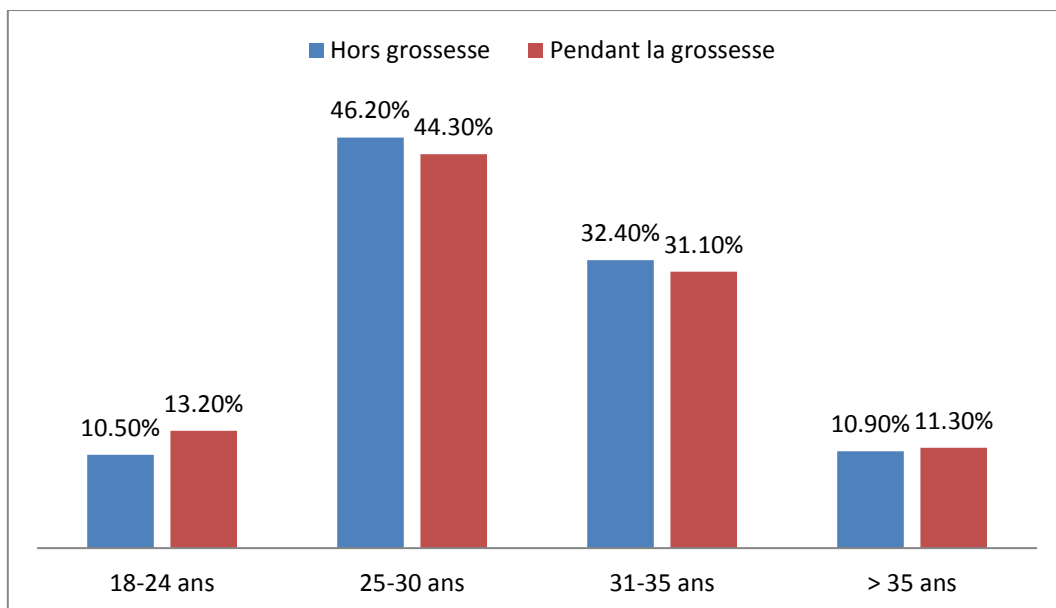


Figure 2 : La fréquence de l'automédication en fonction de l'âge

En ce qui concerne les classes d'âge, l'automédication est pratiquée par :

- 46,20% et 44,30% respectivement hors et pendant la grossesse pour les femmes appartenant à la classe des 25-30 ans.
- 32,40% et 31,10% respectivement hors et pendant la grossesse pour les femmes entre 31-35 ans.
- 10,90% et 11,30% respectivement hors et pendant la grossesse pour les femmes ayant plus de 35 ans.
- 10,50% et 10,90% respectivement hors et pendant la grossesse pour les femmes ayant entre 18-24 ans.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour le recours à l'automédication en fonction des classes d'âge avec un $p > 0,5$.

4. La fréquence de l'automédication en fonction du nombre d'enfants

Concernant le nombre d'enfants des femmes qui ont répondu au questionnaire, on recense : 135 sans enfant, 93 avec un enfant, 31 avec deux enfants et 15 avec trois enfants et plus.

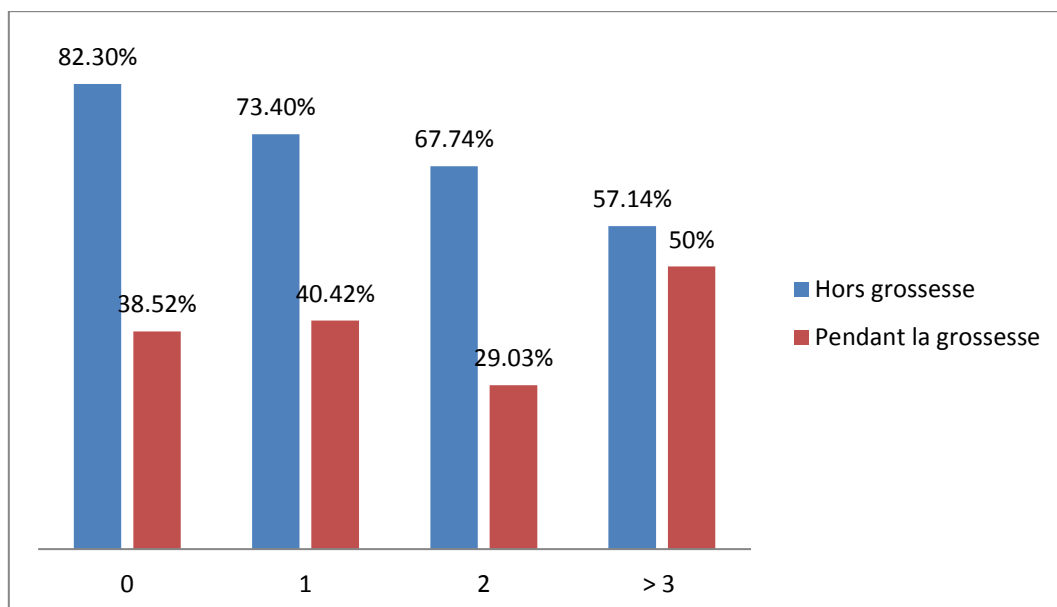


Figure 3 : Automédication en fonction du nombre d'enfants

En ce qui concerne la parité, l'automédication est pratiquée par les femmes :

- Nullipares à 82,30% hors grossesse et 38,52% pendant la grossesse : $p < 0.00000001$.
- Primipares à 73,40% et 40,42% : $p = 0.000002489$.

- Secondipares à 67,74% et 29,03% : $p = 0.001146$.
- Multipares à 57,14% et 50% : la différence n'est pas significative.

5. La fréquence de l'automédication en fonction du statut familial

Tableau 2 : L'automédication en fonction du statut familial

	Seule (N11)	En couple (N263)
Hors grossesse	5	205
Pendant la grossesse	2	104

Parmi les femmes qui vivent seules 45,4% ont recours à l'automédication en dehors de la grossesse contre 18,2% pendant la grossesse.

Parmi celles vivant en couple 77,9% ont recours à l'automédication en dehors de la grossesse contre 39,5%.

Concernant l'automédication en fonction du statut familial nous ne retrouvons pas de différence significative avec un $p = 0,7$.

6. La fréquence du recours à l'automédication pendant la grossesse

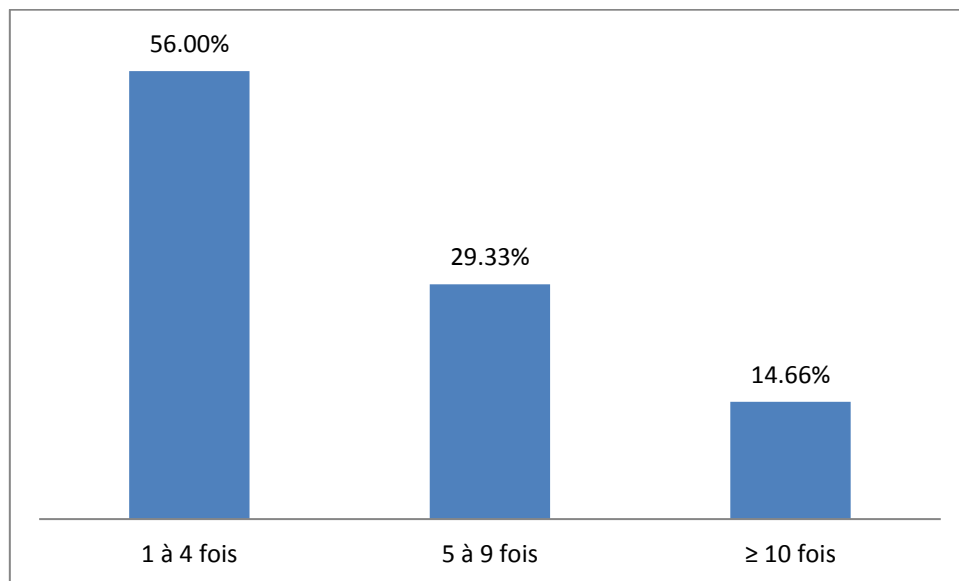


Figure 4 : La fréquence du recours à l'automédication pendant la grossesse

Le taux de non réponse est de 29%. L'effectif est donc de 75.

Concernant les patientes qui pratiquent l'automédication pendant la grossesse :

- 56% y ont eu recours de 1 à 4 fois,
- 29,3% y ont eu recours de 5 à 9 fois,
- 14,6% 10 fois et plus.

7. La fréquence de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse

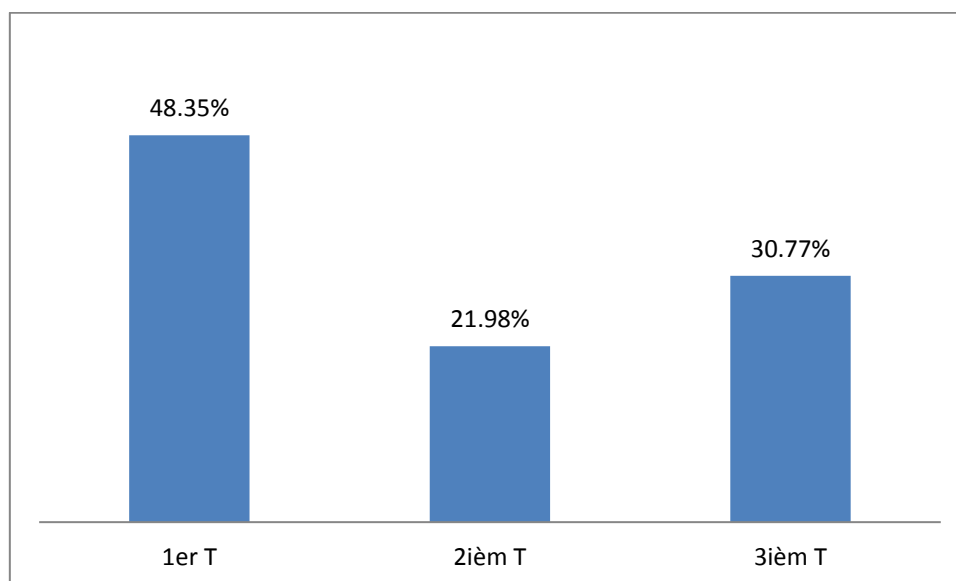


Figure 5 : La fréquence de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse

Pour les 106 patientes qui ont recours à l'automédication pendant la grossesse, 15 n'ont pas répondu à la question, l'effectif est donc de 91.

Pour cette population, le recours à l'automédication se fait pour :

- 48,35% au premier trimestre,
- 21,98% au deuxième trimestre,
- 30,77% au troisième trimestre.

8. Les sources d'informations utilisées

97 patientes sur 274, soit 35%, déclarent ne pas utiliser les mêmes sources d'information pendant la grossesse.

Les patientes pouvant donner jusqu'à deux réponses possible.

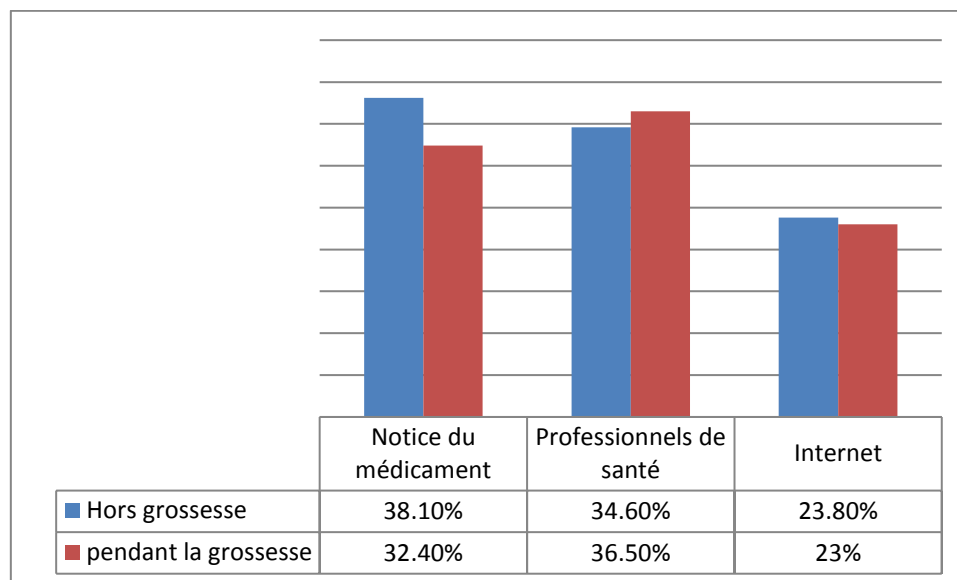


Figure 6 : Comparaison des sources utilisées pendant et hors grossesse

Les principales sources d'information hors grossesse et pendant sont :

- Les notices des médicaments avec 38,10% (soit 173 femmes) en dehors de la grossesse et 32,40% (soit 148 femmes) pendant la grossesse.
- Les professionnels de santé avec respectivement 34,6% (soit 167 femmes) et 36,50% (soit 157 femmes) en dehors et pendant la grossesse.
- Internet, consulté par 23% (soit 105 femmes) et 23,80% (soit 108 femmes) des femmes en dehors et pendant la grossesse.
- Les livres, revues et brochures sont peu utilisés entre 0,2% et 1,5%.
- Dans la catégorie autres sources, le CRAT et le dictionnaire Vidal® ont été cités par des femmes travaillant dans le milieu médical.

9. Les professionnels de santé

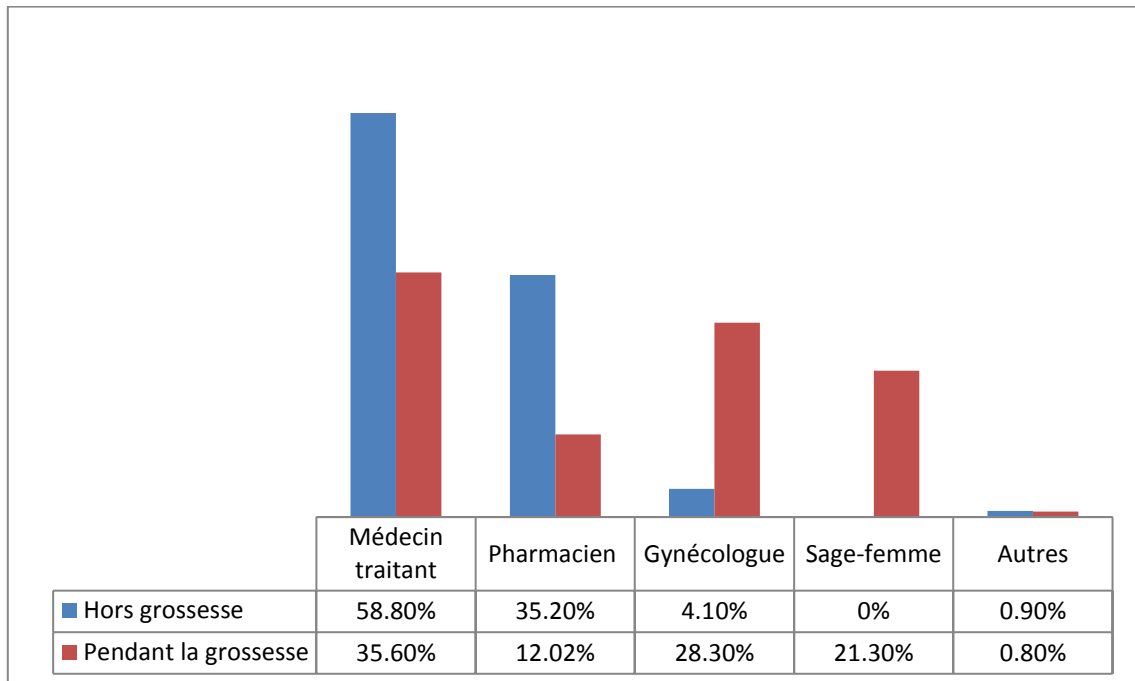


Figure 7 : Comparaison des professionnels de santé consultés

Le professionnel de premier recours est le médecin traitant à hauteur de 58,80% hors grossesse et 35,60% pendant la grossesse.

Les gynécologues et les sages-femmes sont consultés respectivement par 28,30% et 21,30% des femmes pendant la grossesse et par 4,10% et 0% des femmes en dehors de la grossesse.

Les pharmaciens sont moins sollicités au moment de la grossesse, les femmes y ont recours à 35,20% hors grossesse et à 12,02% pendant la grossesse.

10. Symptômes et pratique de l'automédication

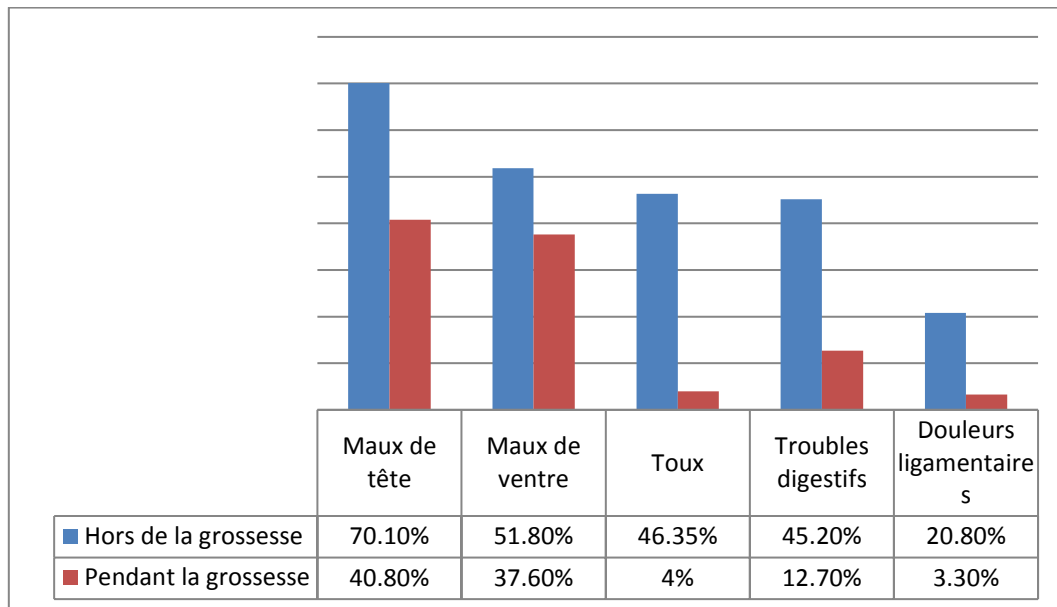


Figure 8 : Comparaison des circonstances de pratique de l'automédication

En dehors de la grossesse, l'automédication est pratiquée pour :

- maux de tête dans 70,10% des cas
- maux de ventre dans 51,80% des cas
- toux dans 46,35% des cas
- troubles digestifs dans 45,20% des cas
- douleurs ligamentaires dans 20,80% des cas

Pendant la grossesse, elle est pratiquée pour :

- maux de tête dans 40,80% des cas
- maux de ventre dans 37,60% des cas
- troubles digestifs dans 12,70% des cas
- toux dans 4% des cas
- douleurs ligamentaires dans 3,30% des cas

L'automédication reste très peu pratiquée pour les troubles urinaires que ce soit en dehors et pendant la grossesse.

Les différences sont significatives avec un $p < 0,0008258$ pour les maux de ventre et des $p < 0,0000001$ pour les autres symptômes.

11. Les médicaments utilisés

Tableau 3 : Comparaison des médicaments utilisés hors et pendant la grossesse

	Hors grossesse	Pendant la grossesse
Paracétamol	67,80%	40,14%
Phloroglucinol	40,50%	29,20%
Smecta®	19,30%	5,50%
Ibuprofène	14,90%	1,80%
Strepsil/pastille	13,50%	1,10%
Métopimazine	9,50%	0,70%
Sirop toux	8,40%	1,50%
AINS forme locale	2,90%	1,10%
Ac. Acétylsalicylique	0,30%	0,30%
Homéopathie	3,60%	9,50%
Phytothérapie	2,20%	3,30%
Huiles essentielles	1,50%	1,50%

Les principaux médicaments les plus utilisés sont :

- le paracétamol utilisé à 67,80% en dehors de la grossesse et à 40,14% pendant la grossesse. La différence est significative avec $p < 0,0000001$
- le phloroglucinol utilisé à 40,50% hors grossesse et 29,20% pendant la grossesse. La différence est significative avec $p = 0,0027$
- le Smecta® utilisé à 19,30% hors grossesse et 5,50% pendant la grossesse. La différence est significative avec $p = 0.000000285$
- L'ibuprofène utilisé à 14,9% hors grossesse et 1,8% pendant la grossesse. La différence est significative avec $p < 0.0000001$.
- les sirops et pastilles utilisés respectivement par 13,50% et 8,40% des femmes hors grossesse et 1,10% contre 1,50% pendant la grossesse.

En contrepartie, nous avons noté une augmentation de l'utilisation de l'homéopathie avec 9,50% des femmes pendant la grossesse contre 3,60% hors grossesse, de la phytothérapie avec 3,30% contre 2,20% et de l'aromathérapie 1,50% hors et pendant la grossesse. Il n'est pas retrouvé de différence significative pour l'utilisation de l'homéopathie.

12. Médicaments utilisés et indications

12.1. Le paracétamol

	Hors grossesse	Pendant la grossesse
Maux de tête	42%	54,43%
Douleurs musculaires/ligamentaires	5,42%	5,06%
Maux de ventre	2,41%	3 79%
Maux de gorges	1,20%	1,26%

En dehors de la grossesse, le paracétamol est utilisé :

- lors de maux de tête dans 42% des cas,
- lors de douleurs musculaires ou ligamentaires dans 5,42% des cas,

Pendant la grossesse, le paracétamol est utilisé :

- lors de maux de tête dans 54,43% des cas,
- lors de douleurs musculaires ou ligamentaires dans 5,06% des cas,

12.2. L'ibuprofène

	Hors grossesse	Pendant la grossesse
Maux de tête	67,86%	66,66%
Douleurs musculaires/ligamentaires	21,43%	33,33%
Maux de ventre	10,71%	0%

12.3. Le Smecta ®

	Hors grossesse	Pendant la grossesse
Troubles digestifs	72,41%	57,14%
Maux de ventre	27,59%	42,86%

12.4. Le Phloroglucinol

	Hors grossesse	Pendant la grossesse
Maux de ventre	82,45%	95,45%
Troubles digestifs	7,55%	4,55%

12.5. Les autres

- L'homéopathie est utilisée en dehors de la grossesse dans 83,33% des cas pour les maux de gorges et dans 16,67% des cas pour des troubles digestifs. Pendant la grossesse, elle est exclusivement utilisée pour les maux de gorges.
- La phytothérapie est utilisée exclusivement pour les douleurs musculaires et les huiles essentielles pour les maux de gorges.
- Les AINS sous forme locale sont utilisés exclusivement pour les douleurs musculaires.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le recours à ces autres traitements avant et pendant la grossesse.

Quatrième partie : Analyse et discussion

1. Les points forts de l'étude

Peu d'études ont été réalisées sur la pratique de l'automédication chez les femmes enceintes et plus précisément sur le changement de comportement lors du diagnostic de grossesse. Un des points forts de cette étude est le nombre important de questionnaires remplis pour la plupart dans leur intégralité.

2. Limites et biais

Plusieurs biais sont présents dans cette étude, il peut être avancé un biais de mémorisation, le questionnaire portant sur la totalité de la grossesse. De plus, on retrouve un biais d'objectivité, dans un souci de la patiente de vouloir donner la « bonne » réponse.

Concernant le questionnaire, nous pouvons supposer une mauvaise compréhension de certaines questions. (Exemple : plus de deux réponses ont été entourées sur des questions à deux réponses maximum). De plus, le questionnaire n'aborde pas la provenance des médicaments, il aurait été intéressant de savoir si les patientes prennent des médicaments issus de leur armoire à pharmacie ou achetés en vente libre en officine. Nous ne savons pas non plus à quel moment de la grossesse ont été utilisés les médicaments et à quelle posologie.

3. Analyse des résultats

3.1. La fréquence de l'automédication

Il a pu être mis en évidence une fréquence de 76,5% de pratique de l'automédication en dehors de la grossesse. Cette fréquence chute à 38,7% lors de l'état de grossesse, dans cette même population. Cette diminution est expliquée par le fait que la majorité des femmes savent que l'utilisation des médicaments pendant la grossesse comporte des risques. Nous avons supposé que plus de 20% des femmes pratiquent l'automédication pendant leur grossesse ce qui a été vérifié. Nous pouvons mettre en lien ces résultats avec l'étude qualitative menée en 2013 par Rongier Emilie (Sage-femme), qui avait mis en évidence que 75% des patientes avaient pratiqué l'automédication pendant leur grossesse. Cependant, cette différence peut être expliquée par une méthodologie différente. En effet, les entretiens avaient permis d'apporter d'avantage de précision grâce aux relances et de diminuer les biais de compréhension.

3.1.1 Le temps de l'automédication :

Nous avons constaté que les patientes pratiquent plus fréquemment l'automédication au premier trimestre (48,35%) et au troisième trimestre (30,77%). Au deuxième trimestre, par contre, celle-ci chute à 20%. Les causes du recours à l'automédication, que ce soit en dehors ou pendant la grossesse, sont les maux de tête, les maux de ventre et les troubles digestifs. Ces symptômes correspondent aux principaux maux de la grossesse. Ainsi, ces résultats peuvent être corrélés à la fréquence et au trimestre de survenu des maux de la grossesse. Au premier trimestre, nous pouvons constater l'apparition de nausées ou encore de maux de tête. Au deuxième trimestre, on retrouve une diminution de ces symptômes. Puis en fin de grossesse, on constate une augmentation de la symptomatologie avec l'apparition de douleurs ligamentaires, musculaires ou même de signes fonctionnels digestifs comme les reflux gastro-œsophagiens. Ces symptômes pourraient inciter les femmes à se tourner vers l'automédication.

3.1.2 L'automédication en fonction des caractéristiques de la population

La pratique de l'automédication varie en fonction de l'âge. En effet, 44,3% des femmes appartenant à la tranche d'âge des 25-30 ans pratiquent l'automédication pendant leur grossesse, un tiers dans la tranche des 31-35 ans, 13,2% dans la tranche des 18-24 ans, 11,3% dans la tranche des 35 ans et plus. Cependant, l'insuffisance d'effectifs n'a pas permis de mettre en évidence des différences statistiques concernant les différentes classes d'âge et l'activité professionnelle. De plus, près de la moitié des femmes en couple pratique l'automédication et seulement 18,2% des femmes seules. Nous pouvons modérer ce constat puisqu'en 2013 une étude réalisée par Biblot Philippine, « la précarité comme facteur de risque ? », (24) s'intéresse tout particulièrement aux caractéristiques de la population. Elle montre que seulement 8% des femmes qui pratiquent l'automédication sont seules et 92% en couple. Elle explique ce résultat par le fait que les femmes seules ont moins facilement recours au soin, peut-être par un manque de temps ou de moyens (coût financier du reste à charge). Son étude ne fait pas ressortir de facteur de risque et ne montre pas de « profil type » de femme à risque de consommation.

Ensuite, nous avons pu mettre en évidence que la consommation médicamenteuse varie en fonction de la parité. En dehors de la grossesse, les nullipares sont 82,3% à pratiquer l'automédication, nous constatons une baisse importante de cette pratique lors de la grossesse, puisque 38,5% continue l'automédication. Nous pouvons constater le même changement de pratique chez les primipares et les femmes ayant deux enfants. Cependant,

chez les primipares, malgré une diminution de quasiment 30%, 40% des femmes continuent l'automédication pendant la grossesse. Pour les femmes n'ayant pas eu de grossesse antérieure ces résultats peuvent être expliqués par la méconnaissance de la grossesse et des traitements médicamenteux compatibles, incitant ces femmes à une plus grande prudence. Pour les femmes ayant trois enfants ou plus, on constate un nombre important de femme pratiquant l'automédication puisque la moitié déclarent y avoir recours pendant la grossesse, soit quasiment autant qu'en dehors de la grossesse (57,1%). Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en raison des faibles effectifs de cette classe. Malgré tout, ce résultat peut être expliqué par une augmentation de la fréquence des maux de la grossesse avec la parité. De plus, la fatigue due à la prise en charge des autres enfants au foyer peut amener à une exacerbation de ces maux. Cependant, nous pouvons penser que l'expérience des grossesses antérieures peut apporter aux femmes plus de connaissances, tant sur la dangerosité des médicaments que sur les posologies à adopter lors de la grossesse. Nous pouvons donc constater une diminution de la pratique de l'automédication pendant la grossesse pour la plupart des classes, ce résultat étant expliqué par le passage à l'état de grossesse qui pousse les femmes à être plus vigilantes et à consommer moins de médicaments. De plus, les femmes consultent mensuellement et reçoivent de nombreuses informations par les professionnels de santé.

Depuis 2008, certains médicaments sont disponibles en vente libre en pharmacie, nous pouvons nous demander si cela n'impacte pas le recours à l'automédication pendant la grossesse. Pourtant, il est nécessaire qu'elle soit réalisée dans un cadre sécuritaire.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés au comportement des femmes lors de la prise de ces médicaments.

3.2. Analyse du comportement des femmes enceintes lors de l'automédication

Nous avons demandé aux femmes enceintes si les sources d'information qu'elles utilisaient pour prendre un médicament étaient les mêmes avant leur grossesse. La majorité a déclaré avoir utilisé des sources différentes. Cependant, nous avons retrouvé que les sources d'informations restent les mêmes pendant et en dehors de la grossesse et dans à peu près les mêmes proportions. Ainsi, les trois sources principalement utilisées sont : les professionnels de santé sollicités par 36,5% des patientes, les notices des médicaments utilisées par 32,4% puis internet pour 23% d'entre elles. Les livres, revues et brochures restent très peu consultés par seulement 1,5%. De plus, le CRAT et le dictionnaire Vidal® ont été cités par 0,2% des femmes issues du milieu de la santé, leur métier leur permettant

d'avoir connaissance de ces sources et d'y avoir accès rapidement. Nous pouvons constater que les trois sources principalement utilisées sont celles les plus faciles d'accès. En effet, lors de l'achat d'un médicament, la patiente va être en contact direct avec un professionnel (le pharmacien) et la notice se trouve en évidence dans l'emballage du médicament. De plus, Internet reste une source immédiatement disponible pour la plupart des femmes depuis leur domicile.

Cependant, nous nous sommes intéressés à l'identité des professionnels de santé sollicités. Nous avons remarqué que les professionnels consultés varient lors de la grossesse. Étonnamment, le pharmacien n'est pas le premier interlocuteur comme nous pouvions l'imaginer. En dehors de la grossesse, le pharmacien est le second professionnel sollicité par plus d'un tiers des patientes. Lors du passage à l'état de grossesse, il est consulté par seulement 12% des femmes. Ceci peut être en partie expliqué par la provenance des médicaments, en effet, les médicaments peuvent provenir de l'armoire à pharmacie personnelle des patientes. De plus, le médecin traitant occupe une place particulière. Celui-ci reste le premier professionnel consulté, que ce soit en dehors de la grossesse par plus de la moitié des femmes, ou pendant la grossesse par près d'un tiers des patientes. Ce résultat peut être expliqué par le fait que, pour beaucoup, le médecin traitant est une personne de confiance, connue depuis longtemps et joignable plus facilement. Cependant, pendant la grossesse presque la moitié des femmes requière l'avis d'un professionnel de l'obstétrique, sollicitant l'obstétricien (pour 28% d'entre elles) et la sage-femme (de l'ordre de 21%). En effet, la mensualisation des consultations lors des suivis de grossesse met en contact les professionnels de l'obstétrique et les femmes, leur permettant de développer une relation de confiance comme celle que l'on peut retrouver avec les médecins de famille. Ainsi, il est mis en évidence une moindre sollicitation du médecin traitant et du pharmacien pendant la grossesse.

Il existe donc un changement de comportement, en raison de la diminution de la fréquence de l'automédication et de la modification du recours aux professionnels lorsque les femmes sont enceintes. Il est rassurant de constater que la majorité des patientes cherchent à s'informer.

3.3. Les médicaments utilisés

Il nous semblait intéressant d'étudier le choix des médicaments pris pendant la grossesse. Nous souhaitons identifier les éventuelles molécules tératogènes ou dangereuses pour l'enfant.

Nous avons pu mettre en évidence que le phloroglucinol est utilisé par 95,45% des femmes pour des maux de ventre que ce soit lors de contractions utérines ou bien de spasmes intestinaux. Le Smecta® lui aussi beaucoup utilisé pendant la grossesse, par plus de la moitié des femmes, dans le traitement des troubles digestifs. Ces médicaments, largement utilisés, ne présentent pas de tératogénicité.

Le paracétamol fait lui aussi partie des médicaments les plus consommés. Cependant, une étude réalisée en 2014, « rétinoïdes, facteur VIII, paracétamol : retour d'information sur le PRAC⁵ de janvier 2017 » avait mis en lien l'utilisation du paracétamol pendant la grossesse et l'apparition de trouble neuro-développementaux. Depuis, sept autres études ont été réalisées, mais le lien de causalité n'a pas pu être mis en évidence du fait des nombreuses limites des études. Le PRAC a donc maintenu ses recommandations, c'est à dire que l'utilisation du paracétamol doit seulement se faire en cas de nécessité clinique. Or, nous pouvons constater qu'il s'agit d'un médicament largement utilisé en automédication par les femmes enceintes et par la population générale (25). Le paracétamol reste pendant la grossesse majoritairement utilisé lors de maux de tête, de douleurs ligamentaires ou bien de maux de ventre et finalement peu pour des symptômes spécifiques de la grossesse. Ces résultats sont concordants avec l'évolution des maux de la grossesse et donc la pratique de l'automédication en fonction du trimestre de grossesse.

D'après un rapport réalisé par l'ANSM sur l'analyse des ventes en officine en 2013, le paracétamol est au premier rang suivi de l'ibuprofène (3). Nous avons été surpris de constater que la consommation d'AINS n'est pas nulle pendant la grossesse. Ils restent utilisés sous différentes formes : orales ou locales. Néanmoins, l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens est formellement contre-indiquée à partir de 24 semaines d'aménorrhée. Pendant la grossesse, nous avons constaté que les AINS per os sont utilisés dans plus de la moitié des cas pour traiter des maux de tête soit en relais du paracétamol ou en association avec celui-ci. Et, dans un tiers des cas, ils sont utilisés pour les douleurs ligamentaires. Celles-ci apparaissant au cours du troisième trimestre, il aurait été intéressant de connaître le trimestre de consommation de l'anti-inflammatoire. Cependant, cette étude ne permet pas de savoir à quel moment de la grossesse a été pris le médicament. Ainsi, nous ne pouvons pas savoir si le fœtus a été exposé à un risque, même-si nous savons que l'automédication est majoritairement pratiquée au premier trimestre.

Il existe donc une importante consommation de médicaments accessibles sans ordonnance, tels que le paracétamol ou le phloroglucinol, avec une bonne tolérance dans un contexte de prise aux posologies recommandées.

⁵ Pharmacovigilance Risk Assessment Committee

Nous pouvons constater que l'automédication est pratiquée, en général, ponctuellement puisque, plus de la moitié des femmes enceintes y ont eu recours 1 à 4 fois, 29% y ont eu recours de 5 à 9 fois et 15% plus de 10 fois. Les femmes utilisent donc les médicaments en automédication seulement en cas de nécessité, de façon exceptionnelle. L'automédication semble concerner en majorité des molécules non tératogènes. Nous pouvons penser que les femmes ont connaissance du potentiel risque de certains médicaments pendant la grossesse.

3.3.1 Les médecines « douces »

De plus, on peut observer une augmentation de l'utilisation de l'homéopathie, de la phytothérapie et de l'aromathérapie pendant la grossesse. L'idée est de se tourner vers des substances plus naturelles. L'homéopathie et les huiles essentielles sont utilisées pendant la grossesse exclusivement pour les maux de gorges. La phytothérapie est utilisée pour les douleurs musculaires.

Cependant, il a été montré que de nombreuses huiles essentielles sont à proscrire pendant la grossesse. David Cohen, pharmacien, a réalisé sa thèse « les huiles essentielles à l'officine : dangers pour la femme enceinte et le nouveau-né » en 2013 à l'université de Grenoble. Dans son étude, il recense toutes les huiles essentielles et leur toxicité pendant la grossesse pouvant mener à une mort fœtale.(26) Comme par exemple la moise Herbe blanche, utilisée dans les troubles digestifs et contenant du Thuyones, contre indiqué pendant la grossesse. De même, la phytothérapie n'est pas sans danger : certaines molécules peuvent influencer sur le métabolisme de certains médicaments, pouvant ainsi les rendre potentiellement toxiques.

4. Propositions

Nous avons pu constater une automédication importante pendant la grossesse et notamment une consommation d'AINS. Prendre en compte le trimestre de la prise de certaines molécules et la posologie nous permettrait d'approfondir l'étude et d'établir le lien entre tératogénicité et médicament.

De plus, il serait intéressant de faire un état des lieux des connaissances des femmes enceintes sur les médicaments les plus vendus en officine, tels que le paracétamol et l'ibuprofène. Ainsi, nous pourrions sensibiliser la population sur l'importance des effets des médicaments et des conséquences d'un mésusage. En effet, le risque potentiel de l'automédication pourrait être de masquer une éventuelle pathologie de grossesse et ainsi

d'en différer le diagnostic et la prise en charge. Pour cela, nous pourrions informer les professionnels des résultats de notre étude notamment sur l'utilisation des anti-inflammatoires en automédication. Une sensibilisation des professionnels de santé sur la pratique de l'automédication pendant la grossesse pourrait les amener à plus de vigilance et à informer les femmes en consultation de grossesse des risques de cette pratique.

Nous avons pu mettre en évidence que les notices des médicaments restent des outils très utilisés. Cependant, la partie « grossesse et allaitement » apparaît secondairement dans le document et les informations sont-elles suffisamment lisibles ? Une mise en page mettant plus en avant les risques de l'utilisation pendant la grossesse pourrait permettre une meilleure prévention pour les femmes qui consultent la notice.

Enfin, le questionnaire a pu faire ressortir une augmentation de l'utilisation de thérapies alternatives comme la phytothérapie, l'homéopathie ou bien l'aromathérapie. Une étude pourrait être réalisée afin de faire un état des lieux de ces pratiques de plus en plus courantes.

Conclusion

Cette étude nous a permis de mettre en évidence que l'automédication est une pratique courante chez les femmes enceintes avec une fréquence de 38,70%. Elle est plus importante chez les femmes appartenant à la tranche d'âge des 25-30 ans, et celles ayant plus de trois enfants.

Pendant la grossesse, les femmes consomment plus de médicaments en automédication au premier et troisième trimestre. Cette consommation est majoritairement ponctuelle entre 1 à 4 fois et probablement en lien avec la symptomatologie de la grossesse.

Cependant, nous avons pu mettre en évidence que les femmes s'informent via différentes sources avant de prendre un médicament. Elles utilisent principalement les conseils des professionnels, les notices des médicaments et internet. Cependant, les professionnels les plus sollicités pendant la grossesse sont les professionnels de l'obstétrique notamment les gynécologues et les sages-femmes puis les médecins traitants.

De plus, nous avons pu constater un changement de comportement, particulièrement dans la fréquence du recours à certains médicaments. Nous avons pu montrer que les médicaments utilisés sont des molécules majoritairement non tératogènes mais que l'utilisation de médicament à risque tels les AINS n'est pas négligeable.

Enfin, ce travail nous a permis de réaliser un état des lieux de l'automédication des femmes enceintes. Il pourrait être intéressant de l'approfondir avec une étude prenant en compte un échantillon plus large et des groupes plus homogènes dans les caractéristiques de la population étudiée, et d'y inclure les médicaments en lien avec les médecines douces, comme l'homéopathie, la phytothérapie et l'aromathérapie, afin d'obtenir une vision plus globale de l'automédication.

Références bibliographiques

1. Automédication [Internet]. [consulté le 13 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
2. Direction générale de la santé. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution [Internet]. 2002 [consulté 18 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030.pdf>
3. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. 2014 juin [consulté le 14 dec 2015].
4. Vidal, l'ibuprofène. 2013. [consulté le 14 dec 2015]
5. VIDJEACOMAR. L'automédication : Peut-on parler de succès ? [Internet]. 2007 [consulté le 14 déc 2015]. Disponible sur: http://www.memoireonline.com/06/09/2104/m_Lautomedication--Peut-on-parler-de-succes0.html
6. ANSM. Liste des médicaments de médication officinale. 2017. [consulté le 14 déc 2015]
7. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [consulté le 14 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.lecrat.org/>
8. umvf, Modification physiologique de la grossesse [Internet]. 2010 [consulté le 14 déc 2015]. Disponible sur: <http://umvf.org/>
9. Dr HIRT. Modifications physiologiques pendant la grossesse et impact sur la pharmacocinétique des médicaments. Paris Centre; 2012. [consulté le 28 Juill 2015]
10. Pr MARQUET. Pharmacocinétique. 2011. [consulté le 28 Juill 2015]
11. Académie nationale de médecine. Annexes embryonnaires : Unité foeto-placentaire | Cours De Médecine [Internet]. [consulté le 28 Juill 2015]. Disponible sur: <http://www.coursmedecine.com/embryologie/cours-embryologie/annexes-embryonnaires-unite-foeto-placentaire/>
12. Académie nationale de médecine. Le passage transplacentaire des médicaments [Internet]. [consulté le 16 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036020/>
13. BRION F, CABROL D, MORIETTE G, PONS G. Les médicaments en périnatalogie, 11 à 13p. Masson. 2003. 432 p. [consulté le 28 Juill 2015]
14. JACQZ-AIGRAIN E. Médecine thérapeutique / Pédiatrie - Transfert placentaire des médicaments et risques foetaux [Internet]. 1998 [consulté 28 juill 2015]. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/transfert_placentaire_des_medicaments_et_risques_ftaux_200040/article.phtml?ab=texte
15. JONVILLE-BERA A, CISSOKO H, AUTRET-LECA E. Risques des Médicaments administrés pendant la grossesse. université de Tours; 2006. [consulté le 8 Juill 2015]

16. le centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. Les médicaments dangereux pendant la grossesse [Internet]. 2014 [cité 8 juill 2015]. Disponible sur: http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=742
17. le centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. Médicaments et grossesse [Internet]. 2014 [consulté le 8 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=24
18. A.P Jonville-Béra, T. Vial. Médicaments et grossesse : prescrire et évaluer le risque. MASSON. [consulté le 8 sept 2015]
19. Pr YARDIN. La première semaine du développement embryonnaire. université de Limoges; 2012. [consulté le 8 sept 2015]
20. Dr BOURTHOUMIEU. Organogénèse et éléments de tératologie. université de Limoges; 2015. [consulté le 8 sept 2015]
21. Organisation mondiale de la santé. Anomalies congénitales [Internet]. 2015 [consulté le 8 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/fr/>
22. Dr BOURTHOUMIEU. Tératogenèse et malformations congénitales. université de Limoges; 2012. [consulté le 8 juill 2015]
23. RONGIER E. Prevalence de la consommation medicamenteuse chez la femme enceinte en fonction du trimestre de grossesse : etude de faisabilite. 2013. [consulté le 8 juill 2015]
24. BIBLOT Philippine P. L'automédication chez la femme enceinte. La précarité comme facteur de risque ? Université de Lorraine; 2013. [consulté le 8 juill 2015]
25. PRAC. rétinoïdes, facteurs VIII, paracétamol : retour d'information sur le PRAC de janvier 2017. [consulté le 25 jan 2017]
26. D. Cohen. les huiles essentielles à l'officine : dangers pour la femme enceinte et le nouveau-né. Grenoble; 2013. [consulté le 2 mars 2017]

Annexe I : le questionnaire

La pratique de l'automédication pendant la grossesse

Bonjour, je m'appelle Alice DACKOW, je suis étudiante en quatrième année de sage-femme, à l'école de Limoges. Je réalise un mémoire sur l'automédication et la grossesse à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges. Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire anonyme, qui évalue votre consommation de médicaments avant et pendant votre grossesse afin d'établir une comparaison. Je ne prendrai pas en compte les traitements issus de l'homéopathie et des plantes.

I- Informations générales :

1) Quel âge avez-vous ?

- 18-24 ans 25-30 ans 31-35 ans > 35 ans

2) Avez-vous des enfants ?

- Non 1 2 ≥ 3

3) Quelle est votre situation familiale ?

- Vie en couple Célibataire

4) Vous êtes :

- Femme au foyer Recherche d'emploi
 En activité professionnelle Autres :

5) Avez-vous une maladie chronique ?

- Oui Non
Si oui, laquelle :

II- Concernant la période avant la grossesse :

6) En dehors de la grossesse, vous arrive-t-il de prendre des médicaments sans avis médical ?

- Oui Non

Si oui, dans quelle(s) situation(s) et quel(s) médicament(s) avez-vous l'habitude de prendre ?

	Oui	Non	Médicament utilisé
Maux de tête et migraines			
Maux de ventre			
Toux/maux de gorge			
Douleurs musculaires/articulaires/Ligamentaires			
Troubles digestifs : diarrhée, constipation, nausées, vomissements			
Douleur urinaire (lorsque vous urinez)			
Autres			

7) En dehors de la grossesse, lorsque vous cherchez un renseignement sur un médicament, quelles sources utilisez-vous ? (maximum 2 réponses possibles)

- Internet
 Revues
 Brochures informatives
 Notice du médicament
auprès d'un professionnel de santé
 Livres
 Autres :

8) Lorsque vous demandez un avis médical, à qui vous adressez vous ? (maximum 2 réponses possibles)

- Médecin traitant
 Pharmacien
 Sage-femme
 Gynécologue
 Autres professionnels de santé :

9) Prenez-vous des médicaments contre les troubles du sommeil ?

- Oui
 Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Et l'avez-vous continué pendant votre grossesse ?

Oui Non

III- Concernant votre grossesse :

10) A quel terme de votre grossesse êtes-vous ?

11) La déclaration de grossesse a-t-elle été faite au 1^{er} trimestre, avant 15 semaines d'aménorrhée (lors de l'échographie à 12-13 semaines) ?

Oui Non

12) Depuis la déclaration de la grossesse :

Avez-vous eu une consultation par mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu 3 échographies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un suivi de grossesse à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà été hospitalisée pendant votre grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

13) Au moment de la grossesse, Avez-vous modifié vos habitudes concernant l'utilisation des sources d'information sur les médicaments ?

Oui Non

14) Si oui, qu'utilisez-vous comme sources d'information pendant la grossesse ? (jusqu'à 2 réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Revues	<input type="checkbox"/> Livres
<input type="checkbox"/> Brochures informatives	<input type="checkbox"/> Notice du médicament	
<input type="checkbox"/> Auprès d'un professionnel de santé	<input type="checkbox"/> Autres:	

15) Pendant votre grossesse, vous arrive-t-il de prendre des médicaments sans avis médical ?

Oui Non

Si oui, combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Jamais 1 à 4 fois 5 à 9 fois Plus de 10 fois

16) A quel moment de la grossesse avez-vous eu le plus fréquemment recours à l'automédication ?

- Premier trimestre Deuxième trimestre Troisième trimestre

Dans quelle(s) situation(s) et quel(s) médicament(s) avez-vous l'habitude de prendre ?

	Oui	Non	Médicament utilisé
Maux de tête et migraines			
Maux de ventre			
Toux/maux de gorge			
Douleurs musculaires/articulaires/Ligamentaires			
Troubles digestifs : diarrhée, constipation, nausées, vomissements			
Douleur urinaires			
Autres			

17) Lorsque vous demandez un avis médical, à qui vous adressez vous ? (maximum 2 réponses possible)

- Médecin traitant Pharmacien Sage-femme
 Gynécologue Autres professionnels de santé :

Annexe II : les médicaments utilisés

Colonne1	En dehors de la grossesse	Pendant la grossesse
Paracétamol	67,80%	40,14%
Spasfon	40,50%	29,20%
Smecta	19,30%	5,50%
Ibuprofène	14,90%	1,80%
Strepsil/pastille	13,50%	1,10%
Vogalène	9,50%	0,70%
Sirop toux	8,40%	1,50%
Homéopathie	3,60%	9,50%
AINS forme locale	2,90%	1,10%
Imodium	4,40%	0,00%
Motilium	3,60%	0,00%
Maxilase	2,50%	0,70%
Phytothérapie	2,20%	3,30%
Hexaspray	1,80%	0,40%
Huile essentiel	1,50%	1,50%
Gaviscon	1,50%	6,50%
Lopéramide	1,50%	0,00%
Macrogol	1,10%	0,40%
Antadys	1,10%	0,00%
Forlax	0,70%	2,20%
Aspirine	0,30%	0,30%
Primperan	0,30%	0,30%
Oroken	0,30%	0,40%

DACKOW Alice

La fréquence de l'usage de l'automédication chez la femme enceinte.

Mémoire de fin d'étude – école de sage-femme de Limoges – année universitaire 2016-2017

42 pages

Résumé :

Cette étude descriptive et prospective réalisée par le biais d'un questionnaire, a regroupé 274 patientes suivies à l'HME de Limoges. Son objectif était d'évaluer la fréquence de l'automédication pendant la grossesse. Puis, de mettre en évidence d'éventuels changements de comportement liés à ce nouvel état. Il a été retrouvé que 38,7% des femmes enceintes pratique l'automédication. De plus, nous avons pu constater que les molécules utilisées sont principalement non tératogène, tel que le paracétamol, le phloroglucinol ou bien le smecta®. Cependant, nous avons pu constater que la consommation d'AINS n'est pas nul, de l'ordre de 1,10%. Malgré cette pratique, les femmes s'informent via différentes sources. Les principales sources retrouvées sont les notices des médicaments, les professionnels de santé et internet. Nous avons pu montrer que cette consommation reste ponctuelle pendant la grossesse et plus fréquente au premier et troisième trimestre.

Mots-clés :

Automédication – grossesse – tératogénicité – ibuprofène -- médicaments