



HAL
open science

L'automédication chez la femme enceinte : la précarité comme facteur de risque ?

Philippine Biblot

► **To cite this version:**

Philippine Biblot. L'automédication chez la femme enceinte : la précarité comme facteur de risque ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01868062

HAL Id: hal-01868062

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868062>

Submitted on 5 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

L'automédication chez la femme enceinte.

La précarité comme facteur de risque ?

Mémoire présenté et soutenu par

BIBLOT Philippine

Directeur de mémoire : PICHON Marie-Laure

Sage-femme cadre enseignant.

Expert : COLLINET Laurent

Pharmacien.

Promotion 2013

Remerciements

Je remercie en première intention les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire :

A Madame PICHON, sage-femme cadre enseignante et directrice de ce mémoire, pour sa grande disponibilité et ses bons conseils.

A Monsieur COLLINET pour m'avoir assistée dans ce travail.

Un grand merci aux personnes responsables de la formation à l'Ecole de sages-femmes de Nancy :

A Madame CRESSON, directrice de l'Ecole de sages-femmes de Nancy.

A Madame BERTRAND, Madame LEMOINE, Madame GALLIOT, Madame NADJAFIZADEH, Madame PICHON, Madame BELGY, sages-femmes cadres enseignants pour leur soutien tout au long de ces années, et à Madame SOLIWADA, secrétaire de l'Ecole de sages-femmes de Nancy.

Un énorme merci :

A mes parents, mes frères et sœurs, ma famille et mes amis pour m'avoir toujours soutenue.

A Charles.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Liste des abreviations.....	6
Introduction	7
Partie 1, Les généralités sur l'automédication et la précarité.....	8
1. les médicaments et L'automédication	9
1.1. Les différents types de médicaments	9
1.2. Les risques liés à l'automédication	15
1.3. Les recommandations professionnelles	17
2. La precarite.....	21
2.1. Définitions et contexte.	21
2.2. La lutte contre les inégalités.....	22
2.3. Précarité et grossesse.....	23
Partie 2, L'étude.....	26
1. description de l'etude.....	27
1.1. Méthodologie	27
1.2. Les biais rencontrés.....	29
1.3. Les difficultés rencontrées	30
2. Les resultats	31
2.1. Analyse descriptive de la population générale.....	31
2.2. Analyse descriptive de la population avec automédication.	40
2.3. Les connaissances et le comportement des patientes face à l'automédication.....	44
2.4. Caractéristiques des populations étudiées.....	46
3. Discussion.....	50
3.1. Retour sur les hypothèses.....	50
3.2. Retour sur les objectifs, et propositions.....	52
Conclusion.....	55
Bibliographie	56
TABLE DES MATIERES	60

Annexe 1	I
Annexe 2	II
Annexe 3	III
Annexe 4	VII

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFIPA: Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable.
- AMM: Autorisation de Mise sur le Marché.
- AME: Aide Médicale d'Etat
- ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.
- AINS: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien.
- CMU: Couverture Maladie Universelle.
- EPICES: Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé.
- HAS: Haute Autorité de Santé.
- INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé.
- OTC: Over-The-Counter (drugs) terme anglais désignant les médicaments disponibles en automédication.
- PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
- PMF: Prescription Médicale Facultative
- PMO: Prescription Médicale Obligatoire.
- RMI: Revenu minimum d'insertion
- SA: Semaine d'aménorrhée.

Introduction

En France, la consommation de médicaments est importante, y compris pendant la grossesse. Pourtant les médicaments peuvent se révéler dangereux, en effet il existe peu de médicaments dont l'innocuité pendant la grossesse ait été prouvée. Le recours à l'automédication représente environ 80% de la population générale, il permet en principe de réduire les dépenses de santé en évitant une consultation chez un professionnel de santé.

L'automédication existe-t-elle également chez les femmes enceintes ? Ce comportement doit être évité le plus possible afin de réduire les risques qu'une prise médicamenteuse inadéquate ferait courir à la mère et au fœtus.

Les femmes en situation de précarité sont plus vulnérables. Leur difficile accès aux soins rend leurs grossesses délicates à accompagner et à prendre en charge.

Face à ces deux réalités, et dans le contexte économique actuel, nous avons décidé d'étudier l'automédication, et l'influence que la précarité pourrait avoir sur ce comportement.

Nous étudierons dans une première partie le recours à l'automédication dans la population générale et chez les femmes enceintes, ainsi que l'impact de la précarité chez celles-ci.

Notre seconde partie permettra d'exposer notre étude réalisée dans les secteurs de suites de couches de la Maternité régionale de Nancy, ainsi que les résultats obtenus et leur analyse. Puis nous soumettrons des propositions permettant d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

*Partie 1, Les généralités sur l'automédication et
la précarité.*

1. LES MEDICAMENTS ET L'AUTOMEDICATION

1.1. Les différents types de médicaments

En France, pour que la commercialisation d'un médicament soit possible, celui-ci doit obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (ou AMM). Cette autorisation est délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (qui remplace l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé depuis Mai 2012). Cette autorisation obtenue, le médicament va faire l'objet d'une classification en fonction de ses conditions de délivrance.

On trouve donc des produits à prescription médicale obligatoire (PMO) et des produits à prescription médicale facultative (PMF).

Les médicaments soumis à PMO sont des produits qui contiennent une ou plusieurs substances (dites vénéneuses) inscrites sur une liste. On trouve en France des médicaments inscrits sur liste I (avec un carré rouge), sur liste II (avec carré vert), et sur la liste des stupéfiants. Ces catégories de médicaments ne peuvent être délivrées par des pharmaciens que sur présentation d'une ordonnance.

C'est l'article L. 5132-6 (Modifié par Ordonnance n°2011-1922 du 22 décembre 2011 - art. 2) du code de la Santé Publique qui établit en France le système de liste I ou II [Annexe 1].

Les spécialités de PMF, sont des médicaments non listés car ils ne présentent pas de critères d'inclusion sur une des listes, ils sont en vente libre dans les officines. Ces médicaments peuvent, ou non, être prescrits. Lors d'une prescription, certains de ces produits peuvent être remboursés, s'ils ne sont pas inscrits sur la liste des spécialités non remboursables.

Donc tous les médicaments de PMF peuvent être obtenus sans prescription médicale, ce qui signifie sans nécessité de consultation médicale au préalable.

	Mode de prise en charge	Lieu de vente	Conditions de vente	Publicité au grand public	Automédication ?
Produits à prescription médicale obligatoire (Liste 1 & 2)	Médicaments remboursables	En <i>officine</i> uniquement, derrière le comptoir	Prix et marges réglementés	Interdite	NON
	Médicaments non remboursables		Prix et marges non réglementés		
Produits à prescription médicale facultative (Hors liste)	Médicaments remboursables seulement sur ordonnance	En <i>officine</i> uniquement, derrière le comptoir	Prix et marges réglementés	Autorisée mais réglementée	Prescrits : NON
					Non prescrits : OUI
	Médicaments non remboursables	En <i>officine</i> uniquement, en vente libre, derrière ET/OU devant le comptoir	Prix et marges libres	Autorisée mais réglementée	Prescrits : NON
					Non prescrits : OUI

Tableau 1: Cadre réglementaire des médicaments avec AMM [1]

1.1.1. Définitions de l'automédication

Le terme automédication provient étymologiquement de :

- « auto » Préfixe Grec qui signifie soi-même
- « medicatio » en Latin qui signifie l'emploi d'un remède.

On peut donc dire qu'il existe plusieurs définitions du terme automédication, selon qu'il s'applique à un comportement, ou aux produits utilisés lors de celui-ci.

Le conseil de l'ordre des médecins définit l'automédication comme : « 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. » C'est cette définition qui est retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « L'automédication se définit comme la prise de médicaments sans avis médical, pour une affection ou un symptôme que

l'individu a lui-même identifié. Elle comporte trois étapes : un auto diagnostic, une auto prescription et une auto consommation. » On distingue deux modalités d'automédication :

- Une première modalité ou l'automédication est « active », ou l'individu agit pour lui-même, qui est la plus fréquente.
- Une seconde modalité ou l'automédication est « passive, l'individu est soumis à l'action ou l'influence d'un tiers », c'est l'exemple des enfants. [2]

Alain Coulomb et Alain Baumelou qui ont réalisé en 2007 à la demande du Ministre de la Santé Xavier Bertrand, une réflexion sur les conditions de développement du secteur de l'automédication en France définissent comme automédication : « le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin » [3]

L'automédication selon ces définitions semble donc s'appliquer aux spécialités de PMF qui n'ont pas fait l'objet d'une consultation médicale, elles n'ont donc été ni prescrites, ni remboursées.

Mais il est important de noter que le terme d'automédication peut toutefois s'appliquer de manière courante à la consommation de médicaments se trouvant dans l'armoire à pharmacie familiale. On trouve donc dans ce cas des médicaments à PMF mais également des médicaments soumis PMO qui ont été prescrits lors de consultations médicales antérieures. Ces médicaments étant réutilisés si l'individu perçoit les symptômes comme étant similaires à ceux ayant entraîné la prescription initiale de la spécialité pharmaceutique.

L'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable (AFIPA) définit les médicaments d'automédication comme des médicaments qui «aux doses thérapeutiques recommandées, ne présentent pas de danger direct ou indirect lié à la substance active qu'ils contiennent, même s'ils sont utilisés sans surveillance médicale. » [4]

Cette association présente également les caractéristiques d'un médicament pour être adapté à l'automédication, celui-ci doit :

- « contenir une substance active adaptée à l'automédication avec un rapport efficacité/sécurité satisfaisant
- être utilisé dans le cadre d'une indication relevant d'une prise en charge par le patient seul (affections bénignes ou banales, affections chroniques avec un diagnostic médical initial et qui ne nécessitent pas de suivi médical...)
- avoir un conditionnement adapté à la posologie et à la durée prévue du traitement
- fournir dans sa notice une information au patient lui permettant de juger de l'opportunité du traitement, de comprendre facilement son mode d'utilisation et de connaître les signes qui doivent inciter à demander l'avis du médecin. » [4]

1.1.2. Les chiffres

Dans la population générale :

Selon une enquête réalisée en 2001 [5], 80% des Français âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir eu recours à l'utilisation de spécialités pharmaceutiques sans consultation médicale préalable. Chez ces personnes 81% ont utilisés des PMF, et 18% des médicaments soumis à PMO.

En 2008, lors d'un sondage TNS pour l'AFIPA [6], 7 Français sur 10 ont déclaré avoir recours à l'automédication, 18% des Français ont déclaré pratiquer souvent l'automédication et 53% ont déclaré la pratiquer parfois.

Chez la femme enceinte :

En 2000, Madame B.Schmitt, sage-femme, réalise une étude dans le but de définir la prévalence de l'automédication chez la femme enceinte et de rechercher des facteurs (médico-obstétricaux et socio-économique) qui pouvaient expliquer le recours à l'automédication. Les résultats montrent que 21,3% des patientes sont concernées par l'automédication. La population de l'étude était composée de 263 patientes. Cette étude

n'a pas mis en évidence de profil particulier chez les femmes qui se sont « automédiquées ». [7]

En 2008, une étude réalisée au centre hospitalier universitaire de Reims sur 223 patientes enceintes met en évidence 23,3% d'automédication. [8]

En 2008 toujours, une étude sur l'automédication concernant 103 patientes d'une maternité en Val de Marne met en évidence un pourcentage plus élevé. En effet dans cette étude, 40% des femmes ont eu recours à de l'automédication pendant leur grossesse. [9].

1.1.3. Pourquoi l'automédication?

Les spécialités pharmaceutiques les plus utilisées dans la population générale et chez les femmes enceintes sont les médicaments dits « de confort. »

D'une manière générale les motifs de recours à l'automédication sont : [3]

- Besoin de soulagement rapide
- Symptômes connus
- Symptômes considérés comme bénins et ne nécessitant pas une consultation médicale.
- Gain de temps et d'argent (évite la perte de temps et d'argent engendrée par la consultation médicale)

Chez la femme enceinte avec une grossesse de déroulement physiologique, les modifications du corps dues à l'état gréviste peuvent donner des petits maux (appelés maux de grossesse et apparaissant souvent de manière transitoire) : Nausées, vomissements, reflux gastro-œsophagien, constipation, douleurs lombaires etc...

Ces symptômes même s'ils sont transitoires et sans gravité, sont désagréables. Ils sont le plus souvent responsables du recours à l'automédication. En effet les femmes

trouvant qu'ils ne justifient pas une consultation puisque « normaux », vont chercher à se soulager par elles-mêmes.

1.1.4. Profil

Il n'existe pas un profil type correspondant à l'individu chez qui le recours à l'automédication serait plus important. Il existe néanmoins certains facteurs qui semblent être favorisants. [5] [10]

- Le sexe : l'automédication est proportionnellement plus importante chez les femmes.
- Le niveau d'étude : Plus le niveau d'étude est élevé et plus l'automédication est importante.
- La catégorie socio-professionnelle : cadres et professions intellectuelles supérieures, professions médicales ou paramédicales surtout.
- L'âge : Chez les 18-45 ans l'automédication serait la plus importante.
- La gestité : Les multipares auraient plus recours à l'automédication que les primipares ou nullipares. Le recours se faisant surtout après l'arrivée du second enfant.

On observe que les femmes entre 18-45 ans sont les plus à même d'avoir recours à l'automédication. Or elles représentent la grande majorité des femmes en âge de procréer, et donc d'être enceintes ou allaitantes.

1.1.5. Facilité du recours à l'automédication en France

Le décret 2008-641 du 30 juin 2008 a permis aux officines de mettre les spécialités de PMF en « libre accès », devant le comptoir.

Le but de ce décret :

- augmenter l'automédication dite responsable,
- augmenter l'autonomie des patients vis-à-vis de leur santé

- responsabiliser les patients et éviter des consultations médicales pour permettre une baisse des dépenses de santé et réduire les couts pour la Sécurité Sociale.

Le déremboursement de nombreuses spécialités pharmaceutiques accompagné de cette politique de « libre accès » a provoqué une accélération de la croissance de l'automédication. [11]

En 2011, le prix de la consultation médicale chez le généraliste est passé de 22 à 23 euros. En sachant que de nombreuses spécialités ne sont plus remboursées, le recours à l'automédication se fait plus fréquent pour éviter une dépense d'argent plus importante, ainsi qu'une perte de temps. De plus pour un symptôme ou une maladie antérieure, il est fréquent de trouver le surplus de médicament dans la boite à pharmacie familiale, (en effet le conditionnement des médicaments en France est souvent trop important). La réutilisation de ces médicaments représente une autre forme d'automédication, car ceux-ci peuvent être soumis à PMO, et sont donc potentiellement dangereux. Toutefois cette réutilisation permet d'éviter une dépense supplémentaire pour le foyer.

1.2. Les risques liés à l'automédication

1.2.1. Les risques dans la population générale

La politique de santé actuelle vise à rendre le patient plus « responsable » de sa santé pour qu'il acquière ainsi une plus grande autonomie.

Le recours à l'automédication est censé permettre de réduire les coûts pour le patient et pour la sécurité sociale, et de favoriser l'autonomie.

Cependant il est important de rappeler que l'automédication n'est pas sans risques et que les accidents liés à son recours peuvent être graves.

Les risques liés à l'automédication sont surtout de 4 types : [12]

- Les risques sans mésusage du médicament : les allergies ou intolérances par exemple.
- Les risques par mésusage médicamenteux : sont liés aux contre-indications ou les indications inappropriées, les erreurs de durée de traitement ou de posologie.
- Les risques par interactions médicamenteuses ou surdosage : surtout chez les personnes prenant un ou plusieurs traitements prescrits. Certaines de ces interactions peuvent se révéler rapidement mortelles. Il est donc important de faire attention aux génériques, le risque de prise additive d'une même molécule est présent dans la mesure où les patients ne savent pas toujours à quoi correspond le médicament générique. Attention à la « poly automédication », qui ne devrait jamais être effectuée sans avoir été conseillée par un pharmacien, ou tout autre professionnel de santé.
- Les risques de retard de diagnostic : Certaines spécialités pharmaceutiques peuvent par leur utilisation « cacher » ou diminuer certains symptômes et ainsi conduire à un retard de prise en charge et de diagnostic important. De même la prise d'automédication sur plusieurs jours alors que l'indication médicamenteuse n'est pas la bonne va retarder le moment du diagnostic et donc la prise du médicament approprié. On a donc un risque d'aggravation de l'affection initiale.

Lors de la réutilisation de médicaments provenant de l'armoire à pharmacie familiale, on peut noter la présence de risques de résistances médicamenteuses qui sont à prendre en compte avec la réutilisation d'antibiotiques par exemple. Il est aussi nécessaire de vérifier les dates de péremptions et la catégorie du médicament par exemple les médicaments pouvant altérer la vigilance. Il existe aussi un risque de potentialisation des médicaments avec l'alcool ou d'autres toxiques. [12]

Il semble donc très important que les patients ayant recours à l'automédication demande conseils auprès de leur médecin ou pharmacien, et lisent attentivement les notices d'informations relative au médicament à utiliser.

1.2.2. Les risques chez la femme enceinte

Chez la femme enceinte l'utilisation de médicaments doit être réduite au minimum, et il faut toujours peser le rapport bénéfices / risques de la mise en place d'un traitement. En effet, le passage transplacentaire de certaines molécules pharmaceutiques est possible. Les risques liés aux médicaments sont liés aux effets que ceux-ci peuvent avoir sur le développement de l'embryon puis du fœtus. Les risques changent en fonction de la période de la grossesse.

Ces risques sont : [13]

- Les effets tératogènes ou malformatifs : présents au premier trimestre
- Les effets foeto-toxiques : surtout présents au second trimestre de la grossesse. Ils se traduisent par des troubles de la croissance ou de la maturation du fœtus.
- Les effets néonataux : liés à une prise de médicament pendant le travail ou en fin de grossesse.

De plus il est important de mentionner que la pharmacocinétique des médicaments change lors de la grossesse. On note en effet un changement dans l'absorption, la distribution, le métabolisme ainsi que dans l'élimination de celui-ci. Ces modifications de la pharmacocinétique sont à mettre en lien avec les modifications physiologiques du corps maternel au décours de la grossesse.

1.3. Les recommandations professionnelles

Les recommandations professionnelles sont données par la Haute Autorité de Santé.

Les recommandations d'avril 2005 [14] ont pour objectif de:

« Décrire l'ensemble des informations que les professionnels de santé impliqués en périnatalité doivent donner à la femme enceinte lors des consultations prénatales à l'occasion du suivi médical, ainsi que les conditions de délivrance de cette information. Elles permettent aux professionnels de santé de bien informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance. »

Il est donc nécessaire d'informer les femmes enceintes des dangers de l'automédication tout au long de la grossesse.

L'HAS écrit :

« Beaucoup de médicaments sont considérés comme dangereux durant la grossesse. Par exemple, la prescription d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) y compris l'aspirine et les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2 (COX2 ou COXIB2) comme le celecoxib ou le rofecoxib est contre-indiquée à partir de 24 SA révolues, même en prise ponctuelle. Il est déconseillé de prendre un AINS au long cours entre 12 et 24 SA.

- Limiter la prescription de médicaments pendant cette période aux seuls cas où le bénéfice du traitement est supérieur au risque pour le fœtus.

- Pour le traitement d'une affection aiguë ou chronique chez une femme enceinte utiliser le traitement le mieux évalué au cours de la grossesse. Programmer les éléments de surveillance chez la mère et l'enfant.

- Si le traitement est nécessaire, expliquer à la femme enceinte le choix de la thérapeutique maternelle envisagée : bénéfices attendus, nocivité moindre pour l'enfant, conséquences éventuelles sur le fœtus.

Un conseil peut être pris auprès d'un centre régional de pharmacovigilance (liste disponible sur le site de l'Afssaps : www.agmed.sante.gouv.fr).

Il est essentiel d'avertir les femmes enceintes que l'automédication (achat de médicaments sans ordonnance ou prise de médicaments sous forme orale, de collyre, pommade, crème ou gel pour application locale, disponibles dans la pharmacie familiale comme les AINS) doit être évitée durant la grossesse.

Avant toute prise de médicaments, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre conseil auprès de leur médecin, sage-femme ou pharmacien. »

En Septembre 2009, L'HAS publie [15] de nouvelles recommandations sur le Projet de grossesse : les informations à donner, messages de prévention à faire passer et les examens à proposer. Dans ces recommandations, L'HAS préconise de :

- « Souligner les risques de l'automédication et expliquer à la femme que la prise de médicaments sans prescription est déconseillée dès qu'un projet de grossesse existe.
- S'informer des médicaments dangereux auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé »

Il semble donc qu'actuellement les politiques de santé public encouragent le recours à l'automédication si celle-ci est « raisonnable », dans le but d'augmenter l'autonomie des patients et de diminuer les dépenses de santé. Toutefois pour être « raisonnable » et minimiser les dangers, il est important de s'informer auprès d'organismes ou de professionnels compétents. De plus l'automédication est à déconseiller chez les personnes « à risques » : Les femmes enceintes ou allaitantes (risque de passage transplacentaire ou dans le lait), les jeunes enfants, les personnes souffrant d'insuffisance rénale, d'hypertension artérielle (risque d'interaction médicamenteuse), les personnes âgées (risque de poly médication)...

L'AFIPA publie quelques recommandations [Annexe 2] pour les individus souhaitant avoir recours à l'automédication, elle précise :

« Si je ne suis pas enceinte, que je n'allait pas, que je ne souffre pas d'une maladie de longue durée, ou si le médicament ne s'adresse pas à un enfant en bas âge, je peux acheter mes médicaments en libre accès ».

Certains organismes de santé publique mettent à la disposition des patients ou des professionnels de santé des informations fiables, permettant ainsi de baisser les risques de l'automédication :

L'ANSM par exemple publie et met régulièrement à jour la liste des spécialités pharmaceutiques (allopathique, homéopathique et à base de plante) disponible en libre accès, ainsi que leurs indications thérapeutiques. [16]

Elle propose également un dossier médicaments et grossesse dans lequel on retrouve les spécialités pharmaceutiques à éviter. [13]

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), est aussi un outil mis à la disposition des professionnels de santé. Il propose un service d'information sur les risques des médicaments, des vaccins, des radiations et des dépendances pendant la grossesse et l'allaitement. [17]

L'automédication chez les femmes enceintes ou allaitantes n'est donc pas un comportement sans danger. Dans le contexte économique et social actuel, de nombreuses familles se retrouvent en situation de précarité, rendant l'accès aux soins et aux informations plus difficile. L'automédication peut donc sembler un moyen idéal de se soigner, c'est pourquoi nous allons maintenant nous intéresser à la précarité chez les femmes enceintes ou allaitantes.

2. LA PRECARITE

2.1. Définitions et contexte.

La définition de la précarité par Joseph WRESINSKI faisant toujours référence aujourd'hui date de 1987:

«La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.»

Cette définition a été émise en Février 1987 dans le Journal Officiel lors d'un rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale.

On parle donc de précarité lorsque les conditions socio-économiques d'un individu sont incertaines. L'individu se trouve alors dans une situation de vulnérabilité et d'insécurité. La pauvreté est différente de la précarité dans la mesure où celle-ci indique un manque, alors que la précarité indique une situation instable. Toutefois si une situation de précarité dure, elle tend généralement vers une situation de pauvreté voire de grande pauvreté.

Les indicateurs de précarité utilisés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) sont :

- Indicateur de précarité monétaire
- Indicateur de précarité liée à l'emploi
- Indicateur de précarité liée aux familles en difficultés
- Indicateur de précarité liée au logement

La précarité n'est donc pas uniquement rattachée à un problème financier, elle concerne également le logement, l'emploi, la sphère affective et émotionnelle..., mais aussi la santé.

La Charte d'Ottawa adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986, énonce :

« La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ». « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé »

2.2. La lutte contre les inégalités

La politique Française de lutte contre les inégalités de santé s'est plutôt concentrée sur l'accès aux soins pour tous. Pour cela un certain nombre de programmes et d'aides sociales a été mis en place. On retrouve la création des PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale d'Etat pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire Français.

La loi Hôpital Santé Patient Territoire de 2009 [18] annonce que :

« Les agences régionales de santé [...] veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». Le

texte énonce de même « le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion » (Art. L. 1434-2 Code de la santé publique).

Pourtant l'inégalité d'accès aux soins reste une réalité. En France, en 2008, 15,5% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières dans les 12 derniers mois. Ces soins sont surtout dentaires et optique. Les femmes renonceraient plus aux soins que les hommes. [19]

2.3. Précarité et grossesse

L'état de grossesse chez les femmes en situation de précarité peut avoir des impacts différents : [20]

- Aggraver la situation de vulnérabilité
- Améliorer les conditions de vie, car la grossesse permet une réintégration dans le système de soin. L'état de grossesse permet aussi d'avoir accès à des conditions d'hébergement d'urgence.

Dans l'enquête nationale périnatale de 2003, on retrouve que 18.7 % des mères avaient des revenus liés à l'allocation chômage, ou au RMI ou à l'API, et 1% déclarait n'avoir aucune ressource. 2.7 % n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse et 2.3 % n'ont pas fait tous les examens ou ne sont pas allées à toutes les consultations pour des raisons financières.

Il est important de noter que 54% des femmes en situation de précarité ont un emploi salarié, et que 80% de ces emplois salariés sont à temps partiel. Avoir un emploi ne protège donc pas des situations de précarité. [21]

Le plan périnatalité de 2005-2007 a été mis en place pour améliorer la prise en charge de la grossesse, avec « plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de

qualité ». « Adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis » fait partie d'un de ses objectifs.

L'enquête nationale périnatale de 2010 montre qu'il y a une augmentation du niveau d'étude chez les femmes enceintes. Elles sont plus nombreuses à travailler et les emplois qu'elles occupent sont plus qualifiés. Cependant la situation pour les groupes les plus vulnérables semble s'être aggravée, avec une hausse du chômage chez les conjoints. Le taux de renoncement aux soins ou aux consultations pour les raisons financières est passé de 2% en 2003 à 4% en 2010 (toutefois en 2010 la question comprend le renoncement aux soins dentaires, qui n'était pas incluse en 2003). [22]

De nombreuses études ont montré que les grossesses chez les femmes précaires sont plus à risque que dans la population générale [23]. En effet l'instabilité de leur situation rend l'accès aux soins difficile, le rapport à la santé chez les individus précaires est donc différent. [24]

Les études montrent que :

- Le suivi de grossesse est moins bon, avec un nombre de consultations prénatales et d'échographies moins important. [25] [28]
- Le nombre et la durée des hospitalisations sont augmentés [26]
- Le nombre d'accouchements prématurés est augmenté [27] [28]
- Le nombre d'enfants nés hypotrophes est plus important [26] [28]
- Le risque d'Apgar bas à la naissance est augmenté [29]
- Les hospitalisations en secteur de néonatalogie sont plus fréquentes [29]

Il est donc important de repérer les femmes enceintes en situation de précarité, pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire de la grossesse. Il faut toutefois faire attention de ne pas marginaliser les femmes qui sont en situation de précarité.

Il existe peu de données dans la littérature faisant référence au comportement d'automédication des femmes enceintes en situation de précarité. C'est pourquoi je cherche à savoir, par mon étude, si ces femmes, en situation instable et dont l'accès aux soins peut se révéler difficile, sont plus à risque d'avoir recours à l'automédication.

Dans l'hypothèse où la précarité est un facteur de risque de recours à l'automédication chez les femmes enceintes, il semblera nécessaire d'effectuer un travail de prévention plus important, pour éviter d'ajouter un danger supplémentaire lors d'une grossesse déjà considérée comme « à risque ».

Partie 2, L'étude.

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

1.1. Méthodologie

1.1.1. Problématique.

La problématique de mon étude est de savoir si la précarité chez les femmes enceintes représente un facteur de risque d'automédication.

1.1.2. Les hypothèses.

Les hypothèses étaient :

- Hypothèse 1: Les femmes enceintes précaires ont plus recours que les autres à l'automédication, du fait des difficultés d'accès aux soins, et des difficultés économiques et sociales.
- Hypothèse 2: Les risques de l'automédication ne sont pas bien connus par les femmes enceintes précaires.
- Hypothèse 3: Il existe une modification du comportement relatif à l'automédication chez les femmes durant la grossesse.

1.1.3. Les objectifs.

Nos objectifs :

- Déterminer s'il existe des facteurs de risque d'automédication chez la femme enceinte et surtout chez celles se trouvant en situation de précarité, ce qui permettrait d'augmenter la prévention.

- Sensibiliser les femmes enceintes aux dangers et contre-indications de l'automédication.

1.1.4. Le lieu de l'étude.

Mon étude s'est déroulée à la maternité Régionale de Nancy, Maternité de niveau III ayant réalisé 3484 accouchements en 2011. Ce choix me permet d'accéder à un échantillon de population varié, la maternité étant publique et couvrant un secteur important.

1.1.5. Le questionnaire.

La distribution:

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire auto-déclaratif [Annexe 3] comportant 24 questions (à choix multiples, ouvertes et fermées), et de la distribution du score national EPICES [Annexe 4] permettant de déterminer si la patiente interrogée se trouve en situation de précarité. Ce score est composé de 11 questions et il varie entre 0: absence de précarité et 100: maximum de précarité.

Avant de donner le questionnaire aux patientes, le sujet, le caractère anonyme ainsi que son but ont été expliqués à celles-ci.

Le questionnaire a été remis par mes soins en mains propres aux femmes après accord de celles-ci. Cela a permis de répondre à leurs interrogations, et de préciser les questions aux patientes qui le demandaient.

La réponse aux questions a bien entendu été effectuée de manière anonyme.

Le retour:

Le retour des questionnaires a lui aussi été fait en mains propres, toujours en accord avec les patientes interrogées. Cela permettait de nouveau de répondre aux interrogations de celles-ci, et permettait de préciser les réponses données.

La population étudiée:

Le questionnaire a été remis à 110 patientes de manière aléatoire dans les différents services de suites de couches de la maternité. Le choix des patientes interrogées s'est fait sur leur présence et leur disponibilité au moment de remettre les questionnaires ainsi que sur leur accord pour y répondre.

Le seul critère d'exclusion a été la non maîtrise de la langue française.

La durée de l'enquête:

Les questionnaires ont été distribués entre les mois de Juillet et Aout 2012.

1.2. Les biais rencontrés.

Le questionnaire a été distribué auprès des patientes des secteurs de suites de couches. Les questions posées portaient sur l'intégralité de la grossesse.

On s'expose donc à un biais de mémorisation. Toutefois, le choix d'interroger les patientes des secteurs de suites de couches et non plus tardivement, permettait de limiter ce biais.

De plus, le questionnaire étant auto-déclaratif, il est impossible de vérifier la véracité des réponses, celle-ci reposant sur la « bonne foi » des patientes. La lecture de certaines questions peut avoir incité des réponses. Le risque étant de faire culpabiliser

les patientes face à certaines questions et que celles-ci choisissent de donner des réponses erronées, mais conformes à ce que l'enquêteur attendrait afin de cacher un comportement qu'elles jugent inadéquat.

1.3. Les difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée lors de la distribution du questionnaire a été de trouver le moment idéal pour aborder les femmes.

En effet, il n'était pas possible de distribuer les questionnaires le matin, en raison du passage du personnel soignant dans toutes les chambres.

Le temps des repas n'était pas non plus approprié, nous avons également fait le choix de ne pas déranger les patientes ayant de la visite, celles occupées à allaiter ou à effectuer des soins de nursing. Les patientes dont les enfants étaient hospitalisés étaient rarement dans leur chambre. Il semblait pourtant important de les interroger pour ne pas créer de biais de sélection, en effet une grande partie de ces patientes ont eu des grossesses incidentées ou à risque.

Le second obstacle rencontré a été les difficultés de compréhensions. Le terme d'automédication n'étant pas compris par la totalité des patientes. Il a été nécessaire de d'expliquer à quoi correspond le terme, en adaptant le discours selon le niveau de compréhension de la patiente.

Il a été également important d'expliquer à nouveau à toutes les patientes ce que nous appelons médicament. En effet de nombreuses patientes associaient le mot uniquement aux formes orales. Oubliant ainsi les collyres, sprays pour inhalation, crèmes, suppositoires, etc... Sans cette précision, les réponses à certaines questions auraient été biaisées.

2. LES RESULTATS

2.1. Analyse descriptive de la population générale.

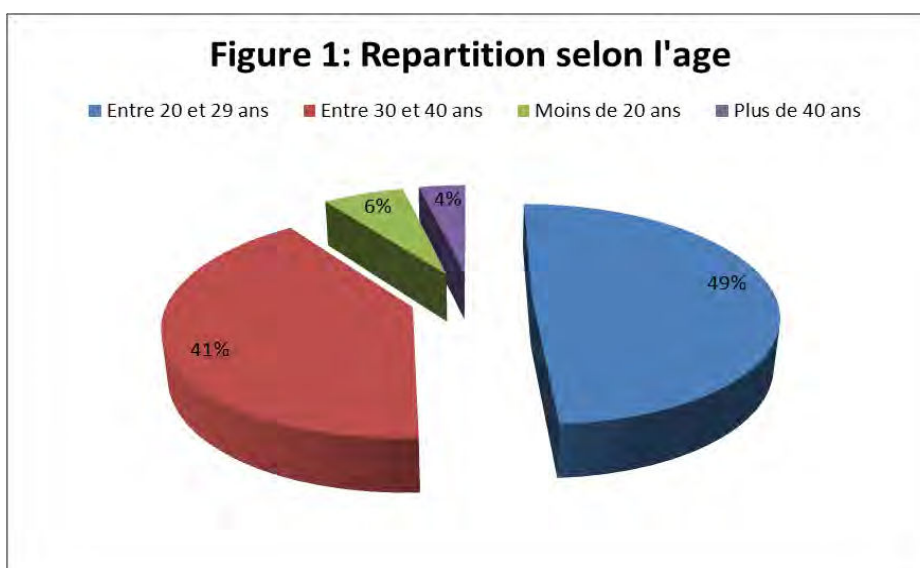
2.1.1. La précarité.

L'utilisation du score EPICES [Annexe 4] pour connaître le nombre de patientes pouvant être considérées comme précaires a permis de mettre en avant dans notre effectif général (n=110), 32 questionnaires pouvant être analysés comme provenant de femmes en situation de précarité. Ce score est composé de 11 questions qui prennent en compte les divers aspects de la précarité.

2.1.2. Les caractéristiques socio-économiques.

Des études effectuées sur l'automédication [5] [10] montrent que certaines caractéristiques socio-économiques semblent être liées au recours à l'automédication, c'est pourquoi nous nous sommes intéressés à celles-ci :

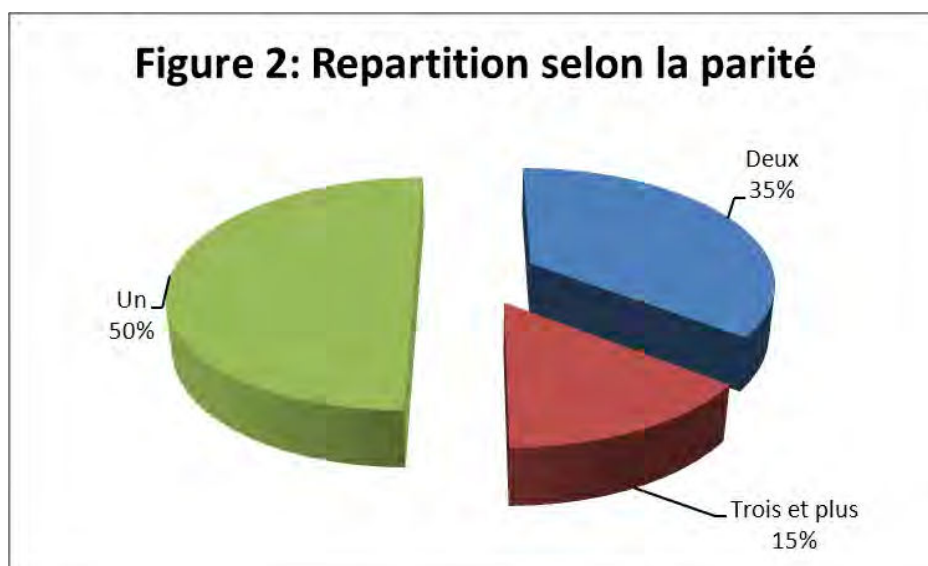
Répartition de la population selon l'âge :



Dans la population étudiée, 49% des patientes (n=54) avaient entre 20 et 29 ans. 41% (n=45) des patientes avaient entre 30 et 40 ans.

On remarque que ces données sont superposables à celles obtenues lors de l'enquête périnatale de 2010, et que les tranches d'âge les plus représentées sont celles ayant globalement le plus recours à l'automédication [5].

Répartition selon la parité :



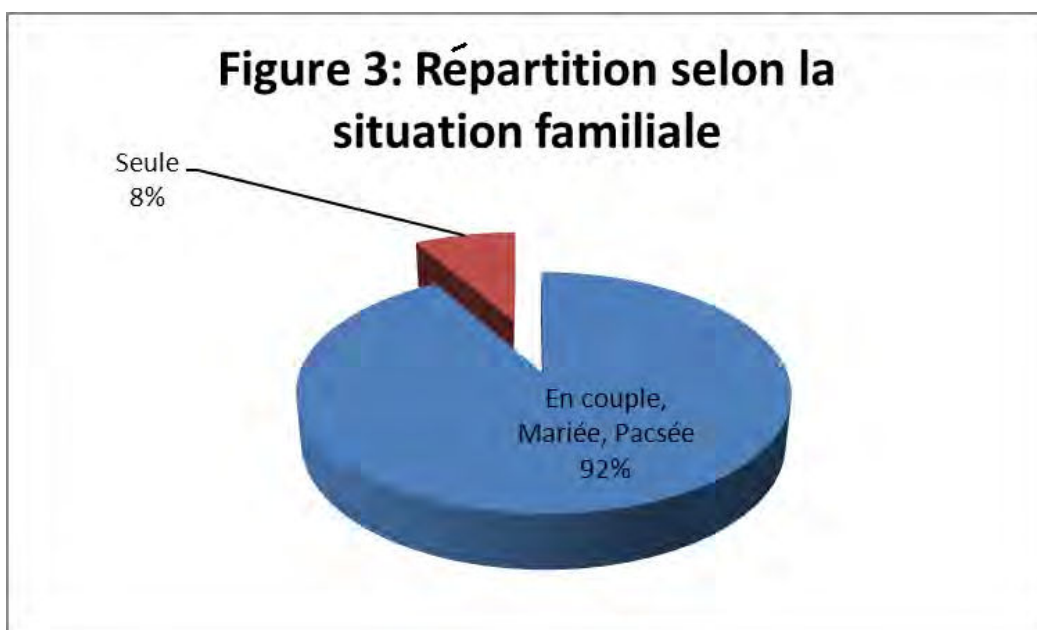
La moitié (n=55) de notre population est primipare. Parmi les patientes multipares, 39 avaient deux enfants et 16 avaient trois enfants ou plus.

Le comportement d'automédication semble être plus présent chez les femmes ayant déjà eu un enfant [3] [10], c'est pourquoi cette variable est intéressante.

Répartition selon la situation familiale :

L'enquête périnatale de 2010 retrouve 7,2% de patientes seules, les résultats obtenus lors de notre étude sont donc superposables. La situation familiale est

importante chez les femmes en situation de précarité, le fait de vivre seule rend l'accès aux soins encore plus difficile.



Répartition selon le pays d'origine :

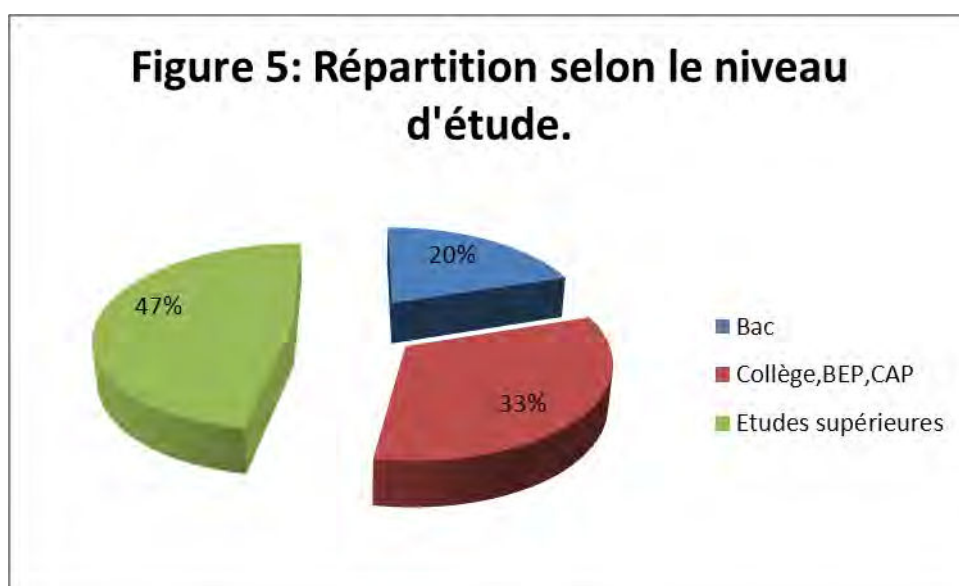


Parmi les nationalités rencontrées : 12 patientes étaient originaire d'Afrique du Nord, 3 étaient originaire du Roumanie, 1 de Russie, et 8 étaient originaire d'Afrique sub-saharienne. Chaque pays possède une culture et une législation différente vis-à-vis

des médicaments, le recours à l'automédication n'est donc pas le même selon l'origine des patientes.

Parmi les 24 femmes étrangères, 14 étaient en situation de précarité, et 4 disent s'être « automédiquées ». Sur ces 4 femmes ayant eu recours à l'automédication, une seule était en situation précaire.

Répartition selon le niveau d'étude :



Ces données sont globalement superposables à celles retrouvées lors de l'enquête périnatale de 2010 qui retrouve 51,9% de femmes ayant fait des études supérieures. Le fait d'avoir effectué des études supérieures semble être un des facteurs principaux prédisposant au recours à l'automédication [10]. En effet, dans notre population, on constate que l'augmentation du niveau d'étude est lié au sentiment de connaissance des dangers de l'automédication ($\chi^2=11,48$ $p=0,0007$ $ddl=1$). Ce sentiment pourrait être à l'origine de l'automédication plus fréquente.

Répartition selon la proportion de femmes ayant exercé une activité professionnelle :



65% des femmes (n=72) interrogées exerçaient une activité professionnelle avant et pendant leur grossesse. Parmi ces femmes 23% avaient une profession à mi-temps. Ces données sont en corrélation avec l'enquête périnatale de 2010 dans laquelle on retrouve 67,2% des patientes ayant un emploi à la fin de leur grossesse.

Parmi les patientes précaires de notre étude (n=32), 40% déclarent avoir une activité professionnelle. Mais seulement 37% d'entre elles ont un travail à temps plein avec un contrat à durée indéterminée.

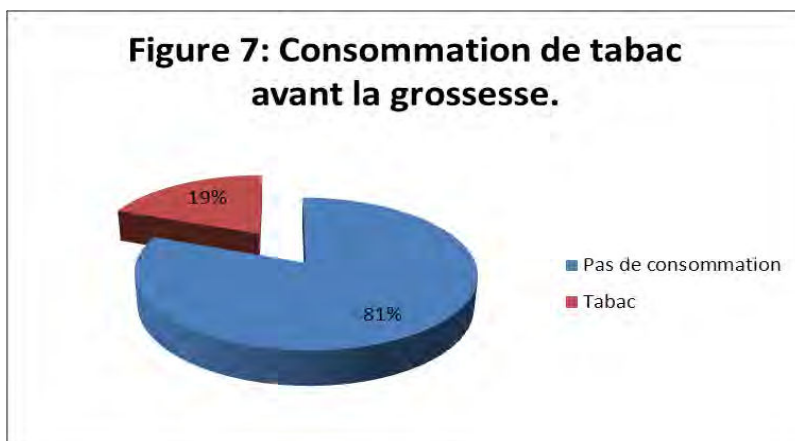
2.1.3. Les addictions.

Répartition selon la consommation de tabac avant la grossesse :

Une étude montre que les personnes ayant recours à l'automédication sont plus souvent consommatrices de toxiques, en particulier de tabac et d'alcool. [31]

Parmi les 21 femmes consommant du tabac avant la grossesse, 11 se trouvaient dans le groupe des femmes précaires.

L'enquête périnatale de 2010 estime qu'environ 33% des femmes fumaient avant leur grossesse, ce chiffre est supérieur à celui de notre étude. Le questionnaire utilisé étant auto-déclaratif, la véracité des réponses ne peut être vérifiée. La consommation de tabac pouvant entraîner un comportement moralisateur de la part des professionnels de santé ou des non-fumeurs, certaines femmes préfèrent cacher leur consommation.



Répartition selon la consommation de tabac pendant la grossesse :



Hors grossesse, 19% des femmes (n=21) consommaient du tabac. On constate que pendant la grossesse, le chiffre passe à 12% (n=13). Soit un total de 8 patientes qui ont arrêté de consommer du tabac.

Sur les 13 patientes qui ont continué à consommer du tabac, 9 se trouvent en situation précaire.

Répartition selon la consommation d'alcool avant la grossesse :

Parmi les patientes interrogées :

- 78 déclarent consommer occasionnellement de l'alcool.
- 6 déclarent consommer régulièrement de l'alcool.
- 26 déclarent ne jamais consommer d'alcool.

Répartition selon la consommation d'alcool pendant la grossesse :

Pendant la grossesse, 5,5% (n=5) des patientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool occasionnellement. Aucune patiente n'a consommé d'alcool de façon régulière.

Une de ces 5 patientes fait partie des femmes précaires.

2.1.4. Le suivi de grossesse et la consommation de médicaments.

Répartition selon le nombre de consultations prénatales effectuées :



Parmi, les 5% (n=6) de patientes ayant eu moins de 7 consultations :

- Quatre ont déclaré n'avoir pas pu se rendre à la consultation pour des raisons de difficultés d'accès à la maternité. (Pas de véhicule, et manque de moyens financiers).
- Une a déclaré n'avoir pas eu le temps et n'avoir personne pour garder ses aînés.
- Une a déclaré avoir oublié de se rendre à la consultation.
- Toutes ces patientes étaient en situation de précarité.

Parmi les 20% ayant eu plus de 7 consultations :

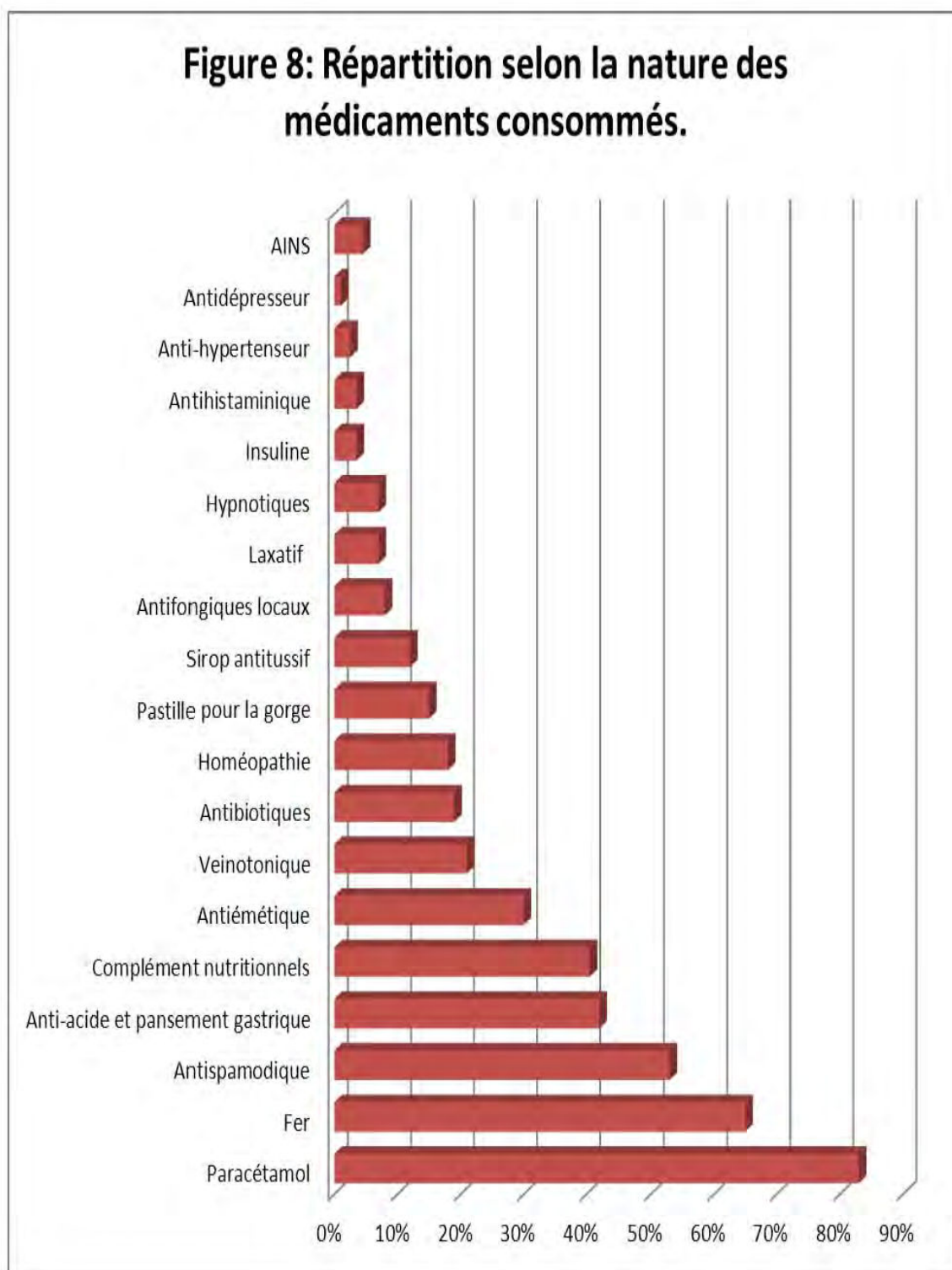
- Trois bénéficiaient d'une surveillance pour de l'Hypertension chronique.
- Une bénéficiait d'une surveillance pour de l'Hypertension gravidique.
- Huit bénéficiaient d'une surveillance pour un diabète gestationnel.
- Deux bénéficiaient d'une surveillance pour un diabète de type 2.
- Sept bénéficient d'une surveillance pour des contractions apparues en cours de grossesse et ayant raccourci le col, sans nécessité de tocolyse.
- Une bénéficiait d'une surveillance pour des saignements au premier trimestre.

Répartition selon la consommation de médicament au cours de la grossesse :

La totalité des patientes interrogées déclarent avoir pris au moins un médicament pendant la grossesse.

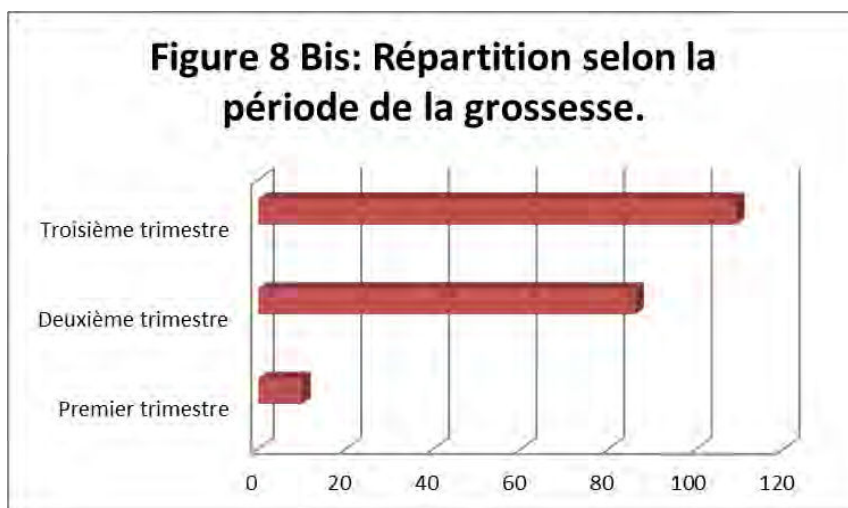
Répartition selon la nature des médicaments consommés :

Parmi les médicaments cités, on retrouve :



Le paracétamol est de loin le médicament le plus consommé pendant la grossesse. On remarque que 5 patientes ont consommé des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Répartition selon la période de la grossesse pendant laquelle le ou les médicaments ont été consommés :



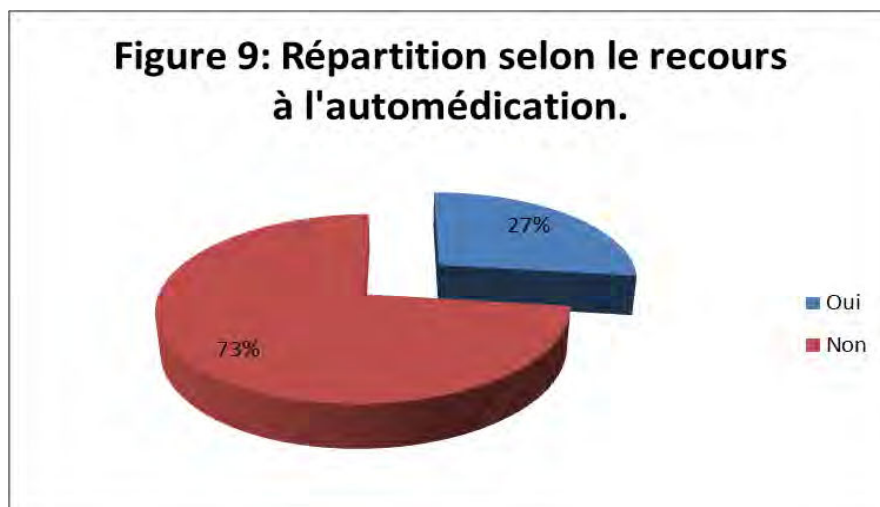
On constate que :

- 99% des patientes ont consommé au moins un médicament lors du troisième trimestre de grossesse.
- 78% des patientes ont consommé au moins un médicament lors du second trimestre.
- 9% des patientes ont consommé au moins un médicament au premier trimestre.

2.2. Analyse descriptive de la population avec automédication.

Répartition selon le recours à l'automédication pendant la grossesse :

On constate que 30 femmes sur les 110 (soit 27%) déclarent avoir utilisé un médicament non prescrit pendant leur grossesse.



Parmi les médicaments utilisés en automédication, les patientes interrogées ont surtout cité le paracétamol : utilisé par 90% des femmes, principalement pour des céphalées, puis ont été mentionné: lombalgies, syndrome grippal, douleurs dentaires.

La seconde spécialité pharmaceutique la plus citée en automédication fut les anti-reflux, ou anti-acide (GAVISCON®) cité par 11 patientes.

On retrouve ensuite les antispasmodiques (SPASFON®) cités par 10 patientes. Les antiémétiques sont mentionnés par 5 patientes. Les pastilles pour la gorge ont été évoquées par 5 femmes, 3 de ces patientes ont également utilisé un sirop antitussif.

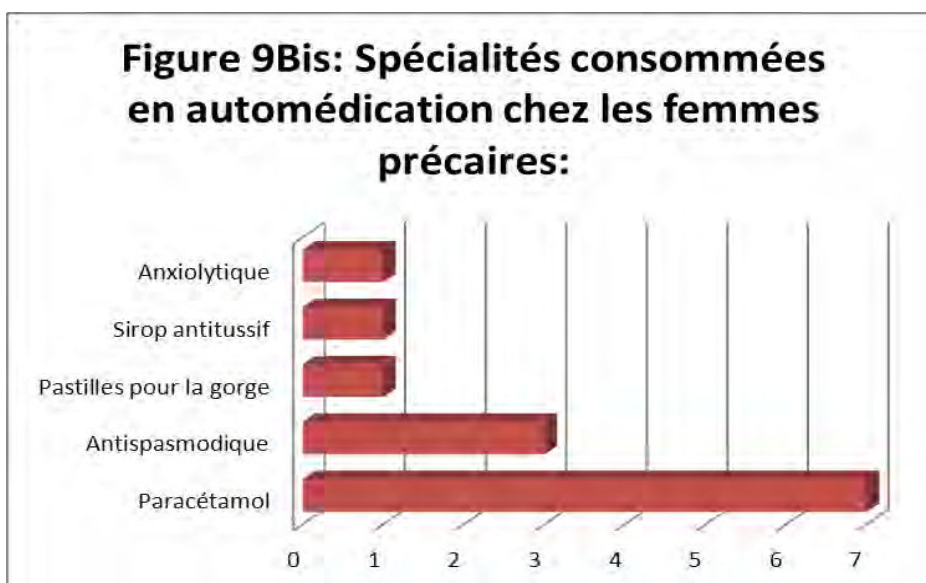
La prise d'hypnotique ou d'anxiolytique (ATARAX® et STILNOX®) est citée par 2 patientes pour lutter contre des troubles du sommeil. Une patiente a mentionné avoir utilisé du citrate de bétaïne pour des troubles de la digestion, et une patiente a utilisé un antihistaminique (ZYRTEC®) pour une allergie saisonnière.

Un anti diarrhéique (IMODIUM®) a été cité par une patiente. L'homéopathie a été évoquée par 2 patientes, pour des troubles du sommeil et un rhume.

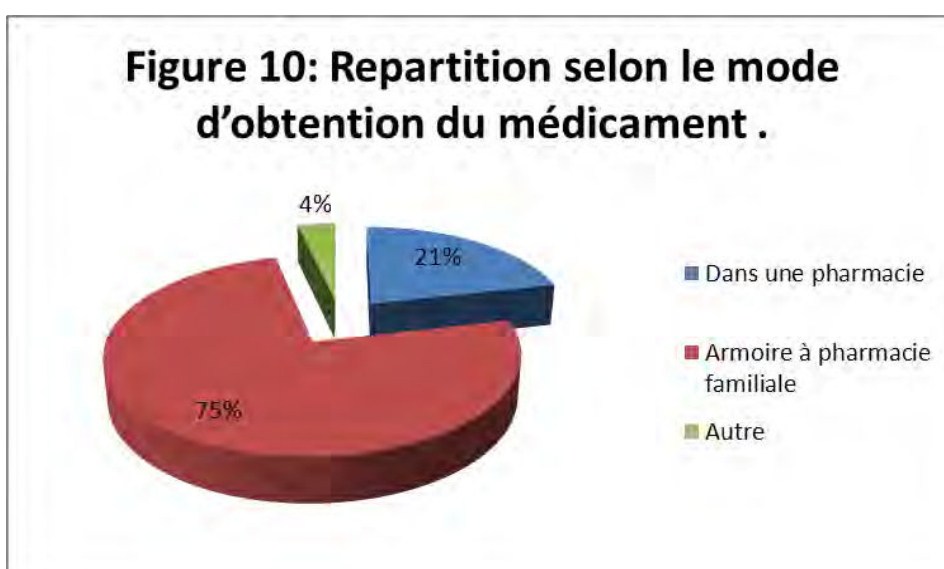
Deux patientes ont mentionné avoir consommé un anti-inflammatoire non stéroïdien, de l'Ibuprofène (lombalgie) pour une et du RHINADVIL® (congestion nasal et céphalée) pour l'autre. Une patiente déclare avoir pris un antibiotique (AUGMENTIN®) pour des maux de gorge persistants.

Les deux femmes ayant pris des AINS et la patiente ayant pris l'antibiotique faisaient partie du groupe de patiente ayant eu les informations sur les dangers de l'automédication et elles ont répondu oui à la question « pensez-vous connaître les dangers de l'automédication ? ».

Parmi les patientes ayant eu recours à l'automédication, 8 étaient en situation précaire, soit environ 25% des femmes en situation de précarité.



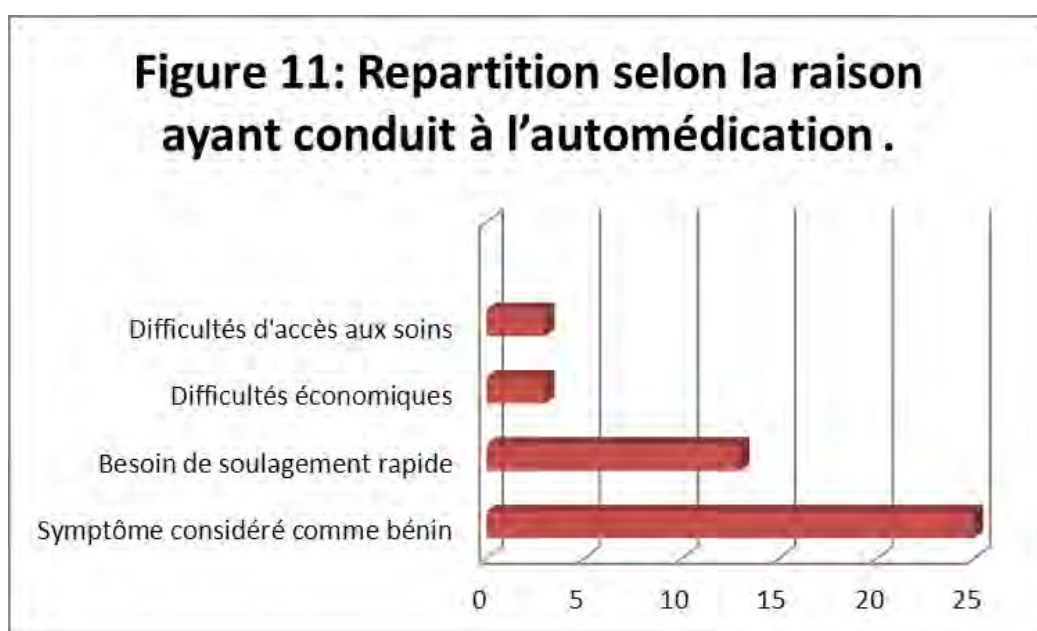
Répartition selon le mode d'obtention du médicament d'automédication :



Une patiente a mentionné avoir obtenu le médicament pris en automédication (Citrates de bétaine®) chez une amie. Cette patiente fait partie des femmes précaires.

On constate que 21% (n=6) des patientes s'étant « automédiquée » sont allées dans une pharmacie, les autres ont utilisé des médicaments obtenus antérieurement. Parmi les femmes s'étant procuré le médicament d'automédication en pharmacie, aucune n'était en situation de précarité.

Répartition selon la raison ayant conduit à l'automédication :



Parmi les 27 patientes qui ont eu recours à l'automédication 25 d'entre elles ont considéré que le symptôme rencontré était connu et considéré comme bénin, ne nécessitant donc pas une visite médicale. 13 mentionnent le besoin d'un soulagement rapide. 4 patientes ont évoqué à la fois une difficulté d'accès aux soins, des difficultés économiques ainsi que le fait que le symptôme soit bénin.

Ces 4 patientes se trouvent parmi les femmes en situation de précarité.

2.3. Les connaissances et le comportement des patientes face à l'automédication.

Répartition selon les connaissances des femmes en matière d'automédication :

A la question : Pensez-vous connaître les dangers de l'automédication ?

Les patientes répondent :



On constate que chez les femmes précaires, 68% déclarent ne pas avoir de connaissances suffisantes, voire ne pas connaître du tout les dangers de l'automédication.

Répartition selon la prévention effectuée pendant la grossesse :

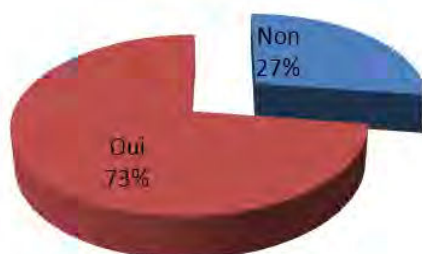
A la question : Avez-vous reçu des informations concernant les dangers en cas d'automédication ou les médicaments à éviter au cours du suivi de votre grossesse ?

Les patientes répondent oui à 56%. Pourtant, la prévention de l'automédication fait partie des recommandations professionnelles données par l'HAS depuis 2005, ce chiffre devrait donc être plus important.

Répartition selon la pratique de l'automédication en dehors de la grossesse :

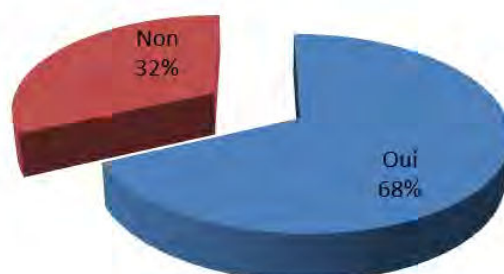
On remarque que 46% (n=15) des femmes précaires déclarent ne pas avoir recours à l'automédication hors grossesse. Parmi ces femmes n'ayant jamais recours à l'automédication, 9 ne sont pas d'origine française.

Figure 13: Répartition selon le comportement d'automédication hors grossesse.



Répartition selon La modification du comportement pendant la grossesse :

Figure 14: Répartition selon la modification de comportement.



Chez les patientes précaires ayant eu recours à l'automédication (n=8), on constate que 5 ont répondu avoir modifié leur comportement lors de leur grossesse.

On constate également que 72% des patientes ayant répondu ne pas avoir modifié leur comportement sont des femmes n'ayant jamais recours à l'automédication.

Répartition selon la source utilisée pour obtenir des informations sur les médicaments :

- 82% des patientes déclarent demander des informations à leur obstétricien ou sage-femme.
- 69% ont mentionné demander à leur pharmacien.
- 33% ont déclaré demander à leur médecin traitant.
- 30% ont cité la lecture de la notice du médicament.
- 12% ont évoqué l'utilisation d'internet.
- 4 patientes ont mentionné la famille ou les amis.

Parmi les 8 femmes précaires qui ont eu recours à l'automédication, 3 ont déclaré demander des informations auprès de leur famille ou amis, et 2 déclarent utiliser internet comme source d'information. Ces deux modes d'obtention d'information ne pouvant pourtant pas être jugé comme fiable.

2.4. Caractéristiques des populations étudiées.

2.4.1. Caractéristiques de la population ayant eu recours à l'automédication.

Chez les patientes ayant eu recours à l'automédication (n=27), chaque variable (âge, parité, situation familiale, pays d'origine, niveau d'étude, activité professionnelle, consommation de toxique, nombre de consultations prénatales, informations reçues,

connaissances des dangers, comportement hors grossesse) a été étudiée afin de connaître si l'une d'elle apparaît comme un facteur de risque d'automédication.

Les tests de Chi2 et de Fisher ont été utilisés en fonction de l'effectif considéré afin de connaître l'existence d'un lien statistique entre deux variables qualitatives analysées. L'une des deux variables restant toujours le recours à l'automédication pendant la grossesse. Le seuil retenu pour déterminer la liaison ou l'indépendance statistique est $p \leq 0,05$.

L'étude a montré le lien entre le fait d'avoir recours à l'automédication hors grossesse et le fait de continuer à y recourir au cours de celle-ci (Chi2=4,58 $p=0,032$ ddl=1). Les tests utilisés n'ont pas montré de dépendance significative entre le fait d'avoir recours à l'automédication et les autres variables étudiées. Il faut toutefois noter que la taille de notre effectif est probablement trop faible pour pouvoir mettre en évidence d'autres dépendances.

Le facteur précarité n'influence donc pas le recours à l'automédication.

2.4.2. Caractéristiques de la population précaire.

Les tests statistiques ont montré que la dépendance est significative :

- Entre le fait d'être précaire et d'être sans profession.
(Chi2=12,33 $p=0,0004$ ddl=1)
- Entre la précarité et le fait de vivre seule.
(Chi2=11,25 $p=0,0007$ ddl=1)
- Entre la précarité et un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat
(Chi2=22,18 $p=0,00001$ ddl=1)
- Entre la précarité et le fait de ne pas s'automédiquer hors grossesse.
(Chi2=8,73 $p=0,0031$ ddl=1)
- Entre la précarité et un nombre de consultations prénatales inférieur à sept. (Chi2=12,82 $p=0,0003$ ddl=1)
- Entre la précarité et la consommation de tabac pendant la grossesse.

(Chi2=7,53 p=0,0060 ddl=1)

- Entre la précarité et la méconnaissance des dangers de l'automédication.
(Chi2=13,46 p=0,0002 ddl=1)

- Entre la précarité et le fait d'être d'origine étrangère.
(Chi2=12,74 p=0,0003 ddl=1)

Variable étudiée :	Précaire (n=32)	Non précaire (n=78)
Avoir une profession	13 (40.6%)	59 (75.6%)
Vivre seule	7 (21%)	2 (2.6%)
Niveau d'étude inférieur au baccalauréat	21 (65.6%)	15 (19.2%)
Ne pas recourir à l'automédication hors grossesse	22 (68.7%)	24 (30.7%)
Nombre de consultations prénatales <7	5 (15.6%)	0 (0%)
Consommation de tabac pendant la grossesse	8 (25%)	5 (6.4%)
Méconnaissance des dangers de l'automédication	15 (46.9%)	15 (19.2%)
Origine étrangère	14 (43.7%)	10 (12.8%)

Tableau 2 : Effectifs obtenus dans la population précaire et non précaire en fonction des variables étudiées.

Chez ces patientes en situation de précarité, on constate que le nombre de consultations prénatales inférieures à sept est plus important, le nombre d'occasion pour le personnel de santé d'effectuer un message de prévention, et de répondre aux interrogations est donc diminué.

Parmi celles qui se sont « automédiquées », la moitié déclare l'avoir fait pour des raisons économiques et de difficultés d'accès aux soins.

On constate aussi que chez les femmes d'origine étrangère, qu'elles soient en situation de précarité ou non, le recours à l'automédication hors grossesse est plus faible (48%) que dans la population générale (73%). Toutefois, la méconnaissance des dangers liés à l'automédication est plus importante chez ces femmes (62%) que dans la population générale (48%).

3. DISCUSSION

3.1. Retour sur les hypothèses.

3.1.1. Les femmes enceintes précaires ont plus recours que les autres à l'automédication, du fait des difficultés d'accès aux soins, et des difficultés économiques et sociales :

D'après les résultats obtenus dans notre étude, cette première hypothèse n'est pas vérifiée. Le pourcentage d'automédication chez les patientes en situation de précarité (25%) est sensiblement le même que dans la population générale (27%).

3.1.2. Les risques de l'automédication ne sont pas bien connus par les femmes enceintes précaires :

Cette seconde hypothèse est validée par notre étude. En effet, les tests statistiques réalisés montrent une forte dépendance entre la précarité et le fait de méconnaître les dangers liés à l'automédication.

Notre étude met également en évidence une forte dépendance entre la précarité et un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, le fait de vivre seule, et le fait d'avoir moins de sept consultations prénatales. Ces différents facteurs peuvent être mis directement en relation avec la méconnaissance du danger.

Le faible niveau d'instruction des patientes précaires peut en effet donner lieu à des difficultés de compréhension, voire d'accès aux informations (documents écrits chez les patientes analphabètes par exemple). En vivant seule, l'accès aux soins peut se révéler très difficile : manque de moyens financiers, difficulté à faire garder les aînés... Ces problèmes pour accéder aux soins sont également à l'origine d'un nombre de consultations prénatales plus faible, ce qui peut entraîner une augmentation de la méconnaissance car ainsi ces femmes risquent de recevoir moins d'informations de

prévention et de sensibilisation. De même ces consultations ne peuvent pas être mises à profit pour répondre à leurs interrogations.

3.1.3. Il existe une modification du comportement relatif à l'automédication chez les femmes durant la grossesse.

Cette dernière hypothèse est vérifiée dans notre étude puisque les pourcentages s'inversent :

- Hors grossesse : 73% d'automédication
- Pendant la grossesse : 27% d'automédication.

Parmi les patientes qui avaient répondu ne pas avoir recours à l'automédication hors grossesse, aucune ne s'est « automédiquée » pendant celle-ci.

Les résultats de l'étude nous permettent de montrer que l'automédication reste un comportement présent chez les femmes enceintes, mais que la fréquence de ce comportement est nettement diminuée pendant la grossesse. Il existe donc une modification du rapport aux médicaments pendant cette période.

Nous constatons que 66% des femmes ayant reçu des informations sur l'automédication ont modifié leur comportement. Pourtant parmi les 61 femmes qui ont reçu un message de prévention, seulement la moitié pense connaître les dangers. La baisse du comportement d'automédication n'est donc pas à mettre en lien direct avec la prévention effectuée par les professionnels de santé.

On remarque que 5 des patientes qui ont eu recours à de l'automédication ont répondu avoir changé leur comportement durant la grossesse. Il aurait été intéressant de leur demander dans quelles mesures elles estiment avoir modifié leur comportement.

Chez les patientes précaires, on constate également une baisse de l'automédication au cours de la grossesse. Cette baisse est plus faible que dans la population générale, cela s'explique car les chiffres d'automédication hors grossesse sont moins importants au sein de notre population en situation de précarité :

- Automédication hors grossesse : 48%
- Automédication pendant la grossesse : 25%.

3.2. Retour sur les objectifs, et propositions.

3.2.1. Déterminer s'il existe des facteurs de risque d'automédication chez la femme enceinte et surtout chez celles se trouvant en situation de précarité, ce qui permettrait d'augmenter la prévention :

Le seul facteur de risque retrouvé dans notre étude est l'automédication hors grossesse, toutefois comme ce comportement touche 73% de notre population et jusque 80% de la population française selon la littérature [6], cette variable ne permet pas de mettre en avant un profil de patiente. Un effectif plus grand aurait sûrement permis de trouver des données identiques à celles décelées dans la littérature. On peut toutefois affirmer que la précarité n'est pas un facteur de risque.

En ce qui concerne les facteurs de risque d'automédication au sein de notre population précaire, les tests statistiques ne montrent pas d'éléments pouvant être liés au comportement d'automédication.

L'étude ne montre pas de profil de patientes à encadrer plus particulièrement, car à risque de « s'automédiquer » plus que les autres. Mais elle met en avant le fait que les risques de ce comportement sont mal connus par les patientes, et plus particulièrement les femmes précaires et les femmes étrangères. La prévention doit donc être plus « marquante » chez ces femmes, pour éviter des accidents.

3.2.2. Sensibiliser les femmes enceintes aux dangers et contre-indications de l'automédication :

L'étude montre que seulement 56% des femmes interrogées ont été sensibilisées aux dangers de l'automédication. Pourtant cette sensibilisation fait partie des recommandations professionnelles.

Notre étude montre également que la prévention au cours de la grossesse ne permet pas de faire baisser significativement le comportement d'automédication des femmes enceintes. Pourtant elle est importante pour sensibiliser les femmes aux médicaments à ne pas utiliser, et ainsi éviter les accidents liés aux prises médicamenteuses.

La sage-femme possède un rôle très important dans les actions de préventions et de sensibilisations aux femmes enceintes, car c'est maintenant souvent à elle que revient le suivi des grossesses physiologiques.

Au cours des consultations prénatales, de nombreuses informations doivent être données et de nombreux aspects de la grossesse abordés, tout ceci dans un temps souvent très court. Pourtant il est nécessaire de trouver quelques secondes en début de grossesse pour sensibiliser les femmes aux réactions différentes de ce nouveau corps en changement, face aux médicaments ainsi qu'au passage transplacentaire de certaines molécules. Il n'est pas forcément nécessaire de donner des noms de spécialités, qui ne seront pas toujours retenus, mais plutôt d'encourager les femmes à consulter ou contacter un professionnel de santé pour se renseigner sur le médicament qu'elles envisagent de prendre.

Il serait intéressant que la personne effectuant le suivi demande en début de grossesse si la patiente a pour habitude de « s'automédiquer ». Cette question permettrait d'évoquer avec la patiente les différentes alternatives non médicamenteuses utilisables pendant la grossesse pour contrer les « maux » de celle-ci : changements posturaux, hygiéno-diététiques, acupuncture, homéopathie etc. L'entretien prénatal précoce semble être un moment tout désigné pour aborder l'automédication, car c'est un moment d'échange, toutefois, comme il est généralement réalisé vers le 4^{ème} mois de grossesse, il intervient après l'organogénèse et ne permet donc pas de prévenir les risques tératogènes liés aux prises de médicaments. La meilleure sensibilisation serait donc celle faite en préconception.

Si l'information n'est pas transmise au décours des consultations, la personne effectuant le suivi de grossesse devrait vivement encourager la patiente à lire le Carnet de Maternité délivré en début de grossesse. En effet, ce carnet est un véritable recueil

d'informations. Il contient de nombreux messages de prévention, tout en étant imagé, ce qui permet une compréhension par le plus grand nombre.

Une pancarte grand format du même type que celles utilisées pour la campagne de sensibilisation contre l'alcool et le tabac (avec image et phrase « choc ») pourrait également être affichée dans les salles d'attentes des services de consultations et d'échographie prénatales.

Nous avons vu que les femmes en situation précaires ont souvent une méconnaissance des risques liés à l'automédication, mais elles ont autant recours à l'automédication pendant la grossesse que les autres, il est donc nécessaire d'insister sur la prévention chez ces patientes dont l'accès aux soins est difficile. Se pose alors un autre souci, celui de détecter la précarité chez les patientes.

Les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile et les sages-femmes libérales qui se rendent chez les patientes en situation difficile jouent un rôle essentiel. Les messages de prévention peuvent alors être plus « personnalisés », en fonction du niveau de connaissance et de compréhension des patientes, ils auront alors plus d'impact.

Conclusion

En France, l'automédication est très présente et tend à se développer grâce aux politiques actuelles. Ce comportement n'est pas sans risques surtout lorsqu'il survient pendant une grossesse.

Ce travail a d'abord montré que l'automédication chez les femmes enceintes est une réalité, elle est utilisée surtout pour soigner les « petits maux de grossesse » dont les symptômes apparaissent comme bénins, et ne nécessitant donc pas de consultation médicale. Bien que la grande majorité des femmes interrogées ait consommé des médicaments « de confort » a priori sans dangers, on a pu constater que deux patientes ont utilisé des AINS, tout en disant connaître les dangers de l'automédication. Par ailleurs seulement la moitié des femmes interrogées pense connaître les risques liés à ce comportement. Chez les femmes précaires, ce chiffre passe à un tiers. On constate pourtant que le recours à l'automédication est aussi important chez les femmes précaires que dans la population générale. Le risque d'accidents liés aux médicaments augmente chez ces patientes plus vulnérables.

Seulement un peu plus de la moitié des patientes ayant répondu au questionnaire dit avoir été sensibilisé aux dangers de l'automédication pendant leur grossesse. L'automédication fait pourtant partie des éléments à aborder au cours des consultations. Afin d'empêcher la survenue d'accidents évitables, des mesures de sensibilisations aux dangers des médicaments pendant la grossesse doivent être utilisées. La sage-femme, qui assure l'accompagnement et le suivi des grossesses physiologiques devrait donc s'assurer que le message est compris par toutes les patientes, en particulier chez les patientes précaires dont les grossesses sont souvent plus difficiles.

Peut-être que les sages-femmes devraient elles plus encourager les patientes à lire les informations contenues dans le carnet de maternité ? Il serait aussi intéressant d'étudier le recours à l'automédication chez les femmes de nationalité étrangère, notre étude ayant montré que leurs connaissances des risques étaient très faibles.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GSK, GlaxoSmithKline. *L'automédication*. Octobre 2009:
http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/consommation_soin/automedication.htm. [Consulté le 13/08/12].
- [2] OMS : http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/ayi_gilles.pdf
- [3] A.COULOMB, A.BAUMELOU. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs. Ministère de la santé et de la protection sociale. 2007
- [4] AFIPA *Qu'est-ce que l'automédication responsable*.
<http://www.afipa.org/1-afipa-automedication/119-1-automedication-responsable/304-qu-est-ce-que-l-automedication.aspx> [Consulté le 13/08/12]
- [5] Enquête Afipa- Sofres. 2001
- [6] Sondage TNS pour l'Afipa. Janvier 2008
- [7] B.SCHMITT. L'automédication chez la femme enceinte. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. Avril 2002. Vol. 31, n°2, p. 211
- [8] S.MIKOU, A-C.BUIRE, T.TRENQUE. Automédication chez la femme enceinte. Centre Régional de Pharmacovigilance et de Pharmaco-épidémiologie, CHU Reims, 2008.
- [9] A.POUCHAIN. *Consommation de médicaments pendant la grossesse : les femmes enceintes ont-elles recours à l'automédication ?* Thèse pour le DE de Docteur en Médecine. 2008.
- [10] J.POUILLARD. Les aspects sociologiques et économiques de la pratique de l'automédication. *Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des*

médecins. Février 2001.

[11] AFIPA. Suivi de la mise en place du libre accès des médicaments d'OTC. Enquête de Médian Conseil - Octobre 2008

[12] P.QUENEAU, L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine*. Mai 2008. Volume 4, Numéro 5, 203-6.

[13] ANSM. *Médicaments et grossesse*.
[http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/(offset)/0) [consulté le 25/06/2012].

[14] HAS. *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* Avril 2005.

[15] HAS. *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examen à proposer*. Septembre 2009.

[16] ANSM. *Médicament en accès direct*.
[http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/(offset)/0) [consulté le 14/08/2012].

[17] Le CRAT : <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>

[18] LEGIFRANCE. *Loi « HPST »*
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=596337450&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> [consulté le 14/08/2012]

[19] C.DEPRES, P. DOURGNONA, R.FANTIN. *Le renoncement aux soins*. Questions d'économie de la santé, n° 170, Novembre 2011.

- [20] L.BRUNET, S.CARPENTIER, A.LAPORTE, D.POURETTE, B.GUILLON. *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*. Rapport du Samu Social, juin 2005.
- [21] O.CHARDON, F.DAGUET, E.VIVAS. *Les familles monoparentales : des difficultés à travailler et à se loger*. INSEE première, n°1195, juin 2008.
- [22] DRESS. *La situation périnatale en France en 2010*.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf> [consulté le 14/08/2012]
- [23] M.GAYRAL-TAMINH, L.DAUBISSE-MARLIAC, M.BARON M, G.MAUREL, JM.REME, H.GRANDJEAN. *Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005 ; 34 : 23-32.
- [24] M.COLLET. *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interaction avec les logiques de santé*. Mémoire de DEA de sociologie. Septembre 2001.
- [25] DRESS. *Disparités sociales et surveillance de grossesse*. Janvier 2007
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf> [consulté le 14/08/2012]
- [26] B .BLONDEL. *Déroulement de la grossesse et santé périnatales chez les femmes en situation précaire*. Réalité en gynécologie et obstétrique, Novembre 2010, 1-5
- [27] C.LEJEUNE. *Prématurité et précarité*. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2008 ; 21 : 344-348.
- [28] Société française de médecine périnatale, enquêtes nationales INSERM, *39ème journées nationales de médecine périnatale*. 2009. p 3 à 91.
- [29] M.CONVERS. *Utilisation du score Epices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse*. La Revue Sage-Femme, Février 2010.

[30] S.BUITENDIJK, MB.BRACKEN. *Medication in early pregnancy: prevalence of use and relationship to maternal characteristics*. American journal of Obstetrics and gynecology. Juillet 1991.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
Liste des abreviations	6
Introduction	7
Partie 1, Les généralités sur l’automédication et la précarité	8
1. les médicaments et L’automédication	9
1.1. Les différents types de médicaments	9
1.1.1. Définitions de l’automédication	10
1.1.2. Les chiffres	12
1.1.3. Pourquoi l’automédication?	13
1.1.4. Profil.....	14
1.1.5. Facilité du recours à l’automédication en France	14
1.2. Les risques liés à l’automédication	15
1.2.1. Les risques dans la population générale.....	15
1.2.2. Les risques chez la femme enceinte	17
1.3. Les recommandations professionnelles	17
2. La precarite	21
2.1. Définitions et contexte	21
2.2. La lutte contre les inégalités.....	22
2.3. Précarité et grossesse.....	23
Partie 2, L’étude	26
1. description de l’étude	27
1.1. Méthodologie	27
1.1.1. Problématique	27
1.1.2. Les hypothèses	27
1.1.3. Les objectifs	27
1.1.4. Le lieu de l’étude.....	28
1.1.5. Le questionnaire	28
La distribution:	28
Le retour:	29
La population étudiée:.....	29
La durée de l’enquête:.....	29
1.2. Les biais rencontrés.....	29
1.3. Les difficultés rencontrés	30
2. Les resultats	31
2.1. Analyse descriptive de la population générale.....	31
2.1.1. La précarité.....	31
2.1.2. Les caractéristiques socio-économiques	31
Répartition de la population selon l’âge :	31
Répartition selon la parité :	32

Répartition selon la situation familiale :	32
Répartition selon le pays d'origine :	33
Répartition selon le niveau d'étude :	34
Répartition selon la proportion de femmes ayant exercé une activité professionnelle :	35
2.1.3. Les addictions.....	35
Répartition selon la consommation de tabac avant la grossesse :	35
Répartition selon la consommation de tabac pendant la grossesse :	36
Répartition selon la consommation d'alcool avant la grossesse :	37
Répartition selon la consommation d'alcool pendant la grossesse :	37
2.1.4. Le suivi de grossesse et la consommation de médicaments.....	37
Répartition selon le nombre de consultations prénatales effectuées :	37
Répartition selon la consommation de médicament au cours de la grossesse : ..	38
Répartition selon la nature des médicaments consommés :	38
Répartition selon la période de la grossesse pendant laquelle le ou les médicaments ont été consommés :	40
2.2. Analyse descriptive de la population avec automédication.	40
Répartition selon le recours à l'automédication pendant la grossesse :	40
Répartition selon le mode d'obtention du médicament d'automédication :	42
Répartition selon la raison ayant conduit à l'automédication :	43
2.3. Les connaissances et le comportement des patientes face à l'automédication.	44
Répartition selon les connaissances des femmes en matière d'automédication : ..	44
Répartition selon la prévention effectuée pendant la grossesse :	44
Répartition selon la pratique de l'automédication en dehors de la grossesse : ...	45
Répartition selon La modification du comportement pendant la grossesse :	45
Répartition selon la source utilisée pour obtenir des informations sur les médicaments :	46
2.4. Caractéristiques des populations étudiées.....	46
2.4.1. Caractéristiques de la population ayant eu recours à l'automédication.	46
2.4.2. Caractéristiques de la population précaire.	47
3. Discussion.....	50
3.1. Retour sur les hypothèses.....	50
3.2. Retour sur les objectifs, et propositions.	52
3.2.1. Déterminer s'il existe des facteurs de risque d'automédication chez la femme enceinte et surtout chez celles se trouvant en situation de précarité, ce qui permettrait d'augmenter la prévention :	52
3.2.2. Sensibiliser les femmes enceintes aux dangers et contre-indications de l'automédication :	52
Conclusion.....	55
Bibliographie	56
TABLE DES MATIERES	60
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	II
Annexe 3.....	III
Annexe 4.....	VII

ANNEXE 1

L'article L. 5132-6 (Modifié par Ordonnance n°2011-1922 du 22 décembre 2011 - art. 2) du code de la Santé Publique établit en France le système de liste I ou II :

« Les listes I et II mentionnées au 4° de l'article L. 5132-1 comprennent :

1° Certaines substances classées dangereuses pour la santé conformément à l'article L. 1342-2 ;

2° Les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé ;

3° Les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale ;

4° (Abrogé)

5° Tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects.

La liste I comprend les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé. »

ANNEXE 2

L'AFIPA publie :

« Si je ne suis pas enceinte, que je n'allait pas, que je ne souffre pas d'une maladie de longue durée, ou si le médicament ne s'adresse pas à un enfant en bas âge, je peux acheter mes médicaments en libre accès.

Etape 1 : J'identifie mes symptômes.

Nez qui coule, troubles digestifs, bouton de fièvre..., ce sont des petits maux auxquels j'ai déjà été confronté.

Etape 2 : Je passe à l'espace libre accès de ma pharmacie et je demande conseil à mon pharmacien.

Je repère les médicaments qui me semblent les mieux appropriés grâce aux indications sur les boîtes. J'hésite entre plusieurs médicaments ? J'ai besoin de précisions ? Je demande conseil à mon pharmacien. Dans tous les cas, je lui demande de me confirmer que j'ai fait le bon choix.

Etape 3 : Je lis la notice et je prends les médicaments en respectant la posologie et la durée précisées.

Avec les conseils de mon pharmacien et après lecture de la notice, je sais exactement ce que je dois prendre et sur quelle durée. Je conserve l'emballage et la notice, qui contiennent toutes les informations qui pourraient m'être utiles (indications, limite d'âge, présentation, composition, précautions d'emploi, effets indésirables possibles, conditions de conservation...).

Etape 4 : Si les symptômes persistent au-delà de la durée de traitement ou s'aggravent, je consulte mon médecin.

Je ne prends pas de risque. Je vais voir mon médecin au moindre signe d'aggravation ou de prolongement des symptômes et je lui précise quel traitement d'automédication j'ai pris lorsque je le rencontre. »

ANNEXE 3

Le questionnaire.

Etant étudiante sage-femme en troisième année à l'école de Nancy, je me permets de vous solliciter pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude portant sur l'automédication au cours de la grossesse. Je m'intéresse particulièrement à l'impact que peuvent avoir les situations de précarité sur ce comportement.

Les réponses sont données de façon anonyme.

1. Quel âge avez-vous?

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Plus de 40 ans

2. Combien d'enfants avez-vous à charge?

- Un
- Deux
- Trois et plus

3. Quel est votre pays d'origine?

-

4. Quel est votre situation familiale?

- Seule
- En couple, Mariée, Pacsée

5. Quel est votre niveau d'étude?

- Collège, BEP, CAP
- Baccalauréat
- Etudes supérieures

6. Avez-vous exercé une situation professionnelle avant et/ou pendant la grossesse?

- Oui
- Non

7. Avez-vous l'habitude de fumer avant votre grossesse ?

- Oui
- Non

8. Avez-vous consommé du tabac pendant votre grossesse?

- Oui
- Non

9. Consommiez-vous des boissons alcoolisées avant votre grossesse?

- Jamais
- Occasionnellement
- Quotidiennement

10. En avez-vous consommé pendant votre grossesse?

- Jamais
- Occasionnellement
- Quotidiennement

11. Combien de consultation de suivi de grossesse avez-vous eu?

- Moins de sept consultations
- Sept consultations
- Plus de sept consultations

12. Si 'Moins de sept' ou 'Plus de sept consultations', précisez pour quelles raisons:

-

13. Avez-vous eu recours à l'utilisation de médicaments durant votre grossesse?

- Oui
- Non

14. A quel type de médicament avez-vous eu recours?

-

15. A quel moment de votre grossesse le recours à ces médicaments a-t-il eu lieu?

- Au cours du premier trimestre
- Au cours du second trimestre
- Au cours du dernier trimestre

16. Avez-vous pris des médicaments de votre propre initiative et sans prescription médicale pendant votre grossesse?

- Oui
- Non

17. Si « Oui », veuillez citer le ou les médicaments que vous avez consommés en automédication ainsi que le motif ayant conduit à la prise médicamenteuse:

-
-

18. Comment vous êtes-vous procuré les médicaments utilisés?

- Dans une pharmacie
- Chez vous (armoire à pharmacie)
- Autre :

19. Pour quelle raison n'êtes-vous pas allée consulter votre médecin traitant, obstétricien ou sage-femme avant de prendre l'initiative d'utiliser le médicament? :

- Besoin de soulagement rapide
- Symptôme considéré comme bénin
- Difficultés d'accès à un professionnel de santé
- Difficultés économiques
- Autre :

20. Pensez-vous connaître les dangers de l'automédication?

- Oui
- Non
- Vous pensez ne pas avoir de connaissances suffisantes

21. Avez-vous reçu des informations concernant les dangers en cas d'automédication ou les médicaments à éviter au cours du suivi de votre grossesse?

- Oui
- Non

22. Hors grossesse, avez-vous recours à l'automédication?

- Oui
- Non

23. Pensez-vous avoir eu une modification de votre comportement relatif à l'automédication pendant votre grossesse?

- Oui
- Non

24. Vers quel professionnel de santé ou autre vous tournez vous pour obtenir des informations sur les médicaments que vous utilisez?

- Médecin traitant
- Gynécologue/Obstétricien
- Sage-femme
- Pharmacien
- Notice du médicament
- Internet
- Famille/Amis
- Autre

Suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie d'avoir consacré un peu de temps aux réponses de ce questionnaire.
En espérant que celui-ci vous a intéressé.

ANNEXE 4

Le score EPICES.

Les 11 questions du score Epices

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	
	TOTAL		

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de BIBLOT Philippine - Année 2013

L'automédication chez la femme enceinte : La précarité comme facteur de risque ?

Directeur de mémoire : PICHON Marie Laure. Sage-femme.

Expert : COLLINET Laurent. Pharmacien.

Résumé : L'automédication est une réalité chez les femmes enceintes, pourtant c'est un comportement déconseillé en raison des risques liés aux modifications physiologiques du corps pendant la grossesse et les risques fœtaux. La précarité chez les femmes enceintes conduit souvent à des grossesses risquées, et à un suivi délicat. Ces femmes ont de réelles difficultés pour accéder aux soins. C'est pourquoi nous avons cherché à déterminer si la précarité pouvait être considérée comme facteur de risque d'automédication afin d'axer plus spécifiquement la sensibilisation sur ces patientes. L'étude n'a pas montré d'influence sur l'automédication, mais les résultats dévoilent une méconnaissance importante des dangers chez les patientes précaires. Celle-ci pouvant être à l'origine d'accidents évitables par des mesures de prévention.

Mots clés : Automédication, Précarité, Grossesse, Prévention, Sensibilisation.

Summary: Self-medication is a reality inside the pregnant women population, yet it is a behavior disadvised because of the risks bound to the physiological modifications of the pregnant body and the fetal risks. The precariousness often leads to risky pregnancies, and has a delicate pregnancy monitoring. These women have real difficulties to reach the care. That is why we tried to determine if the precariousness could be considered as risk factor of self-medication to focus more specifically the sensitization on these patients. The study did not show influence on the self-medication, but the results reveal an important misunderstanding of the dangers by precarious women. This misunderstanding can be at the origin of avoidable accidents by using prevention measures.

Keywords: Self-medication, Precariousness, Pregnancy, Prevention, Sensitization.