

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



U.S.T.T.B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



FACULTE DE PHARMACIE
(FAPH)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020

THESE N°

THESE

**PREVALENCE DE L'AUTOMEDICATION
CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE
SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU
CHU POINT G.**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../...

Devant la Faculté de Pharmacie par :

Monsieur **KOUMAKO KOMI DODJI**

Pour obtenir le grade de docteur en Pharmacie

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Professeur Elimane MARIKO
Directeur : Professeur Ababacar Ibrahim MAIGA
Co-directeur : Docteur Sanou Khô COULIBALY
Membres : Professeur Augustin Tioukani THERA
Docteur Balla Fatogoma COULIBALY



LISTE DES ENSEIGNANTS

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS
ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE
2019-2020**

ADMINISTRATION :

DOYEN :	Boubacar TRAORE, Professeur
VICE-DOYEN :	Sekou BAH ,Professeur
SECRÉTAIRE PRINCIPAL :	Seydou COULIBALY, Administrateur Civil
AGENT COMPTABLE :	Famalé DIONSAN, inspecteur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
2	Mahamadou	CISSE	Biologie
3	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
4	Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
5	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
6	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
7	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
8	Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
9	Alou A.	KEÏTA	Galénique
10	Mamadou	KONE	Physiologie
11	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
12	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
13	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
14	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
15	Saïbou	MAÏGA	Législation
16	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie
17	Flabou	BOUGOUDOOGO	Bactériologie-Virologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
4	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
5	Alassane	DICKO	Santé Publique
6	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
7	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
8	Ousmane	KOITA	Biologie-moléculaire
9	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie
10	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
2	Bourèma	KOURIBA	Immunologie Chef de DER
3	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé environnement
4	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/biostatistique
5	Issaka	SAGARA	Santé publique/Biostatistique
6	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Santé publique/Biostatistique

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE :

N	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
6	Antoine	DARA	Biologie-moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie-Mycologie
8	Djénéba koumba	DABITAO	Biologie-moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie-Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
13	Ibrehima	GUINDO	Bactériologie-virologie
14	Amminatou	KONE	Biologie moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé publique
16	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
17	Almoustapha Issiaka	MAIGA	Bactériologie Virologie
18	Fanta	SANGHO	Santé publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEITA	Santé publique/Santé environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-mycologie
8	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
	Néant	-	-

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE :

N	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Hamma Boubacar	MAIGA	Galénique
7	Moussa	SANOGO	Gestion
8	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie
9	Mahamane	H Aidara	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAIGA	Législation
7	Aichata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Karim	TRAORE	Sciences pharmaceutiques
11	Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
12	Aminata Tièba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
13	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
----	---------	------	------------

1	Benoit Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
2	Aboubacar I.	MAIGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Sékou	BAH	Pharmacologie Chef de DER

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE :

N	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie
6	Madani	MARIKO	Chimie analytique

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
3	Blaise	DACKOUCO	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARRA	Toxicologie/Bromatologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Chimie analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Chimie analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Mouctar	DIALLO	Biologie/ Chef de DER
2	Mahamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie appliqué

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
2	Boureima	KELLY	Physiologie médicale
3	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique - Biologie végétal

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES) :

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITÉ
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique médicale
2	Babou	BA	Anatomie
3	Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
4	Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé
5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
6	Modibo	DIARRA	Nutrition
7	Moussa I	DIARRA	Biophysique
8	Babacar	DIOP	Chimie
9	Atimé	DIMDE	Bromatologie
10	Yaya	KANE	Galénique
11	Boubacar	KANTE	Galénique
12	Aboubakary	MAIGA	Chimie organique
13	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
14	Modibo	SANGARE	Anglais
15	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
16	Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du milieu
17	Fana	TANGARA	Maths
18	Abdel Kader	TRAORE	Pathologies médicales
19	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
20	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

Bamako, le 26 Février 2020

P/ le doyen/PO

Le Secrétaire Principal

Seydou COULIBALY

Administrateur Civil



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU tout puissant, lui qui ne cesse de m'ouvrir les portes là où il n'y avait que des murs.

A mes chers parents KOUMAKO Kossi, KOUMAKO Akoele, BADASSOU Ayawavi.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je vous en acquitterai jamais assez.

Puisse DIEU, le très haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A mes chers et adorable frères et sœurs

En témoignage de mon affection fraternelle de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

A mes cousins Dr DEGBE Stéphane, DEGBE Alex, DEGBE Messan

Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance envers vous ; je vous dédie ce travail qui est le fruit de vos encouragements et vos prières durant ces années de durs labeurs.

A mon ami, frère feu Arsène Navignon DEGUENON

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble.

Trouve dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère. J'aurais tant aimé que tu sois présent. Que Dieu ait ton âme dans sa saine miséricorde amen.

A mes amis, frères : Brice AMEGONOU, Ayayi D'ALMEIDA, Dr Fawaz BATABORY, Degbe Gamele Fofu.

Malgré vos multiples occupations nous sommes restés toujours soudés et solidaires. Vous m'avez assisté dans mes peines et bonheurs. Vous êtes des amis que toute personne aimerait avoir, je me souviendrai de ces moments précieux que nous avons passés ensemble. Que le bon Dieu nous préserve je vous souhaite une vie longue et prospère amen.

REMERCIEMENTS

A notre directeur de thèse Pr MAIGA Ababacar Ibrahim : Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Je m'incline respectueusement devant votre personnalité. Vous êtes un excellent homme de science aux qualités humaines incontestés.

A notre co-directeur de thèse Dr Sanou Kho COULIBALY : Merci de m'avoir accepté comme étudiant. Ce travail est le vôtre, Vous avez toujours été disponible pour qu'il voit le jour. J'avoue que j'ai eu le meilleur encadreur de thèse qui puisse exister, merci cher maitre, malgré vos multiples occupations vous avez été pour moi plus qu'un un enseignant, pour moi vous êtes à la fois un modèle à suivre.

A notre maitre Pr THERA Augustin : Merci infiniment de nous avoir acceptés dans votre service de gynéco-obstétrique du CHU point G.

A ce beau pays le Mali et à toutes les autorités et structures compétentes et qui ont veillé à nous assurer une excellente formation. Le Mali m'a permis de faire mon envol dans les études de mon rêve . En plus il m'a formé sur le plan social et humain.

Au peuple malien, pour l'hospitalité, malgré les épreuves que le pays traverse cette hospitalité n'a pas changé.

A mes chers enseignants de la 1^{ère} année à la 6^{ème} année qui m'ont bien formé en signe de remerciement je m'engage à rester fidèle à vos enseignements.

A tous ceux qui à travers de longues chaînes de prière ont confié ma destinée à la mansuétude de la providence divine.

A Gylene TCHEUFFA, Christelle Traore : Merci pour vos conseils et vos aides.

A Dr Souhel MOULAYE de la pharmacie de la polyclinique pasteur et à **Dr Nouhoum COULIBALY** de la pharmacie cathédrale merci pour l'encadrement.

A Dr KANTE Hassane, Dr Rose Kpegba, Dr Amoudia tchadouwa, Dr Serges Ahanogbe ,Dr Marcel D'almeida, Dr Adama Coulibaly, Dr Roger Fagbemi : Merci pour tous que DIEU vous bénisse.

A tous les membres de TAZOBACTAM : Dr KOUMEDJINA Victor, Dr KANDASSAOU Koko, Dr Marius Tchimdo, Dr KOSHIVI Atsu, AGBEMADON Yaovi, AKAKPO Frédéric, AMEGONOU Brice, D'ALMEIDA Ayayi , Abotsi Fortune : Merci pour les bons moments passés ensemble et vos encouragements.

A tous les membres de L'UESTM (Union des étudiants stagiaires togolais au Mali.

A mes chers amis : TCHEDRE Fawoaz, Labare Gilles, DJAKA Georges, TSOWOU Christelle, DEMBELE Zoumana, Dr Ahouandjinou Charbel, Guindo Banou, Awaou didi Salifou.

Aux personnels des structures : service de gynécologie obstétrique, polyclinique pasteur, pharmacie cathédrale.



**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Elimane MARIKO

- ✓ Professeur de pharmacologie à la FMOS et FAPH ;
- ✓ Ancien chef du DER des sciences du médicament ;
- ✓ Colonel-major des forces armées au Mali.

Cher maître ;

- ☞ Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations ;
- ☞ Cher maître, tout au long de ce travail, nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité pour la formation des étudiants ;
- ☞ Votre amabilité pour le travail simple et bien fait impose respect et considération scientifique ;
- ☞ Puisse Dieu vous assister dans toutes vos entreprises.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur THERA Augustin Tiounkani

- ✓ Maître de conférences de gynécologie à la FMOS ;
- ✓ Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU point G ;
- ✓ Ancien chef de service de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou.

Cher Maître ;

- ☞ Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury ;
- ☞ Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour nous les étudiants ;
- ☞ Vos remarques et suggestions ont beaucoup contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail ;
- ☞ Veuillez accepter cher maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Balla Fatogoma COULIBALY

- ✓ Maître-assistant en pharmacie hospitalière ;
- ✓ Doctorant à l'université Claude Bernard Lyon I.

Cher Maître ;

- ☞ Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail ;
- ☞ Votre courtoisie et votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre ;
- ☞ Soyez en rassuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Sanou Khô COULIBALY

- ✓ Maître assistant en Toxicologie à la FMOS ;
- ✓ Médecin spécialiste en Toxicologie ;
- ✓ Membre de la Société Africaine de Vénimologie ;
- ✓ Chargé de cours de Toxicologie à la FMOS.

Cher Maître ;

- ☞ Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail ;
- ☞ Votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre simplicité et votre amour du travail bien fait font de vous un exemple à suivre ;
- ☞ Recevez ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Ababacar I MAIGA

- ✓ Professeur titulaire de Toxicologie à la Faculté de Pharmacie ;
- ✓ Ancien Vice-Doyen de la Faculté de Pharmacie ;
- ✓ Ancien directeur adjoint de la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

Cher Maître ;

- ☞ Nous sommes très heureux de vous avoir comme directeur de thèse ;
- ☞ Vos qualités pédagogiques, votre engagement dans la recherche scientifique font de vous une personne exceptionnelle ;
- ☞ Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABBREVIATIONS

LISTE DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

A.M.M : Autorisation de mise sur le marché

C.P.N : Consultation prénatale

D.C.I : Dénomination commune internationale

F.E : Femmes enceintes

G.O : Gynéco-obstétrique

P.M.F : Prescription médicale facultative

O.M.S : Organisation mondiale de la santé

P.M.O : Prescription médicale obligatoire

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CAPM : Centre antipoison et de pharmacovigilance

CRAT : Centre de référence des agents tératogènes

S.N.C : Système nerveux central

RCIU : Retard de croissance intra utérin.



**LISTE DES
ILLUSTRATIONS**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme du service de Gynéco-obstétrique du CHU Point G	68
Figure 2 : Répartition du niveau d'instruction des femmes enceintes	74
Figure 3 : Répartition des femmes enceintes ayant eu recours à l'automédication en fonction du trimestre de grossesse	79
Figure 4 : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'automédication.....	80
Figure 5 : Paracétamol.....	103
Figure 6 : Diclofenac	103
Figure 7 : Ibuprofène.....	104
Figure 8 : Amoxicilline	104
Figure 9 : Oméprazole.....	105
Figure 10 : Sulfadoxine pyriméthamine.....	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes enceintes ayant recours à l'automédication selon le groupe d'âge.	72
Tableau II : Répartition selon la profession	73
Tableau III : Répartition selon la situation matrimoniale	73
Tableau IV : Répartition des classes thérapeutiques des médicaments consommés	75
Tableau V : Répartition des symptômes ayant motivés l'automédication	77
Tableau VI : Raison de l'automédication	78
Tableau VII : Répartition du mode d'obtention des médicaments	80
Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes en fonction des connaissances sur les conséquences de l'automédication sur le fœtus	81
Tableau IX : Répartition des femmes selon la source d'information sur les médicaments utilisés.....	82

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	28
2. OBJECTIFS	31
2.1. Objectif général.....	31
2.2. Objectifs spécifiques	31
3. GENERALITES.....	33
3.1. Le médicament	33
3.1.1. Définition.....	33
3.2. L'automédication.....	35
3.2.1. Définition.....	35
3.2.2. Automédication dans le monde	35
3.2.3. Les facteurs de risque d'automédication	36
3.2.4. Causes de la pratique de l'automédication	37
3.2.5. Conséquences de l'automédication	38
3.3. L'automédication chez la femme enceinte en CPN	44
3.3.1. Consultation prénatale.....	44
3.3.2. La grossesse généralités	45
3.3.3. Pharmacocinétique des médicaments au cours de la grossesse.....	47
3.3.4. Les risques de l'automédication chez la femme enceinte.....	52
3.3.5. Les causes d'automédication pendant la grossesse	54
3.3.6. Conséquences de l'automédication pendant la grossesse.....	56
3.4. Vers une automédication responsable	57
3.4.1. La responsabilité de l'intéressé	57
3.4.2. Responsabilité du pharmacien	58
3.4.3. Responsabilité du médecin	59
3.4.4. Les règles d'une automédication responsable	60
4. METHODOLOGIE	64
4.1. Cadre d'étude.....	64
4.1.1. Présentation du CHU POINT G	64
4.1.2. Choix du cadre d'étude.....	64
4.1.3. Fonctionnement de l'unité obstétrique.....	65
4.2. Type et période d'étude.....	68
4.3. Population d'étude.....	68
4.4. Echantillonnage	69

4.5. Critères d'étude	69
4.5.1. Critères d'inclusion	69
4.5.2. Critères de non-inclusion	69
4.6. Déroulement de l'enquête	69
4.7. Collecte des données.	69
4.8. Analyse, traitement et présentation des données.	69
4.9. Considérations éthiques et déontologiques.	70
5. RESULTATS	72
5.1. Données sociodémographiques des femmes enceintes qui ont fait recours à l'automédication	72
5.2. Répartition thérapeutique des médicaments consommés.	75
5.3. Répartition selon le symptôme ayant motivé l'automédication	77
5.4. Répartition selon la raison ayant conduit à l'automédication	78
5.5. Répartition selon la période de la grossesse pendant le ou les médicaments ont été consommés.	79
5.6. Répartition selon le mode d'obtention du médicament.	80
5.7. Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'automédication	80
5.8. Répartition des femmes selon les conséquences que pourraient subir le fœtus en cas d'automédication.	81
5.9. Répartition des femmes selon la source d'information sur les médicaments utilisés	82
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	84
6.1. Limites et biais d'étude	84
6.2. Caractéristiques socio-démographiques	84
6.2.1. L'âge des patientes	84
6.2.2. Profession	84
6.2.3. Situation matrimoniale	84
6.2.4. Niveau de scolarisation des patientes	85
6.3. Répartition selon la classe thérapeutique des médicaments consommés.	85
6.4. Les raisons et les symptômes ayant motivé l'automédication.	85
6.5. Période de l'automédication durant la grossesse	86
6.6. Le mode d'obtention des médicaments.	86
6.7. Connaissances des femmes sur les conséquences de l'automédication	86
7. CONCLUSION	89
8. RECOMMANDATIONS	91
8.1. Aux femmes enceintes	91

8.2.	Les professionnels de la santé	91
8.2.1.	Les pharmaciens	91
8.2.2.	Le personnel médical et paramédical	92
8.3.	Les pouvoirs publics	92
9.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
10.	ANNEXES	101
10.1.	Proposition d'informations destinées aux patientes	101
10.2.	Figures des Molécules des médicaments les plus consommés	103
10.3.	FICHE D'ENQUETE	106
10.4.	FICHE SIGNALETIQUE	110



INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

L'automédication est l'utilisation hors prescriptions médicales, par des personnes pour elle-même ou pour leurs proches et de leurs propres initiatives tous médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (l'Autorisation de Mise sur le Marché), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens [1].

L'automédication est une pratique courante dans le monde. En effet, 80% de la population générale déclare avoir déjà pratiqué ce mode de traitement médicamenteux, et peut concerner aussi bien les hommes que les femmes [2].

Certains problèmes de santé sont traités par des médicaments disponibles en vente libre et il n'est pas rare que les femmes y fassent recours pendant la grossesse.

Le médicament doit contribuer à la promotion de la santé publique, mais quand il est utilisé de façon irrationnelle, cela nous conduit inévitablement à des conséquences désastreuses dont tous les agents de santé doivent combattre [3].

Selon une estimation de l'OMS, 80% de la population mondiale (qui dépasse sept milliards d'habitants) ont recours à la médecine traditionnelle pour satisfaire leurs besoins en soins de santé primaire. En France, 5 à 10% de médicaments vendus sont délivrés sans ordonnances médicales et 38,70% des femmes enceintes y ont recours [1, 4].

En Afrique, une étude menée en Algérie révèle 35,2% des femmes enceintes déclarent avoir utilisés au moins un médicament non prescrit pendant la grossesse [5].

Au Mali, des études réalisées en 2003 et 2017 sur la problématique de l'automédication ont montré respectivement 76,47% des cas d'automédication dans la commune I du district de Bamako et 64,52% des clients n'avaient pas d'ordonnances lors des achats [6, 7].

Peu d'études ont été faites sur l'automédication chez la femme enceinte, hors cette pratique peut entraîner des conséquences désastreuses surtout chez le fœtus (malformation, toxiques, etc.).

Afin de contribuer à l'amélioration des données statistiques sur la consommation illicite des médicaments chez la femme enceinte au Mali, nous nous proposons d'initier ce travail dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point G, Bamako.



OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer la prévalence de l'automédication chez la femme enceinte en consultation prénatale dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G.

2.2. Objectifs spécifiques

- 2.2.1.** Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes enquêtées ayant fait recours à l'automédication ;
- 2.2.2.** Déterminer la fréquence des consommations de médicaments non prescrits chez les femmes enceintes venues pour consultation prénatale ;
- 2.2.3.** Etablir les classes thérapeutiques les plus utilisées en automédication ;
- 2.2.4.** Identifier les facteurs favorisant le recours à l'automédication et les connaissances des femmes enceintes sur les conséquences de cette pratique.



GENERALITES

3. GENERALITES

L'automédication est une pratique courante dans la population générale, mais également une attitude pratiquée par les femmes enceintes pour soigner le plus souvent les petits « maux de grossesse » auxquels elles sont confrontées pendant cette période.

3.1. Le médicament

3.1.1. Définition

"On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques" [8].

Le médicament est composé de deux sortes de substances :

- **Le principe actif** : constitué par la ou les molécules qui vont avoir un effet thérapeutique ;
- **Les excipients** : qui sont des substances auxiliaires, théoriquement inertes sur le plan thérapeutique, qui permettent de présenter le principe actif sous une forme déterminée et démoduler la vitesse de sa libération en fonction du temps après administration du médicament sous cette forme.
- ✓ **Posologie** : c'est la dose usuelle du médicament. Elle dépend de la maladie, de l'âge du patient, de son poids et de certains facteurs propres : fonction rénale, fonction hépatique. Elle ne doit naturellement être en aucun cas modifiée sans un avis médical ou éventuellement du pharmacien.
- ✓ **Pharmacocinétique** : c'est la vitesse à laquelle la molécule active du médicament va être absorbée, transformée, puis éliminée de l'organisme. Elle conditionne la méthode de prise : orale (par la bouche), intraveineuse ..., le nombre quotidien de prises, leur horaire, la dose journalière.

- ✓ **Indication** : ce sont la ou les maladies pour lesquelles le médicament est utilisé.
- ✓ **Contre-indication** : ce sont la ou les situations, où la prise du médicament peut se révéler dangereuses. Ce dernier ne doit par conséquent pas être donné. On distingue les contre-indications relatives où dans certains cas, le rapport bénéfice-risque de la prise de la molécule reste acceptable, et les contre-indications absolues où le médicament ne doit pas être pris quel que soit le bénéfice escompté.
- ✓ **Une spécialité pharmaceutique** : est un médicament qui a un nom commercial (qui fait l'objet d'une propriété commerciale).
- ✓ **Appellation DCI (dénomination commune internationale)** : Les dénominations communes internationales (DCI) identifient les substances pharmaceutiques ou les principes actifs. Chaque DCI est une appellation unique reconnue au niveau mondial et qui relève du domaine public.
Le système des DCI tel qu'il existe aujourd'hui a été créé en 1950 suite à la résolution WHA3.11 de l'OMS, et à commencer à fonctionner en 1953, lorsque la première liste des dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques a été publiée. La liste des DCI compte désormais près de 7000 noms choisis depuis cette date, et quelques 120 à 150 nouvelles DCI viennent la compléter chaque année [9].

Il est important de notifier que les médicaments, qu'ils soient à prescription médicale facultative (PMF) ou à prescription médicale obligatoire (PMO), répondent aux mêmes exigences de sécurité et de qualité. Le médicament peut se voir délivrer dans plusieurs circonstances. Il peut être remis d'une part contre une ordonnance suite à une consultation médicale, d'autre part sur internet, mais également en libre accès : cette dernière pratique est appelée l'automédication [10].

3.2. L'automédication

3.2.1. Définition

L'étymologie du mot "automédication" est la suivante :

- "auto" qui est un préfixe grec qui signifie "soi-même".
- "medicatio" qui est originaire du latin et qui signifie « le fait d'administrer des remèdes à quelqu'un, ou l'ensemble des remèdes qui constituent le traitement d'une maladie ». Étymologiquement, l'automédication est donc une attitude qui consiste à se soigner soi-même. L'automédication est, selon le conseil national de l'ordre des médecins, « *l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, des médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens [11].*

3.2.2. Automédication dans le monde

3.2.2.1. Etudes réalisées en Europe

En France, une étude réalisée en Septembre 2011, sur un échantillon de 1005 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, un français sur deux a recours à l'automédication. C'est une pratique essentiellement basée sur les conseils du pharmacien en qui 94% avouent avoir confiance [12].

Leur marché de l'automédication se distingue de celui des pays voisins européens, par sa faible importance, en valeur comme en volume, et par sa faible dynamique. Les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) non remboursables délivrés sans ordonnance représentent 8% du marché pharmaceutique en valeur et 17% en unités.

L'immense majorité des produits de PMF est remboursable (80% en unités et 75% en valeur) alors que de nombreux pays assimilent totalement ou largement

prescription médicale facultative (PMF) et médicaments non remboursables [13].

3.2.2.2. Etudes réalisées en Afrique

De nombreuses études ont été réalisées parmi lesquelles :

- Au Cameroun une étude réalisée en 1994 a montré que l'ampleur de l'automédication est considérable. Cette étude rapporte que 87,5% des personnes s'automédiquent et la tranche d'âge la plus concernée est celle de 18 à 21 ans [14].
- Au Togo en 2003, le pourcentage d'automédication trouvé était de 96% pour les personnes exerçant une activité, et de 82% pour ceux qui n'en exercent aucune. La plupart des personnes pratiquant l'automédication, soit 89% se situent dans la tranche d'âge de 17 à 20 ans [15].

3.2.2.3. L'automédication au Mali

Au Mali, l'importance de cette pratique est considérable. Il s'agit d'un phénomène répandu et qui s'observe dans toutes les couches de la société. Une étude menée dans les officines à Bamako a montré que 64,52% des clients n'avaient pas l'ordonnance lors des achats en 2003. D'autre part, une étude réalisée en 2017 sur la problématique de l'Automédication dans la commune I du District de Bamako a retrouvé un taux d'automédication de 76,47 % [6, 7].

3.2.3. Les facteurs de risque d'automédication

Selon la littérature, les femmes s'automédiquent plus que les hommes. Elles pratiquent l'automédication pour elles mais sont également le prescripteur de leurs enfants : d'après une étude de Juin 2010, 96% des femmes de l'échantillon ont déjà pratiqué l'automédication pour son enfant [16].

« Cette attitude est largement conditionnée par une publicité à laquelle il est difficile d'échapper, en tous lieux, publics et à domicile (presse, émissions télévisées) ... » [11].

Concernant l'âge, c'est entre 18 et 45 ans que les français pratiquent le plus l'automédication, ce qui correspond parfaitement aux femmes en âge de

procréer. Le niveau d'éducation se trouve mis en cause : l'automédication serait plus fréquente chez les français ayant fait des études supérieures et ceux ayant un revenu élevé. Les cadres et les professions libérales seraient de plus forts consommateurs que les exploitants agricoles, ouvriers et habitants à faible revenu. Ainsi, la perception et la connaissance des symptômes par le patient seraient déterminantes et varieraient selon le niveau socio-économique [17].

A l'opposé, la précarité serait un facteur de risque d'automédication, en vue de la difficulté d'accès à un professionnel de santé, les difficultés économiques et la marginalisation [18].

3.2.4. Causes de la pratique de l'automédication

Le principal déterminant du recours à l'automédication est constitué par la connaissance des symptômes ressentis par le malade, et par leur perception. Autant d'éléments qui varient selon le niveau socioculturel, la faculté d'observation, les croyances, l'éducation, l'aspect psychologique, et enfin la publicité [11].

Pour justifier le recours à l'automédication, plusieurs facteurs peuvent être évoqués :

- Le coût : l'automédication est globalement coûteuse pour les ménages, mais elle permet d'éviter de subir un coût d'opportunité de la consultation médicale, qui est plus élevé pour les actifs, notamment les plus occupés et les mieux rémunérés, que pour les non actifs. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs et donc à revenus donnés, les cadres et les artisans ont une plus forte probabilité de recours à l'automédication que les ouvriers.
- La gestion du temps : le recours à l'automédication est source de gains de temps en évitant une consultation chez un médecin, les artisans et les cadres ayant des journées de travail généralement plus longues [19].
- Motifs liés au niveau éducatif et profil psychologique du patient : la situation pathologique est jugée de peu d'importance pour le patient ; le patient a déjà souffert d'une symptomatologie comparable ; il existe une crainte

d'apprendre qu'il s'agit d'une maladie sérieuse, mais crainte qui n'élimine pas le désir du malade de se soigner [20].

- L'insatisfaction envers le corps médical : elle peut découler d'une dégradation de la relation médecin-patient. Dans ce cas-là, la crainte d'une nouvelle frustration est une raison suffisante pour éviter les consultations [21].

3.2.5. Conséquences de l'automédication

3.2.5.1. Interactions médicamenteuses

On parle d'interaction médicamenteuse lorsque l'administration simultanée de deux ou plusieurs médicaments conduit à potentialiser ou minimiser les effets désirés ou indésirables d'au moins un de ces médicaments. Les interactions médicamenteuses peuvent résulter d'une interférence pharmacodynamique (compétition pour un même récepteur ou un même transporteur, par exemple) ou d'une interférence pharmacocinétique résultant d'une perturbation du devenir du médicament, quelle que soit l'étape concernée [22].

Le risque d'interaction est un problème très important. Tout d'abord, il y a des interactions avec l'alcool ou les aliments, et ensuite avec d'autres médicaments. Il existe de nombreux exemples : association fréquente des anti-inflammatoires stéroïdiens (AINS) plus aspirine, potentialisation du risque hémorragique avec l'aspirine, risque hépatique avec le paracétamol, réduction de l'absorption d'autres médicaments par l'utilisation d'antiacides. Il y'a aussi l'inefficacité de la contraception ou même des risques hémorragiques lors de l'utilisation des AINS avec des anti-thrombotiques, ou des risques de déséquilibre de la pression sanguine artérielle aussi avec les AINS pour les sujets souffrant de pression sanguine préalablement stabilisés. Ces risques sont d'autant plus importants qu'ils ne sont souvent pas identifiés par les médecins, les pharmaciens ou les patients eux-mêmes [23].

3.2.5.2. Effets secondaires ou effets indésirables du médicament

Le risque majeur de l'automédication concerne la survenue « d'effets indésirables médicamenteux » qui peuvent être « graves ». Les exemples sont nombreux : syndrome des laxatifs, céphalées des analgésiques, convulsions sous terpènes chez le nourrisson, hépatites fulminantes ou insuffisances rénales sous phytothérapie. On a également signalé le risque d'infarctus du myocarde sous vasoconstricteurs nasaux. Une enquête effectuée en 2015, parmi plus de 12 000 notifications déclarées durant cette période, 1,3 % étaient en rapport avec un médicament d'automédication, correspondant à 286 médicaments différents et de 275 effets indésirables médicamenteux. Dans plus de trois-quarts des cas, l'effet indésirable était « grave » avec 91 hospitalisations et 6 effets indésirables mettant en jeu le pronostic vital. Une autre enquête a montré un seul effet indésirable léthal survenu chez une femme enceinte sous forme d'un avortement spontané à la suite d'utilisation d'huiles essentielles [23]. Les problèmes liés aux médicaments sont une cause importante de morbidité, de mortalité et un fardeau important sur les ressources de soins de santé. Un taux élevé de réactions indésirables aux médicaments a été démontré chez des patients hospitalisés, potentiellement conduisant à la mort. Une autre étude, multicentrique et transversale, a été réalisée sur une période de 8 semaines en 2010 dans les services d'urgence de 11 hôpitaux universitaires français. Un total de 3027 des 4661 patients se présentant aux services d'urgences ont satisfait aux critères d'inclusion. Parmi ceux-ci, 84,4% ont déclaré un comportement d'automédication, 63,7% ont pris au moins un médicament non prescrit au cours des deux semaines précédentes et 59,9% ont pris un médicament prescrit. Un total de 296 patients ont connu un effet indésirable (9,78%), dont 52 (1,72%) étaient liés à l'automédication. Ces 52 effets indésirables d'automédication concernaient dans 19 cas des médicaments prescrits, dans 17 autres des

médicaments non prescrits, 14 fois des arrêts de traitement et 2 fois des interactions entre médicaments prescrits et d'autres non prescrits [24].

3.2.5.3. Pharmacodépendance et toxicomanie

On appelle « pharmacodépendance » un état psychique et quelque fois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre la substance d'une manière continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychologiques, et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance [25].

Un individu peut être dépendant de plusieurs produits :

- **Dépendance psychique** : Il s'agit d'un désir souvent irrésistible de répéter les prises d'un médicament afin de restaurer les sensations agréables ou extraordinaires qu'il est capable de donner.

- **Dépendance physique** : C'est un état adaptatif, caractérisé par l'apparition des troubles physiques parfois intenses lorsque l'administration d'un médicament est suspendue brusquement.

- **Tolérance** : C'est la diminution des effets sur l'organisme d'un médicament pris à une dose fixe, au fur et à mesure que l'on répète son administration. Au Maroc, la base de données du Centre Antipoison et de Pharmacovigilance du (CAPM) compte 75 cas de pharmacodépendance, représentés essentiellement par les benzodiazépines suivis par les neuroleptiques. La création d'une nouvelle unité de pharmacodépendance au sein de ce centre, pour le développement de cette activité qui prend de plus en plus une ampleur considérable dans notre société, a vu le jour depuis le début de l'année 2011 [26, 27].

En France, un système national d'évaluation de pharmacodépendance a été établi en 1990. Ce système repose sur un réseau de centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) Des rapports spontanés de

médecins et pharmaciens, directement à CEIP, indiquent que plusieurs médicaments peuvent être obtenu sans prescription médicale. Les médicaments contenant de la codéine, peuvent être utilisés pour leurs effets psycho actifs et / ou peuvent conduire à abus / dépendance. Une étude française transversale a été menée pendant une période de deux mois, montre que parmi les 53 patients ayant utilisé la codéine dans une association avec le paracétamol pour une automédication, huit (15,1%) abusé et / ou utilisé à des fins détournées, quatre (7,5%) abusé et quatre (7,5%) présenté des critères comportementaux de dépendance [28].

3.2.5.4. Résistances aux antibiotiques

L'automédication est la cause la plus fréquente du développement de la résistance des agents pathogènes humains aux antibiotiques. Une cause qui est identifiée internationalement comme le facteur contributif le plus commun et le plus évident des pathogènes résistants aux antibiotiques est l'automédication. Des études récentes suggèrent que l'automédication est particulièrement répandue dans les communautés économiquement défavorisées. Dans de nombreux pays en développement, les établissements de soins de santé ne respectent pas la norme de référence et sont même assez chers, faisant de l'automédication un choix médical facile et nécessaire. L'achat des antibiotiques au marché et l'absence d'assurance maladie sont significativement associés à l'automédication antibiotique, ce qui confirme le rôle des facteurs socio-économiques dans l'émergence et la propagation de la résistance des bactéries. Ce sont principalement pour des raisons économiques que les personnes achètent des antibiotiques dans les lieux non homologués où il est possible d'avoir les médicaments en petites quantités et à coût réduit [29, 30].

3.2.5.5. Intoxications médicamenteuses

Une étude réalisée aux états unis démontre que 83% des personnes questionnées ont rapporté la prise des antalgiques en automédication pendant l'année écoulée.

Le paracétamol occupe la deuxième place des antalgiques OTC (33%), son effet grave le plus sérieux est une toxicité hépatique. En effet, la prise quotidienne de quatre grammes de paracétamol pendant deux semaines par des volontaires sains a été associée à une élévation des ALAT à plus de trois fois la norme chez 40% d'entre eux. Les antalgiques font partie des médicaments les plus utilisés, qu'ils aient été délivrés sur ordonnance médicale ou pris en automédication. Leur consommation n'est pas anodine en raison des risques de toxicité qui leur sont associés, notamment en cas d'âge avancé, de comorbidités ou de polymédication, synonyme d'interactions médicamenteuses [31, 32].

3.2.5.6. Conséquences liées aux états physiologiques ou pathologiques contre-indiqués

3.2.5.6.1. Cas d'allaitement

La prise de médicaments pendant l'allaitement est pourtant fréquente : dans une étude portant sur 14 000 femmes enceintes ou allaitantes, 79 % avaient utilisé au moins un médicament avec en moyenne 3,3 médicaments différents pendant la durée de l'allaitement. Il existe quelques rares cas isolés d'enfants allaités ayant présenté des effets indésirables notables parfois sévères après exposition à certains médicaments consommés par leur mère. On peut citer :

- Un cas d'hypotension avec bradycardie lié à un traitement maternel par acébutolol ;
- Un cas de cyanose avec bradycardie chez un nourrisson dont la mère prenait de l'aténolol ;
- Un cas de colite pseudomembraneuse perforée chez un nourrisson de 2 mois allaité dans un contexte d'automédication maternelle par ciprofloxacine [35].

3.2.5.6.2. Cas d'insuffisance rénale ou hépatique

Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique connue ou non sont considérés comme étant à haut risque dans toute forme de médication, en

particulier en cas d'automédication sous forme de compléments alimentaires ou allopathique [36].

En cas d'insuffisance hépatique, plusieurs facteurs coexistent et concourent à une réduction de la clairance hépatique des médicaments s'accompagnant de conséquences pharmacodynamiques. Il convient alors de proscrire l'utilisation de paracétamol, des AINS et d'adapter les posologies des thérapeutiques prescrites [37].

3.2.5.7. Problématique de l'automédication

3.2.5.7.1. Inobservance du traitement

Un lien a été établi entre la pratique de l'automédication et la non observance thérapeutique. Lors de l'automédication, la disparition des symptômes entraîne l'arrêt de la prise de médicaments. A l'inverse, un traitement prescrit peut se prolonger au-delà de la disparition des symptômes, pour traiter une infection bactérienne [21].

Les difficultés de l'observance des prescriptions médicales ont été mises en évidence par l'enquête du Comité Français d'Education à la Santé en 1994. Outre la place importante des automédications, cette enquête a montré des modifications fréquentes des prescriptions médicales portant soit sur la dose thérapeutique (souvent diminuée), soit sur la durée du traitement (également raccourcie). Ces modifications se font le plus souvent dans une relative clandestinité [38].

3.2.5.7.2. Abus des médicaments

Selon le code de la santé publique française "Abus", c'est l'usage excessif intentionnel, persistant ou sporadique, de médicaments ou de produits mentionnés à l'article R. 5121-150, accompagné de réactions physiques ou psychologiques nocives ; Une étude transversale pilote a été menée en 2007, sur une période de deux mois, dans 100 officines de Midi Pyrénées, auprès des patients demandeurs de spécialités à prescription médicale facultative. L'étude

montre que 15,1 % ont fait un mésusage du médicament (et/ou l'ont utilisé à des fins non médicales), 7,5 % étaient des cas d'abus et 7,5 % ont présenté des critères de perte de contrôle de l'utilisation du médicament liée à la dépendance à la substance pour la recherche de ses effets psychoactifs ou pour le soulagement de la douleur [39, 40].

L'abus de médicaments en vente libre peut toutefois s'avérer un problème de santé publique réel puisque la morbidité et la mortalité associées à ce phénomène peuvent être significatives [41].

3.3. L'automédication chez la femme enceinte en CPN

3.3.1. Consultation prénatale

La naissance est un évènement familial avant d'être un acte médical. L'histoire médicale, et l'organisation de la prise en charge de la maternité sont relativement récentes au regard de l'histoire de l'humanité. Elle a commencé il y a environ 3 siècles, avec l'arrivée des barbiers puis des chirurgiens et avec l'enseignement des sages-femmes qui s'imposèrent en remplacement des matrones. Au fil des siècles, le souci des gouvernements des pays industrialisés fut toujours d'améliorer la santé des mères en diminuant la mortalité et la morbidité des femmes et des nouveau-nés.

Les objectifs de la consultation prénatale :

- Pour les responsables politiques de la Santé publique il s'agit de diminuer la mortalité et la morbidité fœto-maternelle. Des évaluations régulières, permettent de comparer les résultats en fonction des diverses politiques appliquées et de les faire évoluer ;
- Pour la femme enceinte c'est un moment de rencontre avec un professionnel qui par ses mesures et contrôles doit lui apporter la confirmation que « tout va bien » ;
- Pour la sage-femme c'est observer et mesurer la bonne adaptation d'une femme à son état de grossesse. C'est vérifier la bonne croissance et la vitalité

du fœtus. Dans sa définition internationale de la sage-femme, l'OMS souligne le caractère éminemment éducatif et préventif du rôle de la sage-femme tant auprès des mères que des nourrissons et des familles. Tout converge pour placer la sage-femme au cœur du dispositif de prévention en maternité. Elle est la seule profession médicale dont la fonction est de prendre soin de deux personnes à priori en bonne santé [42].

3.3.2. La grossesse généralités

La grossesse est le processus physiologique au cours duquel la progéniture vivante d'une femme, ou d'un autre mammifère femelle, se développe dans son corps depuis la conception jusqu'à ce qu'elle puisse survivre hors du corps de la mère. Une femme en état de grossesse est dite enceinte ou gravide. La grossesse commence avec la fertilisation de l'ovule par le spermatozoïde, d'où résulte la création d'un embryon. Elle se poursuit jusqu'à la naissance, ou à son interruption par un avortement artificiel ou naturel (fausse couche). Chez les humains, la grossesse dure environ 39 semaines, entre la fécondation et l'accouchement. Elle se divise en trois périodes de trois mois chacune, communément appelées trimestre. Mais pour des raisons de convention on parle en semaines d'aménorrhée soit 41 semaines (correspondant à 39 semaines de gestation plus 2 semaines entre le premier jour des dernières règles et la fécondation).

Le Diagnostic de la grossesse : Les diagnostics de la grossesse en laboratoire ou à domicile :

Principe : il repose sur la détection dans l'urine ou le plasma de la femme enceinte d'une hormone spécifique produite par le tissu placentaire : HCG glycoprotéine constituée de deux sous unités alpha et bêta. Elle apparaît très rapidement dans le sang et les urines après la fécondation, sa concentration croît les trois premiers mois de la grossesse, puis décroît et disparaît après l'accouchement.

Le diagnostic biologique de la grossesse se fait par la recherche sanguine ou urinaire de la fraction bêta de la gonadotrophine chorionique, mieux connue sous le nom de bêta-HCG. Les tests de grossesse urinaires disponibles en pharmacie proposent un dosage qualitatif de cette hormone, leur fiabilité est de 90 à 99 %. Le dosage sanguin, quantitatif, de la bêta-HCG permet un diagnostic de certitude et une datation du début de la grossesse (le taux de cette hormone double toutes les 48 heures en début de grossesse). Le dosage radio immunologique de la fraction Bêta de l'HCG pratiqué en laboratoire peut être positif dès le 6^{ème} jour de la fécondation.

Tests Biologiques : les premiers tests de mise en évidence de l'hormone HCG faisaient appel à un animal auquel de l'urine de femme présumée enceinte était injecté. La présence d'HCG provoquant des modifications biologiques, permettait de conclure à l'existence de la grossesse (Test de Galli-Mainini sur le crapaud, d'Asheimzondeck sur la souris, de Friedman sur la lapine, etc.)

Tests immunologiques : plus précoces plus précis et moins onéreux, ces tests reposent sur la visualisation de la réaction se produisant entre un anticorps monoclonal (anticorps anti-HCG obtenu par immunisation chez l'animal) et un antigène. En présence d'HCG venant de l'urine de la femme enceinte, l'anticorps anti-HCG réagit avec l'antigène. Il existe plusieurs méthodes : test d'agglutination, test d'inhibition de l'hémagglutination, test immunoenzymatique colorimétrie, test d'immunoconcentration, test d'immunoconcentration accensionnelle.

Surveillance de la grossesse normale : Une grossesse normale est l'objet d'un certain nombre d'examens. Certains de ces examens doivent être pratiqués dans des périodes précises. La durée de la grossesse est indiquée en semaines d'aménorrhée (SA) ou en mois de grossesse (semaines d'aménorrhée = nombre de semaines écoulées depuis les dernières règles, ce qui fait que le terme en semaines d'aménorrhée compte deux semaines de plus que le terme en semaines

de grossesse). Le fait de parler de semaines d'aménorrhée est une convention internationale [44].

3.3.3. Pharmacocinétique des médicaments au cours de la grossesse

3.3.3.1. Résorption médicamenteuse

3.3.3.1.1. Gastro-intestinale

Elle se caractérise par :

- Une diminution de la motilité et du péristaltisme intestinal qui serait due à l'augmentation de la sécrétion de progestérone. Le temps de vidange gastrique peut être allongé de 30 à 50%. La constipation fréquemment constatée au cours de la grossesse résulte de ce phénomène.
- Une réduction de la sécrétion d'acide gastrique particulièrement dans le second trimestre de la grossesse. Elle contraste avec l'augmentation de la sécrétion du mucus et conduit à une élévation du pH gastrique et du pouvoir tampon. Il faut donc s'attendre à une moindre résorption gastrique des médicaments.

3.3.3.1.2. Pulmonaire

La grossesse s'accompagne d'hyperventilation. Les agents inhalés traversent plus rapidement la barrière alvéolaire et sont entraînés plus facilement dans la circulation générale du fait de l'augmentation du débit cardiaque.

3.3.3.1.3. Intramusculaire

La résorption d'un principe actif par voie intramusculaire peut être réduite du fait de la réduction du flux sanguin dans les membres inférieurs.

3.3.3.2. Distribution médicamenteuse

Elle est fortement modifiée :

- Le volume sanguin circulant est augmenté de 40 à 50% avec un maximum entre la 30^{ème} et la 34^{ème} semaine de grossesse. L'albumine, principale

protéine vectrice de médicaments, se trouve ainsi diluée. Le taux de substance libre est plus élevé.

- Le débit cardiaque est augmenté d'environ 50% (encore plus pendant le travail) en raison de l'augmentation de la fréquence et de la force des contractions.
- Le débit rénal croît de manière parallèle dès la fin du premier trimestre avec une augmentation de la filtration glomérulaire.
- Le flux sanguin augmente, le débit sanguin pulmonaire aussi en raison du débit cardiaque intense. Seul le flux sanguin hépatique n'est pas modifié.
- Le compartiment aqueux est considérablement augmenté (8 litres) dont 80% pour les espaces extracellulaires et 20% pour ceux intracellulaires.

Le produit de conception (fœtus, placenta, liquide amniotique) rejoint 60% de cette masse, alors que 40% restent dans les tissus maternels. Le volume de distribution de nombreux médicaments est ainsi augmenté.

3.3.3.3. Elimination médicamenteuse

- Au cours de la grossesse, la filtration glomérulaire est augmentée sans modification de la résorption tubulaire.
- La progestérone stimule l'activité des enzymes microsomiales hépatiques. Les médicaments métabolisés par l'action des cytochromes P450 sont plus rapidement inactivés. A l'inverse, les oxydases semblent être inhibées de façon compétitive.
- Les œstrogènes provoquent une cholestase qui ralentit l'élimination biliaire de certains médicaments comme la rifampicine.

La sécrétion de progestérone et d'œstrogènes est d'autant plus importante que la grossesse évolue. Un palier s'observe à la 32^{ème} semaine pour la progestérone et entre la 36^{ème} et la 38^{ème} semaine pour les œstrogènes. L'élimination des principes actifs et métabolites est pratiquement dépendante de la mère, mais il existe aussi une voie d'élimination plus complexe par les reins fœtaux qui sont

fonctionnels dès le troisième mois de grossesse. Les métabolites se retrouvent dans le liquide amniotique maternel [45].

3.3.3.4. Effets des médicaments sur le fœtus

Un médicament peut agir :

- En modifiant le métabolisme maternel (glycémie, cholestérolémie, carence vitaminique) ;
- En étant toxique pour la mère ;
- En augmentant la toxicité d'un autre médicament (interaction médicamenteuse) ;
- En empêchant la nutrition de l'embryon.

En général, il est à craindre essentiellement des effets toxiques pour le fœtus. Cependant, la prise de médicaments par la mère peut avoir des effets bénéfiques ou prétendus tels pour le fœtus

3.3.3.4.1. Effets bénéfiques

- L'induction d'ovulation (gonadotrophines chorioniques), le maintien de la grossesse (bêtamimétiques, progestatifs naturels), l'induction du travail (antazoline, ocytocine, prostaglandines) ; Le développement de certaines fonctions fœtales :
- Réduction de la souffrance fœtale (bêtamimétiques, glucose) ;
- Fermeture du tube neural (vitamines) ;
- Maturation pulmonaire (corticoïdes, hormones thyroïdiennes, bêtamimétiques etc....) ;
- Les effets indirects : tous les médicaments permettant d'équilibrer un trouble grave chez la mère ont un effet bénéfique pour le fœtus (anti-infectieux, antihypertenseurs, antiépileptiques, hypoglycémiants, antianémiques etc.) ;
- Le développement intellectuel (progestérone) [44].

3.3.3.4.2. Effets nocifs

3.3.3.4.2.1. Avant la fécondation

Certains médicaments pris avant la fécondation peuvent être toxiques pour l'embryon en raison :

- De leur accumulation dans l'organisme maternel (colchicine, neuroleptiques);
- De leur action sur les gamètes avec risque de stérilité (antimitotiques);
- D'aberrations chromosomiques (contraceptifs oraux, spermicides, colchicine).

3.3.3.4.2.2. Période péri-implantatoire (J0 - J 12 - J14)

Durant cette période, la morula résultant de la segmentation de l'œuf se trouve à l'état libre dans les replis de la muqueuse utérine. Sa nutrition est assurée par les sécrétions utérines. Un agent exogène excrété ou présent dans ces mêmes sécrétions peut atteindre la morula en franchissant la membrane pellucide. Un produit très toxique entraînera la mort du zygote et l'avortement involontaire. Un autre qui le sera moins peut atteindre les blastomères mais sans conséquence. C'est la « Loi du tout ou rien ».

3.3.3.4.2.3. Période embryonnaire (J15 - J60)

Cette période d'organogenèse est la phase où l'effet nocif des médicaments est maximal. La possibilité d'atteintes multiples est évidente et peut mettre en jeu la survie de l'embryon. A côté de cette période critique, il faut parler du tropisme de certains principes actifs pour un organe particulier (Thalidomide : squelette et membres ; cyclines : os et dents ; D pénicillamine : tissus conjonctifs ...)

Les principaux types de malformations observés sont :

- Absence partielle ou totale d'une partie du corps (anencéphalie ...) ;
- Arrêt du développement : représente l'essentiel des malformations congénitales (microcéphalie micromélie, microphthalmie, fentes palatines, syndactylie) ;

- Troubles tissulaires : nécrose, dégénération, inflammation ;
- Différenciation anormale : métaplasie, néoplasmes congénitaux ;
- Développement excessif : polydactylie, dent surnuméraire, gigantisme.

3.3.3.4.2.4. Période fœtale et périnatale (J61 - fin de grossesse)

Au cours de cette phase, le fœtus achève sa maturation et le développement des différents organes. Cependant, il ne faut plus redouter de malformations sévères mais des effets toxiques pour le fœtus qui peuvent toucher :

- **Système nerveux central :**

- Syndrome gris (chloramphénicol) ;
- Dépression respiratoire (analgésiques centraux) ;
- Convulsions (théophylline, isoniazide) ;
- Retard de développement (neuroleptiques) ;
- Troubles pseudo-parkinsoniens (neuroleptiques).

- **Système cardio-vasculaire**

- Hémorragies néonatales (anticoagulants oraux, barbituriques) ;
- Bradycardie (bétabloquants, barbituriques) ;
- Tachycardie (bêtamimétiques) ;
- Fermeture prématurée du canal artériel et risque d'hypertension pulmonaire (anti-inflammatoires non stéroïdiens).

- **Système endocrinien**

- Hypothyroïdie (lithium, iode, antithyroïdiens).

- **Le squelette**

- Retard de développement osseux (cyclines et corticoïdes) ;
- Dyschromie de la dentition (cyclines).

- **Les fonctions métaboliques**

- Glycémie (bêta-stimulants, antidiabétiques) ;
- Hyperbilirubinémie (sulfamides, ocytocine).

- **Les tissus conjonctifs (D-pénicillamine).**

- **Les lignées sanguines**(chloramphénicol).

Le développement intra-utérin du fœtus

Diminution de la perfusion placentaire qui peut entraîner une inhibition de la croissance fœtale, la mort fœtale ou une naissance prématurée (diurétiques) [44,45].

3.3.4. Les risques de l'automédication chez la femme enceinte

Il existe de nombreux risques à pratiquer l'automédication chez la femme enceinte, en plus des risques connus dans la population générale. L'ensemble des risques est appelé le mésusage, c'est-à-dire la mauvaise utilisation d'un médicament, qui comprend :

- Les erreurs de posologie : entraînant des risques de sous dosage mais surtout de surdosage du médicament.
- Le risque de ne pas détecter une pathologie réelle potentiellement grave et ainsi de créer un retard au diagnostic.
- Le risque d'interactions avec d'autres médicaments, d'autres substances, telles que l'alcool ou certains aliments.
- Le risque de ne pas prendre en compte les allergies potentielles, qui peuvent être méconnues. Il est important de savoir qu'il existe plus de 200 médicaments contenant de l'aspirine, contre-indiqué pendant la grossesse. La femme enceinte a des risques surajoutés lorsqu'elle pratique l'automédication. Durant la grossesse, plus précisément pendant les deux premiers mois de grossesse, le risque de tératogénicité des médicaments est maximal. Une substance tératogène est une substance qui est susceptible de provoquer des malformations chez les enfants dont la mère a été traitée pendant la grossesse. Autrement dit, l'effet tératogène est l'ensemble des malformations qui peuvent atteindre le fœtus par le biais d'un médicament lorsqu'il est administré à la femme enceinte. Ces termes sont apparus dans les années 1950-1960 avec le drame de la THALIDOMIDE®, et plus tard

avec celui du DISTILBÈNE®. Comme l'explique le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) : « *Dans la population générale, on observe que 2 à 3% des enfants naissent avec une malformation. Le médicament tératogène augmentera donc cette fréquence globale, ou seulement celle d'un type spécifique de malformations.* » Il est souhaitable de rappeler que même en dehors de toute prise médicamenteuse pendant la grossesse, le « *risque zéro* » n'existe pas concernant la survenue d'une malformation.

En effet, le risque tératogène d'une substance médicamenteuse va dépendre de plusieurs critères :

- La nature de l'agent.
- Le degré d'accessibilité au fœtus de l'agent tératogène.
- La durée d'exposition à la substance.
- La posologie du médicament.
- L'âge gestationnel.

Les professionnels de santé prescrivant un traitement à une femme enceinte doivent avoir la démarche diagnostique et pronostique d'effectuer la balance bénéfices-risques avant la prescription. En effet, même si les médicaments sont à éviter au maximum pendant la grossesse, il ne faut tout de même pas sous-estimer la présence d'une pathologie nécessitant un traitement médicamenteux.

Les effets des médicaments sur le fœtus sont à corréler à l'âge gestationnel :

- **De J0 à J12** : c'est la période péri-implantatoire. Si la patiente consomme des substances toxiques, il y a un risque accru de Fausse Couche Spontanée (FCS). Il s'agit de la période du "tout ou rien".
- **De J15 à J60** : c'est la période embryonnaire, où il existe un tropisme de certains agents pour des organes spécifiques. Il se développe un tropisme de la thalidomide pour les membres de l'embryon. De plus, la circulation fœtale est particulière : elle court-circuite le foie et la circulation pulmonaire. Le cœur et le système nerveux central (SNC) sont privilégiés, ce qui engendre un tropisme de certains médicaments pour les organes nobles.

- **De J61 à la fin de la grossesse** : c'est la période fœtale : les effets toxiques peuvent atteindre la croissance fœtale et entraîner un retard de croissance intra utérin (RCIU). Ils peuvent également créer des altérations fonctionnelles des organes en place : le SNC avec les antiépileptiques ou encore le système cardiovasculaire avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) créant la fermeture prématurée du canal artériel. Outre le risque tératogène, il faut être vigilant sur les médicaments qui sont pris en fin de grossesse, qui peuvent aboutir à des syndromes de sevrage néo-natals (SSNN) plus ou moins importants, dus à l'imprégnation de l'agent médicamenteux. Ce SSNN s'explique par le fait qu'à la naissance, le nouveau-né est seul pour éliminer le médicament présent dans l'organisme, fonction qui jusqu'à-là était assurée par le foie et les reins de la mère.

Ainsi, retenons que plusieurs médicaments couramment utilisés dans la vie quotidienne sont contre-indiqués pendant la grossesse, à savoir les AINS et l'aspirine, principalement à partir de 24 SA, mais étant à éviter en début de grossesse. Les médicaments du rhume sont également contre indiqués pendant cette période, à cause des risques fœtaux des vasoconstricteurs [45, 46, 47].

3.3.5. Les causes d'automédication pendant la grossesse

La grossesse est un évènement physiologique, mais cela n'empêche qu'elle entraîne de nombreuses modifications corporelles et de l'organisme maternel, qui sont responsables de « petits maux » de la grossesse.

3.3.5.1. Les médicaments les plus utilisés pendant la grossesse

Les médicaments les plus utilisés par les parturientes sont-ils ceux soignant ces «petits maux » ? D'après la thèse en vue du doctorat en pharmacie de Louise Leduc, les médicaments les plus couramment utilisés en automédication chez la femme enceinte sont :

- Les antalgiques (51%)
- Les médicaments gastro-entérologiques (10%)

- Les veinotoniques (6%)
- L'homéopathie (4%)

L'étude de Cécile KLEIN, dans son mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, a montré que les médicaments les plus utilisés en automédication par les patientes pendant la grossesse sont les suivants :

- Le paracétamol
- Le Gaviscon® et le Maalox®
- Le Spasfon®
- Le Daflon®
- Le Smecta®
- La Lisopaine®
- Le Forlax

On remarque que les données pour ces deux travaux sont similaires, et que les patientes pratiquent l'automédication en majorité pour palier à ces troubles bénins pendant la grossesse. Il faut retenir que l'automédication n'est pas une pratique anodine : la classe de médicament la plus utilisée est « les antalgiques », dont l'effet secondaire à forte dose est une toxicité hépatique. D'une part le paracétamol peut s'acheter sous sa forme classique « Doliprane® », mais on le retrouve dans de nombreuses autres spécialités vendues en libre accès en pharmacie [49].

3.3.5.2. Les facteurs de risque d'automédication chez la femme enceinte

Plusieurs travaux et études ont été réalisés ces dernières années concernant la prise de médicaments pendant la grossesse. Existe-t-il des facteurs de risque d'automédication chez les femmes enceintes ? Retrouve-t-on des similitudes dans les habitudes de vie de ces patientes ? En voici un, accompagné de sa conclusion : Dans son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Emilie Rongier conclut que faire des études supérieures et avoir un

emploi sont des facteurs de risque d'automédication. Les informations transmises par les professionnels de santé semblent par ailleurs insuffisantes pour les femmes interrogées [49].

3.3.6. Conséquences de l'automédication pendant la grossesse

La consommation de médicaments en automédication pendant la grossesse peut comporter des risques pour le fœtus car tous les médicaments, ou presque, traversent la barrière placentaire et peuvent avoir des effets sur l'embryon ou le fœtus. Le risque va être différent selon si l'on considère la période embryonnaire ou la période fœtale. La période embryonnaire, s'étalant sur le premier trimestre, peut être affectée par des médicaments à effets tératogènes (ou malformatifs), car elle correspond à l'organogenèse. La période fœtale, couvrant les sept derniers mois de grossesse, peut-être affectée par des médicaments responsables d'effets foetotoxiques avec possible retard de croissance et anomalies du développement, notamment neurologique. Une étude a été réalisée, en France auprès de femmes enceintes, 223 femmes enceintes ont été interrogées dont 52 patientes, ont déclaré avoir pris un médicament en automédication au cours de leur grossesse. Dans une autre étude sur l'automédication chez la femme enceinte, la proportion de femmes enceintes ayant pris de l'ibuprofène au cours de la grossesse est de 15% et de 5,7 % au 3e trimestre de la grossesse malgré sa contre-indication alors que la prise d'AINS est formellement contre-indiquée à partir du 6e mois de grossesse, en raison de leur foetotoxicité cardiaque et rénale (constriction voire fermeture du canal artériel et atteinte de la fonction rénale). De même, il faut noter qu'un risque de faire une fausse couche a aussi été évoqué au 1er trimestre de grossesse [50].

3.4. Vers une automédication responsable

Les responsabilités en automédication sont en relation étroite avec :

- L'intéressé
- Le pharmacien
- Le médecin

3.4.1. La responsabilité de l'intéressé

La responsabilité du traitement reposait sur celui qui l'avait proposé que ce soit le praticien par le biais de la délivrance d'une ordonnance ou qu'il s'agisse du pharmacien. L'automédication risque vraisemblablement d'engager la responsabilité du patient et toute une partie de la réflexion repose sur les modalités de ce transfert de responsabilité qui implique au préalable un transfert de compétences.

Elle est majoritaire, l'automédication étant le plus souvent la conséquence d'une impulsivité émotionnelle d'inquiétude, d'insouciance, de négligence, d'ignorance (choix du médicament, de sa posologie, de la durée du traitement),...d'un sentiment d'indépendance vis à vis la puissance du thérapeute, de la tentation d'une source d'économie de consultations ou (et) de médicaments, d'un souci de "gagner du temps", de l'influence des associations de consommateurs, majorée par la confusion née du foisonnement d'informations largement médiatisées. Ajoutons à cela le désordre quasi permanent qui règne dans la pharmacie, dite « familiale », d'accès commode, avec son reliquat de prescriptions antérieures que constituent les médicaments, parfois d'usage spécifique, qui peuvent avoir atteint leur date de péremption et les flacons entamés, transformés en bouillon de culture après utilisation partielle du produit.

En dehors du risque d'intoxication chez les enfants par absorption accidentelle, on n'insistera jamais assez pour dire combien la conservation d'un médicament prescrit antérieurement est inutile ou dangereuse dans la mesure où l'auto

prescription risque d'être totalement inappropriée, mais à qui la faute ? Cette responsabilité relève entièrement de la liberté propre du patient.

Le patient est principalement responsable de la consommation des produits qu'il utilise. Une attention particulière doit être portée aux groupes vulnérables, notamment les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes, lorsqu'ils recourent à l'automédication.

Lorsqu'une personne décide de recourir à l'automédication, elle doit être capable :

- D'identifier les symptômes ou la maladie.
- De s'assurer que l'automédication convient à son état de santé.
- De choisir le médicament approprié.
- De suivre le mode d'emploi indiqué sur les étiquettes et sur les notices.

3.4.2. Responsabilité du pharmacien

Le pharmacien a la responsabilité professionnelle d'encourager les personnes du public à considérer les médicaments comme des produits spéciaux devant être conservés et utilisés avec prudence et à cette fin, de ne pas prendre de mesures qui puissent inciter les personnes à acheter des quantités superflues d'un médicament. La responsabilité professionnelle de recommander à une personne de chercher conseil auprès d'un médecin lorsqu'il devient manifeste que la pratique de l'automédication est inappropriée. A aussi la responsabilité professionnelle de fournir des conseils fiables et objectifs sur l'automédication, et sur les produits disponibles pour la pratique de l'automédication.

Le pharmacien occupe une place importante dans la pratique de l'automédication, il a notamment « un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale » (Article R.4235-48 du CSP). Son rôle est de déceler les besoins et les attentes de chaque patient, afin de les accompagner au mieux dans leur démarche de soins. Le pharmacien doit, à travers « des conseils appropriés et dans le domaine de ses

compétences, participer au soutien apporté au patient » (Article R.4235-48 du CSP). La délivrance des médicaments non soumis à la réglementation des substances vénéneuses ne nécessite pas la présentation d'une ordonnance médicale. Dans ces conditions, le pharmacien supporte seul la responsabilité de la prise en charge de son client à l'officine. Sa vigilance doit être accrue. Le moindre doute sur la légitimité de la demande du patient doit déclencher un refus de délivrance et une recommandation de consultation médicale. Lorsque le pharmacien est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale, son devoir de conseil est qualifié par le Code de déontologie de « particulier ». Cette formulation souligne la spécificité du système français de distribution des médicaments : aucun d'eux ne peut être directement choisi par un patient, toute dispensation implique une validation pharmaceutique.

3.4.3. Responsabilité du médecin

L'automédication doit bénéficier de la participation du médecin traitant car elle contribue à la prise en charge globale du patient. Le médecin a un rôle de conseil et d'information, qui dépasse largement le cadre limité d'une prescription ou d'une pathologie spécifique. Afin de garantir au maximum la sécurité du patient, le médecin a pour rôle de vérifier la consommation médicamenteuse, y compris en dehors de ses propres prescriptions, incluant ainsi les médicaments d'automédication ou encore les médicaments issus de la pharmacie familiale. Ainsi, le rôle du médecin dans l'automédication, qui semble de prime abord très marginal, est en réalité un des piliers du bon usage et de la sécurité de la consommation de ces médicaments.

De plus le médecin, à l'occasion des consultations, a la responsabilité :

- De vérifier, voire d'orienter l'automédication du patient ;
- De prévenir d'éventuels risques d'interactions médicamenteuses ou de surdosage favorisés par les appellations différentes de principes actifs

identiques : différents noms de marques remboursables et non remboursables de la même molécule, auxquels il faut rajouter les génériques. L'exemple seul du paracétamol est à cet égard très révélateur des risques potentiels ;

- D'informer le patient sur les conditions dans lesquelles l'automédication est une solution appropriée (délai de recours au médecin en cas de persistance des symptômes, notion d'aggravation de la plainte ou des troubles, etc.). Ceci est particulièrement vrai pour les affections récidivantes : constipation, insomnie, migraine, manifestations allergiques par exemple.

3.4.4. Les règles d'une automédication responsable

L'AFIPA formule huit propositions pour développer l'automédication selon trois

- «Pour l'information et l'éducation du patient», elle suggère de « mettre en place des programmes d'éducation à la santé dès le plus jeune âge, de valoriser l'automédication responsable au travers d'une campagne institutionnelle sur les bons réflexes à adopter, de clarifier l'offre des médicaments d'automédication avec un packaging plus clair et plus préventif ».
- «L'élargissement du champ de l'automédication responsable» serait obtenu par la mise en œuvre d'une réflexion sur certains traitements chroniques pouvant y être adaptés, le fait de faciliter l'accès aux médicaments d'automédication déjà disponibles dans d'autres pays européens, le remplacement du terme "SMR insuffisant" jugé péjoratif pour les médicaments remboursables passés en OTC par celui qui est "soumis "à une prise en charge individuelle.
- «Enfin, l'incitation des professionnels de santé» viendrait de l'adoption de deux propositions : la formation des professionnels de santé à l'automédication responsable et la mise en place d'une réflexion pour inciter pharmaciens et médecins à conseiller leurs patients sur l'automédication

responsable. D'une autre part l'ANSM donne 7 règles utiles lors de l'utilisation de médicaments hors prescription médicale, ces règles on peut les classer en 3 groupes :

- Avant d'acheter un médicament (la 1^{ère} et la 2^{ème} règle)
- Avant de prendre un médicament (la 3^{ème} règle).
- Au cours de traitement (la 4^{ème}, la 5^{ème}, la 6^{ème} et la 7^{ème} règle).

1) Pour tout médicament pris devant le comptoir, il est important de valider votre choix avec votre pharmacien d'officine, car il vous aidera dans votre choix du médicament le mieux adapté à votre cas et vous informera sur la posologie, les indications, les contre-indications, les précautions d'emploi, et les effets indésirables éventuels.

2) Soyez particulièrement vigilant(e) si : Vous êtes enceinte, vous allaitez, vous êtes allergique à certains produits, vous êtes âgé(e), vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée (notamment maladie du foie, du cœur ou des reins, diabète). Demandez systématiquement conseil à votre pharmacien. De même, si vous choisissez un médicament pour votre enfant, demandez toujours l'avis de votre pharmacien qui pourra vous orienter, si nécessaire, vers une consultation médicale.

3) Lisez toujours la notice : La notice vous apporte des informations importantes pour utiliser votre médicament de la façon la plus efficace possible et dans les meilleures conditions de sécurité. C'est un document de référence qu'il faut lire avant de commencer votre traitement. Conservez toujours votre médicament et sa notice dans la boîte d'origine. La boîte assure non seulement la protection du médicament mais apporte également des informations importantes (date de péremption...).

4) Ne prenez pas de votre propre initiative plusieurs médicaments différents : car leurs effets peuvent se cumuler ou au contraire s'opposer. Si vous prenez déjà des médicaments (traitement ponctuel ou au long cours, comme les anticoagulants), signalez-le toujours à votre

pharmacien. Le jeûne, l'alcool (bière, vin.), le tabac et certaines boissons (à base de plantes, jus de pamplemousse) modifient aussi l'effet de certains médicaments. Soyez vigilant(e) et adaptez votre mode de vie afin d'éviter ces interactions.

5) Respectez les doses par prise, l'intervalle entre les prises, le nombre de prises quotidiennes et la durée de votre traitement : Le médicament de médication officinale est conçu pour être utilisé à une dose et pendant une durée bien définies qui dépendent du symptôme traité. Ne dépassez pas la posologie (dose et fréquence des prises) et la durée de traitement indiquées par votre pharmacien et mentionnées dans la notice de votre médicament.

6) Si aucune amélioration n'intervient après quelques jours de traitement, Si vos symptômes s'aggravent, s'ils se répètent fréquemment, ou en cas de doute demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien. Indiquez-leur toujours les médicaments que vous avez pris de vous-même pour vous soulager. Si vous présentez un événement indésirable (même mineur) Il est important de le signaler à votre médecin ou votre pharmacien qui prendra le cas échéant la décision d'en informer les autorités de santé. Il vous donnera la conduite à tenir pour votre traitement [51].



METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire du point g (CHU Point G).

4.1.1. Présentation du CHU POINT G

L'hôpital du point G, construit entre 1906 et 1913, couvre une superficie de 25 hectares. Ancien hôpital militaire, devenu hôpital civil peu avant l'indépendance du Mali, il se situe sur une colline surplombant Bamako. Il est situé non loin du centre-ville de Bamako et constitue le 3ème niveau de référence national.

Le Chu point G regroupe en son sein 14 spécialités et services à savoir :

- Anesthésie-réanimation
- Cancérologie
- Cardiologie
- Chirurgie générale, thoracique /cardio-vasculaire, et urologique
- Gynécologie-obstétrique
- Hématologie
- Médecine générale
- Médecine nucléaire
- Médecine interne
- Neurologie
- Néphrologie
- Psychiatrie
- Pneumologie
- Urgences

4.1.2. Choix du cadre d'étude

Le choix du service de gynéco-obstétrique (G.O) s'est fait de manière non probabiliste parmi toutes les structures de Gynécologie au Mali. Ce choix a été motivé par :

- Le caractère de référence nationale
- L'affluence élevée au niveau de la CPN

4.1.3. Fonctionnement de l'unité obstétrique

Le service de gynéco-obstétrique (G.O) est divisé en 4 sections. Il s'agit des sections de recherche et formation, de gynécologie, de chirurgie et d'obstétrique. Chaque section est subdivisée par la suite en unités. La section obstétrique regroupe les unités d'accouchement/suites de couches pathologiques et de CPN/grossesse à risque.

Le service de Gynécologie - Obstétrique a été créé en 1912.

Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- **1970** : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- **1970 à 1972** : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972 à 1975** : Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- **1975 à 1978** : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- **1978 à 1983** : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984 à 1985** : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- **1985 à 1986** : Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1986 à 1987** : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987 à 2001** : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2001 à 2003** : Docteur Niani Mounkoro ;
- **2003 à 2014** : Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien)

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pas pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

NB : le service était en voie d'extinction en fin **2001**

- **Du 1er janvier 2015 à nos jours : Professeur THERA Augustin T.** (Gynécologue obstétricien et Maître de conférences à la FMOS). Le bâtiment abritant l'actuel service de Gynécologie - Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre les services de la Néphrologie au Sud, de la Réanimation au Nord et de l'Urologie à l'Est. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure) figure 1. Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :
 - **Six** Gynécologues obstétriciens ;
 - **Dix-huit** Techniciens supérieurs de santé dont :
 - **Quatorze** sages-femmes ;
 - **Un** major ;
 - **Trois** aides de bloc : Assistant médical
 - **Onze** techniciens de santé ;
 - **Deux** aides-Soignantes ;
 - **Sept** garçons de Salle dont **2** au bloc opératoire ;
 - **Une** secrétaire.

❖ **Fonctionnement**

Il existe **5** jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et **4** jours d'interventions chirurgicales programmées. La prise en charge des urgences est effective 24heures/24. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses collaborateurs.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi, elle est dirigée par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée :

- D'un médecin.

- Les DES (diplôme d'étude spécialisé) de Gynécologie ou de Chirurgie générale en rotation.
- Deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne,
- Une sage-femme,
- Un technicien supérieur en anesthésie,
- Un aide de bloc,
- Une infirmière.
- Une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc.

L'unité mixte, le service de Gynécologie - Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs. Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie - Obstétrique prévoit la mise en place :

- D'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation) ;
- D'une unité de coelio-chirurgie et d'hystéroscopie (réalisée) ;
- D'une unité d'oncologie gynécologique ;
- D'une unité d'échographie gynéco-obstétricale (réalisée).

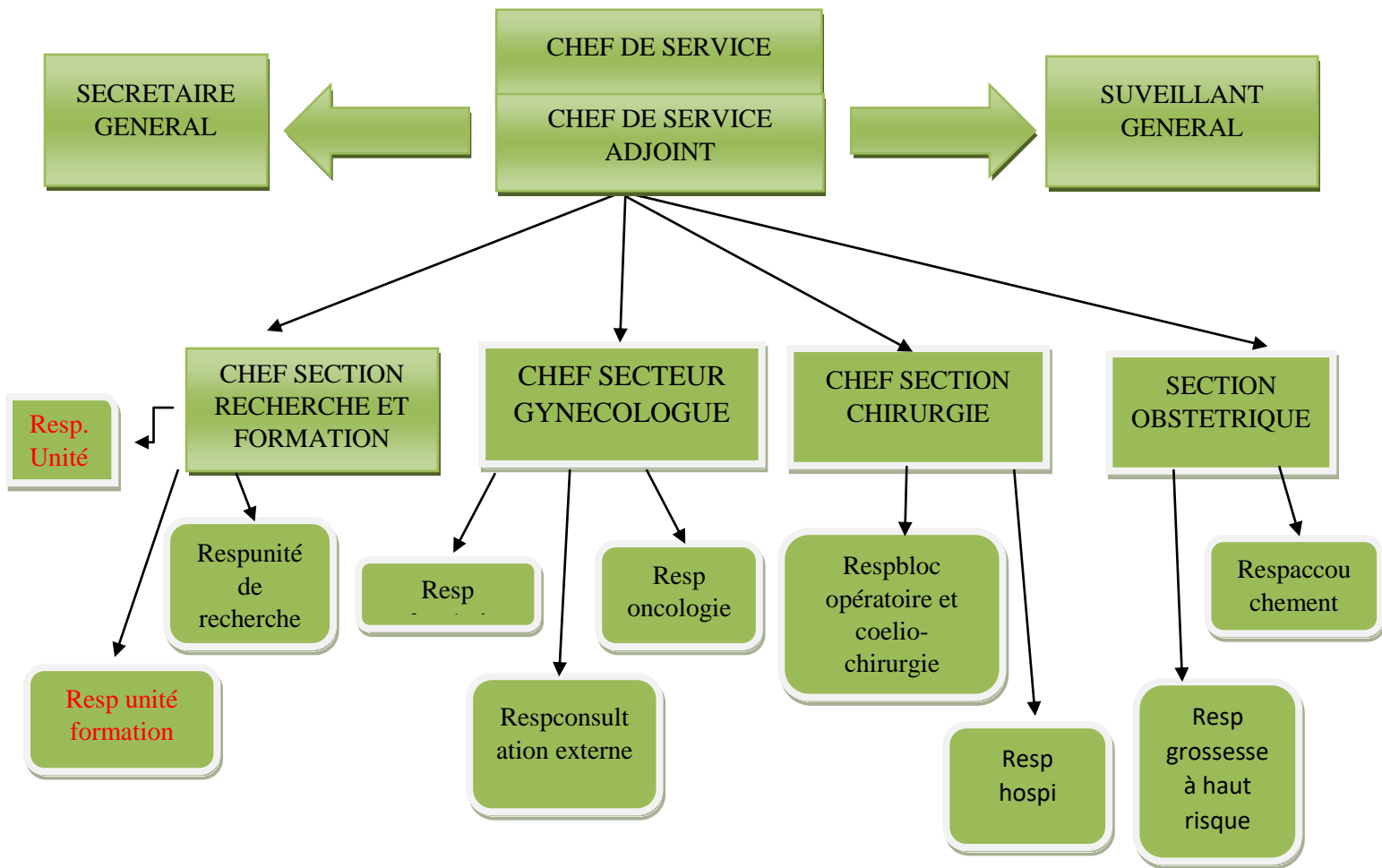


Figure 1 : Organigramme du service de Gynéco-obstétrique du CHU Point G

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur la prévalence de l'automédication chez la femme enceinte dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G.

La période d'étude était de six mois allant de 04 mars au 14 septembre 2019.

4.3. Population d'étude

L'étude a concerné toutes les femmes enceintes admises dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G pour consultation prénatale durant ladite période.

4.4. Echantillonnage

Les échantillons ont été récoltés de façon aléatoire. La taille de l'échantillon est égale au nombre de cas obtenu lors de la durée de l'enquête qui fut de six mois.

4.5. Critères d'étude

4.5.1. Critères d'inclusion

Toutes les femmes enceintes venues dans le service pour consultation prénatale ayant pratiqué l'automédication et qui ont accepté de répondre aux questions.

4.5.2. Critères de non-inclusion

Les femmes enceintes qui ne sont pas venues en consultation prénatale dans le service durant notre période d'étude.

Les femmes enceintes qui sont venues en consultation prénatale dans le service durant notre période d'étude et qui ont refusé de participer à l'étude.

4.6. Déroulement de l'enquête

Avant l'enquête un protocole de thèse a été établi, il nous a permis d'avoir une note de service rédigée par le Directeur de l'hôpital du CHU Point G. Cette note de service a facilité le travail dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G.

4.7. Collecte des données.

Un questionnaire individuel a été établi pour le recueil des informations auprès des femmes enceintes venues en consultation prénatale au sein du service de gynécologie.

4.8. Analyse, traitement et présentation des données.

Les données ont été saisies et traitées sur le logiciel Excel puis importées sur SPSS version 2.1 pour les analyses statistiques.

4.9. Considérations éthiques et déontologiques.

Les données ont été recueillies en tout anonymat avec l'autorisation de la Direction hospitalière et le consentement verbal éclairé des différentes participantes était requis. La confidentialité des informations reçues est également garantie.



RESULTATS

5. RESULTATS

Durant la période d'étude dans le service de gynécologie obstétrique du CHU point G, 162 femmes enceintes ont pratiqué l'automédication sur 258 enregistrées en CPN (soit 62,79%). Les données sont réparties comme suit :

5.1. Données sociodémographiques des femmes enceintes qui ont fait recours à l'automédication

Tableau I : Répartition des femmes enceintes ayant recours à l'automédication selon le groupe d'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
Moins de 20 ans	20	12,35
20–29 ans	115	70,99
30–39 ans	22	13,58
40 ans et plus	5	3,08
Total	162	100

La majorité des patientes avaient un âge compris entre 20 et 29 ans soit 70,99% des cas. La moyenne d'âge est de $25,25 \pm 5,65$ ans.

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	64	39,51
Elève/étudiante	43	26,54
Commerçante	38	23,46
Fonctionnaire	16	9,88
Autres	1	0,61
Total	162	100

Autres : Couturières, coiffeuses

Les ménagères étaient plus représentées à 39,51%.

Tableau III : Répartition selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Mariée	133	82,10
Concubinage	07	4,32
Célibataire	21	12,96
Divorcée	1	0,62
Total	162	100

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 82,10%.

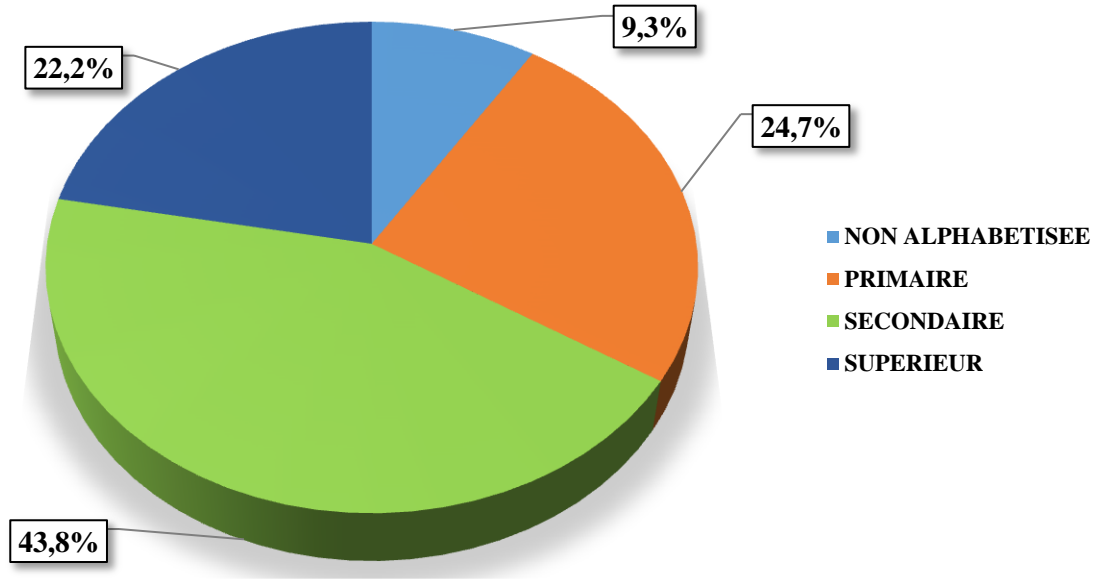


Figure 2 : Répartition du niveau d'instruction des femmes enceintes

La majeure partie des femmes enceintes avaient un niveau d'étude secondaire soit 43,8%.

5.2. Répartition thérapeutique des médicaments consommés.

Tableau IV : Répartition des classes thérapeutiques des médicaments consommés

Classement thérapeutique	Noms des médicaments	Effectif	Pourcentage
Antalgique N=51	Paracétamol	51	26,29
Antiagregant plaquettaire N=3	Acide Acetyl salycilique	3	1,55
Anti inflammatoire N=23	Ibuprofène	10	11,86
	Diclofenac	12	
	betamethasone	1	
Antibiotique N=22	Chloramphénicol	3	11,34
	Amoxicilline	9	
	Amoxiclav	1	
	Métronidazole	7	
	Ciprofloxacine	1	
	Gynanfort	1	
Vitamine et anti anémique N=21	Multi vitamine	1	10,82
	Vitamine B	2	
	Vitamine C	6	
	Acide folique	4	
	Fer	7	
	Tres orix	1	
Antispasmodique N=16	Novalgin	5	8,25
	Spasfon	8	
	Oxyboldine	3	

Pansement gastrique N=6	Hydroxyde de magnésium et d'aluminium	6	3,09
IPP N=9	Omeprazole	9	4,64
Expectorant N=6	Ambroxol	1	3,09
	Carbocystéine	5	
Antipaludéen N=11	Artemether-luméfantrine	2	5,67
	Sulfadoxine-pyrimétamine	9	
Antiémétique N=12	Vogalène	7	6,18
	Domperidone	5	
Laxatif N=3	Fructines	3	1,55
antigrippaux N=3	Litacold	2	1,55
	Trifed	1	
Anti diarrhéique N=3	Loperamide	3	1,55
Déparasitant N=2	Albendazole	2	1,03
Anti histaminique N=2	Desloratadine	2	1,03
Anti hypertenseur N=1	Amlodipine	1	0,52
TOTAL		194	100

L'antalgique (le paracétamol) est la classe thérapeutique la plus représentée en automédication pendant la grossesse soit 26,29%.

5.3. Répartition selon le symptôme ayant motivé l'automédication

Tableau V : Répartition des symptômes ayant motivés l'automédication

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Céphalées	43	24,29
Douleur abdominale	23	12,99
Algies diffuses	15	8,48
Toux	15	8,48
Fatigue	14	7,91
Rhume	8	4,52
Anémie	7	3,95
Prescription antérieure	6	3,39
Algie pelvienne	5	2,82
Epigastralgie	5	2,82
Fièvre	5	2,82
Paludisme	11	6,21
Vomissements	5	2,82
Diarrhées	4	2,27
Infection génitale	4	2,27
TFI*	4	2,27
Allergie	2	1,13
Hypertension	1	0,56
TOTAL	177	100

TFI*: troubles fonctionnel intestinal

Les céphalées étaient le motif le plus représenté des cas d'automédication chez la femme enceintes soit 24,29%.

5.4. Répartition selon la raison ayant conduit à l'automédication

Tableau VI : Raison de l'automédication

Raison	Effectifs	Pourcentage
Soulagement rapide	119	73,45
Difficulté économiques	24	14,82
Symptômes considérés bénins	14	8,64
Difficultés d'accès à un professionnel. de santé	5	3,09
Total	162	100

Parmi les 162 patientes qui ont eu recours à l'automédication, 119 invoquent comme raison un besoin de soulagement rapide et 5 patientes ont eu des difficultés d'accès à un professionnel de santé.

5.5. Répartition selon la période de la grossesse pendant le ou les médicaments ont été consommés.

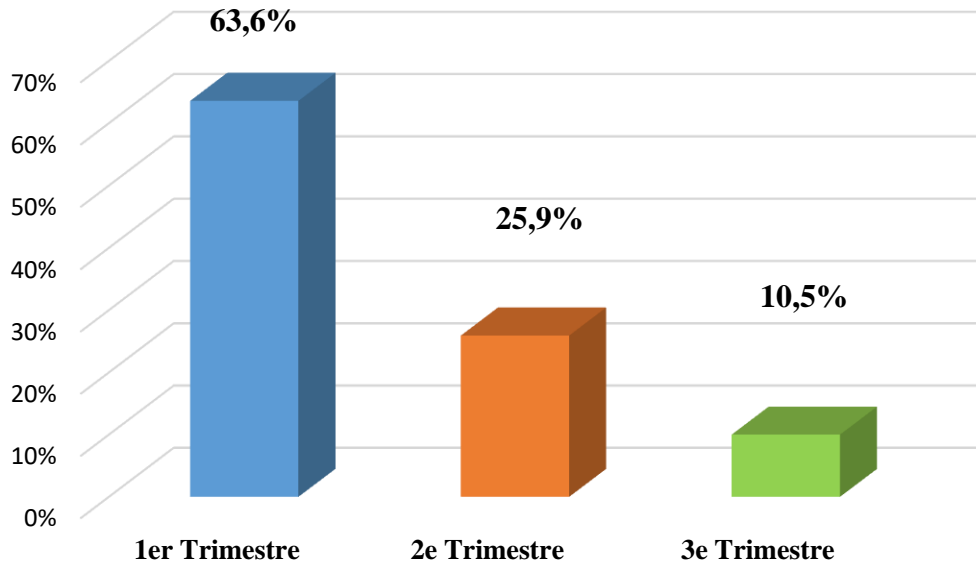


Figure 3 : Répartition des femmes enceintes ayant eu recours à l'automédication en fonction du trimestre de grossesse

La majorité des patientes se sont automédiquées au cours du 1er trimestre de la grossesse soit 63.6%.

5.6. Répartition selon le mode d'obtention du médicament.

Tableau VII : Répartition du mode d'obtention des médicaments

Mode d'obtention	Effectifs	Pourcentage
Pharmacie	122	75,31
A domicile	40	24,69
Total	162	100

La majorité des femmes enceintes qui ont eu recours à l'automédication s'en sont procurées dans une pharmacie, soit 75,31%.

5.7. Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'automédication

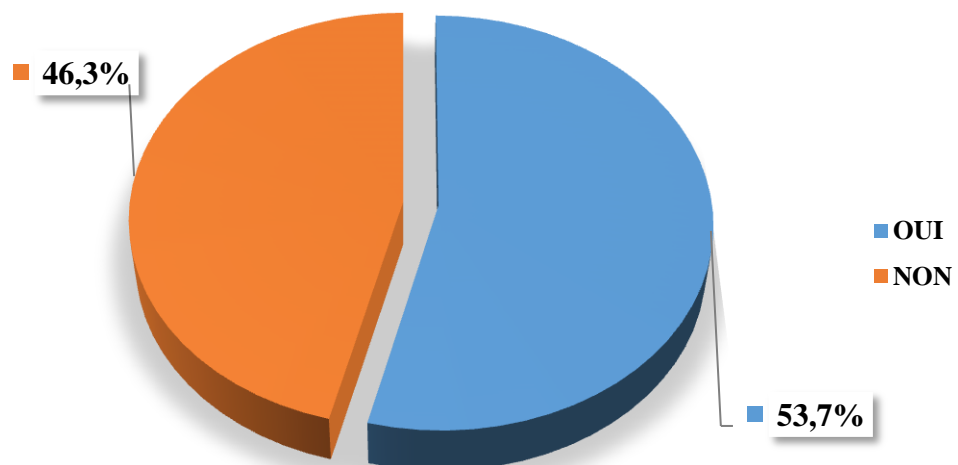


Figure 4 : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'automédication

Sur les 162 patientes, 87 déclarent avoir reçu des informations sur l'automédication, soit 53,7 %.

5.8. Répartition des femmes selon les conséquences que pourraient subir le fœtus en cas d'automédication.

Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes en fonction des connaissances sur les conséquences de l'automédication sur le fœtus

Conséquence	Effectifs	Pourcentage
Malformation	20	52,18
Toxique pour le fœtus	13	20,28
Avortement involontaire	5	17,39
Retard de croissance du fœtus	5	10,15
TOTAL	43	100


La malformation congénitale est la plus représentée (52,18%).

5.9. Répartition des femmes selon la source d'information sur les médicaments utilisés

Tableau IX : Répartition des femmes selon la source d'information sur les médicaments utilisés

Source	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	83	51,2
Gynécologue/obstétricien	69	42,6
Médecin traitant	5	3,1
Famille/amis	4	2,5
Internet	1	0,6
TOTAL	162	100

La majorité des femmes enceintes soit 51.2% ont reçu l'information sur les médicaments utilisés auprès des sages-femmes.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Limites et biais d'étude

Notre étude étant prospective ; elle contient un biais de mémorisation dans la mesure où il était demandé aux femmes enceintes de renseigner leurs consommations pendant l'automédication et aussi un biais de vérité.

6.2. Caractéristiques sociodémographiques

6.2.1. L'âge des patientes

Selon nos résultats, 70,99% des femmes enquêtées ont un âge compris entre 20 et 29 ans avec une moyenne d'âge de 25,25 ans et un écart type de 5,65. Seul 3,08% des femmes avaient un âge supérieur ou égal à 40 ans. Ces données se rapprochent de celles de Sacko R., dont l'âge moyen des gestantes était de 23,9 ans et de Nucheze MJ., dont 80 % des gestantes avaient un âge compris entre 25 et 34 ans. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que plus l'âge avance, plus l'automédication diminue à cause de l'apparition de la ménopause et de certaines maladies chroniques [52, 53].

6.2.2. Profession

Le taux d'automédication varie en fonction de la profession car toutes les professions y font recours. C'est ainsi que 39,51% des ménagères de notre étude s'automédiquent. Ce résultat est différent de celui de Nucheze MJ, qui retrouva 83% des professions intermédiaires (techniciens, attachés commerciaux, secrétaires). Cela pourrait s'expliquer par le fait que leur pouvoir d'achat est peu élevé les poussant à s'automédiquer [53].

6.2.3. Situation matrimoniale

Au cours de notre étude, nous avons retrouvé 82,10% de femmes mariées. Ces résultats sont proches de celui de Coulibaly SK et al, qui trouvait un pourcentage de 90% de femmes mariées. Ces résultats pourraient s'expliquer par le mariage précoce des femmes dans notre population d'étude [54].

6.2.4. Niveau de scolarisation des patientes

L'analyse de nos données montre que 44% des femmes ont un niveau secondaire. Ce résultat a évolué par rapport à celui de Coulibaly SK et al., en 2015 qui trouvait 36% des femmes enceintes non scolarisées et différent de celui de Potier C. qui retrouva 48% de patientes ayant fait des études supérieures. Nos résultats pourraient s'expliquer par l'évolution du niveau socioéducatif des patientes grâce aux sensibilisations des parents sur les bienfaits de la scolarisation de la jeune fille [50,54].

6.3. Répartition selon la classe thérapeutique des médicaments consommés.

Les antalgiques, en particulier le paracétamol, représentent la classe de médicaments les plus consommés à 30,35%. Nos résultats sont comparables à ceux de Potier C. et NEMICHE N. qui ont retrouvés respectivement 66,5% et 49% d'antalgiques. Les anti-inflammatoires (15,48%) et les antibiotiques (12,5%) sont les classes de médicaments qui suivent les antalgiques. En effet, les céphalées, les douleurs diffuses et les infections sont les motifs d'automédication les plus évoqués par les femmes enceintes au cours de notre étude. Le coût bas et la vente libre du paracétamol et de certains antibiotiques pourraient justifier nos résultats [5,50].

6.4. Les raisons et les symptômes ayant motivé l'automédication.

Parmi les 162 patientes qui ont eu recours à l'automédication, 119 soit 73,45% d'entre elles mentionnaient qu'elles étaient à la recherche d'un soulagement rapide de leur symptôme et 14,82 % mentionnaient avoir des difficultés économiques à accéder aux services de santé pour une prescription. Seules 8,64 % des femmes considéraient leur symptôme comme bénin ne nécessitant donc pas une visite médicale. Nos résultats sont différents de NEMICHE N. qui retrouva respectivement 56,86% et 1,96% de femmes évoquant la bénignité de

leur symptôme et les difficultés économiques comme raison de pratique de l'automédication [5].

Parmi les symptômes ayant motivé l'automédication, les pathologies algiques (céphalées, douleurs abdominales et les algies diffuses) sont les plus évoquées à 49,09 %.

6.5. Période de l'automédication durant la grossesse

Au cours de l'étude, 64% des patientes ont consommé au moins un médicament au premier trimestre sans ordonnance. Ce résultat est comparable à celui de Courrier D. et NEMICHE N. qui retrouvent respectivement 44,1% et 40% au premier trimestre. La grossesse entraînant d'importantes modifications physiologiques et la plupart d'entre elles survenant au début, la majorité des patientes mentionnent avoir eu recours à l'automédication au début de leur grossesse pour calmer leur symptôme avant d'aller consulter un agent de santé [5, 57].

6.6. Le mode d'obtention des médicaments.

Parmi les femmes enceintes qui ont eu recours à l'automédication, 75,31% sont allées dans une pharmacie et 24,69% déclarent avoir les médicaments chez eux à la maison. Nos résultats sont semblables à ceux de NEMICHE N. qui a retrouvé 72,32% des femmes ayant obtenu les médicaments à la pharmacie [5].

6.7. Connaissances des femmes sur les conséquences de l'automédication

Parmi les 162 patientes, 83 avaient déclaré avoir reçu des informations sur l'automédication par la sage-femme. Selon les patientes ; la malformation congénitale est la conséquence majoritaire que pourraient subir leurs fœtus en cas d'automédication. Ce résultat est sensiblement identique à ceux rapportés par Mikou et al.(51 %) et par Schmitt (55 %) qui ont retrouvé plus de la moitié des

femmes enceintes informés par un agent de santé sur les risques encourus [55,56].



CONCLUSION

7. CONCLUSION

Dans la société actuelle, le médicament est devenu un objet banal du quotidien. L'automédication est pratiquée par la majorité de la population. Or, elle n'est pas sans risque à certaines périodes, telles que durant la grossesse, où la femme et le fœtus se trouvent être vulnérables. Notre étude révèle un effectif de 162 femmes enceintes ayant pratiqué l'automédication, cet usage de l'automédication est pratiqué par les femmes enceintes afin de pallier aux « petits maux » de grossesse. Nous avons remarqué que les connaissances des patientes à propos des médicaments ne sont pas suffisantes. Les informations reçues pendant la grossesse concernant les médicaments restent incomplètes et insuffisantes.

Il est donc du ressort des agents de santé, lors des différentes consultations, de délivrer un message de prévention, d'information et de conseils auprès des femmes enceintes sur les médicaments autorisés et contre-indiqués pendant la grossesse, en association avec les pharmaciens, entres autres.

Pourquoi l'automédication est-elle encore si élevée chez les femmes enceintes ? Les moyens de prévention existants sont-ils réellement adaptés à cette population ? Entre publicités, plaquettes d'informations ou affiches publicitaires, ne devrions-nous pas mettre en place des moyens plus interactifs et attractifs, tels que des messages informatifs, sur des écrans, dans les salles d'attente de gynécologie-obstétrique ?



RECOMMANDATIONS

8. RECOMMANDATIONS

L'automédication est un phénomène de société qui doit être pris au sérieux. Il est donc impérieux que les actions hardies soient engagées sur le plan sanitaire et sociopolitique.

À ce titre nous formulons quelques recommandations en direction des différents acteurs, les femmes enceintes, le personnel médical et les pouvoirs publics.

8.1. Aux femmes enceintes

L'éducation des consommateurs constitue la pierre angulaire de toute politique de santé publique. Les consommateurs doivent être en contact permanent avec les partenaires socio-sanitaires que sont les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes qui sont les seuls en mesure d'assurer la prise en charge socio psychologique des patientes. Ils doivent :

- Arrêter la consommation des médicaments vendus illégalement aux marchés illicites ;
- Chercher des informations nécessaires sur un médicament avant tout achat volontaire (automédication responsable).

8.2. Les professionnels de la santé

8.2.1. Les pharmaciens

Le pharmacien peut jouer un grand rôle dans la maîtrise du fléau de l'automédication. En effet, c'est le partenaire socio-sanitaire qui se situe à mi-distance entre le malade et le médecin et il est constamment sollicité.

Le pharmacien doit mener des actions de sensibilisation des patients ; il doit donner des informations correctes sur les produits utilisés et les conséquences éventuelles du non-respect de la posologie ; il doit mettre en confiance les malades et les orienter vers le médecin lorsque l'affection nécessite une prise en charge médicale. Il doit tempérer la tendance de la population à la surconsommation de médicament et la mettre en garde contre les inconvénients de l'usage intempestif de médicament. Il doit être disponible et accessible à tout

moment. Il doit être rigoureux dans la délivrance du médicament et éventuellement contrôler l'utilisation que le patient en fera. Le pharmacie doit attirer l'attention des patients sur le fait que le conseil thérapeutique donné par rapport à une situation bien définie ne doit pas être détourné de son but initial et appliqué ailleurs. Chaque situation nécessite un conseil et des médicaments bien spécifiques.

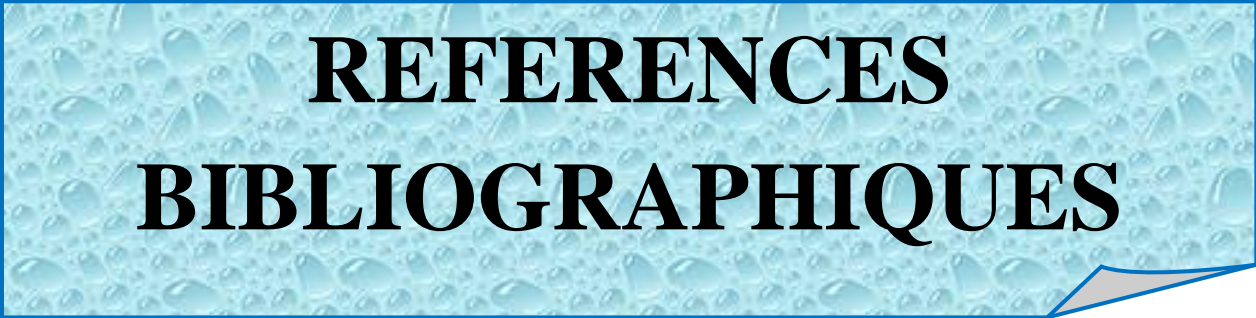
8.2.2. Le personnel médical et paramédical

Nous suggérons au personnel médical et paramédical :

- D'informer les patients sur les risques de l'automédication
- D'informer les femmes enceintes sur les conséquences de l'automédication pour elle-même et pour leur fœtus
- D'éviter autant que possible la prescription d'ordonnances longues et coûteuses en les limitant au minimum indispensable.

8.3. Les pouvoirs publics

Ils sont les gérants de la santé. Ils leur appartient d'initier une politique sanitaire qui permettra à chacun de remplir son rôle à la place qui est la sienne. Ils doivent mettre à la disposition des maternités et des services de gynéco-obstétrique des moyens de sensibilisation (affiches, spot publicitaire ...) sur les risques et conséquences liés à l'automédication.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Packow A.** Fréquence de l'usage de l'automédication chez la femme enceinte. Mémoire sage-femme, Universités de Limoges, 2017, p 6-15.
2. **Potier C.** Automédication et grossesse, facteurs de risques et états des lieux des connaissances et pratiques primipares. Mémoire sage-femme, Université Claude Bernard Lyon 1, 2015, 12p.
3. **Sangaré M.** Prescription, achats, utilisation de médicaments à Niono. Thèse Pharmacie, USTTB ; 1995, 33p.
4. **Mont, Astruc J L, Bacherih G, Lapeyre mestre M:** pharmacovigilance de l'automédication thérapie 1997 ; 51 (2),p 105-110.
5. **Nemiche N.** Automédication chez la femme enceinte. Thèse Pharmacie, Université Abou BekrBelkaid Tlemcen Algérie, 2015, p53-81.
6. **Coulibaly S.** Problématique de l'Automédication dans la commune I du District de Bamako. Thèse Pharmacie, USTTB, 2018, 35p.
7. **Coulibaly B.** Pratique et attitudes des pharmaciens d'officines et opinions des utilisateurs dans le District de Bamako. Thèse Pharmacie, USTTB, 2003 ,55p.
8. **Roland P: Médicament.** <http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9dicament> (Consulté en ligne en Septembre 2019)
9. **Nancy : Médicament.**
<http://www.rinnovamento.it/m/me/medicament.html> (Consulté en ligne en octobre 2019).
10. **Jathieres F, Giami:** Les dangers de l'automédication. Les dossiers de l'obstétrique. 2099 ; 379;p 19-23.
11. **Pouillard J:** Conseil national de l'ordre des médecins. L'automédication. [En ligne]. <http://www.lorraine.drjcs.gouv.fr/IMG/pdf/automedication.pdf>. (Consulté en ligne en Août 2019).
12. **Légaré N:** Les médicaments en vente libre comme substances d'abus: revue d'un phénomène méconnu. Drogues, santé et société, 2008. 7(1) : p129-151.

- 13. Coulomb A, Baumelou A :** La documentation française, Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution marche, comportements, positions des acteurs ; 2006, p32.
- 14. Angoua D N .** L'automédication au Cameroun exemple de la ville Yaoundé. Thèse de Pharmacie, Dakar, 1994, N°89, 55p.
- 15. Almeida A.** Problématique de l'automédication dans la commune urbaine de Lomé (TOGO). Thèse de Pharmacie, Lomé, 2003, 49p.
- 16. Escourrou B, Bouville B, Bismuth M, Durrieu G, Oustric S:** Automédication des enfants par les parents : un vrai risque ? Supplément de la revue du praticien 2010 ; 60 : 27-34. [En ligne].http://www.chutoulouse.fr/IMG/pdf/automedication_des_enfants_revue_du_praticien_2010-2.pdf. Consulté le 15 Octobre 2019.
- 17. Gay B, Beis JN, Trinh-Duc A, Bouget J:** Thérapeutique en Médecine générale 2ème édition : Global Média Santé ; 2009, 842 p.
- 18. Tilmans-Cabiaux C, Mokrane S, Ravez L, Fox A:** Interculturalité de soins de santé : un questionnement éthique. Presses universitaires de Namur (Belgique) ; 2013, p 23.
- 19. Denis Raynaud:** Les déterminants du recours à l'automédication, Revue française des affaires sociales 2008 (1) : p 81 -94.
- 20. Ostermann G:** Aspects psychologiques de l'automédication : Automédication, autoprescription , autoconsommation (2e colloque de l'APNET, Palais du Luxembourg, 17 décembre 1998).
- 21. A'hed A, Dürr S, Schneiter D, Triolet J:** Immersion en communauté 2008. L'automédication.http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2007_2008/travaux/08_r_automedication.pdf Médicament(Consulté en ligne en Octobre 2019).
- 22. Scheen A:** Interactions médicamenteuses : de la théorie à la pratique. Revue Médicale de Liège, 2006. **61**(5-6), p 471-82.

- 23. Montastruc J-L, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G et al:** Pharmacovigilance: risques et effets indésirables de l'automédication. *Thérapies*, volume 71, Issue 2, Avril 2016; p:249-255.
- 24. Asseray N, Ballereau F, TrombertPavot B, Bouget J, Renaud B, Roulet L et al:** Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a crosssectionalmulticentre survey in emergency departments. *Drug safety*, 2013, Volume 36 (12), PP 1159-1168.
- 25. Dangoumau J:** Pharmacologie générale. Université Victor Segalen Bordeaux, 2006, Volume 2, PP 129-130.
- 26. Mabela D.** Automédication dans la ville de Lubumbashi. Mémoire Online ; Université de Lubumbashi Graduat, 2010, p 63.
- 27. La pharmacodépendance.** Disponible à l'URL :<http://www.capm.ma/Doc/Docti/Docti%20Driss.pdf>. (Consulté en ligne en Novembre 2019).
- 28. Orriols L, Gaillard J, Lapeyre-Mestre M, Roussin A:** Evaluation of abuse and dependence on drugs used for selfmedication: a pharmaco-epidemiological pilot study based on community pharmacies in France. *Drug Saf*, 200,**32**(10): p 859-73.
- 29. Rather IA, Kim BC, Park YH:** Self-medication and antibiotic resistance: Crisis, current challenges, and prevention. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 2017, **24**(4), p 808-812.
- 30. Hounsa A, Kouadio L et De Mol P:** Self-medication with antibiotics obtained from private pharmacies in Abidjan, Ivory Coast. *Med Mal Infect*, 2010,**40**(6), p 333-40.
- 31. Watkins P B, Kaplowitz N, Slattery JT, Colonese CR:** Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily: a randomized controlled trial. *Jama*, 2006,**296**(1), p 87-93.

- 32. Naïm R O H, Escher M and Escher M:** Antalgiques en automédication : quels sont les risques ? Revue médicale suisse, 2010, Volume 255(25), PP 1338-1341.
- 33. Hayes B D, Klein-Schwartz W and Gonzales L F:** Causes of therapeutic errors in older adults: evaluation of National Poison Center data. J Am Geriatr Soc, 2009, **57**(4), p 653-8.
- 34. Marco J L, Amariles P, Bosca B, Castello A:** Risk factors associated with NSAID-induced upper gastrointestinal bleeding resulting in hospital admissions: A cross-sectional, retrospective, case series analysis in Valencia, Spain. Current Therapeutic Research, 200, **68**(2), p 107-119.
- 35. Gremmo-Féger G, Dobrzynski M and Collet M:** Allaitement maternel et médicaments. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2003,**32**(5), p 466-475.
- 36. Leriverend H, Clere N and Faure S:** Insuffisance rénale et néphrotoxicité médicamenteuse. Actualités Pharmaceutiques, 2016,**55**(557), p. 23-30.
- 37. Buyse S, Paugam C, Stocco J, Durand F:** Adaptation des thérapeutiques médicamenteuses en cas d'insuffisance hépatocellulaire. Réanimation, 2007,**16**(7), p. 576-586.
- 38. Scheen A and Giet D:** Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. Revue médicale de Liège, 2010. **65**(5-6) : p. 239-45.
- 39. Code de la Santé Publique Française - Article R5121-152,** 28 Octobre 2013. Disponible à l'URL:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914904&dateTexte=&categorieLien=cid>. (Consulté en ligne en octobre 2019)
- 40. Roussin A, Orriols L and Lapeyre-Mestre M:** Évaluation de l'abus et de la dépendance aux médicaments dans le contexte de l'automédication : une étude pharmaco-épidémiologique pilote basée sur la participation des pharmaciens

d'officine. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2009, **57**(Supplément 2), p. S90.

41. Légaré N: Les médicaments en vente libre comme substances d'abus : revue d'un phénomène méconnu. Drogues, santé et société, 2008, **7**(1), p. 129-151.

42. Lavillonniere J: Consultation prénatale : Prévention et respect de la physiologie. <http://www.cnsf.asso.fr/images/5emejournee/Consultation%20prenatale%20Jacqueline.20%LAVILLONIERE.pdf> (Juin 2007).

43. Ministère de la santé Mali. Enquête démographique de Santé III, Juin 2001. 467p

44. Grossesse. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Grossesse> (Consulté en ligne en septembre 2019).

45. Elsayh N: Syndrome de morbius associé à la prise de Thalidomide par la mère durant la gestation. Plast. reconstr. SURG USA. 1973, p 39- 95.

46. Girard V: Cours de pharmacologie, Ma4. École de sage-femme de Bourg-en-Bresse. 2013, P 23.

47. Crat: Centre de références des agents tératogènes. Les médicaments dangereux pendant la grossesse. [En ligne].

http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=742. Consulté le 1^{er} Août 2019.

48. Whittaker A: Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Ed Drugstop ; 2013, 337p.

49. Klein C. L'automédication chez la femme enceinte : une réalité ? Mémoire de sage-femme. Université Henri Poincaré, Nancy 1 ; 2011, 88 p.

50. Potier C. Automédication et grossesse : facteurs de risque et état des lieux des connaissances et pratiques des primipares. Mémoire de sage-femme.

Université Claude Bernard, Lyon ; 2005, 28p.

51. El Hmaini N. L'automédication et la médication officinale : enquête par questionnaire au sein des officines de la province de Khémisset.

Thèse de pharmacie, Université Mohammed V, Rabit ; 2017; 37p.

- 52. Sacko R.** Etude de la prescription des antibiotiques chez la femme enceinte au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako
Thèse Med ; USTTB, 2013-M-82.
- 53. Nucheze MJ.** Automédication pendant la grossesse: Enquête auprès des femmes enceintes de la Vienne. Thèse pharmacie; Université de Poitiers, 2017, p65-66.
- 54. Coulibaly SK, Thera T, D'Almeida ACM, Traore M, Soulaymani A, Maiga AI:** Toxicovigilance dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Revue Antropo, Bamako 2016, p 81
- 55. Mikou S, Buire AC, Trenque T.** Automédication chez la femme enceinte. Thérapie 2008 ; 63(6) : 415-8.
- 56. Schmitt B:** L'automédication chez la femme enceinte. J Gyneco-Obstet Biol Reprod 2002; 31, p 211.
- 57. Courrier D, Villier C. Jourdan S, Hoffmann P:** Automédication et grossesse : enquête auprès de 740 femmes enceintes dans le réseau périnatal Alpes-Isère. La Revue Sage-femme, 2015; 14, p 131-141.



ANNEXES

10. ANNEXES

10.1. Proposition d'informations destinées aux patientes

Tous les médicaments ne sont pas sans risque pendant la grossesse. L'automédication pendant la grossesse est à éviter. Demandez toujours l'avis de votre sage-femme, médecin ou pharmacien avant toute prise de médicament sans prescription. Certains médicaments d'automédication couramment utilisés en dehors de la grossesse sont contre-indiqués pendant la grossesse tels que :

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

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

Certains médicaments de première intention sont autorisés pendant la grossesse :

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

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

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

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

- ✓ L'agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, sur la page « Médicaments et grossesse » sur <http://ansm.sante.fr>
- ✓ Le centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) à l'adresse suivante: <http://www.lecrat.org>

10.2. Figures des Molécules des médicaments les plus consommés

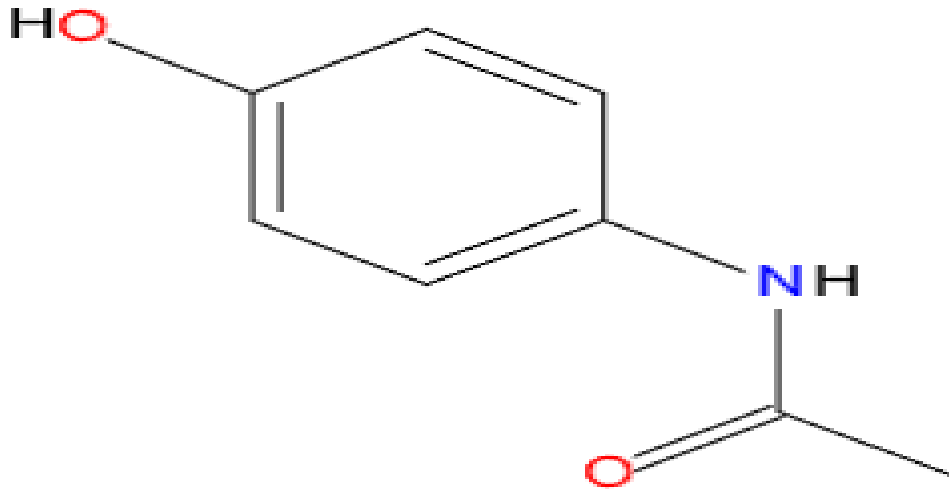


Figure 5 : Paracétamol

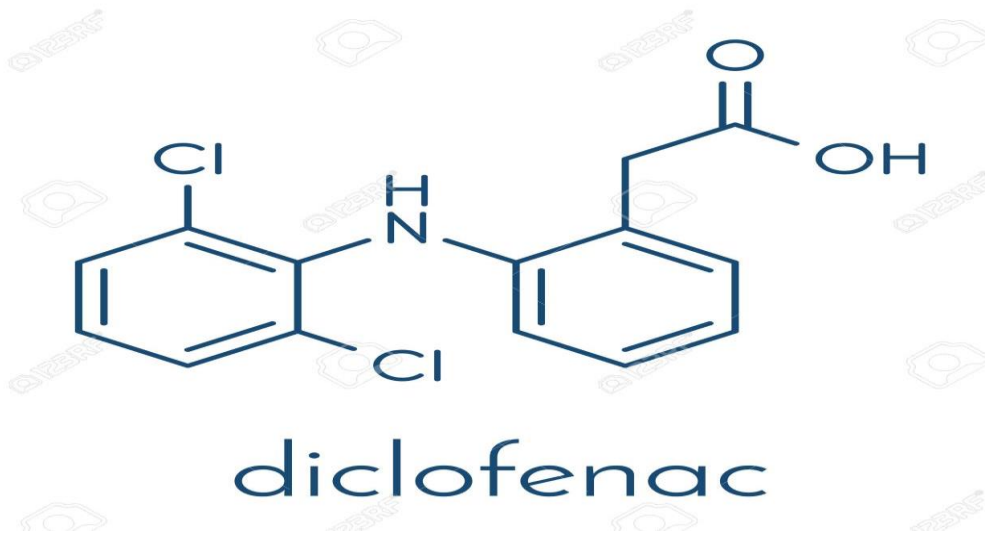


Figure 6 : Diclofenac

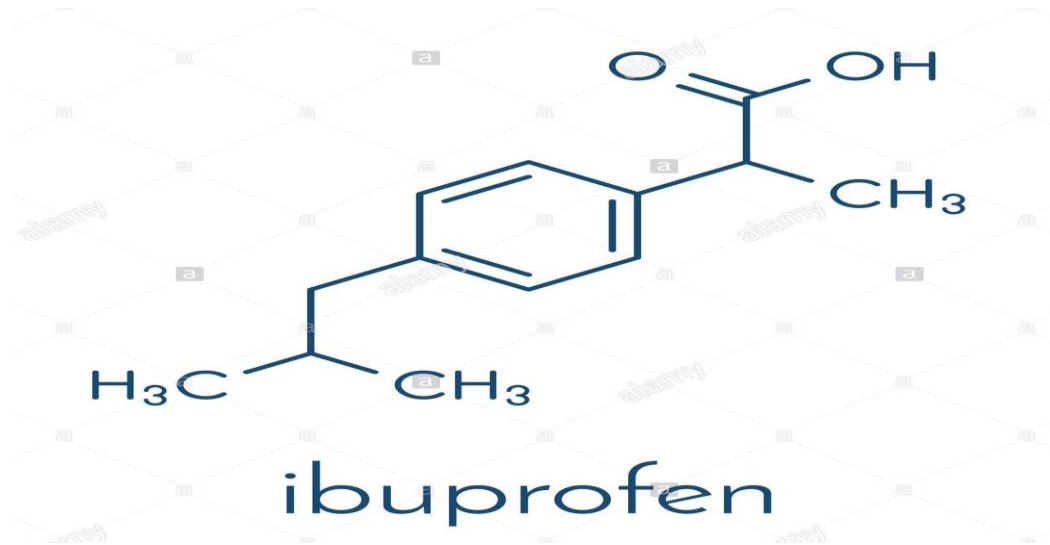


Figure 7 : Ibuprofène

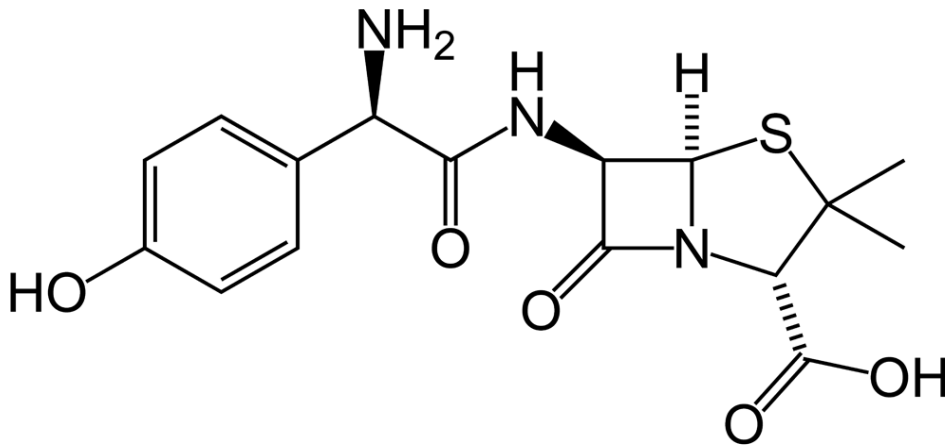


Figure 8 : Amoxicilline

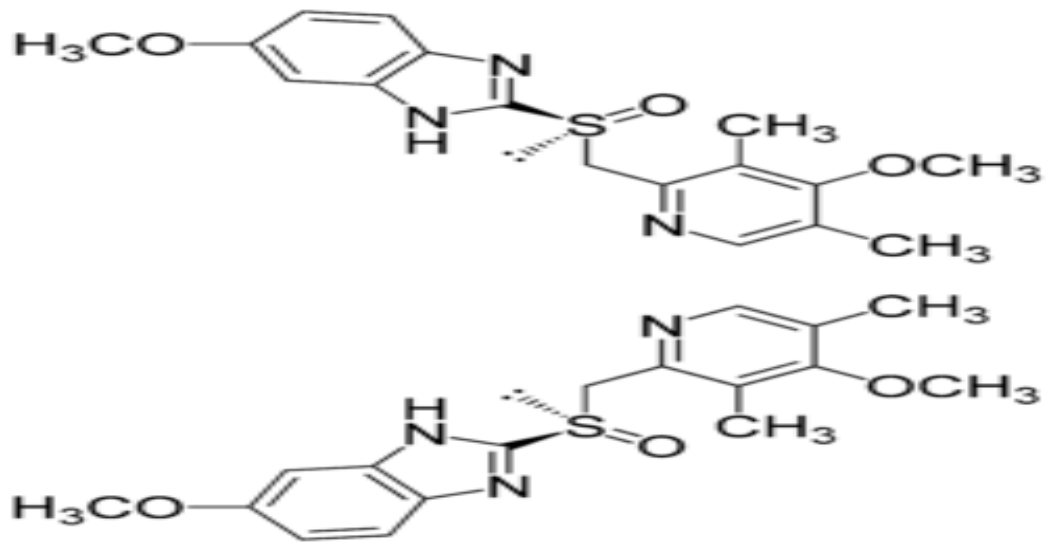


Figure 9 : Oméprazole

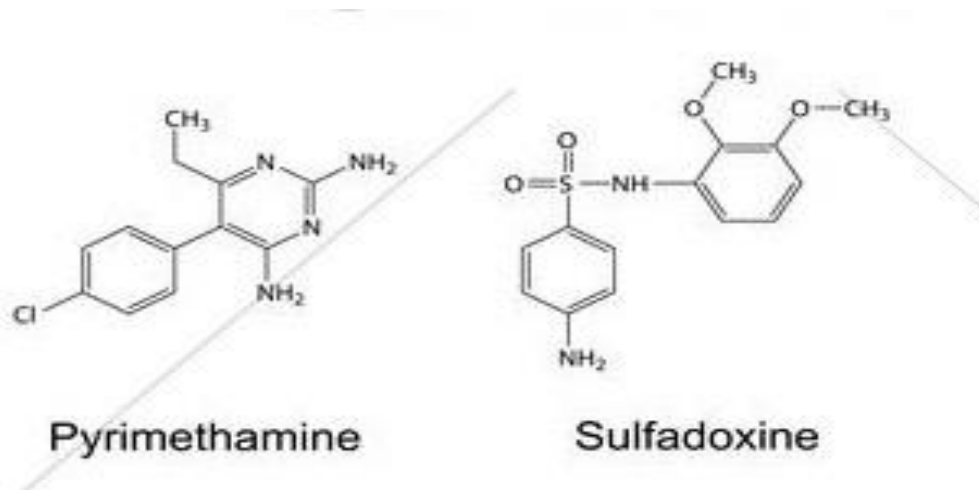


Figure 10 : Sulfadoxine pyriméthamine

10.3. FICHE D'ENQUETE

1. Identification

Q1 : Date de l'inclusion : /__//__//__//__//__//__//__//__//

Q2 : Quel âge avez-vous ? /__//__//

Q3 : NomPrénom.....

Q4 : Nom de l'enquêteur :.....

2. Variable sociodémographique

Q5 : Niveau d'instruction

1 Aucun /___/ 2 Primaire /___/ 3 Secondaire /___/ 4 Supérieur /___/

5 Alphabétisée : /___/

Q6 : Etat matrimonial

1 Mariée /___/ 2 Concubinage /___/ 3 Célibataire /___/

4 Divorcée /___/ 5 Veuve /___/

Q7 : Profession/ occupation

1 Ménagère/___/ 2 Elève/Etudiante/___/ 3 Commerçante/___/

4 Fonctionnaire/___/ 5 Autre /___/

3. Questions sur l'automédication

Q8 : Avez-vous eu recours à l'utilisation de médicaments sans prescription durant votre grossesse ?

1 OUI /___/ 2 NON/___/

1a. Si oui quels types de médicament avez-vous eu recours ?

.....
.....

1 b. Donnez le motif pour lequel vous avez pris ce médicament

.....
.....

Q9 : A quel moment de votre grossesse le recours de ces médicaments a-t-il eu lieu ?

1. Au cours du premier trimestre /___/
2. Au cours du second semestre /___/
3. Au cours du troisième semestre /___/

Q10 : Comment vous êtes-vous procuré les médicaments utilisés

1. Dans une pharmacie /___/
2. Chez vous (armoire à pharmacie) /___/
3. Autres/___/

Q11 : Pour quelle raison n'êtes-vous pas allées consulter votre médecin traitant avant de prendre l'initiative d'utiliser le médicament ?

1. Besoin de soulagement rapide/___/
2. Symptômes considérés comme bénin/___/
4. Difficultés d'accès à un professionnel de santé/___/
5. Difficulté économique/___/
6. Autres/___/

Q12 : Avez-vous reçu des informations sur l'automédication pendant la grossesse ?

1 oui /___/ 2 non/___/

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

- 1a. Par le généraliste traitant/___/ 1b. Par le gynécologue/___/
- 1c. Par la sage-femme /___/1d. Par le pharmacien/___/
- 1e. Par la famille ou une amie/___/1f. Par internet/___/
- 1g. A la télévision/___/ 1h. Sur un magazine/___/ 1i. Autres/___/

Q13. Pensez-vous que l'automédication puisse avoir des conséquences sur la grossesse ou le sur bébé ?

1. OUI : /___/ 2. NON /___/

1a. Si Oui lesquels ?

.....

3. Vous pensez ne pas avoir des connaissances suffisantes/___/ ?

Lesquelles :.....

.....

Q14. Avez-vous eu une modification de comportement relatif à l'automédication pendant votre grossesse ?

1. OUI /___/

1a. Lesquelles :.....

.....

1b. Quelles sont les mesures thérapeutiques que vous avez adoptées ?.....

.....

2. NON/___/

Q15. Vers quel professionnel de santé ou autres tournez-vous pour obtenir des informations sur les médicaments que vous utilisez ?

1. Médecin traitant /___/

2. Gynécologue/obstétricien /___/

3. Sage-femme /___/

4. Pharmacien /___/

5. Notice du médicament /___/

6. Internet /___/

7. Famille, Amis /___/

8. Autres /___/

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

10.4. FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KOUMAKO

Prénom : Komi Dodji

Adresse : ferdinandgrego@yahoo.fr

TITRE : Prévalence de l'automédication chez la femme enceinte dans le service de gynéco-obstétrique du CHU point g.

Année universitaire : 2019 – 2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Togo

Secteur d'intérêt : Santé publique et Toxicologie.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de FMOS-FAPH, Bamako.

Résumé

La présente étude portait sur l'automédication chez les femmes enceintes.

Notre objectif était d'évaluer la fréquence de l'automédication pendant la grossesse et de mettre en évidence d'éventuels changements de comportements liés à cet état.

Elle a duré six mois allant de 04 mars au 14 septembre 2019 et a eu lieu dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point G. Au total 162 femmes enceintes sur 258 ont pratiqué l'automédication.

La tranche d'âge 20 à 29 ans était la plus représentée soit 70,99%. Les officines de pharmacie étaient plus fréquentées pour l'achat volontaire des médicaments dans 75,31% des cas ; le paracétamol était la molécule la plus représentée en automédication soit 26,29%.

Beaucoup de nos patientes ne possédaient pas des informations nécessaires sur les conséquences de l'automédication chez la femme enceinte et invoquaient comme raison principale un besoin de soulagement rapide pour s'automatique.

Mots-clés: prévalence, **automédication**, **grossesse**, médicaments, gynéco-obstétrique.

Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples ;

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la santé publique ma profession, avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

— 0 —

Je le jure !!!