

Profil de consommation d'acide folique et de substances actives pendant la grossesse

Louise Beaulac-Baillargeon, Vincent Nadeau, Nina Boucher, Eric Proulx

Résumé

Objectifs : Évaluer la consommation périconceptionnelle d'acide folique, seul ou contenu dans une multivitamine, ainsi que les quantités de médicaments, d'alcool, de tabac et de caféine utilisées par les femmes enceintes.

Méthodologie : Étude descriptive transversale faite auprès de femmes enceintes d'au moins 28 semaines, recrutées dans les cliniques de médecine familiale ou de grossesse à risque de l'hôpital St-François d'Assise en janvier 2003. Les données ont été obtenues au moyen d'un questionnaire et complétées à l'aide du dossier médical des femmes interrogées.

Résultats : Soixante-sept (67) femmes ont participé à cette étude, dont 35 provenant de la clinique de grossesse à risque et 32, de la clinique de grossesse normale. Les multivitamines et l'acide folique seuls ont été utilisés par 90 % et 63 % des femmes respectivement avant ou pendant la grossesse. Quarante-deux pour cent (42 %) des femmes commencent leur consommation de vitamines prénatales au cours de la grossesse alors que 18 % ont pris de l'acide folique avant l'annonce de la grossesse. Les deux tiers (67 %) ont pris des médicaments sur prescription ($1,3 \pm 0,1$ /femme) et 80,6 % ont pris des médicaments en vente libre ($1,2 \pm 0,1$ /femme). La moitié des femmes (52 %) ont rapporté avoir consommé de faibles quantités d'alcool. L'usage du tabac a été rapporté par 18 % des femmes alors que l'usage de caféine s'élevait à 88 %.

Conclusion : Peu de femmes enceintes ont suivi les lignes directrices concernant la prise d'acide folique, mais certaines ont consommé moins de médicaments, de caféine, d'alcool et de tabac que par le passé.

Mots-clés : Grossesse, acide folique, caféine, tabagisme, alcool, médicaments, utilisation.

Introduction

Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, émises en 2003, recommandent que les femmes en âge de procréer prennent des suppléments d'acide folique avant la conception¹. En effet, plusieurs études indiquent qu'il est possible de réduire de 50 à 85 % le risque d'anomalies du tube neural (ATN) et d'anencéphalie lorsque des quantités suffisantes d'acide

folique sont ingérées par la femme dans la période péri-conceptionnelle¹⁻³. En conséquence, il est recommandé que toutes les femmes en âge de procréer consomment un supplément de 0,4 à 1 mg d'acide folique par jour avant la grossesse et durant le premier trimestre, dans le but de réduire le risque d'ATN¹. En plus de diminuer le risque d'ATN, la prise d'un supplément d'acide folique avant la grossesse et au cours du premier trimestre pourrait réduire le risque d'autres anomalies congénitales, notamment les malformations cardiaques, urinaires, les fentes orofaciales, les anomalies de membres et la sténose du pylore^{1,5}. Pour les femmes qui ont déjà eu une grossesse affectée par une ATN et pour les femmes diabétiques, ainsi que pour celles qui prennent des antiépileptiques ou des médicaments antagonistes de l'acide folique, une prise quotidienne de 4 à 5 mg d'acide folique est recommandée par les experts¹.

En 1989, la prévalence des ATN au Canada se situait autour de 11,6 pour 10 000 naissances d'enfants vivants. Cette prévalence a diminué à 7,5 pour 10 000 naissances d'enfants vivants en 1997¹. La prévalence serait cependant plus grande dans l'est du Canada et au Québec, où elle se situait, en 1997, à 17,7 pour 10 000 naissances⁶.

Au cours des dernières années, une hausse de la consommation de médicaments et de produits naturels au cours de la grossesse a été rapportée ainsi qu'un intérêt accru pour les produits homéopathiques en général⁷⁻¹². L'évaluation du profil de consommation des substances actives vise à vérifier si cet intérêt accru se traduit par une augmentation de la consommation pendant la grossesse. Il est donc éminemment important d'identifier le profil de

Louise Beaulac-Baillargeon, B. Pharm., Ph. D., est professeur titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval

Au moment de la réalisation du projet, **Vincent Nadeau** était étudiant à la maîtrise en pharmacie d'hôpital au Pavillon St-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Nina Boucher B. Pharm., M. Sc., est étudiante au doctorat à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval

Éric Proulx, B. Pharm., M.Sc., est pharmacien au Pavillon St-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

consommation de médicaments de la future mère pour mieux cerner les risques encourus par le fœtus exposé *in utero*, pour donner des renseignements adéquats, pour prévenir une sur ou sous-utilisation de médicaments durant la grossesse et pour augmenter la qualité de vie des futures mères sans nuire au bien-être fœtal.

Bien que certains médicaments soient à éviter au cours de la grossesse, plusieurs médicaments peuvent être utilisés sans danger par la femme enceinte. Par contre, les conséquences néfastes, pour le fœtus, d'une exposition intra-utérine à des doses élevées d'alcool et au tabagisme ne sont plus à démontrer. L'actualisation des connaissances sur les habitudes de consommation de caféine, de nicotine et d'alcool des femmes enceintes permettrait d'identifier l'influence des programmes de prévention du tabagisme et du syndrome d'alcoolisation fœtale complet ou partiel et de cerner les besoins actuels en matière de prévention.

La présente étude vise à évaluer la consommation péri-conceptionnelle d'acide folique seul ou sous forme de multivitamines ainsi que les quantités de médicaments, de produits naturels ou homéopathiques, de caféine, de tabac, d'alcool ou de drogues utilisées par les femmes enceintes. Les résultats obtenus permettront de décrire les problèmes liés à cette consommation et de cibler les mesures à prendre.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, dont les données ont été obtenues par questionnaire et complétées à l'aide du dossier médical des participantes. La population à l'étude était constituée de femmes enceintes d'au moins 28 semaines, âgées de 18 ans et plus, francophones, qui ont été recrutées entre le 6 et le 31 janvier 2003 à l'hôpital St-François d'Assise du CHUQ. Les femmes ont été recrutées à partir de la liste quotidienne des rendez-vous aux cliniques de grossesse à risque et de médecine familiale du Département d'obstétrique de l'hôpital Saint-François d'Assise. Les femmes, dont le suivi de grossesse a été fait à la clinique de grossesse à risque, présentaient soit une maladie chronique (hypertension, diabète) ou des facteurs de risques obstétricaux (traitement d'infertilité, accouchement prématuré antérieur). Les femmes qui ont consulté à la clinique de médecine familiale pour leur suivi de grossesse sont des femmes sans facteurs de risques obstétricaux connus.

Le consentement des femmes a été obtenu verbalement par le pharmacien ou l'infirmière. Chaque femme a été informée qu'elle était libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Un questionnaire standardisé a été administré aux participantes au cours d'une entrevue d'environ quinze minutes précédant le rendez-vous médical. Toutes les données recueillies ont été traitées de façon strictement confidentielle, et aucune information

sur le questionnaire ne permet d'identifier les participantes. Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval. Aucun formulaire de consentement écrit n'a été exigé par celui-ci, puisque la passation du questionnaire était incluse, en tant qu'histoire médicamenteuse, dans les tâches du pharmacien.

Les données sociodémographiques (âge, état civil, ethnicité, scolarité, revenu), l'information sur la consommation d'acide folique et de multivitamines, de tabac, d'alcool et de caféine avant et pendant la grossesse ont été recueillies auprès des femmes à l'aide du questionnaire. Les femmes devaient aussi spécifier par quel moyen et quand elles avaient été informées de la nécessité de prendre un supplément d'acide folique. L'information concernant la consommation de médicaments prescrits ou en vente libre ainsi que de produits naturels ou homéopathique au cours de la grossesse a aussi été recueillie à l'aide du questionnaire. Les données concernant le nombre de grossesses antérieures, d'enfants nés vivants, d'avortements et le type de grossesse (clinique de grossesse à risque ou clinique de médecine familiale) ont été tirées du dossier médical. Les maladies inscrites au dossier médical, chroniques ou non, de même que les malaises liés ou non à la grossesse, mais absents avant la conception, ont aussi été notés.

Les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel Statview pour MacIntosh (version 5, 1992-98, SAS Institute Inc.). Les résultats sont présentés sous formes de moyenne avec écart type pour les données continues et de proportion pour les données discrètes. Les comparaisons entre les groupes provenant de la clinique de grossesse à risque et de la clinique de médecine familiale ont été effectuées par le test de χ^2 ou le test exact de Fisher selon le cas. Le seuil alpha de 0,05 a été utilisé pour juger de la signification statistique.

Résultats

Au total, 70 femmes ont été contactées pour participer à l'étude au cours de la période visée. De celles-ci, 67 ont accepté de participer à l'étude (96 %), dont 35 (52 %) provenaient de la clinique de grossesse à risque et 32 (48 %) de la clinique de médecine familiale. La moyenne d'âge était de $29,0 \pm 4,8$ ans. Les principales variables sociodémographiques et obstétricales sont présentées au tableau I en fonction de l'appartenance au groupe de la clinique de grossesse à risque ou de la clinique de médecine familiale. Aucune différence statistiquement significative n'a été notée entre les groupes pour ces variables.

Les préparations de multivitamines prénatales ont été utilisées par 90 % des femmes de la cohorte alors que l'acide folique seul a été utilisé par 63 % à un moment ou à un autre au cours de la grossesse. Les femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque ont été moins nombreuses que celles du groupe de la clinique de médecine

Tableau I : Variables socio-économiques étudiées

Variables		n/67	%	Groupe GR* n/35 (%)	Groupe GN** n/32 (%)	p
État civil	Mariée ou Conjointe de fait	62	92,5	34 (97,14)	28 (87,50)	0,13
Ethnicité	Caucasienne	60	95,5	34 (97,14)	30 (93,75)	0,21
	Autres	3	4,5	1 (2,85)	2 (6,25)	
Scolarité	Primaire	1	1,5	0	1 (3,12)	0,09
	Secondaire	20	29,9	8 (22,86)	12 (37,50)	
	Collégial	22	32,8	16 (45,71)	6 (18,75)	
	Universitaire	24	35,8	11 (31,43)	13 (40,62)	
Revenu	>35 000	5	59,7	3 (8,57)	2 (6,25)	0,93
	20-34 999	17	25,4	8 (22,86)	9 (28,12)	
	<19 999	40	7,5	21 (60,00)	19 (59,38)	
	Pas répondu	5	7,5	3 (8,57)	2 (6,25)	
Parité	Nullipare	32		17 (48,57)	15 (46,88)	0,18
	Primipare	24		14 (40,00)	10 (31,25)	
	Multipare	11		4 (11,43)	7 (21,88)	
Accouchement prématuré	oui	3	4,48	2 (5,71)	1 (3,12)	0,60
Césarienne	oui	5	7,46	3 (8,57)	2 (6,25)	0,71

GR*= Grossesse à risque, GN**= Grossesse normale

familiale à prendre de l'acide folique avant la grossesse ($p=0,05$). Cependant, un plus grand nombre de femmes suivies à la clinique de grossesse à risque prenaient des multivitamines avant le début de la grossesse et jusqu'à la douzième semaine de grossesse ($p<0,001$).

En effet, le supplément d'acide folique avant ou pendant la grossesse provenait exclusivement des multivitamines pour 23 femmes de l'étude, cinq femmes ont pris de l'acide folique seul et deux femmes n'ont pris aucun supplément. La dose minimale d'acide folique était de 0,4 mg par jour et huit femmes en ont pris 5 mg par jour.

Les résultats démontrent que l'acide folique seul est principalement consommé par les femmes du groupe de la clinique de médecine familiale (52 % contre 75 %). Douze femmes (18 %) qui avaient commencé à prendre de l'acide folique deux mois avant la grossesse, tel qu'il est

recommandé, n'ont pas cessé d'en prendre avant la fin du premier trimestre. Cependant 29 sur 30 (97 %) ont commencé à en prendre au plus tard à l'annonce de la grossesse et ont continué pendant au moins le premier trimestre. Les multivitamines ont été consommées au moins à partir du diagnostic de la grossesse par 46 % de femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque et par 23 % du groupe de la clinique de grossesse à risque ($p<0,001$) (Tableau II). Parmi celles qui prenaient des vitamines avant la conception, seulement trois femmes (4 %) ont consommé de l'acide folique jusqu'à la fin du premier trimestre, mais seize (46 %) en ont consommé au moment du diagnostic de la grossesse jusqu'à la fin du premier trimestre. Dans la présente étude, le nombre de femmes qui prennent de l'acide folique conformément aux recommandations canadiennes augmente significativement avec le niveau de revenu familial annuel brut et de scolarité ($p=0,002$).

Tableau II : Proportion de femmes ayant rapporté la prise d'un supplément d'acide folique

	Total		GR*		GN**		P
	n/67	%	n/35	%	n/32	%	
À tout moment avant ou pendant la grossesse							
Vitamines	60	89,9	30	85,71	30	93,75	0,29
Acide folique	42	62,7	18	51,4	24	75,0	0,046
Avant début de grossesse, ou du test de grossesse à la 12^e semaine							
Multivitamines	20	29,8 %	16	45,7	4	12,5	0,0001
Acide folique seul	31	46,2	8	22,8	5	15,6	0,25

GR*= Grossesse à risque, GN**= Grossesse normale

Tableau III : Distribution de la prise d'acide folique et de vitamines jusqu'à la fin du premier trimestre selon le moment du début de la prise

	Continué au moins jusqu'à la 12 ^e semaine	Pris 2 mois avant la grossesse	Moins de 2 mois avant DDM*	Pris à l'annonce de la grossesse (test positif)	En cours de grossesse ou 1 ^{re} visite méd.
	n/67 (%)	n/67 (%)	n/67 (%)	n/67 (%)	n/67 (%)
Acide folique seul	30 (44,7 %)	12 (17,9 %)	4 (5,9 %)	13 (19,4 %)	1 (1,4 %)
Multivitamines	44 (65,7 %)	n.d.	3 (4,4 %)	13 (19,4 %)	28 (41,7 %)

DDM = date des dernières menstruations

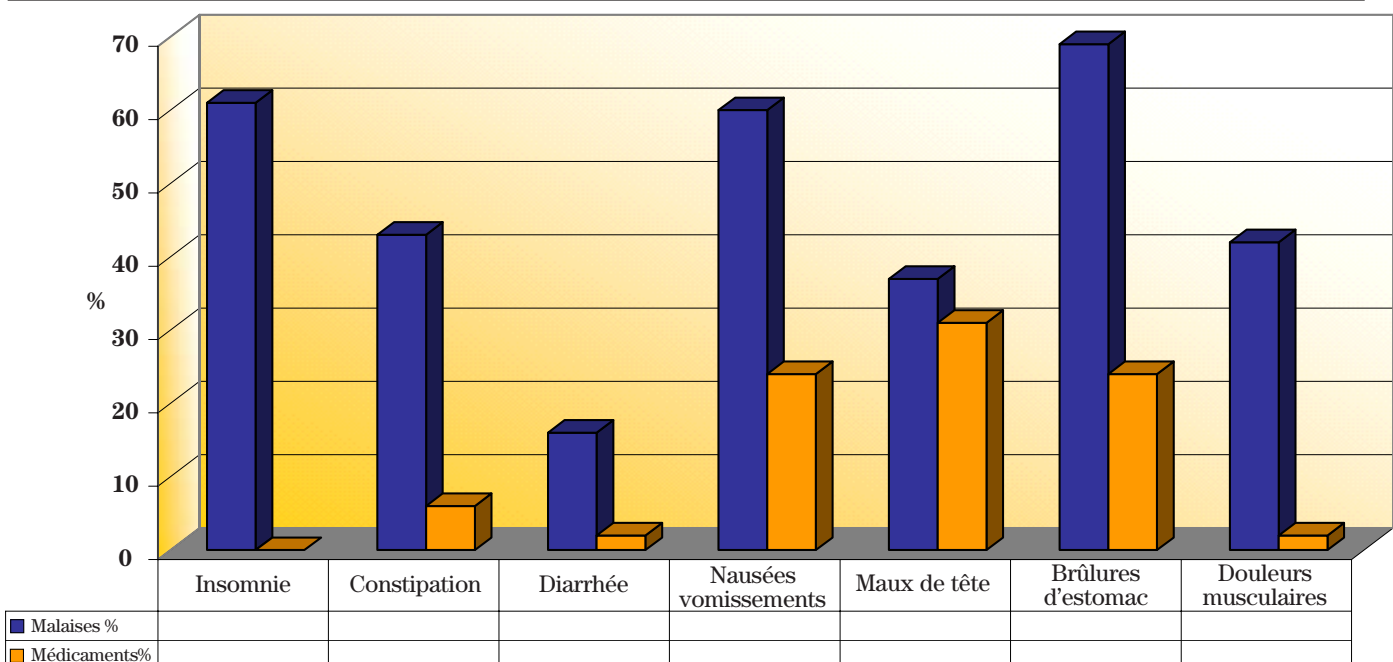
Quarante-deux (42) femmes ont rapporté avoir pris de l'acide folique à un moment donné au cours de la grossesse. Parmi ces femmes, 60 % ont reçu cette recommandation du médecin, 35 % ont reçu l'information d'autres sources. Le pharmacien n'a été cité comme source d'information que par 5 % des utilisatrices d'acide folique.

La comparaison entre la consommation de médicaments prescrits par les groupes de la clinique de grossesse à risque et par ceux de la clinique de médecine familiale (69 % c. 66 %) ne démontre aucune différence statistiquement significative. Il en est de même pour les médicaments en vente libre (77 % c. 84 %), de produits naturels (17 % c. 9 %) et d'homéopathie (3 % c. 3 %). La moyenne de consommation des médicaments prescrits est de $1,3 \pm 0,1$ médicament par femme et de $1,2 \pm 0,1$ par femme pour les médicaments en vente libre. Six femmes (9 %) ont consommé plus de quatre médicaments prescrits. Trois femmes (4 %) ont rapporté n'avoir consommé aucun médicament prescrit, ni en vente libre, ni de produits naturels ou d'homéopathie à l'exception des préparations de vitamines ou d'acide folique.

Ces médicaments ont été consommés en raison de maladies ou de malaises. En ce qui concerne la distribution des maladies, quatre cas d'hypertension ont été répertoriés dans les dossiers des patientes du groupe de la clinique de grossesse à risque. Pour la majorité des autres pathologies compilées, les patientes des deux groupes étaient comparables, sauf pour les infections. La prévalence des infections est plus élevée dans le groupe de la clinique de grossesse à risque (38 %) que dans le groupe de la clinique de médecine familiale (22 %), mais il y a moins d'anémie (clinique de grossesse à risque c. clinique de médecine familiale = 9 % c. 21 %), de diabète. (9 % c. 13 %), de problèmes thyroïdiens (9 % c. 13 %). Ces légères différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. L'utilisation des médicaments en raison de ces maladies est relativement faible sauf dans les cas d'anémie où huit patientes sur dix ont reçu un traitement. Dans le cas de l'asthme, quatre des huit patientes affectées ont déclaré utiliser une préparation médicamenteuse. Malgré plusieurs cas d'infection rapportés (n=20), douze prescriptions d'antibiotiques ont été notées.

Les malaises mentionnés par les femmes étaient liés aux problèmes généralement rencontrés au cours de la

Figure 1 : Comparaison des proportions de malaises rapportés et de médicaments utilisés pour leur soulagement



grossesse. Ils sont énumérés à la figure 1, accompagnés de la proportion d'utilisation de médicaments. D'après les résultats, la distribution des malaises est comparable dans les deux groupes. Globalement, les préparations médicamenteuses ont été utilisées dans moins de 25 % des cas de malaises, soit par une femme sur quatre. Les analgésiques et les anti-nauséux font exception. Les femmes ont rapporté avoir utilisé des analgésiques pour traiter soit des céphalées, des migraines ou d'autres douleurs musculo-squelettiques dans 71 % des cas. Les anti-nauséux ont été utilisés par 40 % des femmes qui ont rapporté des nausées ou des vomissements.

Statistiquement, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues est similaire entre les groupes. Cependant, pour la caféine, la distribution est différente entre les groupes : on retrouve cette consommation chez 97 % (n=31/32) des femmes du groupe de la clinique de médecine familiale et chez 80 % (n=28/35) des femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque (p=0,05). Toutefois, 9 % des femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque et 16 % des femmes du groupe de la clinique de médecine familiale ont rapporté n'en consommer qu'une fois par mois.

Le tabagisme a été rapporté par 18 % des femmes de la cohorte. À noter cependant que 25 % des femmes du groupe de la clinique de médecine familiale rapportent faire usage de tabac alors que 11 % des femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque en font autant (p=0,15). Dans les deux groupes, 80 % des femmes ont rapporté fumer entre huit et quinze cigarettes par jour. La consommation de tabac est inversement proportionnelle au niveau de scolarité et au revenu (p=0,007 et p = 0,01).

La moitié des femmes participant à l'étude (52 %) ont rapporté avoir pris une à deux consommations d'alcool moins d'une fois par mois. Une seule femme de 30 ans a déclaré avoir pris plus de cinq consommations d'alcool à certaines occasions, cinq à sept fois pendant la grossesse. Dans notre étude, la consommation d'alcool n'est influencée ni par le type de grossesse, ni par le niveau de scolarité, ni par le revenu. Quatre femmes ont rapporté avoir consommé de la drogue au cours de la grossesse, et elles appartenaient au groupe de la clinique de médecine familiale (p=0,03). Une seule femme a déclaré avoir utilisé de la cocaïne et de l'héroïne et trois (4 %) ont utilisé de la marijuana ou du haschich. Une femme de 27 ans a rapporté avoir consommé de l'alcool, du tabac et de la drogue, n'avoir pris aucun supplément vitaminique ni aucun autre médicament pendant sa grossesse.

Discussion

Bien que la grande majorité des femmes aient rapporté avoir consommé des multivitamines prénatales ou de l'acide folique au cours de la grossesse, cette consommation n'a généralement commencé qu'au cours du premier trimestre de la grossesse à partir de la première visite médicale ou du diagnostic de la grossesse. Ce paramètre, non précisé dans notre étude, empêche de savoir si l'acide

folique était présente ou non dans l'organisme au moment de la formation du tube neural, c'est-à-dire, avant la sixième semaine depuis les dernières menstruations. On a pu constater cependant que peu en ont pris avant la grossesse. La consommation d'acide folique avant la grossesse par 18 % des participantes à notre étude est comparable aux données rapportées dans la littérature médicale (12 % à 25 %) ¹³. La recommandation de la Société des obstétriciens gynécologues dit de commencer la prise d'acide folique avant la grossesse pour assurer des réserves suffisantes au moment de la formation du tube neural entre le 19e et 29e jour après la fertilisation de l'ovule, soit à la sixième semaine après la date du début des dernières menstruations. Il est recommandé que la femme en âge de procréer prenne un supplément en tout temps, puisque la supplémentation alimentaire d'acide folique pourrait ne pas en apporter une dose suffisante ¹. De plus, il est connu qu'environ 50 % des grossesses qui surviennent ne sont pas planifiées ¹⁴. Ceci augmente la pertinence de la recommandation. Dans notre étude, bien que 63 % des femmes aient rapporté utiliser de l'acide folique à un certain moment de leur grossesse, seulement 18 % ont respecté les recommandations canadiennes mentionnant de commencer la prise de ce supplément deux mois avant la grossesse.

Les femmes québécoises enceintes déclarent faire une consommation de médicaments comparable à celle retrouvée de 1997 à 2000 dans plusieurs études menées en Europe et aux États-Unis, qui rapportaient que 75 % à 99 % des femmes avaient utilisé au moins un médicament pendant leur grossesse ⁷⁻¹². Ceci montre la représentativité de notre échantillon, même chez les femmes plus à risque. Cependant, c'est au niveau du nombre moyen de médicaments consommés par femme au cours de l'étude que l'on peut constater une différence. En effet, ce nombre est inférieur à ce qui a été rapporté au cours des dernières années, soit 3,5 à 10,3 médicaments par femme. Il est possible que les femmes n'aient pas pu se rappeler correctement les substances consommées, bien que le questionnaire ait été conçu de façon à faciliter le souvenir ¹⁵. Par contre, ce risque de biais est vraisemblablement minimal, du moins pour les médicaments prescrits, puisque leur utilisation a été vérifiée dans le dossier médical. De plus, les consignes habituelles conseillent de s'abstenir le plus possible de médicaments pendant la grossesse, pour ne pas nuire au fœtus, ce qui peut expliquer la plus grande utilisation de mesures non pharmacologiques et même une sous-utilisation de médicaments.

Il est difficile de comparer le ratio de médicaments que les femmes ont pris par rapport aux malaises qu'elles ont eues avec les données paraissant dans la littérature médicale, puisque les malaises ne sont généralement pas rapportés dans les études publiées. Toutefois, la prévalence des maladies et des malaises rapportés par les femmes correspond à ce à quoi on peut s'attendre et, puisque l'utilisation des médicaments est faible, elle sous-tend l'idée que les femmes ont d'abord recours aux mesures non pharmacologiques, aux produits en vente libre ou aux produits naturels et ensuite seulement aux médicaments prescrits.

Ce comportement doit être encouragé le plus souvent possible, et particulièrement pendant la grossesse. Ce comportement indique toutefois que les craintes face à l'utilisation de médicaments durant la grossesse sont tenaces. Les données actuelles sur l'utilisation des médicaments pendant la grossesse fournissent une information permettant de choisir un médicament sans danger dans la plupart des classes de médicaments. Plusieurs substances peuvent donc être utilisées avec un risque minimal pour le fœtus. Certaines maladies de la mère nécessitent un traitement pharmacologique au cours de la grossesse, et l'arrêt d'un traitement ou l'absence de traitement pourrait avoir des conséquences néfastes pour la mère et l'enfant à naître. Par exemple, il est connu que les infections, le diabète de type I et II ou un diabète de grossesse non contrôlé peuvent causer des préjudices au développement de l'embryon et du fœtus alors que les traitements disponibles actuellement sont considérés comme sans danger au cours de la grossesse¹⁶⁻¹⁹.

Lorsqu'une femme a besoin d'une pharmacothérapie, le pharmacien doit recourir aux ressources et moyens existants pour bien référencer l'information servant à renseigner le médecin, la patiente ou tout autre professionnel de la santé à propos du meilleur choix disponible pour traiter la maladie ou le malaise, le cas échéant. La sous-utilisation des médicaments pendant la grossesse peut être tout aussi dommageable pour le développement du fœtus et le déroulement de la grossesse que pour le bien-être de la future mère. Dans les cas plus difficiles, il faut se renseigner pour pouvoir discuter du facteur de risques par rapport aux bénéfices et pour recommander un suivi de la grossesse et du nouveau-né. L'évaluation de la fidélité au régime thérapeutique, l'identification de la dose efficace, du choix du médicament et des cibles de traitement doivent faire partie des soins pharmaceutiques que toute patiente enceinte devrait recevoir.

En ce qui concerne les médicaments en vente libre, ce sont des produits actifs, considérés de manière générale comme sans danger mais non dénués d'effets potentiels secondaires et d'interactions avec les aliments ou d'autres médicaments. Ils peuvent faire l'objet de demandes d'informations. Des feuillets d'information devraient être disponibles dans les pharmacies.

Quant aux produits naturels, peu de femmes ayant participé à l'étude les ont utilisés pendant leur grossesse. Néanmoins, les besoins en information des patientes enceintes ne sont pas nécessairement moindres du seul fait qu'ils sont moins utilisés. Les informations disponibles concernant ces produits ne découlent pas d'études systématiques, et les produits naturels devraient être évités.

Les habitudes de vie sont, depuis plusieurs années, des cibles de choix des politiques de santé tant au Québec qu'au Canada ou aux États-Unis. Selon Statistiques Canada, 23 % des femmes québécoises fumaient en 2002²⁰. Au Québec, en 1987, 37 % des femmes fumaient durant leur grossesse^{21,22} alors qu'en 1993, 33 % des femmes disaient fumer²³. Dans la présente étude, 18 % des femmes enceintes fumaient généralement entre huit et quinze

cigarettes par jour. Les femmes du groupe de la clinique de grossesse à risque étaient cependant moins nombreuses à fumer que celles du groupe de la clinique de médecine familiale, ce qui pourrait s'expliquer par une incitation plus constante à ne pas fumer et un suivi plus strict dans les cliniques de grossesse à risque. Cependant, 25 % des femmes enceintes, qui ont une grossesse normale, fument encore. Il semble donc que même si le tabagisme a beaucoup diminué depuis l'instauration des programmes d'intervention, certaines utilisatrices ne semblent pas convaincues du bien-fondé de la démarche. Les méthodes d'intervention peuvent et doivent donc être améliorées pour répondre plus adéquatement aux besoins actuels. Des études, mises sur pied pour identifier les raisons qui freinent l'amélioration des habitudes tabagiques de la femme enceinte, apporteraient des éclaircissements sur le sujet. Les bienfaits apportés par la diminution du tabagisme sur le déroulement de la grossesse, le bien-être de la mère et les paramètres néonataux devraient être présentés aux futures mères avec des graphiques clairs et à l'aide d'une information basée sur des données probantes. Convaincre les patientes plus réticentes devrait se faire bien avant le début de la grossesse.

Quant à la consommation globale de caféine, qui était de 88 % pour l'ensemble des femmes, elle est comparable à ce qui était rapporté au Québec en 1987 et en 1994, soit 97 %^{21,23}. La très grande majorité des femmes enceintes sont conscientes des conséquences possibles de l'alcool sur le fœtus, et 52 % des femmes ont rapporté en avoir consommé occasionnellement en faible quantité. Ces résultats sont comparables à nos études faites antérieurement^{21,23}. Néanmoins, il faut souligner que quelques femmes enceintes consomment de l'alcool plus régulièrement ou à l'occasion, mais en plus grande quantité (quatre à cinq consommations par occasion). Selon l'avis de plusieurs professionnels de la santé, l'abstention totale d'alcool est ce qu'il faut recommander. Pour d'autres, plus confiants dans le potentiel de la femme enceinte de donner à son futur enfant le meilleur d'elle-même, peuvent donner une information plus nuancée. Le site « Éducalcool », porte-parole du gouvernement du Québec, du Collège des médecins et de plusieurs autres organismes, indique qu'une utilisation faible et occasionnelle d'alcool pendant la grossesse présente peu de risques²⁴. Ce site véhicule un message clair, qui devrait être consulté et pris en considération par tous les professionnels de la santé. Il a l'avantage d'uniformiser les renseignements donnés et de distinguer entre les effets observés dans le syndrome d'alcoolisation fœtal partiel ou complet, dus à une exposition intra-utérine à l'alcool de nature faible, modérée ou importante.

Pour ce qui est des drogues, nos résultats montrant une prévalence faible sont semblables à ceux d'autres études²⁵. On doit souligner toutefois qu'aucune femme du groupe de la clinique de grossesse à risque, qui bénéficie d'un suivi plus régulier, n'a consommé de drogues pendant la grossesse, probablement parce qu'elles sont plus conscientes du fait de devoir minimiser les risques.

Conclusion

Cette étude met en évidence le fait qu'il faut mettre l'accent sur la sensibilisation des femmes aux bienfaits d'un supplément périconceptionnel d'acide folique lors des visites préconceptionnelles. Les médecins et les pharmaciens devraient s'engager plus activement à ce chapitre. De même, il faut continuer à améliorer les interventions relatives au tabac et à l'alcool. À cette fin, les professionnels de la santé doivent faire une sensibilisation plus nuancée, qui tienne compte du ratio entre les risques et les bénéfices, particulièrement dans les cas de personnes plus résistantes. Nos résultats démontrent en outre une sous-utilisation potentielle des médicaments, à laquelle on doit s'intéresser : la sous-utilisation étant aussi problématique qu'une utilisation excessive de médicaments. Des informations écrites plus précises et plus complètes sur les effets bénéfiques et nocifs des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement devraient être disponibles.

Remerciements

Remerciements au personnel des cliniques de médecine familiale, de grossesse à risque et aux pharmaciens, particulièrement à Marie-Claude Racine, de l'hôpital St-François d'Assise, CHUQ, Québec, qui ont collaboré de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Pour toute correspondance :
Louise Beaulac-Baillargeon
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 2230
Faculté de pharmacie, Université Laval
Québec (Québec) G1K 7P4
Téléphone : 418 656-2131, poste 5129
Télécopieur : 418 656-2305
Courriel : Louise.Beaulac-Baillargeon@pha.ulaval.ca

Abstract

Objective: To evaluate periconceptional folic acid supplementation (alone or in a multivitamin) as well as the quantities of drugs, alcohol, tobacco, caffeine used in pregnant women.

Methods: A cross-sectional study was done with women pregnant at least 28 weeks, recruited in the family medicine or high-risk pregnancy clinics at the St-François d'Assise Hospital in January 2003. The data were obtained using a questionnaire and the medical charts of the women that were interviewed.

Results: 67 women participated in the study, of which 35 were from the high risk pregnancy clinic and 32 from the regular pregnancy clinic. A multivitamin and folic acid alone were used by 90% and 63% of women, respectively, before and during pregnancy. 42% of women started supplementing with prenatal vitamins during pregnancy while 18% of women started supplementing before pregnancy. Two thirds (67%) of

women took prescription drugs ($1.3 \pm 0.1/\text{woman}$) while 80.6% of women took over-the-counter medications ($1.2 \pm 0.1/\text{woman}$). Half of the women reported having consumed small quantities of alcohol. Tobacco use was reported by 18% of women while caffeine use reported by 88% of women.

Conclusion: Few pregnant women followed the guidelines regarding folic acid supplementation. However, some women consumed less medication, caffeine, alcohol and tobacco than in the past.

Key words: pregnancy, folic acid, tobacco use, alcohol, medication.

Références

1. Wilson RD, Davies G, Desilets V, Reid GJ, Summers A, Wyatt P et coll. Genetics committee and executive and council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The use of folic acid for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:959-73.
2. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med* 1992;327:1832-5.
3. Wald NJ, Law MR, Morris JK, Wald DS. Quantifying the effect of folic acid. *Lancet* 2001;358:2069-73.
4. Wald NJ. Folic acid and the prevention of neural-tube defects. *N Engl J Med* 2004;350:101-3.
5. Botto LD, Olney RS, Erickson JD. Vitamin supplements and the risk for congenital anomalies other than neural tube defects. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2004;125:12-21.
6. De Wals P, Rusen ID, Lee NS, Morin P, Niyonsenga T. Trend in prevalence of neural tube defects in Quebec. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2003;67:919-23.
7. Rubin JD, Ferencz C, Loffredo C. Baltimore-Washington infant study group. Use of prescription and non-prescription drugs in pregnancy. *J Clin Epidemiol* 1993;46:581-9.
8. Irl C, Hasford J. The Pegasus study group. The PEGASUS project-a prospective cohort study for the investigation of drug use in pregnancy. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1997;35:572-6.
9. Olesen C, Steffensen FH, Nielsen GL, de Jong-van den Berg L, Olsen J, Sorenson HT. Drug use in first pregnancy and lactation: a population-based survey among Danish women. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:139-44.
10. Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Moly C, Fournié A, Montastruc JL. Consommation de médicaments pendant la grossesse : enquête auprès de 250 femmes dans un centre hospitalier universitaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:77-85.
11. Lacroix I, Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc J L. Prescription of drugs during pregnancy in France. *Lancet* 2000;356:1735-6.
12. Conover EA. Over-the-counter products: Nonprescription medications, nutraceuticals, and herbal agents. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:89-98.
13. Callender ES, Rickard I, Miller L, Rinsky-Eng J. Knowledge and use of folic acid supplementation : a study of Colorado women whose pregnancies were affected by a neural tube defect. *Clin Invest Med* 2001;24:124-8.
14. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998;30:24-9.
15. Rockenbauer M, Olsen J, Czeizel AE, Pedersen L, Sorensen HT. Euromap group. Recall bias in a Case-Control surveillance system on the use of medicine during pregnancy. *Epidemiology* 2001;12:461-6.
16. Evers IM, de Valk HW, Visser GH. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. *BMJ* 2004;328:915.
17. Piazzze JJ, Anceschi MM, Maranghi L, Brancato V, Marchiani E, Cosmi EV. Fetal lung maturity in pregnancies complicated by insulin-dependent and gestational diabetes: a matched cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;83:145-50.
18. Stegmann BJ, Carey JC. TORCH Infections. Toxoplasmosis, Other (syphilis, varicella-zoster, parvovirus B19), Rubella, Cytomegalovirus (CMV), and Herpes infections. *Curr Womens Health Rep* 2002;2:253-8.
19. French JI, McGregor JA, Draper D, Parker R, McFee J. Gestational bleeding, bacterial vaginosis, and common reproductive tract infections: risk for preterm birth and benefit of treatment. *Obstet Gynecol* 1999;93(5 Pt 1):715-24.
20. Statistique Canada. CANSIM II, tableau 105-0027. Pourcentage de fumeurs dans la population. http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health07a_f.htm (site visité le 30 mai 2003).
21. Beaulac-Baillargeon L, Desrosiers C. Profil de consommation de caféine, de cigarettes et d'alcool par les femmes québécoises pendant la grossesse. *Union Med Can* 1986;115:813-7, 21.
22. Beaulac-Baillargeon L, Desrosiers C. Caffeine-cigarette interaction on fetal growth. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1236-40.
23. Fortier I, Marcoux S, Beaulac-Baillargeon L. The relation of caffeine intake during pregnancy to intrauterine growth retardation and preterm birth. *Am J Epidemiol* 1993;137:931-40.
24. La grossesse et l'alcool en questions. Site d'Éducalcool. http://www.educal-cool.qc.ca/cgi/upimages/EducFiles/grossesse_fr.pdf. (site visité le 20 décembre 2004).
25. Huestis MA, Choo RE. Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure. *Forensic Sci Int* 2002;128(1-2):20-30.