

Etude de l'exposition médicamenteuse des femmes enceintes consultant dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou

M. OUÉDRAOGO^{*,1}, L. KABORÉ¹, M. OUÉDRAOGO¹, B. THIÉBA²,
T. L. OUÉDRAOGO³, I. P. GUISSOU¹

Résumé

Le leitmotiv des prescripteurs depuis la tragédie de la thalidomide est de minimiser les risques médicamenteux sur le couple mère - fœtus. Afin d'évaluer le niveau du risque de toxicité médicamenteuse chez la femme enceinte, nous avons mené une enquête pharmacoépidémiologique transversale, descriptive dans 32 formations sanitaires (FS) de la commune urbaine de Ouagadougou entre le 09/10/06 et le 07/12/06. La population d'étude était constituée des femmes enceintes reçues en consultation prénatale dans les FS et acceptant de prendre part à l'étude. Un échantillon de 378 femmes enceintes a été interviewé et 286 ordonnances médicales colligées. La fréquence des prescriptions et le nombre moyen de médicaments par ordonnance médicale ont été plus élevés au premier trimestre de la grossesse (respectivement $P=0,0001$; $P=0,01$). Quinze pour cent (15 %) des ordonnances médicales comportaient au moins un médicament contre-indiqué durant la grossesse. Pour 16 % des médicaments prescrits, il n'y a pas assez de données sur leur utilisation chez la femme enceinte. Enfin 86 événements indésirables, non graves, associés à la prise de médicaments ont été rapportés par les patientes. En somme, une surveillance active périodique des attitudes de prescription chez la femme enceinte contribuerait à la rationalisation de l'utilisation de médicaments durant la grossesse au Burkina Faso.

Mots-clés : Prescription, médicaments, grossesse, exposition médicamenteuse.

Assessment of pregnant women's exposure to drugs in the primary health care centres of the Urban District of Ouagadougou

Abstract

The leitmotif of the prescribers since the tragedy of the thalidomide is to minimize the drugs risks on the couple mother - foetus. To assess the level of the medicines risk in pregnant women, we performed a cross-sectional pharmacoepidemiological study focused on descriptive goals within 32 health care centres of Ouagadougou urban district from 09/10/06 to 07/12/06. A total of 378 pregnant women were interviewed and 286 prescriptions were collected. The frequency of prescriptions and the average number of drug per prescription were higher during the first three months of pregnancy (respectively, $p=0.0001$, $P=0.01$). Fifteen percent (15 %) of the 286 prescriptions were concerned by at least one contraindicated

¹ Département des Sciences pharmaceutiques Appliquées.

² Département de Gynécologie-obstétrique.

³ Département de Santé publique à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé ; Université de Ouagadougou.

*moussa.ouedraogo@univ-ouaga.bf, Université de Ouagadougou, 03 BP 7021 Ouagadougou 03 Burkina Faso.

drug for pregnancy. For 16 % of the prescribed drugs, sufficient data regarding their safe use during pregnancy didn't exist. Finally, 86 non-serious adverse effects associated with drug use during pregnancy were reported by the interviewees. These findings suggest that suitable actions regarding health policy should be undertaken periodically in order to rationalize drug use during pregnancy in Burkina Faso.

Keywords: Drug, prescription, pregnancy, drug exposure.

Introduction

La prescription médicale est un acte spécialisé qui consiste à donner un ordre formel et détaillé d'administrer un traitement jugé nécessaire à une personne ou à un animal (ERRIEAU, 1987). Elle doit être un acte très raisonné, analysant les bénéfices et les risques du traitement pour le patient, étudiant les alternatives efficaces et veillant au bon déroulement de toute la chaîne d'évènements qui suivent la rédaction de l'ordonnance jusqu'à la prise effective des médicaments (CARBON et LEMAIRE, 1992).

La prescription médicale intègre la prescription de médicaments y compris les mesures hygiéno-diététiques. La prescription de médicaments est une étape de la démarche pharmacothérapeutique qui consiste à l'exploitation des propriétés pharmacologiques d'un médicament donné pour le traitement d'une pathologie chez un malade précis. Elle s'ouvre sur l'application du traitement et le suivi thérapeutique. La démarche pharmacothérapeutique vise à procurer une efficacité thérapeutique tout en minimisant les risques de toxicité chez le malade. La prescription d'examens paracliniques et biologiques à visée diagnostique, exploratoire et/ou de suivi du traitement est une composante de cette démarche thérapeutique.

La grossesse constitue un terrain marqué par une sensibilité du produit de conception aux médicaments et une modification des caractéristiques pharmacocinétiques de la femme gestante (SAUX, 1990). L'utilisation de médicaments chez la femme enceinte devrait alors préserver l'unité foeto-maternelle des risques de toxicité médicamenteuse (CARL *et al.*, 2004).

Au Burkina Faso, dans le cadre du plan stratégique pour une maternité à moindre risque (Ministère de la santé, 2004), les femmes enceintes sont suivies dans les formations sanitaires à travers les consultations prénatales (CPN). Elles y reçoivent des actes de soins de santé préventifs, curatifs dont les prescriptions de médicaments. Les prescriptions médicales dans les formations sanitaires périphériques sont autorisées et exécutées par des sages-femmes, des infirmiers et assimilés. Ceci dans un contexte marqué par une disponibilité de peu de données sur l'utilisation des médicaments chez la femme enceinte (LO et FRIEDMAN, 2002), l'absence d'une pharmacovigilance organisée et de centre de renseignements sur les agents tératogènes dans le pays. Une évaluation périodique de la sécurité des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte est alors nécessaire.

Aussi, la présente étude est-elle une enquête pharmacoépidémiologique sur les risques liés aux prescriptions médicamenteuses chez les femmes enceintes. Elle a été menée auprès des femmes fréquentant les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou (CUO), capitale du Burkina Faso.

Matériel et méthodes

Cadre et type d'étude

L'étude s'est déroulée dans 32 formations sanitaires périphériques (FS) de la commune urbaine de Ouagadougou (CUO). Ces FS offraient toutes des soins prénatals aux femmes enceintes au moment de l'enquête. Les FS visitées relèvent des quatre districts sanitaires (DS) Kossodo (6), Paul VI (4), Pissy (12) et Secteur 30 (10) de la CUO.

Il s'est agit d'une enquête pharmacoépidémiologique de type transversal à visée descriptive et comparative. L'enquête s'est déroulée du 09/10/06 au 07/12/06.

Population et méthode d'étude

La population d'étude était constituée par les femmes enceintes reçues en consultation ambulatoire dans les formations sanitaires publiques et confessionnelles.

Toutes les formations sanitaires périphériques qui offraient des soins prénatals aux femmes enceintes dans la CUO au moment de notre enquête ont été systématiquement incluses. Ainsi, une liste exhaustive de 32 FS a été constituée pour l'étude. L'ordre de passage dans une FS a été déterminé le jour même par un tirage aléatoire sans remise à partir de la liste des FS et ce au fur et à mesure du déroulement de l'enquête.

Les patientes ont été recrutées en incluant systématiquement toute femme enceinte consentante reçue en consultation dans la FS visitée du jour.

Une fiche d'enquête de 2 pages a servi de support de collecte des informations. L'enquête a été réalisée dans la matinée par interview directe des femmes enceintes au fur et à mesure que celles-ci finissaient avec la consultation. Les traitements médicamenteux remis sous forme d'ordonnance médicale ont été analysés.

Les variables suivantes ont été étudiées :

- caractéristiques sociodémographiques des patientes : âge, statut matrimonial, habitudes de consommation (tabac, alcool, café, thé, médicaments de rue) ;
- éléments de suivi de la grossesse : âge de la grossesse, nombre de CPN, motifs de consultation ;
- caractéristiques pharmacologiques des médicaments prescrits : dénomination, forme galéniques, dosage, posologies, voies d'administration ;
- risques médicamenteux liés à l'automédication, aux interactions médicamenteuses, à la classe de médicaments et les effets indésirables.

Les prescriptions collectées ont fait l'objet d'une analyse qualitative afin de dégager les interactions et contre-indications médicamenteuses. Les documents de référence qui ont servi à cet effet ont été la base de données numérisées du Vidal Expert (2006) ; le Guide National de Prescription (VIDAL Concepts) 12^e édition (PETITCOLLOT, 2001) et les publications scientifiques relatives à l'utilisation de certains médicaments pendant la grossesse.

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du programme informatique Epi Info version 3.2.2. Le test du Chi deux (χ^2) a été utilisé pour la comparaison de proportions et le test ANOVA (analyse de variances) pour la comparaison de plusieurs moyennes. Le seuil de signification des tests statistiques a été fixé à 5 %.

Considérations éthiques et déontologiques

L'étude a reçu avant le démarrage de l'enquête, l'agrément des autorités administrative (Maire de la CUO) et sanitaire (Directeur Régional de la Santé du Centre). Les données ont été recueillies dans l'anonymat, avec le consentement libre ou éclairé des participantes et dans le respect du secret médical, des règlements des structures sanitaires et du personnel qui y travaille.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Au total 378 patientes ont participé à l'étude. L'âge moyen des patientes était de 24,8 ans avec des extrêmes de 16 et 46 ans.

Les patientes étaient à 41 % non alphabétisées et 68,8 % étaient des femmes au foyer.

Les habitudes de consommation à risque pour la grossesse ont concerné la prise d'alcool, de thé, de café et de tabac et la pratique de l'automédication.

Sur 358 patientes ayant répondu à la question, 86,6 % ne consommaient pas d'alcool. Le reste en prenait occasionnellement (5,3 %), au plus un verre par jour (6,7 %) ou plus d'un verre par jour (1,4 %). Dans le même groupe, les patients qui consommaient le thé ou le café le faisaient occasionnellement (8,4 %) ou en consommaient une tasse (19,3 %) voire plus d'une tasse par jour (8,4 %).

La consommation de cigarette et la pratique de l'automédication n'ont pas été notifiées chez les patientes interrogées.

Motifs de consultation des femmes enceintes dans les FS

Les motifs de consultation retrouvés chez les femmes enceintes étaient des CPN de routine et/ou des plaintes de santé. Parmi les femmes (n = 378), 84,4 % ont consulté pour une CPN associée ou non à une plainte contre 59 patientes reçues pour des plaintes uniquement. La majorité des femmes consultant pour plaintes seules étaient au premier trimestre de grossesse. Celles venues pour une CPN simple étaient à majorité au troisième trimestre de la grossesse.

Les plaintes enregistrées étaient de nature gynéco-obstétricale (leucorrhées, douleurs pelviennes) ; parasitaire (paludisme) ; respiratoire (toux, rhume) ; digestive (nausées, vomissements gra-vidiques, constipation) et neurologique (céphalées).

Caractéristiques pharmacologiques des médicaments prescrits

Au total, 286 ordonnances médicales totalisant 675 lignes de prescription ont été analysées (tableau II). Selon la dénomination commune internationale, les médicaments prescrits correspondaient à 120 médicaments. Les médicaments prescrits étaient constitués d'au moins deux principes actifs dans 36,7 % des cas.

Ils se répartissaient en 15 familles thérapeutiques avec une prédominance de médicaments utilisés en parasitologie (31,6 %) suivis des médicaments utilisés en hématologie (figure 1).

Les médicaments étaient prescrits à 46 % sous la dénomination commune internationale. Dix huit pour cent (18 %) des médicaments ne figuraient pas sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels du Burkina Faso (LNME).

Tableau I. Taux de prescription de médicaments en fonction de l'âge de la grossesse chez les patientes reçues en consultation dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou

Age de la grossesse	Prescription de médicaments		
	Oui	Non	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
1 ^{er} trimestre	57 (89,1)	7 (10,9)	64 (16,9)
2 ^{ème} trimestre	116 (80,6)	28 (19,4)	144 (38,1)
3 ^{ème} trimestre	109 (64,1)	61 (35,9)	170 (45)
Total	282 (74,6)	96 (25,4)	378 (100)

Fréquence de prescription versus âge de la grossesse χ^2 ; P = 0,0001

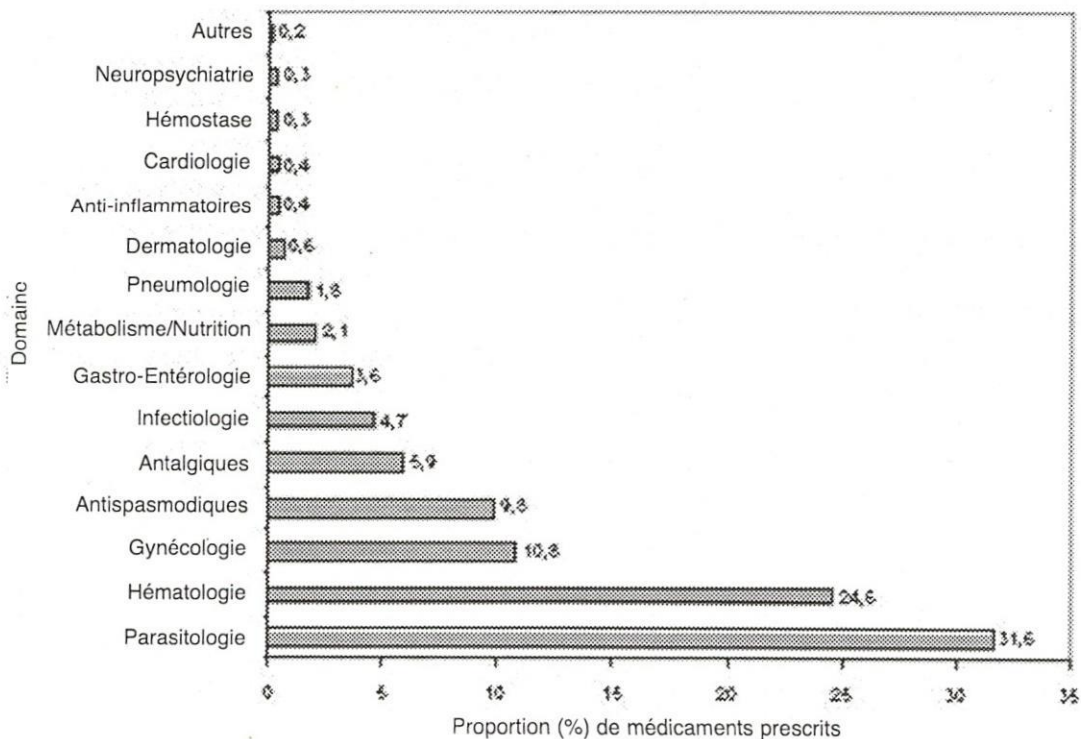


Figure 1. Répartition selon le domaine d'utilisation des médicaments prescrits aux femmes enceintes reçues en consultation dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou.

Nominativement, les médicaments les plus prescrits ont été l'association fer + acide folique (19 %), la chloroquine (8,9 %), le Spasfon® (phloroglucinol + triméthylphloroglucinol) 5,5 %, l'association sulfadoxine+pyriméthamine (4,6 %) et la quinine (3,7 %).

Les formes orales étaient les plus prescrites avec 81 % des médicaments. La posologie a été mentionnée pour 274 sur les 286 ordonnances médicales colligées. Les posologies des prescriptions analysées ont été jugées adaptées. L'examen des autres éléments du schéma thérapeutique, moments de prise des médicaments et durée du traitement ont été retrouvés sur 23 et 34 ordonnances médicales respectivement. La forme galénique et le dosage ont été précisés respectivement pour 57,7 % et 45,1 % des ordonnances remises aux patientes.

Exposition des femmes enceintes aux médicaments

Le taux de prescription de médicaments chez les patientes a été de 74,6 %. Il a été respectivement de 89, 81 et 64 % respectivement chez les femmes au premier, deuxième et troisième trimestre de grossesse (cf. tableau I ; $p = 0,0001$). Le nombre moyen de médicaments par ordonnance a été de 2,8 ; 2,3 et 2,1 pour les femmes au premier, deuxième et troisième trimestre de grossesse les différents groupes de patients ($p = 0,01$; cf. tableau II).

Tableau II. Lignes de prescriptions et nombre moyen de médicaments en fonction de l'âge de la grossesse à propos des 286 ordonnances remises aux patientes vues dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou

Prescriptions	Age de la grossesse			Total
	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	
Nombre d'ordonnances n (%)	59 (20,6)	122 (42,7)	105 (36,7)	286 (100)
Nombre de médicaments n (%)	163 (24)	284 (42)	228 (34)	675 (100)
Nombre moyen de médicaments	2,8	2,3	2,1	2,4*

*Nombre moyen de médicaments versus âge de la grossesse $P = 0,01$

Les médicaments prescrits aux femmes enceintes pouvaient être classés sur la base des RCPs en :

- médicaments non contre-indiqués (77,2 %) ;
- médicaments pour lesquels on ne dispose pas de données suffisantes concernant l'innocuité de leur utilisation pendant la grossesse (16 %) ;
- médicaments à contre-indication relative (5,9 %) ;
- médicaments à contre-indication absolue (0,9 %).

Les médicaments contre-indiqués ont été répertoriés sur 43 ordonnances médicales, soit 15 % de l'ensemble des prescriptions délivrées. Ces médicaments étaient contre-indiqués au regard de

l'âge de la grossesse. En terme de fréquence ; ce sont les benzimidazolés (15), les antalgiques (9), les antihistaminiques anti H1 (6) et les antiseptiques iodés (6) qui étaient les plus concernés. Les médicaments objets de contre-indication absolue étaient constitués d'antiseptiques iodés (06), d'anti-inflammatoire non stéroïdien (02) et du rétinol (01). Le rétinol était prescrit à forte dose, supérieure à 5000 UI/jour dans la spécialité PLENYL® (cf. tableau III).

Tableau III. Caractéristiques des 46 cas de contre-indications médicamenteuses relevées à partir des ordonnances médicales remises aux femmes dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou.

Groupes pharmacologiques	Médicaments	Fréquence	Voies d'administration	Périodes de contre-indication*
Antalgiques	<i>R-nolax</i> [†]	2	Orale	A partir de T2
	Noramidopyrine	7	Orale/parentérale	T1, T2, T3
Antifongique	Fenticonazole (Lomezin [®])	1	Percutanée	T1
Anti-histaminiques	Prométhazine	1	Orale	T3
	Chlorphéniramine	2	Orale	T3
	Cyproheptadine	3	Orale	T1, T2, T3
Anti-inflammatoires	Diclofénac	1	Orale	A partir de T2
	Ibuprofène	1	Orale	A partir de T2
Antipaludiques	<i>Duo Coteczin</i> ^{††}	1	Orale	T1
Benzimidazolés	Albendazole	7	Orale	T1, T2, T3
	Flubendazole	1	Orale	T1, T2, T3
	Mébéndazole	7	Orale	T1, T2, T3
Benzodiazépine	Chlorazépine	1	Orale	T3
Dérivés iodés	Povidone iodée	6	Percutanée/vaginale	T2, T3
Dérivés rétinolique	Rétinol (dose à 5000UI/j) (PLENYL [®])	1	Orale	T1, T2, T3
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine	1	Orale	T1, T2, T3
Nitro-5-Imidazolés	Métronidazole	2	Orale	T1
<i>Sédatifs antitussifs</i>	<i>Chérisco</i> [®]	1	Orale	T1, T2, T3

*Trimestre, †(Ibuprofène + paracétamol), ††(Dihydroartémisinine + Pipéraquline), †††(Chlorphéniramine+ Dextrométhorphan+ Phényléphrine)

Les associations médicamenteuses comportaient des interactions médicamenteuses recensées sur 5 ordonnances médicales soit 1,75 % de l'ensemble des prescriptions. Les interactions étaient d'ordre pharmacologique (potentialisation de la sédation dans l'association métoclopramide ou métopimazine plus diazépam ou Cyproheptadine), physico-chimique (charbon végétal plus médicament à visée systémique administré *per os*). Une interaction à effet antabuse a été relevée avec l'association métronidazole plus alcool.

Par ailleurs l'interrogatoire des femmes participant à l'étude a permis de relever des manifestations indésirables potentielles associées à la prise de certains médicaments. Une fréquence cumulée de 86 manifestations indésirables rapportées a concerné 9 médicaments. Huit (08) de ces effets indésirables ne sont pas rapportés dans les résumés des caractéristiques des médicaments suspectés (tableau IV).

Discussion

Nous avons mené une étude transversale à passage unique sur une période de deux mois dans le but d'explorer le risque de toxicité médicamenteuse lié aux prescriptions médicamenteuses reçues par les femmes enceintes dans les formations périphériques de la ville de Ouagadougou. De par son caractère ponctuel, notre étude n'a pas permis de suivre l'évolution des grossesses jusqu'à terme pour vérifier *a posteriori* l'incidence d'effets tératogènes ou d'atteintes fœtales.

Néanmoins nous avons relevé un taux important de prescription de médicaments (74 %) chez la femme enceinte. Ce taux était plus élevé chez les femmes en premier trimestre de grossesse ($p = 0.0001$; tableau I). Les médicaments prescrits comportaient des médicaments contre-indiqués (tableau III) de façon absolue (0,9 %), de façon relative (5,9 %) et d'innocuité non certaine (16 %) pour la femme enceinte.

La prescription de médicaments chez la femme enceinte doit respecter le contenu utérin et présenter moins de risque pour la femme. La prise de certains médicaments durant la grossesse expose à des malformations ou de foetotoxicité en fonction de l'âge de la grossesse. Le premier trimestre de grossesse correspondant à la période d'organogenèse donc de grande sensibilité aux effets toxiques des médicaments (MICHAEL & KAREN, 2002 ; PANCHAUD *et al.*, 2006). Le mésusage des médicaments (polymédication, associations médicamenteuses non adaptées, non respect des contre-indications) conduit ou participe à la survenue d'effets tératogènes ou de foetotoxicité. Il est alors important que les utilisateurs soient bien documentés sur le risque tératogène des médicaments quoique les informations divergent parfois. La classification des médicaments toxiques ou contre-indiqués au cours de la grossesse ne fait pas l'unanimité. ADDIS *et al.* (2000), utilisant des standards suédois, australien et américain de classification de médicaments suivant le risque tératogène ont trouvé que seulement 26 % des médicaments avaient une indexation identique. La classification des médicaments selon le risque tératogène varie d'un pays à l'autre. Le risque tératogène est parfois non déterminé pour nombre de médicaments (LO et FRIEDMAN, 2002). Le manque d'informations fiables peut entraîner un retrait à tort de certains médicaments de la liste des médicaments à prescription autorisée pendant la grossesse. L'inverse serait une exposition de la grossesse à des médicaments non appropriés du fait de la non-documentation de leur risque tératogène. Il faut alors trouver un juste équilibre entre l'obligation de moyens en médecine et le célèbre principe *primum non nocere*.

Tableau IV. Manifestations indésirables potentielles associées à la prise de médicaments rapportées par les femmes enceintes reçues en consultation dans les formations sanitaires périphériques de la communauté urbaine de Ouagadougou

Médicaments	Effets indésirables associés	Type*	Fréquence (n)
Chloroquine/Resochine[®]	Nausées	A	3
	Vomissements	A	6
	Prurit	A	32
	Douleurs abdominales	A	2
	Insomnie	A	1
	Bourdonnements d'oreilles	A	1
	Vertiges		
Fer+Acide folique/Folifer[®]	Nausées	A	3
	Vomissements	A	6
	Vertiges	B	1
	Epistaxis	B	1
	Sensation d'odeur de sang	B	3
	Photosensibilité	B	1
	Anorexie		
Fer, Acide folique, Vitamines, minéraux (Ranferon[®])	Nausées	A	2
Paracétamol	Nausées	A	2
Aspirine	Vomissements	A	1
Quinine	Prurit	A	3
Métronidazole	Anorexie	A	1
Cyproheptadine (Très-Onix[®])	Vomissements	B	1
Dihydroartémisinine Pipéraqinine Phosphate (Duo Cotecxin[®])	Bouffées de chaleur	B	1
Total			86

* Le type A correspond à un effet indésirable décrit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP), donc prévisible tandis que le type B concerne des effets indésirables non décrits dans le RCP, donc non prévisibles.

Le risque médicamenteux se mesure également par la nature, la fréquence et la gravité des effets indésirables associés à l'administration des médicaments. Dans notre étude, nous avons recensé auprès des patientes des événements indésirables mineurs associés à la prise de médicaments au cours de la grossesse. Les événements indésirables les plus fréquents étaient le prurit associé à la chloroquine (8,4 %), les vomissements associés à la chloroquine (1,6 %) ou au fer/acide folique (1,6 %). Des événements non prévus par les RCPs ont toutefois été rapportés (tableau IV). Dans tous les cas, il nous était difficile d'établir formellement l'imputabilité de ces événements indésirables répertoriés étant donné l'incertitude des conditions de prise des médicaments. Les manifestations indésirables ont pu être majorées. En effet, les vomissements signalés par les femmes pourraient être simplement liés à l'état gravide surtout en début de grossesse. Dans tous les cas, ramenées à leurs réelles proportions, les manifestations indésirables peuvent poser le problème de l'observance du traitement par les patientes (ARNOLD, 2004).

La toxicité médicamenteuse chez la femme enceinte pourrait résulter de l'automédication. La consommation de médicaments en dehors de la prescription médicale ou du conseil pharmaceutique est une pratique courante. Dans les pays en développement, en particulier au Burkina Faso, l'automédication est favorisée par l'ampleur prise par la vente de médicaments de rue (ABDOULAYE *et al.*, 2006). L'interview des patientes dans notre étude, n'a pas relevé de pratiques d'automédication. Une étude réalisée chez les femmes enceintes en milieu hospitalier en France montre que l'automédication concernait une patiente sur cinq. Les antalgiques arrivaient en tête des médicaments consommés (DAMASE-MICHEL *et al.*, 2000). Dans notre contexte, une automédication en rapport avec la poursuite au-delà de la durée du traitement prescrite pourrait exister. Il a été rapporté en générale une faible proportion d'ordonnances médicales précisant la durée des traitements (ZONGO, 1993). L'automédication pourrait être favorisée par la non-disponibilité et/ou l'inaccessibilité financière des médicaments, le manque d'éducation pour la santé, le niveau d'instruction faible des femmes enceintes. La prophylaxie antipalustre adoptée pour la femme enceinte est basée sur le traitement intermittent par l'association sulfadoxine pyriméthamine (SP) à cause de la résistance du plasmodium à la chloroquine (KONÉ *et al.*, 2006). L'utilisation de la chloroquine dans notre étude était liée probablement à un retard dans la mise en œuvre du traitement intermittent à la SP à l'époque. Elle pourrait également être liée à la contre-indication de la SP au premier trimestre de grossesse.

Enfin, pour des raisons de pharmaco-économie et de sécurité d'emploi des médicaments, une Liste Nationale des Médicaments Essentiels du Burkina Faso a été constituée par niveau de soins. Les prescriptions hors liste peuvent rendre difficile l'accès au médicament surtout quand 68,8 % des patientes enquêtées sont des femmes au foyer et inciter à l'automédication.

Par ailleurs les malformations fœtales ou la foetotoxicité pourraient être potentialisées par des habitudes de consommation (tabac, alcool, psychotropes) ou favorisées par certaines maladies (WECHSLER *et al.*, 1988) et les grossesses précoces ou tardives (SAULNIER et MAURAIN, 1987).

La consommation d'alcool, de tabac ou de café affecte le déroulement normal de la grossesse. L'alcool éthylique est particulièrement toxique pour les cellules cérébrales et peut entraîner des anomalies neurologiques graves chez l'enfant ou des faibles poids à la naissance (MENGEL *et al.*, 2006). Le tabac est associé à la naissance de bébés de faible poids ou prématurés (HELLERSDET *et al.*, 1997 ; Conférence de consensus : Grossesse et tabac, 2004). Dans notre série une consommation de quantités variables d'alcool a été retrouvée chez 13,4 % des femmes. La teneur en alcool des boissons diffère selon le fabricant. Il nous était alors difficile de déterminer la quantité réelle d'alcool absorbée dans ces conditions. De plus, aucune étude n'a pu déterminer pour l'instant la quantité minimale d'alcool tolérée chez la femme enceinte.

Conclusion

L'évaluation du risque de toxicité lié aux prescriptions médicamenteuses chez les femmes enceintes dans les formations sanitaires périphériques de la commune urbaine de Ouagadougou a montré une exposition plus importante aux médicaments des femmes au premier trimestre de grossesse (période de l'organogenèse), une prescription de médicaments contre-indiqués ou pour lesquels on ne dispose pas suffisamment de recul dans leur utilisation chez la femme enceinte. Ces résultats suggèrent le renforcement des actions de formation et d'information à l'endroit des prescripteurs concernés afin de contribuer à la rationalisation de l'utilisation de médicaments chez la femme enceinte au Burkina Faso.

Références bibliographiques

- ABDOULAYE I., CHASTANIER H., AZONDEKON A., DANSOU A., BRUNETON C., 2006. Enquête sur le marché illicite des médicaments à Cotonou (Bénin) en Mars 2003. *Médecine tropicale* ; vol. 66, n° 6, 573 - 576.
- ADDIS A., SHARABI S., BONATI M., 2000. Risk classification systems for drugs use during pregnancy: are they a reliable source of information ? *Drug Saf* ; 23(3) : 245-253.
- ARNOLD M., 2004. Chimio prophylaxie du paludisme pendant la grossesse : évaluation de l'observance à Sikasso (Mali) par la Méthode de Saks -Solomons. *Thèse de médecine*. Faculté de médecine ; Genève. 82 p.
- CARBON C. I., LEMAIRE L., 1992. La prescription et son suivi. *J Pharm. Clin* ; 1: 48-52.
- CARL P. W., CATALIN B., PETER S., 2002. Drug-prescribing challenges during pregnancy. *Current Obstetrics & Gynaecology* ; 12 : 131-137.
- CONFÉRENCE DE CONSENSUS. GROSSESSE ET TABAC, 2004. Textes de recommandations. Lille, Octobre 2004. 37 p.
- DAMASE-MICHEL C., LAPEYRE-MESTRE M., MONTASTRUC J. L. *et al.*, 2000. Consommation de médicaments pendant la grossesse : enquête auprès de 250 femmes en consultation dans un Centre Hospitalier Universitaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* ; 29 : 77-85.
- ERRIEAU G., 1987. La prescription médicale. *Prospective et santé* ; 43: 63-66.
- HÉRIQUE A. *et al.* 2001. Prescription des médicaments chez la femme enceinte : analyse descriptive dans le département de l'Aube. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2001 ; 32(1) : 25-30
- KONÉ B., ZOUNGRANA R. S. P., LOMPO M., GUISSOU I. P., 1996. Problématique des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte : enquête pharmacoépidémiologique dans les CSMI de la province du Kadiogo (Burkina Faso). *Médecine d'Afrique Noire* : 43(5) : 288-295
- KONÉ B., TRAORÉ S., COULIBALY S.O., NÉZIEN D., 2006. Therapeutic efficacy of Sulphadoxine-Pyrimethamine and Chloroquin for the treatment of uncomplicated malaria in pregnancy in Burkina Faso. *Malaria J* ; 5(1) : 49.
- LO W. Y., FRIEDMAN J. M., 2002. Teratogenicity of recently introduced Medication in Human Pregnancy. *Obstet Gynecol* ; 100 : 465-473.

- MENGEL B. M., SEARIGHT R., COOK K.** Preventing Alcohol-exposed Pregnancies. *JABFM* 2006, 19 (5) : 494-505.
- MICHAEL V, KAREN B., 2002.** Drugs in pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology* ; 12 : 131-137.
- Ministère de la Santé. Direction de la Santé de la Famille, 2004.** Plan stratégique pour une maternité à moindre risque : 2004-2008. Ouagadougou ; 43 p.
- PANCHAUD A, ROTHUIZEN L. E., BUCLIN T., 2006.** Attitude de prescription chez la femme enceinte. *Forum Médical Suisse* ; 6 : 961-964.
- PETITCOLLOT N., 2001.** Vidal Concepts. Guide National de Prescription 12^e Ed. 1722 p.
- SAULNIER J. L., MAURAIN C., 1987.** Médicaments, grossesse et allaitement : aide à la prescription chez la femme enceinte ou allaitant. SIDEM. Paris. 429 p.
- SAUX MC., 1990.** Modifications de la pharmacocinétique chez la femme enceinte. In HOUIN G. Pharmacocinétique, Ellipses Ed. Marketing : 156-163.
- WECHSLER B. et al., 1988.** Pathologies maternelles et grossesse Medsi Mc GRAW-HILL Paris ; 698 p.
- HELLERSDT W. L., HIMES J. H., STORY M. et al., 1997.** The effects of cigarette smoking and gestational weight change on birth outcomes in obese and normal-weight women. *Am J Public Health* ; 87 : 591-596.
- ZONGO I., 1993.** Contribution à l'étude de la consommation des médicaments : enquête sur le profil des prescriptions médicamenteuses honorées et l'automédication dans la ville de Bobo Dioulasso. *Thèse de Médecine*. FSS. Ouagadougou ; n° 11 ; 95 p.