

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N° 189

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Aurélie DAVID GRUSELLE

Née le 23 Août 1982 à Roubaix

---

Présentée et soutenue publiquement le 22 Octobre 2013

---

**Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse**

**Les « petits maux de la grossesse » vus par les patientes et leurs médecins**

---

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Monsieur le Professeur Dominique DARMAUN

## Remerciements

**Aux membres du jury** : Les Professeurs Philippe, Lacaille et Darmaun pour avoir accepté de juger ce travail.

**Au Dr Guillaume Ducarme** : pour avoir accepté de diriger cette thèse, et d'avoir été un directeur aussi aidant et efficace.

**Au Dr Jérôme Dimet, de l'Unité de Recherche Clinique du CHD** : pour la disponibilité, et l'aide précieuse à la réalisation de ce travail

**A Mme Berte, Cadre Sage-Femme du Service de Maternité** : pour votre aide gratuite et spontanée ainsi qu'à l'équipe soignante

**A mes parents**, pour m'avoir permis de réaliser ces études

**A Quentin, Gautier et Grégoire**, d'être si différents et parfois semblables

**A Manu**, pour ta présence dans les bons et mauvais moments, pour tes remarques toujours constructives et ton aide précieuse.

**A Véro**, de te voir si heureuse aujourd'hui

**A Abby**, pour ta franchise et ta simplicité

**A Aymeric et Anne**, à bientôt chez nous à 7, que de chemin depuis Montevideo...

**Aux Nantais**, Antoine et Aude, Edouard et Marine, Sarah et Martin, Nicolas et Manu, Thomas, Laurent, Maelys et Guillaume pour ces soirées, mariages, thèses multiples agrémentés d'échanges sincères et toujours accompagnés de « Georgeton »

**Aux femmes enceintes**, Sonia, Sarah, ...des grossesses difficiles mais des enfants magnifiques

**A Fabien**, pour ton aide et soutien depuis toujours, vers notre chemin qui se poursuit

**A Soïzic et Aenor** pour vos éclats de rire et complicité

# Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse

## Les « petits maux de la grossesse »

### vus par les patientes et leurs médecins

---

#### Résumé

Contexte : Les nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse (NVG) sont peu étudiés en France. L'objectif de l'étude était d'appréhender la fréquence réelle des NVG versus celle estimée par les médecins généralistes, et de connaître ce que les femmes mémorisaient de ces troubles, en termes d'intensité et de qualité de vie.

Matériel et Méthodes : Une étude descriptive observationnelle prospective réalisée par auto-questionnaires, a été menée dans le Centre Hospitalier de Vendée du 3 décembre 2012 au 4 avril 2013, auprès de femmes venant d'accoucher. Ces dernières ont été notamment interrogées sur leur perception de l'intensité des NVG et de la qualité de vie induite, grâce aux scores de PUQE-modifié et NVP-QOL. D'un autre côté des médecins généralistes de Vendée ont été interrogés concernant la fréquence estimée des NVG dans leur patientèle et leurs prescriptions.

Résultats : 420 femmes et 59 médecins ont répondu aux questionnaires. 61.7% des patientes avaient eu des NVG. Les scores d'intensité étaient « modérés » à « légers ». La qualité de vie était altérée. On retrouvait une peur de la récurrence des NVG chez ¼ des patientes. Le médecin généraliste apparaissait comme le professionnel le plus souvent consulté par les femmes. Les traitements proposés différaient des recommandations.

Conclusion : Les résultats suggéraient que les échelles d'intensité et de qualité de vie pouvaient être utilisables à distance des NVG. Le score de PUQE-modifié pourrait permettre une aide à la décision de prescription en médecine ambulatoire.

---

#### Mots-clés

Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse ; échelle d'intensité des nausées ; PUQE-modifié ; échelle de qualité de vie ; NVP-QOL

# **Nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy**

## **The "small daily pains of pregnancy"**

### **from patients' and doctors' perspectives**

---

#### Abstract

Context: Nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy (NVP) have been little studied in France. The aim of this study was to assess the actual frequency of NVP compared to that estimated by GPs and to know what women retained from these disorders in terms of intensity and quality of life.

Materials and methods: A prospective observational descriptive study using self-assessment questionnaires from women having just given birth was carried out in Vendée Hospital from 3 December 2012 to 4 April 2013. They were asked in particular about their perception of the intensity of NVP and the quality of life induced, thanks to modified-PUQE and NVP-QOL scores. On the other hand GPs from Vendée were asked about the estimated frequency of NVP both among their patients and in their prescriptions.

Results: 420 women and 59 GPs answered the questionnaires. 61.7% of the patients had experienced NVP. Their intensity scores ranged from "moderate" to "mild". The quality of life was altered. Fear of repeating NVP was found in ¼ of patients. The GP appeared to be the professional who was the most-frequently consulted by the women.

Conclusion: The results implied that intensity and quality of life scales could be used once the symptoms are over. The modified-PUQE score could provide help for prescription decision for GPs.

---

#### Keywords

Nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy; nausea intensity scale; modified-PUQE; quality of life scale; NVP-QOL

## Table des matières

I.	Introduction.....	6
A.	Les Nausées et vomissements de la grossesse et leur contexte .....	6
B.	Epidémiologie .....	6
C.	Diagnostic positif .....	7
D.	Diagnostic différentiel .....	7
E.	Physiopathologie .....	8
F.	Facteurs associés aux NVG .....	12
G.	Impacts des nausées et vomissements de la grossesse .....	14
H.	Echelles de mesures .....	15
I.	Prise en charge thérapeutique .....	16
J.	Le ressenti des femmes peu connu en France .....	24
II.	Matériel et méthodes.....	25
A.	Enquête auprès des médecins généralistes .....	25
B.	Enquête auprès des patientes.....	26
III.	Résultats .....	28
A.	Médecins .....	28
B.	Femmes .....	30
IV.	Discussion générale.....	45
A.	Des NVG fréquents, d'intensité « modérés » à « légers », affectant la qualité de vie .....	45
B.	Le médecin généraliste acteur de premier recours .....	46
C.	Les traitements proposés .....	47
D.	Caractéristiques maternelles plus souvent associées aux NVG .....	49
E.	Représentativité de l'échantillon .....	50
F.	Limites et biais de l'étude.....	51
V.	Conclusion .....	53
VI.	Abréviations .....	54
VII.	Annexes .....	55
A.	Annexe 1 Questionnaire médecin .....	55
B.	Annexe 2 Questionnaire Femmes .....	56
VIII.	Bibliographie.....	63

## **I. Introduction**

### **A. Les Nausées et vomissements de la grossesse et leur contexte**

Les nausées et vomissements de la grossesse (NVG) ne sont pas des maux contemporains. Ils sont connus depuis longtemps, les premières traces écrites datent d'un papyrus égyptien 2000 ans avant notre ère, et Hippocrate l'a également étudié (1).

Les nausées et vomissements de la grossesse sont à la fois banalisés par les femmes qui les considèrent comme des symptômes obligatoires ou témoignant de la persistance de grossesse ou de l'absence de fausse couche précoce, et en même temps ignorés ou ne relevant pas des préoccupations de la médecine. En effet, les traitements sont rares, souvent accusés d'effets secondaires, et peu efficaces pour soulager des symptômes qui n'ont le plus souvent, aucune conséquence fœto-maternelle (2). Cependant F. Miller rappelle qu'il s'agit bien d'une maladie avec des impacts pouvant être invalidants pour les patientes et des coûts financiers pour la société non négligeables. Il s'agit donc bien pour lui, d'un champ de la médecine à continuer d'explorer (3). Une revue récente de la littérature sur le coût des NVG aux Etats-Unis (4) confirme un impact économique important, et justifie encore la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate pour le confort personnel, social et économique des patientes et de leur famille.

### **B. Epidémiologie**

Une méta-analyse récente, menée par une équipe Nord-Américaine montre que les NVG affectent 70% des femmes (5). Malgré cette prévalence forte, cette symptomatologie reste traitée dans les manuels de médecine dans les chapitres des « petits maux de la grossesse » (6), et est parfois considérée comme un signe inhérent au diagnostic de grossesse. Les NVG consistent en des nausées accompagnées ou non de vomissements, qui n'ont pas de retentissement sur la grossesse, ni sur l'état de santé de la mère, ni sur celui de l'enfant à venir. Cette absence de conséquence obstétricale ou maternelle, explique peut-être le peu d'intérêt des médecins, mais également des chercheurs concernant leur prise en charge. Ainsi, l'hyperémie gravidique (HG) qui affecte moins de 2% des femmes enceintes (7,8) représente l'essentiel des publications concernant les nausées et vomissements gravidiques.

Cependant, les nausées et vomissements de la grossesse représentent un motif fréquent d'admission à l'hôpital. Dans leur forme la plus grave, les vomissements incoercibles gravidiques ou hyperémie gravidique représentent la première cause d'hospitalisation en première partie de grossesse (9,10). Pour les formes moins sévères, des études ont montré que les employées souffrant de NVG semblaient moins efficaces, et nécessitaient plus de pauses au travail que les femmes enceintes ne souffrant pas de ces symptômes (11). Lorsqu'on les interroge, la moitié des femmes salariées considèrent que les NVG diminuent leur efficacité au travail, mais également que leur relation avec leur conjoint en pâtie (3). Il semble donc que cette pathologie est fréquente, a des conséquences sociales mais également qu'elle représente un coût non négligeable pour la société (12).

### C. Diagnostic positif

Il n'existe pas de définition précise des NVG du premier trimestre de la grossesse, contrairement à la forme grave qu'est l'hyperémie gravidique. Cependant chaque auteur souligne la nécessité de faire un diagnostic positif et de distinguer les diagnostics différentiels qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Il s'agit de nausées accompagnées ou non de vomissements, survenant parfois le matin, parfois toute la journée cessant entre la 12<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> semaine (6,13). Ces symptômes sont souvent imaginés comme des nausées uniquement matinales, alors que chez la plupart des patientes, ils sont présents tout au long de la journée. Certaines études dénombrent moins de 2% des patientes avec des nausées exclusivement matinales (14–16). Par ailleurs la consultation médicale met en évidence un état général conservé, et un examen clinique rassurant.

Les caractéristiques de ces nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse ont été étudiées. Il peut y avoir des nausées seules ou associées aux vomissements mais jamais de vomissements isolés (15). L'apparition des premiers symptômes s'effectue en moyenne à la 6<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA). Leur disparition se passe aux alentours de la 12<sup>ème</sup> SA, mais peut se poursuivre jusqu'à la 16<sup>ème</sup> SA, parfois au-delà pour 10% des femmes (14,15). D'autres auteurs relèvent même des NVG durant toute la grossesse pour 20% d'entre elles (16,17).

### D. Diagnostic différentiel

La recherche de diagnostic différentiel doit être effectuée en cas de nausées et/ou vomissements persistants après le premier trimestre de grossesse, ou apparaissant au cours du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre. En cas de signes de déshydratation ou de perte de poids importante, supérieure à 3 Kg, la recherche d'un diagnostic différentiel est essentielle (6,9,18). Il semble également important de chercher une étiologie autre que la grossesse lors de symptômes apparaissant après 10 semaines de grossesse (19). Les pathologies à éliminer sont citées ci-dessous sans exhaustivité :

Pathologies obstétricales :

- grossesses gémellaires
- môle hydatiforme
- choriocarcinome
- Stéatose hépatique aigue gravidique

Pathologies abdominales :

- gastroentérites
- Appendicite
- Occlusion intestinale
- Torsion d'annexe
- Pyélonéphrite
- Cholécystite, colique nephretique

- Ulcère gastro intestinal
- Reflux gastro œsophagien sévère
- Hépatite
- Pancréatite

Pathologies neurologiques :

- Syndrome méningé
- Hypertension intracrânienne

Pathologie endocrinienne

- Hyperthyroïdie
- diabète avec gastroparésie, acido-cétose
- insuffisance surrénalienne (9,13)

Les examens complémentaires sont donc à adapter en fonction de la présentation clinique de chacune des patientes afin d'éliminer les différentes pathologies précitées. Cependant, le diagnostic des NVG est clinique et ne nécessite pas d'examen biologique complémentaire lorsque les signes apparaissent au premier trimestre couplés d'un examen clinique normal (18).

## **E. Physiopathologie**

La physiopathologie des NVG est encore aujourd'hui mal comprise. Certaines hypothèses sont avancées, mais aucune n'est validée par l'ensemble de la communauté scientifique. Elles sont probablement toutes intriquées (9).

### **1. Biologie**

Plusieurs hypothèses biologiques existent pour expliquer les vomissements incoercibles.

#### **a) Pic d'hCG**

Celle impliquant le taux de béta-hCG est la plus communément admise. En effet, il semble y avoir des symptômes de nausées et vomissements intenses lors de situations physiologiques ou pathologiques entraînant une concentration élevée d'hCG lors des grossesses gémellaires ou molaires par exemple. Par ailleurs, cette hypothèse est confirmée par le fait que le pic de concentration de l'hCG est concomitant du pic d'intensité des symptômes (2,9).

Les hypothèses physiopathologiques avancées sont les suivantes : il semble que la production d'hCG stimule la thyroïde par l'effet TSH-like de l'hCG. En effet, la TSH et l'hCG sont deux glycoprotéines avec une homologie de structure. Lors de forte concentration d'hCG, ces molécules se lient aux récepteurs de la TSH créant un effet d'hyperthyroïdie biologique et augmentant l'intensité des nausées et/ou des vomissements (2).

Une autre hypothèse avancée est qu'il existe des récepteurs de l'hCG dans le centre du vomissement, au niveau de la zone chémoréceptrice dans l'*area postrema* (20), induisant ainsi des nausées et vomissements d'origine centraux.

### ***b) Adénosine***

L'adénosine est un nucléoside important qui constitue un élément essentiel de l'ATP et de l'AMPc. Cette dernière est une molécule fondamentale pour le rôle de second messenger pour activer ou inactiver des enzymes intracellulaires. Un ensemble d'interaction de phosphorylation déphosphorylation régule les taux de chacune de ces formes (21).

L'adénosine agit également au niveau pré-synaptique pour inhiber la libération neuronale de catécholamines (22).

Une équipe japonaise a montré une augmentation de la concentration plasmatique d'adénosine ainsi qu'une hyperstimulation de la thyroïde chez les patientes qui présentent une HG. Le lien causal n'est pas encore compris. Mais l'équipe de Murata pense que l'adénosine neutralise la progression de l'HG (23).

### ***c) TNF-alpha***

En comparaison aux autres femmes, les patientes allergiques auraient des HG prolongées. On avance l'hypothèse que certaines cytokines, notamment le TNF-alpha, qui interviennent dans la réponse immune et les phénomènes allergiques, joueraient également un rôle dans la genèse de l'HG par une régulation de la production d'hCG (24).

### ***d) Œstradiol***

L'équipe de Lagiou a étudié les concentrations d'œstradiol, progestérone, prolactine chez les femmes enceintes. Il semble que les taux d'œstradiol soient corrélés à l'intensité des nausées et vomissements chez les femmes enceintes (25). Cette relation a également été trouvée par l'équipe de Depue chez les patientes atteintes d'HG (26).

On avance l'hypothèse que les œstrogènes induisent un ralentissement de la vidange gastrique et du transit de l'intestin grêle (20).

### ***e) Prolactine***

L'équipe de Lagiou a montré que la concentration plasmatique de prolactine était inversement proportionnelle aux nausées avec ou sans vomissements (25).

### ***f) Vitamine B6 ou pyridoxine***

C'est une vitamine formée par la flore bactérienne digestive. On en trouve également dans le saumon, la levure, les tomates, le maïs jaune, les épinards, le foie et les yaourts. Elle est stockée au niveau du foie, des muscles et de l'encéphale. Sa fonction première est d'être une coenzyme essentielle du métabolisme des acides aminés. Sa carence peut notamment donner des nausées (27).

Cette vitamine serait une coenzyme permettant l'activation de la lysine. Or, cette dernière est un constituant d'un récepteur d'hormone stéroïde, et l'activation de la lysine réduit les symptômes de nausées et vomissements dues à l'augmentation des œstrogènes chez la femme enceinte. La vitamine B6 aurait également un rôle dans la synthèse de sérotonine, dopamine et norépinephrine et gamma amino butyrique. Une déficience en ces neurotransmetteurs pourrait induire des NVG (28).

L'étude de Wibowo a montré une diminution de la concentration en vitamine B6 chez les patientes souffrant de NVG, ainsi que de l'intensité des symptômes après supplémentation (28).

#### *g) Les récepteurs de la sérotonine ou 5-Hydroxy-tryptamine (5HT)*

La sérotonine est synthétisée dans l'épithélium intestinal, dans les cellules du plexus mésentérique et au niveau du système nerveux central. Les récepteurs de cette molécule ont plusieurs sous-types induisant des activités différentes. Le sous-type de récepteur 5HT3, relaie l'information au système nerveux central par l'intermédiaire d'une stimulation du nerf vague. Ce signal semble initier le réflexe de vomissement (29). L'antagoniste type du récepteur 5HT3 est l'ondansétron très efficace contre les nausées d'origine chimio induite (21).

Bien que le rôle de la sérotonine dans les NVG reste à clarifier, l'équipe de Lehmann a montré que l'efficacité de l'ondansétron et molécules apparentées variait avec les différents génotypes du récepteur 5HT3 retrouvés chez les femmes enceintes (29).

#### *h) Dimethyl-arginine*

Plusieurs marqueurs précoces font irruption dans la littérature scientifique. Le dimethyl-arginine a été prouvé comme étant un marqueur du dysfonctionnement endothélial. Il pourrait être un marqueur de risque cardiovasculaire ou de maladies métaboliques. Il semble que la concentration plasmatique de cette molécule soit plus élevée chez les patientes souffrant d'HG que dans le groupe contrôle. L'hypothèse avancée par les auteurs est que l'hCG peut causer des problèmes au niveau endothélial et donc conduire à une augmentation de ce marqueur (30).

### **2. Bactéries Helicobacter Pylori**

Des études ont montré un lien entre l'infection à Helicobacter pylori, l'HG et les NVG sévères. La physiopathologie n'est pas comprise. Si cela se confirmait, il pourra peut-être être proposé de dépister cette pathologie chez les femmes avec des antécédents d'HG, ou qui souffrent de NVG sévères, afin de les traiter avant une grossesse ultérieure (19,20).

### **3. Appareil vestibulaire**

Devant des symptômes similaires entre les NVG et les vertiges bénins type mal des transports induits par l'appareil vestibulaire, F. Owen Black pense qu'il est possible que les deux entités aient des étiologies communes (31). En fait l'appareil vestibulaire dans l'oreille interne renseigne l'individu sur sa position dans l'espace et ses propres mouvements. Dans le mal des transports, il semble y avoir un conflit entre les informations fournies par le système visuel, la proprioception et le système vestibulaire. Cet ensemble étant sous l'influence de facteur endocrinien et du système nerveux autonome.

Pour conforter cette hypothèse, en 2008, l'équipe de Goodwin a montré des anomalies du réflexe vestibulo-oculaire chez les patientes atteintes d'HG, contrairement aux patientes enceintes sans HG. Cependant à ce jour on ne peut savoir s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence des NVG (32).

#### **4. Hyper olfaction**

L'hyperacuité olfactive serait due à l'augmentation rapide des œstrogènes en début de grossesse. Cette sensibilité aux odeurs pourrait être le déclencheur des nausées. Les auteurs vont même jusqu'à penser que l'ensemble des femmes avec une anosmie n'auraient aucun symptômes. Ceci sera à confirmer puisqu'ils n'ont inventorié que quelques cas. Une part génétique est donc évoquée à travers ces sensibilités aux odeurs (33).

Cependant, quelques études ont montré qu'il n'y avait pas de réelle hyper-olfaction mais plutôt une aversion importante pour certaines odeurs. En effet, les odeurs de cigarette, café sont chez les femmes enceintes beaucoup plus dérangeantes et plus souvent évoquées. Il semblerait que le problème viendrait plutôt de l'interprétation du signal olfactif qui serait amplifié ou « déformé » et non de la perception elle-même (34).

#### **5. Répugnance de certains aliments : exemple du café**

Dans une lignée de pensée plus Darwiniste, une des hypothèses des NVG seraient qu'ils permettraient de répugner la mère vis-à-vis des aliments potentiellement dangereux pour le fœtus. Ainsi, les femmes souffrant de nausées consommeraient moins de café. Or la prise de caféine a été associée à un retard de croissance intra-utérin (35).

#### **6. Psychologie**

Munch déplore que les hypothèses biologiques et psychologiques s'affrontent au lieu de s'intriquer pour aider les femmes à mieux vivre leur grossesse. L'ensemble des papiers sont divisés en littérature pro-hypothèse biologique versus pro-psychologique alors que très probablement les deux hypothèses sont complémentaires et nécessitent d'être reconnues par l'ensemble des acteurs de terrain pour une meilleure prise en charge des patientes (1).

Des hypothèses concernant l'environnement psycho-social, l'histoire familiale sont évoquées pour expliquer les vomissements gravidiques. On retrouve d'ailleurs quelques cas cliniques évoquant cet aspect avec des histoires familiales complexes et difficiles (2,9). Ainsi, on a pu relier les cas suivants : grossesses non désirées, absence de la mère, troubles de la personnalité sous-jacents, conflits familiaux, ethnopsychiatrie, antécédents obstétricaux lourds (2).

Il semble que des traits de personnalité de type dépendant, le célibat, la dépression, l'anxiété et le stress soit des situations à risque de NVG et surtout d'HG (36,37). Cependant, on ne sait pas si ces facteurs sont la cause ou la conséquence des NVG, mais ils ne sont pas à négliger dans la prise en charge thérapeutique.

En somme, de nombreuses pistes ont déjà été explorées dans les champs biologique comme psychologique mais aucune ne fait pour l'instant l'unanimité pour expliquer les NVG et l'HG.

## **F. Facteurs associés aux NVG**

### **1. Facteurs génétiques et héréditaires**

Le facteur génétique semble être une des explications des NVG. Elle n'est cependant pas unique puisque 100% des femmes ayant eu des HG ne refont pas une HG à la grossesse suivante. Cependant il semble que les mères ayant souffert de NVG ou HG ont des filles qui souffriront à leur tour de ces troubles, sous-entendant ainsi le rôle de la transmission génétique et environnementale (36). Quant à l'influence des gènes du père du fœtus sur la survenue des NVG, notamment sous leur forme la plus grave, elle a été étudiée et ne semble pas en cause (38).

### **2. Origine ethnique**

Beaucoup d'études montrent une variabilité entre femmes d'origines ethniques différentes. Les femmes venant d'Afrique du nord notamment, semblent plus sujettes aux NVG que les femmes d'Europe. Cependant un facteur confondant peut être évoqué, à savoir que la qualité de vie peut être altérée selon les propres représentations culturelles des personnes, leur éventuelle histoire d'immigration, un statut socio-économique souvent plus précaire (39).

Une méta-analyse concernant la prévalence des NVG a montré que celle-ci était plus importante en Asie (Hong Kong, Taiwan, Japon) (5). De plus, les asiatiques semblent plus souffrir d'hyperémie gravidique que les européennes (23).

Cependant une méta-analyse concernant la prévalence des NVG aux Etats-Unis n'a pas retrouvé de lien avec l'origine ethnique des patientes (17). Tandis que l'étude de Lacasse au Canada a montré que les femmes de race noire ou asiatique ont un risque plus faible de souffrir de NVG que les caucasiennes (16). D'un autre côté dans la même étude, les femmes noires rapportaient plus souvent une hyper-salivation que les autres femmes. Cette salivation excessive étant une des conditions des NVG.

On peut donc constater que dans ce domaine les résultats des études sont paradoxaux.

### **3. Sexe de l'enfant**

Le sexe de l'enfant semble être relié aux manifestations des NVG. En effet, les fœtus de sexe féminin sont associés à plus de NVG incoercibles (9,38). La théorie serait que les taux d'hCG dans le sang maternel diffèrent selon le sexe du fœtus (16).

### **4. Gestation multiple**

Les femmes ayant des grossesses gémellaires ou multiples sont plus à risque d'avoir des nausées et vomissements, voir des HG. L'explication donnée est que lors des grossesses multiples le taux de hCG et d'œstradiol est plus élevé que dans les gestations avec un fœtus unique (16,20).

## 5. Age de la mère

Il semble que les femmes plus âgées aient une prévalence plus faible ainsi que des symptômes moins intenses que les plus jeunes. De même concernant l'HG les femmes plus jeunes ont plus d'HG (24).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer cette association :

- Les niveaux d'œstrogènes diminuant avec l'âge, les femmes plus âgées seraient moins exposées aux pics d'œstrogènes. (Conférer chapitre physiopathologie-biologie-œstradiol)
- Une meilleure adaptation aux effets des œstrogènes avec l'âge (16).

Cependant il est discuté le facteur confondant suivant :

- Les femmes ayant eu des grossesses avec HG feraient moins d'enfant que les autres. Tandis que les femmes plus âgées seraient celles ayant eu peu ou pas de NVG sur les grossesses antérieures (24).

## 6. Indice de masse corporelle

Les études sont discordantes. Certaines ne trouvent aucun lien entre les NVG et l'indice de masse corporelle (IMC) (28). D'autres suggèrent qu'un IMC pré-conceptionnel élevé est à plus grand risque de souffrir de NVG que les femmes avec un IMC plus faible (16,24). D'autres en revanche montrent que la maigreur ainsi que l'obésité avant la grossesse chez les personnes non fumeuses sont des facteurs de risque de développer une HG (24,40). Et enfin une autre étude montre que l'IMC bas est corrélé à une fréquence de nausées et vomissements plus important (41).

En revanche, il semble y avoir des résultats concordant sur le rapport inverse entre la prise de poids pendant la grossesse et les NVG. Les femmes souffrant de NVG semblent avoir un gain de poids plus faible que les autres (16).

## 7. Tabagisme

Les fumeuses souffrent moins de NVG que les non fumeuses alors que le tabagisme passif n'a aucune influence (40). Plusieurs hypothèses sont avancées :

- Les femmes fumeuses ont des taux d'œstrogènes et d'hCG plus bas que les autres.
- Le tabagisme émousserait les sens olfactif et gustatif (16).

## 8. Régimes alimentaires

Certaines études avancent qu'un régime contraignant tel que le régime végétarien ou sans lactose peut avoir un impact sur la durée de l'HG. L'argument avancé concernant les régimes végétariens est qu'on y trouve beaucoup de protéines de soja ainsi que de phyto-œstrogènes semblables au 17-œstradiol (24). On rejoint donc ici la théorie concernant l'œstradiol qui induirait des nausées du fait d'un ralentissement de la vidange gastrique et du transit du grêle.

## **9. Facteurs socio-économiques**

Il semble que l'incidence des nausées et/ou vomissements chez les patientes ayant une profession type cadre ou un plus haut niveau d'éducation soit moindre que celles étant au foyer ou de profession type ouvrière (14,16,28). De même, un statut socio-économique plus faible augmente le risque de souffrir de NVG. Il n'existe pas d'hypothèse validée pouvant expliquer cette corrélation. Cependant les facteurs socio-économiques peuvent influencer sur les modes de vie, l'accès aux soins et l'exposition à divers risques liés au travail pouvant expliquer ce lien entre les NVG et le statut socio-économique.

Par ailleurs on note que la prévalence des NVG est plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural (16).

## **G. Impacts des nausées et vomissements de la grossesse**

### **1. Impacts fœto-maternels**

Il est admis qu'il n'y a pas de conséquence fœtale en cas de NVG en dehors de l'HG (9). En revanche, il peut exister une souffrance psychologique secondaire. Cette dernière est corrélée avec la sévérité des symptômes physiques (42). En effet, des troubles psychiques à type de stress, anxiété et dépression ont été observés chez les patientes avec NVG et HG. On ne sait pas réellement si ces problèmes psychiques sont les précurseurs ou la conséquence des NVG ou HG, mais ils peuvent contribuer à diminuer les scores de qualité de vie (43).

### **2. Impacts personnel et socio-économique**

Les NVG ont été initialement évalués sur les seuls paramètres physiques : nombre d'heure de nausées, fréquence des vomissements, durée des symptômes en nombre de jours depuis l'apparition des premiers signes (15).

Une étude menée au Canada par Attard et al a non seulement évalué la sévérité des NVG sur le plan physique, mais également sur l'impact de la qualité de vie et l'impact financier chez les femmes ayant eu recours à un centre spécialisé pour les NVG. Cette étude s'est intéressée aux femmes souffrant de NVG sévères (définis comme toutes femmes sollicitant un système de soins spécialisé dans les NVG) et a montré que les scores de qualité de vie, mesuré par l'échelle de qualité de vie SF-36, étaient diminués dans tous les items. Les scores étaient même plus bas que pour les personnes souffrant de syndrome dépressif. Par ailleurs, il est important de noter que les symptômes peuvent fluctuer fortement d'une heure à l'autre et d'une journée à l'autre, ce qui nécessite, pour une meilleure analyse, de remplir le même questionnaire sur plusieurs jours et d'en faire une synthèse (8).

Quant à l'équipe de Lacasse, elle a objectivé un lien entre l'intensité des NVG établi par un score de sévérité (PUQE-modifié) et la qualité de vie qui en résulte objectivée par un questionnaire de qualité de vie spécifique (NVPQOL) (16).

Pour ce qui est de l'impact socio-économique, les études de Gadsby ainsi que celle de Attard ont montré que les symptômes étaient à l'origine d'une perte de temps du travail professionnel : les femmes avaient perdu en moyenne 8,4 journées de travail. Dans le milieu familial, il y avait également un impact sur la réalisation des tâches ménagères. Cette perte

de temps était corrélée à l'intensité des symptômes physiques relevés. Par ailleurs le coût estimé aux Etats-Unis, des NVG sévères par patiente est de 17 000 \$ (8,15).

Cependant la perception de ces symptômes par la patiente n'est pas forcément corrélée aux durées et fréquences des symptômes physiques (11). La complexité de cette entité nosologique nécessite de considérer la femme dans sa globalité, en tant que future mère, parfois employée, avec ses croyances propres, vivant dans un cadre social pouvant influencer sur ses propres perceptions. Il est donc indispensable d'évaluer la qualité de vie de ces femmes dans leur milieu social et culturel pour définir la gêne réelle occasionnée.

## **H. Echelles de mesures**

Les vomissements gravidiques ont été le critère de jugement principal lors d'études concernant l'efficacité des traitements, mais pour les femmes interrogées les symptômes les plus pénalisants semblent être les nausées (44).

La définition de la santé selon l'OMS datant de 1946 est la suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (45). On voit donc au vu des paragraphes précédents que l'on ne peut pas se contenter d'une évaluation de la quantité des symptômes des NVG pour évaluer la santé de ces patientes.

Afin de décrire ce moment difficile de la grossesse, il existe deux échelles de mesure spécifiques qui permettent d'évaluer l'ensemble des aspects des NVG.

### **1. PUQE-modifié (modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea) (Annexe 2)**

Il s'agit d'un score en anglais spécifique aux nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse. Ce score simple a été développé afin d'être utilisé rapidement y compris dans la pratique quotidienne pour déterminer la sévérité des symptômes. La traduction française a été réalisée par l'équipe canadienne de Lacasse (46). Il étudie 3 symptômes objectifs : les nausées, les vomissements et les haut-le-cœur (47). C'est une échelle de type Likert à cinq points mesurant la durée des nausées, la fréquence des vomissements et la fréquence des épisodes de « haut-le-cœur » sur l'ensemble du début de la grossesse. Le calcul des scores se fait en attribuant une valeur à chaque réponse de 1 « causant le moins d'inconfort possible » à 5 « causant le plus d'inconfort possible ». Le score total est obtenu en faisant la somme des réponses de chacun des 3 items. Le score minimal est donc de 3 et maximal de 15. On considère qu'un score entre 3 et 6 correspond à des NVG légers, un score entre 7 et 12 à des NVG modérés, et un score égal ou supérieur à 13 à des NVG sévères. Il a été montré que l'intensité des symptômes physiques étaient corrélés à la souffrance psychique des femmes souffrant de NVG (42). Ce simple questionnaire de 3 questions facilement réalisable au cabinet pourrait donc permettre d'évaluer l'intensité des symptômes et d'en déduire également l'importance de la souffrance psychologique reliés à ces troubles.

## **2. Score de qualité de vie : NVPQOL (Annexe 2)**

La qualité de vie des femmes enceintes sans aucune complication est altérée par rapport à la qualité de vie de femmes en dehors d'une grossesse. Cependant cette qualité de vie est davantage altérée lors de NVG.

Le questionnaire spécifique pour mesurer la qualité de vie des femmes enceintes souffrant de NVG est le NVPQOL (Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy). Il a été mis au point par l'équipe de Magee (44), et contient 30 items classés en 4 catégories : symptômes physiques, fatigue, émotions et limitations. Ce score développé en anglais a été adapté en Français par l'équipe de Lacasse (48). Le NVPQOL est également une échelle de type Likert mais à sept points et contient 30 items. Il mesure la qualité de vie spécifique lors des NVG. Le calcul des scores se fait en attribuant une valeur à chaque réponse, de 1 « jamais » à 7 « tout le temps », sauf pour la question 20 qui doit être inversée. Le score total est obtenu en faisant la somme des réponses de chacun des 30 items. Le score minimal correspondant à une bonne qualité de vie est de 30, et le score maximal correspondant à une mauvaise qualité de vie correspond à 210.

Il s'agit d'un score auto-administré long à remplir, et par conséquent difficilement utilisable en pratique clinique. Il est cependant utile pour conduire des études intéressantes spécifiquement les NVG.

### **I. Prise en charge thérapeutique**

#### **1. Essais cliniques et historique**

Miller rappelle que malgré l'incidence des NVG et ses conséquences non négligeables aucune recherche concernant le traitement n'était en cours en 2002 (3).

Cet état de fait semble expliqué par l'affaire du thalidomide. En effet ce médicament a été mis sur le marché en Allemagne en 1956 et par la suite a été vendu dans le monde entier en tant que somnifère ou traitement pour enrayer les NVG. Cette molécule a ensuite été retirée du marché en 1962 suite à une multitude de malformations congénitales des membres. Depuis, toute médication pendant la grossesse est considérée comme tératogène et les femmes enceintes sont exclues de la plupart des essais cliniques concernant les médicaments (3,16).

Ainsi l'ensemble des notices évoquent qu'en cas de grossesse la tératogénicité n'est pas exclue. En France, il ne reste guère que le Centre de Référence des Agents Tératogènes autrement appelé le CRAT pour guider le prescripteur dans ses ordonnances de médicaments aux femmes enceintes ou allaitantes.

#### **2. Prise en charge hospitalière ou ambulatoire ?**

La prise en charge précoce ambulatoire est indispensable afin de diminuer le nombre de NVG sévères et d'hospitalisations (9,19). Comme on l'a déjà dit il n'y a pas d'examen complémentaire indispensable au diagnostic. Cette prise en charge se fera en fonction de l'intensité des troubles et de la gêne évoquée par la patiente. Plusieurs types de prise en charge sont possibles et peuvent être proposés, le choix se faisant avec l'accord de la

patiente. L'hospitalisation est indiquée lorsque les NVG ne répondent pas au traitement ou lors de manifestations de type HG.

### **3. Mesures hygiéno-diététiques**

Les mesures concernent le changement de mode d'alimentation. Ce sont les premières mesures à mettre en place et pérenniser lorsqu'un traitement complémentaire est nécessaire. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune conséquence délétère sur le fœtus et la mère, et elles sont suffisantes la plupart du temps. Les nausées de la grossesse sont calmées par l'alimentation. Il est conseillé de fractionner les repas, manger en petite quantité et plus souvent (toutes les 1 à 2 heures). Le but est d'avoir un estomac constamment rempli. On conseille une alimentation riche en glucides lents et rapides, plus riche en protéines et plus pauvre en graisse. Entre les prises alimentaires il est préconisé de s'hydrater avec des boissons fraîches. Il est également recommandé de faire des siestes, la fatigue semblant augmenter les manifestations des NVG (19,49).

Enfin, on suggère d'éviter les odeurs fortes qui sont pourvoyeuses de nausées chez les femmes enceintes (19).

### **4. Médecines complémentaires et alternatives**

Les médecines non conventionnelles telles que l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie, l'ostéopathie connaissent un engouement important de nos jours. Elles envahissent l'ensemble des magazines en réponse à beaucoup de petits maux de la vie courante. Elles peuvent apporter à certaines patientes une réponse à leurs symptômes.

#### **a) Homéopathie**

L'homéopathie consiste en l'absorption de substances à doses infinitésimales obtenues par dilution. A doses plus élevées, ces mêmes substances produisent sur l'homme sain des symptômes semblables à ceux de la maladie à combattre (50).

L'homéopathie est en partie remboursée en France par l'assurance maladie, ce qui n'est pas le cas dans les autres pays.

Diverses substances existent pour aider les femmes enceintes avec des NVG. Les substances proposées sont : *Cocculus*, *Nux vomica*, *Pulsatilla* ou *Sepia* (16). On remarquera qu'il n'existe pas ou peu d'écrits scientifiques concernant ces traitements. Ces médicaments ont une AMM mais leurs indications ne sont pas précisées. Par ailleurs, les posologies sont laissées à l'appréciation du prescripteur.

La revue *Prescrire*, quant à elle, considère l'efficacité de l'homéopathie équivalente à celle du placebo, et rappelle que seules les dilutions supérieures à la 12<sup>ème</sup> dilution centésimale sont sans danger pour les femmes enceintes (51).

#### **b) Acupuncture et Acupression**

L'acupuncture vient de la médecine chinoise traditionnelle, elle divise le corps en méridiens où les viscères peuvent être traités par l'intermédiaire de points précis sur le corps permettant ainsi de rétablir un équilibre entre les différentes énergies présentes dans le corps du patient (13).

L'acupuncture originelle consistait en la stimulation des différents points par la mise en place d'aiguilles. D'autres modes de stimulations existent aujourd'hui, telles que la pression manuelle mais également l'électrostimulation appelé acustimulation. Cette dernière consiste en l'application d'un faible courant électrique sur des points précis.

Le point d'acupuncture concernant les NVG est le point P6 ou point Neiguan, situé à trois travers de doigts en amont du poignet sur sa face interne. Des bracelets d'acupression spécialement conçus pour la stimulation du point P6 sont vendus en pharmacie mais également en magasin pour le mal des transports mais également contre les NVG. L'acupression du point P6 est sans danger, mais il semble que l'efficacité soit mise en doute (19). Cependant les avis divergent puisque l'HAS en France le recommande pour le traitement des NVG avec un grade A (52). La revue prescrire considère qu'il faut la proposer tout en restant septique sur son efficacité (49).

Par ailleurs, une équipe a montré que l'électrostimulation du point P6 constante sur 24 heures améliore la symptomatologie des NVG (53).

Un autre point d'acupuncture est le point KID 21 en sous xiphoïdien. Il est moins connu que le point précédent et doit encore être étudié pour montrer son efficacité (54).

### *c) Phytothérapie*

Cette médecine parallèle consiste à traiter les maladies par les plantes. La seule plante étudiée dans le cadre des NVG est le gingembre.

Cette plante est utilisée pour traiter l'ensemble des nausées et y compris les NVG (55). Il s'agit d'une plante originaire d'Asie avec un rhizome aromatique qui est utilisé en cuisine mais également en phytothérapie sous forme de comprimé, gélule ou infusion (56).

Le mécanisme d'action est flou et plusieurs hypothèses sont avancées : antagoniste de la sérotonine, inhibition de la vasopressine, diminution de la motricité gastrique. Il semble cependant que son efficacité soit reconnue par une grande partie de la population scientifique (51,55). En revanche son innocuité n'a pas encore été démontrée et les comprimés alimentaires, boissons ou biscuits au gingembre ne peuvent pas être considérés comme étant inoffensifs. Les effets secondaires peuvent venir du gingembre lui-même ou des excipients contenus dans les gélules. En ce qui concerne le gingembre lui-même, il existe des effets digestifs, cardiovasculaires et des interactions avec certains médicaments. Pour ce qui est des risques foetaux les avis sont partagés et certains pays du nord de l'Europe le déconseillent aux femmes enceintes. Par ailleurs il n'existe aucun consensus concernant le dosage et la forme nécessaire au traitement (55). En effet, la dose maximale des Européens et des Nord-Américains est de deux grammes voir un gramme par jour (19), alors que les Chinois autorisent une dose journalière allant jusqu'à neuf grammes. Cependant, ces derniers l'utilisent peu chez la femme enceinte (55).

La revue Prescrire note que l'efficacité est modeste sur les nausées et nulle sur les vomissements. Cette molécule est moins étudiée que la doxylamine, elle préconise donc de lui préférer cette dernière (57).

## **5. Psychothérapie**

La qualité de vie médiocre des femmes présentant des NVG est associée avec le contexte social difficile de ces dernières. Il semble donc essentiel d'avoir une approche psychosociale en plus de l'approche médicale simple pour prendre en charge ce type de maladie (43).

La psychothérapie de soutien est la première possibilité pour le thérapeute à proposer aux patientes. Cette méthode peut facilement être réalisée par le médecin généraliste. Parfois des consultations auprès d'un psychiatre pourront permettre à la patiente de verbaliser ses angoisses. Ainsi, un des buts est d'essayer de comprendre les sentiments contradictoires de la patiente vis-à-vis de sa grossesse en cours (58). La thérapie comportementale visant à éviter les stimuli qui provoquent les nausées peut être proposée. L'hypnose et les thérapies de relaxations sont également proposées dans ces indications (59).

Dans certaines HG rebelles à tout traitement, des mesures d'isolement thérapeutique sont pratiqués dans les hôpitaux. Les différents acteurs de terrains et auteurs d'article sont sur cette pratique divisés. Cet isolement est accompagné d'une prise en charge psychiatrique qui réévalue régulièrement la nécessité de son maintien (60).

La prise en charge psychologique outre-Atlantique est complètement différente. En effet, une ligne SOS nausée est disponible en anglais et en français au Canada afin de proposer une écoute téléphonique aux femmes souffrant de ces symptômes et, le cas échéant, les orienter vers divers plans thérapeutiques. Il faut noter que le site internet SOS nausées de grossesse et la ligne téléphonique sont développés par le laboratoire pharmaceutique Canadien Duschesnay. Ce dernier est spécialisé dans les traitements réservés aux femmes enceintes et commercialise le seul traitement avec une AMM au Canada : le Diclectin®.

## **6. Traitements pharmacologiques**

En cas d'inefficacité des mesures précédentes on peut envisager un traitement pharmacologique.

### **a) Doxylamine**

La doxylamine est un antihistaminique de type 1 sédatif et atropinique. La littérature concernant ce médicament est prolifique.

Ainsi, une association de doxylamine avec de la vitamine B6 a été commercialisée initialement sous le nom de Bendectin® dans l'indication des NVG. Il a été retiré du marché volontairement par ses fabricants en 1983 devant des suspicions de tératogénicité. Par la suite, il a été observé un doublement des hospitalisations pour NVG juste après le retrait du marché du Bendectin® aux Etats-Unis. L'équivalent de ce traitement au Canada est commercialisé depuis 30 ans sous le nom de Diclectin®, et depuis Avril 2013, la Food and Drug Administration (FDA) a permis à nouveau la commercialisation de son équivalent

américain le Diclegis® (61). La FDA a classé ce « nouveau médicament » en catégorie A, c'est-à-dire médicament ayant montré son innocuité sur le fœtus (31,61).

Une étude, menée avant la commercialisation du Diclegis® aux Etats-Unis, a étudié l'impact de la commercialisation du Diclectin® au Canada, versus l'absence de traitement pharmacologique recommandé existant aux Etats-Unis. Les patientes américaines utilisaient moins d'anti-émétiques et les considéraient potentiellement tératogènes. Elles utilisaient plus de mesures hygiéno-diététiques, perdaient plus de poids, étaient hospitalisées plus souvent pour la même sévérité de symptômes que les canadiennes et perdaient plus de temps au travail (62).

En France, l'HAS cite les anti-histaminiques comme une alternative possible aux mesures telles que le gingembre et l'acupuncture (52). Par contre, la doxylamine n'a pas l'AMM dans l'indication des NVG. Il est cependant disponible en France sans ordonnance pour le traitement des insomnies sous l'appellation commerciale de Donormyl®. La revue Prescrire et le CRAT la citent en première intention du traitement médicamenteux des NVG (49).

Les effets indésirables de cette molécule sont surtout la somnolence, et les effets atropiniques telles que la sécheresse des muqueuses, des rétentions urinaires, une constipation (57).

Les contre-indications de la doxylamine sont celles des antihistaminiques, à savoir une hypersensibilité aux antihistaminiques, des antécédents personnels ou familiaux de glaucome aigu par fermeture de l'angle irido-cornéen (63).

#### ***b) Meclozine***

La meclozine est également un anti-histaminique de type 1. Il est commercialisé en Suisse associé à de la caféine et de la vitamine B6 sous le nom d'Itinerol B6®. Les indications de ce traitement sont le mal des transports et les NVG. Ce médicament existe depuis 1962, et comme la doxylamine, il n'a pas d'effet secondaire tératogène connu à ce jour (20). Sa délivrance en Suisse se fait en pharmacie sans ordonnance dans toutes les indications sauf pour la grossesse. Dans ce dernier cas, la méclozine doit être délivrée sur prescription médicale « en cas d'extrême nécessité » selon le compendium Suisse (64).

La revue Prescrire note que le nombre d'études sur cette molécule est moindre. Elle conseille donc de favoriser la doxylamine (57).

#### ***c) Vitamine B6 ou pyridoxine***

La vitamine B6 semble efficace contre les NVG (19,28). Comme nous l'avons vu précédemment, certains auteurs ont retrouvé une association entre un déficit en vitamine B6 et les NVG.

La revue Prescrire ne note pas de risque malformatif. Il existe des risques de neuropathie en cas de forte dose. Cependant elle se veut rassurante sur la molécule tout en précisant qu'il n'y a pas d'efficacité démontrée de cette molécule pour l'indication des NVG (57).

A noter qu'en Suisse, au Canada et aux Etats-Unis, la pyridoxine est associée à la doxylamine.

#### *d) Divers anti émétiques*

##### *(1) Primpéran® ou Métoclopramide*

Cette molécule est un neuroleptique de la famille des benzamides. C'est un stimulateur de la motilité intestinale. Il semble qu'il n'y ait pas de risque malformatif en cas de prise au cours de la grossesse (19). Cependant le CRAT rappelle que ce traitement est proposé en seconde intention en cas d'inefficacité de la doxylamine, ce que soutient également la revue Prescrire (49).

Son profil d'effets indésirables comprend une sédation, des effets extra-pyramidaux, une accélération du transit. A noter qu'en cas d'utilisation tout au long de la grossesse, des cas de sevrage chez le nouveau-né ont été décrits nécessitant une surveillance particulière (57).

Les contre-indications sont une hypersensibilité au métoclopramide, une contre-indication à la stimulation de la motricité intestinale, un antécédent de dyskinésie tardive aux neuroleptiques, phéochromocytome, méthémoglobinémie, association aux médicaments anti-parkinsonniens (63).

##### *(2) Zophren® ou Ondansetron*

Il s'agit d'un antagoniste du récepteur de la sérotonine.

Ce médicament est surtout utilisé chez les patients cancéreux mais il trouve aussi une indication hospitalière dans le traitement des HG. Le CRAT est rassurant concernant les effets secondaires, cependant, la FDA a récemment alerté sur un possible risque de dysrythmie cardiaque. La revue Prescrire précise également que les effets indésirables des setrons sont une constipation, des troubles du rythme cardiaque, des convulsions et des troubles extra-pyramidaux (19,57). Ce traitement doit donc être réservé en dernière intention.

##### *(3) Motilium® ou Dompéridone*

Il s'agit d'un antagoniste de la dopamine qui agit en stimulant la motricité intestinale.

Selon le CRAT, il n'existe pas beaucoup d'études concernant ce médicament au cours de la grossesse. Depuis sa longue commercialisation, il n'y a pas eu d'éléments inquiétants concernant d'éventuels effets secondaires. Cependant ce traitement ne relève pas de la première intention, mais plutôt du 3ème recours après la doxylamine, le métoclopramide et le zophren.

La revue Prescrire quant à elle écarte totalement cette possibilité devant des risques d'effets indésirables cardiaques à type de troubles ventriculaires et de mort subite. Par ailleurs cette molécule est tératogène chez le rat (49,57).

Les contre-indications sont l'hypersensibilité à la dompéridone, la tumeur hypophysaire à prolactine mais également lorsqu'il existe une contre-indication à la stimulation de la motilité intestinale (63).

#### (4) Largactil® ou Chlorpromazine

Il s'agit d'un anti-psychotique neuroleptique avec des propriétés anti-dopaminergiques.

Ce traitement plutôt indiqué lors des formes majeures telles que l'HG, n'est pas déconseillé par le CRAT. Cependant il existe lors de la prise au troisième trimestre de la grossesse un risque d'état de manque avec un syndrome extra-pyramidal chez le nouveau-né (19).

Les contre-indications sont l'hypersensibilité au Largactil®, antécédent de glaucome par fermeture de l'angle, antécédent d'agranulocytose. Ce traitement présente de nombreuses possibilités d'interactions avec d'autres médicaments (63).

#### (5) Solumédrol® ou Methylprednisolone

Les corticoïdes sont habituellement prescrits lors de nausées et vomissements induits par la chimiothérapie anticancéreuse. On suspecte des cas de tératogénicité comme la survenue de fentes labiales, de retard de croissance intra-utérin, de possible insuffisance surrénalienne. Mais le CRAT ne retient pas ces effets, d'autant que cette molécule n'est utilisée qu'en dernière intention pour le traitement des HG résistantes à toute autre thérapeutique.

#### (6) Vogalène® ou Métopimazine

Cette molécule est un antagoniste de la dopamine. Il n'y a pas de donnée publiée concernant les femmes enceintes prenant ce traitement. Cependant le CRAT se veut rassurant devant l'absence de tératogénicité chez l'animal et un long recul de commercialisation qui n'a pour le moment pas montré de tératogénicité humaine pour ce traitement. Cependant il n'est pas compris dans le traitement de référence des NVG.

#### *e) Traitement de la dyspepsie*

Il a été montré que le traitement de la dyspepsie, très fréquente au cours de la grossesse, permet une réduction significative des symptômes de NVG (19).

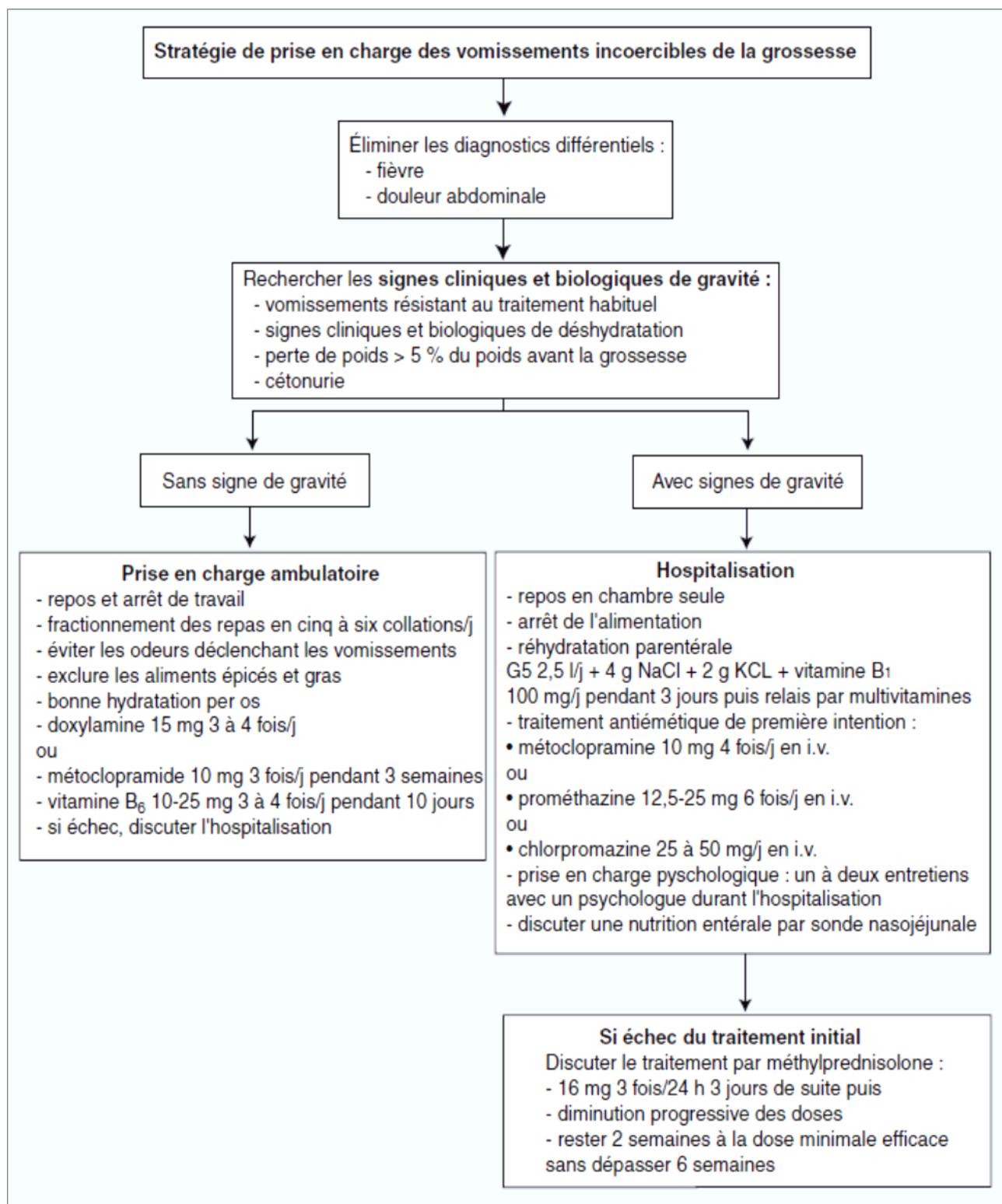
Des mesures hygiéno-diététiques recommandées par la société nationale française de gastro-entérologie sont l'élévation de la tête de lit et l'augmentation au-delà de trois heures de l'intervalle « diner-coucher » (65). L'HAS recommande en plus de limiter l'alcool, la caféine, les aliments gras ainsi que le tabagisme (66).

Les anti-acides de type pansements gastriques sont des alginates non absorbés dans le tractus digestif. Ils sont non tératogènes et peuvent être utilisés à dose habituelle (63).

Les inhibiteurs de la pompe à protons peuvent à priori être utilisés chez la femme enceinte sans crainte de tératogénicité comme le souligne le CRAT. Cependant, l'HAS préfère l'utilisation des antihistaminiques de classe 2 telle que la Ranitidine® ou le Tagamet® (52).

*f) Synthèse :*

La stratégie de prise en charge des nausées et vomissements gravidiques est proposée dans le tableau suivant (9) :



## **7. Prévention**

Il a été montré qu'une prévention par prise de multi-vitamines en pré-conceptionnel permet une diminution des récurrences des vomissements incoercibles (9).

Par ailleurs une étude a montré récemment que chez les femmes aux antécédents de NVG sévères, la mise sous Diclectin® avant l'apparition des premiers symptômes permettait de diminuer l'intensité de celles-ci (61).

### **J. Le ressenti des femmes peu connu en France**

Au Canada, les nausées et/ou vomissements du premier trimestre de la grossesse ont fait l'objet de multiples évaluations médico-économiques et des outils d'information vulgarisés sont disponibles. La société savante des gynéco-obstétriciens met à disposition des femmes un protocole très détaillé pour mieux vivre cette période (67). Il n'existe pas de tel développement en France sur le sujet, la littérature dans notre pays étant surtout consacrée aux HG. Il me paraissait par conséquent intéressant d'étudier le ressenti des femmes françaises vis-à-vis des NVG en le confrontant avec celui des médecins qui réalisent des suivis de grossesse.

## **II. Matériel et méthodes**

Deux enquêtes parallèles observationnelles ont été menées, l'une auprès des médecins généralistes travaillant en ambulatoire en Vendée, l'autre auprès de femmes en post-partum à la maternité du Centre Hospitalier Départemental de Vendée (CHD).

### **A. Enquête auprès des médecins généralistes**

#### **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, reflet des représentations de médecins généralistes exerçant en Vendée. Elle a été réalisée par questionnaires téléphoniques, présentés en annexe 1. L'objectif était d'appréhender les représentations et prises en charge des médecins les plus impliqués dans le suivi de la grossesse en Vendée concernant les nausées et vomissements gravidiques de leurs patientes.

#### **2. Echantillonnage**

Afin de cibler les médecins réalisant plus particulièrement des suivis de grossesse, une première liste de 200 médecins a été établie en repérant les médecins généralistes de l'ensemble des femmes ayant accouché au CHD l'année 2011. Dans cette population, il a été décidé d'appeler les 100 premiers médecins de la liste. Ces derniers avaient suivi de 6 à 33 femmes chacun, ce qui représentait 60% des femmes qui avaient accouché au CHD pendant l'année 2011.

#### **3. Durée de l'étude**

Cent-neuf médecins généralistes ont été interrogés du 5 Novembre 2012 au 5 mars 2013. La différence avec l'objectif de nombre fixé (100 généralistes au départ) réside dans le fait que dans certains cabinets de groupe se trouvaient des médecins qui ont accepté de participer en même temps que leur collègues. Il est à noter que les neuf généralistes supplémentaires se situaient tous parmi la première liste des 200 généralistes.

#### **4. Déroulement de l'étude**

Les médecins ont été appelés pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux. Certains ont répondu immédiatement. D'autres ont préféré prendre un rendez-vous téléphonique. Quelques-uns ont voulu être contactés par mail. Les contacts téléphoniques ne duraient que quelques minutes.

#### **5. Questionnaire**

Le questionnaire (annexe 1) était court. La première partie regroupait des informations concernant les particularités civiles et les modalités d'exercice des médecins. La deuxième partie s'attachait à évaluer par des questions fermées la fréquence ressentie des NVG dans leur patientèle, ainsi que les données de prise en charge clinique et thérapeutique.

#### **6. Recueil des données et analyse des résultats**

L'ensemble des réponses au questionnaire a été saisi dans le logiciel Microsoft Access et l'analyse a été réalisée par le Centre de Recherche Clinique du CHD.

## **B. Enquête auprès des patientes**

### **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective concernant l'intensité des nausées et vomissements de la grossesse et la qualité de vie des femmes souffrant de ces troubles. Les données ont été recueillies par auto-questionnaires, présentés en annexe 2, délivrés aux femmes au post-partum immédiat.

A noter qu'une étude similaire avait été réalisée au Canada (16) avec pour principale différence une distribution des auto-questionnaires pendant la période des NVG.

### **2. Population**

La distribution des questionnaires auprès des patientes a été réalisé dans le service de suite de couche du CHD de Vendée. Ce centre effectue environ 46% des accouchements réalisés en Vendée, selon le Dr Branger du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. L'ensemble des patientes du CHD rassemble donc un nombre important des parturientes de Vendée. Le questionnaire a été remis à l'ensemble des patientes pouvant répondre par écrit au questionnaire.

### **3. Durée de l'étude**

La distribution des auto-questionnaires s'est effectuée du 3 décembre 2012 au 4 avril 2013 auprès de l'ensemble des femmes ayant accouché au CHD. Il a été choisi de poursuivre l'étude jusqu'à l'obtention d'au moins 200 questionnaires analysables de patientes ayant présentées des nausées et/ou vomissements en rapport avec leur grossesse, avec un délai maximum de recueil de 6 mois. Ces effectifs, proches des effectifs des autres études menées sur le sujet (288 patientes avec NVG pour l'étude de Lacasse (48)), nous ont permis de comparer les résultats aux autres études effectuées sur ce thème à l'étranger.

### **4. Déroulement de l'étude**

Les patientes ont été invitées par la cadre sage-femme du service à remplir le questionnaire (annexe 2) durant le séjour dans le service de suite de couche. Les patientes volontaires remplissaient le questionnaire seules pendant la durée de leur séjour hospitalier. Les questionnaires étaient ensuite ramassés par l'équipe soignante à leur sortie d'hôpital.

En raison des effectifs réduits du personnel hospitalier le week-end, les questionnaires ont été distribués uniquement en semaine. La durée de séjour minimale étant de trois jours, les questionnaires ont pu être remis à la plupart des parturientes hospitalisées au CHD.

### **5. Questionnaire**

Le questionnaire (annexe 2) contenait plusieurs parties. La première partie recueillait des données démographiques permettant d'évaluer la représentativité de la population par rapport à celle de la Vendée, ainsi que des paramètres pouvant intervenir dans l'apparition ou non des NVG. La deuxième partie interrogeait la présence ou l'absence de NVG. Chez les patientes ayant souffert de NVG, la troisième partie évaluait l'intensité des nausées, le recours ou non à des professionnels de santé, et interrogeait sur la satisfaction des moyens

thérapeutiques engagés. En dernier lieu, le questionnaire proposait d'évaluer à postériori la qualité de vie des femmes pendant cette période.

L'intensité et la qualité de vie ont été évaluées à partir d'échelles spécifiques déjà validées auparavant. Ces dernières ont été étudiées par Lacasse (16) en 2008. A noter que ces questionnaires sont habituellement utilisés au moment même des symptômes lors du premier trimestre ou au début du deuxième trimestre. Dans notre cas, ils ont été utilisés à distance de l'épisode afin de faciliter le recueil et l'organisation de l'enquête.

#### **a) PUQE modifié**

C'est une échelle de type Likert à cinq points. Il mesure l'intensité des nausées et/ou vomissements de la grossesse en les classant en NVG « légers », « modérés » et « sévères ».

#### **b) NVPQOL**

Le NVPQOL est également une échelle de type Likert mais à sept points et contient 30 items. Il mesure la qualité de vie spécifique lors des NVG. Le score minimal correspondant à une bonne qualité de vie est de 30, et le score maximal correspondant à une mauvaise qualité de vie correspond à 210.

### **6. Recueil des données et analyse des résultats**

L'ensemble des questionnaires remplis a été récupéré et les réponses saisies dans le logiciel de Microsoft Access.

Un ensemble de données présent dans les dossiers informatiques médicaux a été recueilli, tel que l'âge de la patiente, le tabagisme, le poids avant la grossesse, l'IMC avant la grossesse, la prise de poids totale sur toute la grossesse pour chacune des participantes à l'étude. D'autres données ont été tirées des cahiers d'accouchement tenu par les sages-femmes tel que le poids de l'enfant à la naissance, son sexe, la présence d'une pathologie lors de la grossesse de la patiente telle que le diabète gestationnel, le terme exact de l'accouchement, le mode d'accouchement par césarienne ou voie basse, ainsi que le mode d'allaitement maternel ou artificiel.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 18.0. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide des effectifs et proportions, les variables quantitatives à l'aides des effectifs, moyennes et écart-types.

Les comparaisons des données qualitatives ont été effectuées par le test du Chi-2 ou le test exact de Fischer. Les comparaisons des données quantitatives ont été réalisées à l'aide du test de Student et par une ANOVA.

Un  $p < 0,05$  était considéré comme significatif.

### III. Résultats

#### A. Médecins

##### 1. Description de la population

Sur les 109 médecins généralistes appelés, 59 ont répondu au questionnaire. Les caractéristiques démographiques des médecins ont été rappelées dans les tableaux suivants :

	Moyenne	Minimum	Maximum
Age (ans)	52.5	33	66

Items	Effectif (%)
Sexe	
Masculin	38 (64.4)
Féminin	21 (35.6)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	54 (91.5)
Seul	5 (8.5)

La majorité des médecins étaient des hommes, la plupart exerçaient en cabinet de groupe.

##### 2. Les NVG évalués par les médecins généralistes

Les réponses aux trois questions concernant l'abord du problème des NVG en consultation, la fréquence subjective et l'intensité perçue des NVG sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Items	Effectif (%)
Abordent systématiquement la question de la présence ou non des NVG :	
Oui	53 (89.8)
Non	6 (10.2)
Les NVG sont-ils fréquents ?	
Oui	44 (74.6)
Non	15 (25.4)
Intensité des NVG en moyenne :	
Légères	17 (28.8)
Modérées	37 (62.7)
Sévères	4 (6.8)
Insupportables	1 (1.7)

Pour la majorité des généralistes, ils abordaient systématiquement la question des NVG avec leurs patientes enceintes, ces maux de la grossesse sont fréquents, et leur intensité était légère à modérée.

### 3. Les prescriptions proposées et la perception de leur efficacité

Concernant la prescription d'arrêts de travail, il a été demandé aux médecins, le pourcentage de femmes avec des NVG qu'ils mettaient en arrêt de travail pour cette raison. Les résultats sont dans le tableau suivant :

Patientes mises en arrêt de travail	Effectif (%)
Aucune patiente	14 (23.7)
Moins de la moitié des patientes	41 (69.5)
La moitié des patientes	3 (5.1)
Plus de la moitié des patientes	1 (1.7)

La plupart des médecins ne prescrivent pas ou pour moins de la moitié des patientes un arrêt de travail pour les NVG.

En revanche beaucoup d'entre eux prescrivent des traitements. L'ensemble des grands types de traitements est détaillé dans le tableau ci-après avec le nombre de médecins qui les utilisent. Parmi les médecins généralistes qui prescrivent ces types de traitements une évaluation de leur efficacité leur est demandée :

	Effectif (%)					
	Médicament pharmacologique	Homéopathie	Acuponcture	Régime alimentaire	Phytothérapie	Psychothérapie
Prescription						
Oui	55 (93.2)	11 (18.6)	1 (1.7)	40 (67.8)	6 (10.2)	12 (20.3)
Non	4 (6.8)	48 (81.4)	58 (98.3)	19 (32.2)	53 (89.8)	47 (79.7)
Efficacité						
Efficace	17 (30.9)	3 (27.3)	0	9 (22.5)	2 (33.3)	1 (8.3)
Améliore	28 (50.9)	7 (63.6)	1 (100)	29 (72.5)	3 (50)	11 (91.7)
Non efficace	10 (18.2)	1 (9.1)	0	2 (5)	1 (16.7)	0

Les traitements pharmacologiques sont les classes thérapeutiques les plus utilisés, et concernant l'évaluation de l'efficacité peu d'entre eux les estiment « efficaces ».

Parmi l'ensemble des traitements pharmacologiques proposés voici la liste des molécules les plus souvent citées, chaque médecin pouvait en nommer plusieurs :

Dénomination commune Internationale	Effectif (%)
Dompéridone	29 (49)
Metoclopramide	17 (29)
Metopimazine	15 (25)
Doxylamine	10 (17)
Ondansetron	1 (2)
Gingembre	2 (3)
Magnésium B6	1 (2)

#### **4. Les caractéristiques des médecins et les NVG**

L'analyse des résultats croisés de cette étude n'a montré aucune différence statistiquement significative concernant un lien entre l'âge, le sexe, le mode d'exercice des médecins et la fréquence perçue des NVG, la perception de leur sévérité et la prescription de médicaments.

### **B. Femmes**

#### **1. Questionnaires**

Une première distribution de questionnaires a été réalisée dans le service pour s'assurer de la bonne compréhension des questions par les patientes, de leur disponibilité ainsi que de la faisabilité logistique concernant la délivrance des questionnaires mais également le recueil de ceux-ci en fin d'hospitalisation. Dix questionnaires ont ainsi été distribués de fin octobre à début novembre 2012. Le recueil et l'analyse de ces premiers questionnaires étaient satisfaisants. Les résultats de ces 10 questionnaires n'ont pas été inclus dans les résultats de l'étude.

Entre le 28 novembre 2012 et le 25 mars 2013, le CHD a compté 835 accouchements. 461 questionnaires ont été récoltés et l'analyse a porté sur 420 questionnaires jugés exploitables. L'analyse a donc pu être faite sur 50,3% des patientes du CHD.

Les questionnaires comportant des pages entières non remplies, une absence de réponse aux scores de PUQE-modifié et NVP-QOL ont été retirés de l'étude. Lorsque dans l'échelle de qualité de vie NVP-QOL, plus de 4 questions étaient manquantes, cette échelle était alors qualifiée comme ininterprétable. Par ailleurs, il a été nécessaire de réaliser des remplacements de données manquantes lorsque de façon épisodique une réponse n'était pas remplie. Lorsque ces données manquantes portaient sur des ordres de grandeur, nous avons choisi de les remplacer par l'appréciation la plus péjorative. Après ces ajustements, 41 questionnaires ont été exclus. Dans les 420 questionnaires restant, 259 patientes avaient des nausées. Les questionnaires de 20 d'entre elles ont été écartés en ce qui concernait la mesure du NVP-QOL.

## 2. Description de la population

Des statistiques descriptives ont été calculées afin d'estimer la distribution des données socio-démographiques. Ces données ainsi que l'étude du petit p à la présence ou l'absence des NVG sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Items	Groupe avec NVG N (%)	Groupe sans NVG N (%)	p
Age de la mère (m <sup>1</sup> (ans) ± Ecart-type)	30.4 ± 4.13	29.9 ± 4.64	NS <sup>2</sup>
Statut marital			
Seule	7 (1.7)	2 (0.5)	NS
En couple	252 (60)	159 (37.8)	
Tabagisme			
Fumeuse	54 (12.9)	45 (10.7)	NS
Non fumeuse	205 (48.8)	116 (27.6)	
Catégories socio-professionnelles			
Artisan	12 (2.9)	7 (1.7)	NS
Cadre	30 (7.1)	12 (2.9)	
Employé	134 (31.9)	88 (20.9)	
Etudiant	1 (0.2)	1 (0.2)	
Ouvrier	23 (5.5)	14 (3.3)	
Profession intermédiaire	25 (6)	12 (2.9)	
Sans activité	33 (7.9)	26 (6.2)	
Données manquantes	1 (0.2)	1 (0.2)	
Poids avant la grossesse (m <sup>1</sup> (Kg) ± Ecart-type)	65.1 ± 15.33	64.9 ± 14.27	NS
IMC avant la grossesse (m <sup>1</sup> (Kg/m <sup>2</sup> ) ± Ecart-type)	24.16 ± 5.63	23.96 ± 4.82	NS
Prise de poids pendant la grossesse (m <sup>1</sup> (Kg) ± Ecart-type)	10.4 ± 4.92	11.3 ± 4.97	NS
Gestité			
Primigeste	69 (16.43)	58 (13.81)	NS
Multigeste	190 (45.24)	103 (24.52)	
Grossesse			
Gémellaire	1 (0.2)	2 (0.5)	NS
Simple	258 (61.4)	159 (37.9)	
Parité			
Nullipare	88 (21)	72 (17.1)	p=0.004
Multipare	171 (40.7)	89 (21.2)	
Diabète gestationnel			
Oui	26 (6.2)	13 (3.1)	NS
Non	233 (55.5)	148 (35.2)	
Terme de la grossesse (m <sup>1</sup> (SA) ± Ecart-type)	39.6 ± 1.47	39.9 ± 1.07	NS
Mode d'accouchement			
Voie basse	209 (49.8)	142 (33.8)	p=0.044
Césarienne	50 (11.9)	19 (4.5)	
Sexe enfant			
Féminin	131 (31.2)	79 (18.8)	NS
Masculin	128 (30.5)	82 (19.5)	
Poids de naissance (m <sup>1</sup> (grammes) ± Ecart-type)	3283 ± 492	3329 ± 425	NS
Mode d'allaitement			
Artificiel	140 (33.33)	90 (21.43)	NS
Maternel	119 (28.33)	71 (16.91)	

<sup>1</sup>m= moyenne

<sup>2</sup>NS= Non significatif

Dans ce tableau nous n'avons pas représenté les résultats des origines ethniques qui étaient à 96.4% françaises. Cette répartition quasi-exclusivement française ne nous permettait pas d'analyse exploitable.

Parmi les nombreuses caractéristiques récupérées, deux présentent un petit p significatif avec la présence ou non de NVG.

#### *a) Parité*

Il y avait plus de NVG chez les femmes avec une parité à 1 ou plus comparativement aux femmes avec une parité nulle. Cette différence était statistiquement significative, le petit p était égal à 0.004.

En revanche, les scores d'intensité (PUQE-modifiés) ainsi que de qualité de vie (NVP-QOL) n'étaient pas statistiquement différents parmi les nullipares et multipares.

#### *b) Voies d'accouchement*

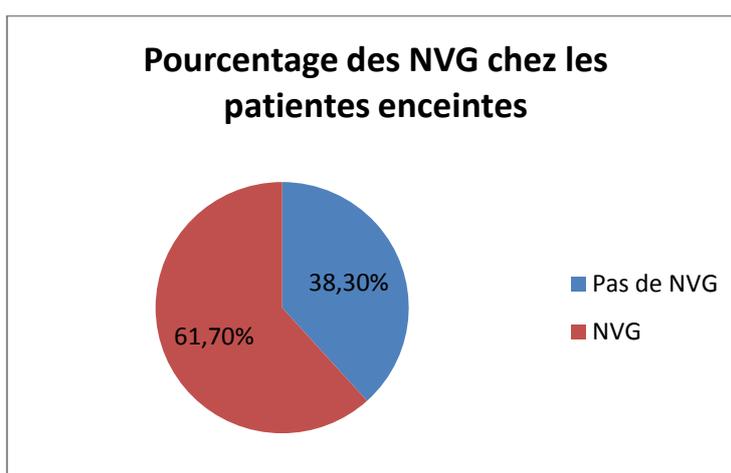
Lors de l'analyse statistique, une différence significative a été retrouvée avec un petit p à 0.044. Ainsi les NVG étaient associées à une plus grande proportion de césariennes comparativement aux accouchements par voie basse.

En revanche il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la voie basse et la césarienne lorsque l'on comparait l'intensité des nausées par l'intermédiaire du score de PUQE-modifié, ni de la qualité de vie des femmes par l'échelle NVP-QOL.

### **3. Les nausées et/ou vomissement du premier trimestre de la grossesse**

#### *a) Fréquence des NVG*

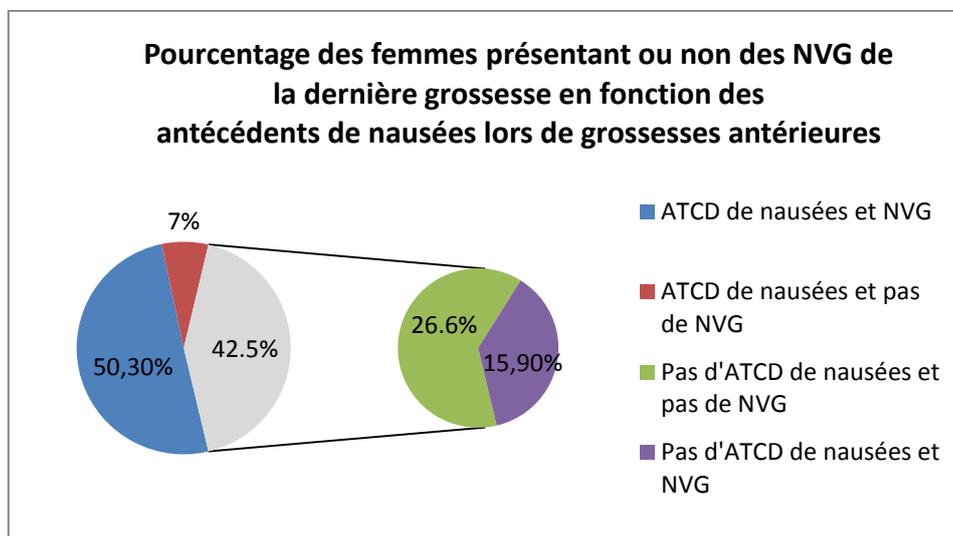
Concernant les 420 patientes interrogées, la fréquence des NVG est illustrée dans le diagramme ci-dessous :



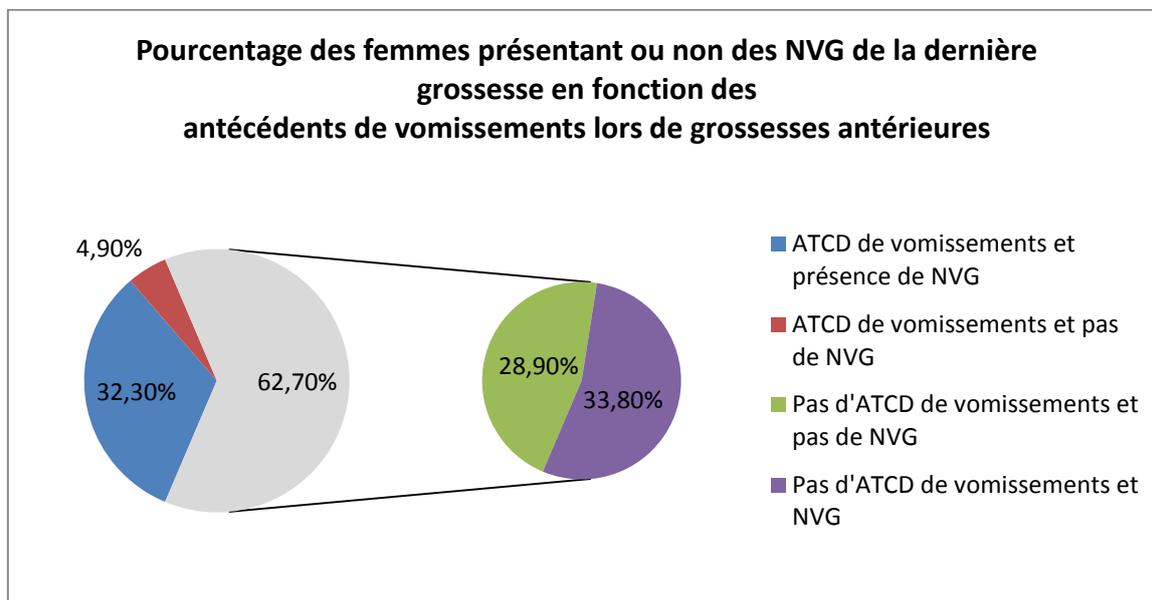
La majorité des patientes ont déclaré avoir eu des nausées et/ou vomissements liés à la grossesse lors de leur dernière grossesse.

### *b) Risque de récurrence et inquiétude concernant une autre grossesse*

Il a été demandé aux femmes si elles avaient eu des nausées et/ou des vomissements lors de grossesses précédentes. La proportion de récurrence des NVG a donc pu être étudiée chez les patientes qui avaient déjà eu des grossesses. Les résultats sont présentés ci-dessous :



Dans l'étude, il a été montré une différence statistiquement significative sur la récurrence des NVG en cas d'antécédents de nausées. Le petit p était inférieur à 0.001.



Dans l'étude, il a été montré une différence statistiquement significative sur la récurrence des NVG lors d'antécédents de vomissements. Le petit p était inférieur à 0.001.

Lorsque l'on demandait aux femmes qui ont subi des NVG au cours de la grossesse qui venait de se terminer, si elles avaient des inquiétudes concernant la récurrence des NVG lors d'une éventuelle prochaine grossesse, la majorité (68,4%) n'en n'avait aucune. Cependant, un nombre non négligeable de femmes (25%) exprimaient avoir des inquiétudes quant à la récurrence des NVG.

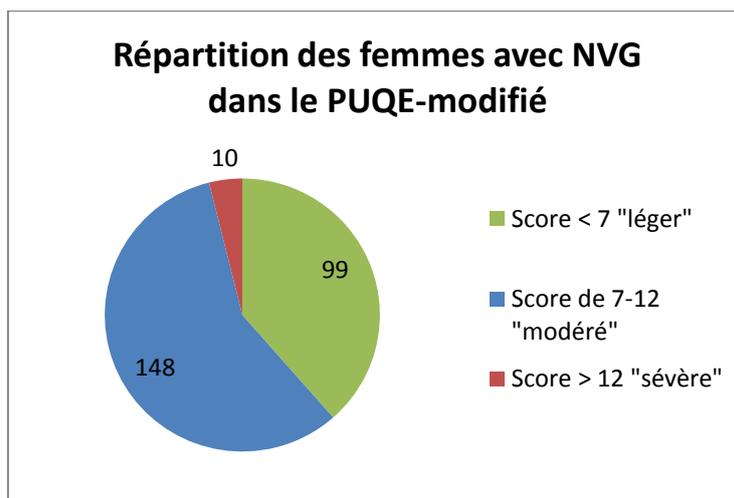
c) *Echelles et scores d'intensité et de qualité de vie*

(1) PUQE –modifié

Parmi l'ensemble des femmes avec des NVG, 2 n'ont pas répondu correctement au PUQE-modifié. L'analyse du PUQE-modifié a donc été faite sur 257 patientes avec NVG.

(a) *Les résultats du PUQE-modifié des patientes avec NVG*

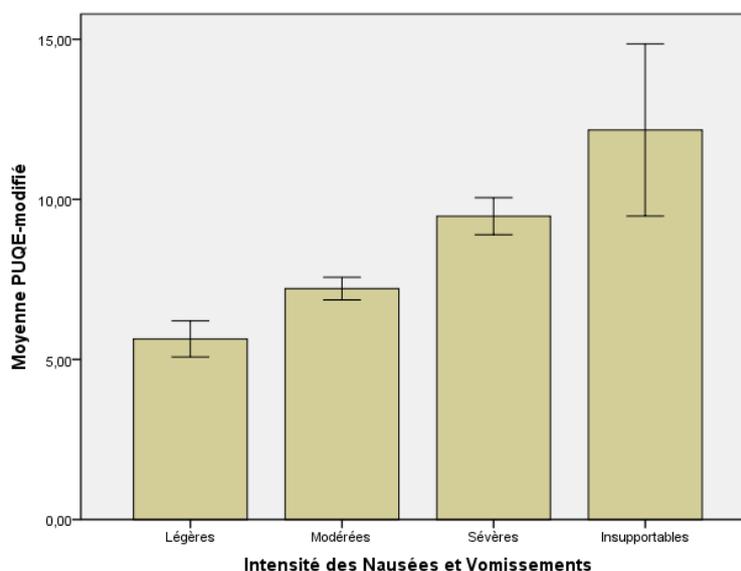
Concernant l'ensemble des femmes qui ont souffert de NVG, leur répartition est illustrée ci-après :



Ainsi, la plupart des patientes avaient un score « léger » à « modéré ».

(b) *Le PUQE –modifié et l'intensité ressentie des NVG*

Lorsque l'on posait la question de façon plus subjective aux femmes (de quelle intensité était leurs nausées), la moitié les considérait comme modérées (51%), 20,6% légères, 23,7% sévères et 2,3% insupportables. On voit alors sur le graphique suivant que le score de PUQE-modifié était corrélé à l'intensité ressentie des symptômes.



(c) *PUQE-modifié et les caractéristiques des patientes*

Les Caractéristiques socio-démographiques des 257 patientes avec NVG en fonction de la moyenne du score de PUQE-modifié sont présentées dans le tableau ci-après. Par ailleurs, le score du PUQE-modifié, selon la littérature, est classiquement divisé en trois catégories(46) : score inférieur à 7 qualifié de NVG « légers », entre 7-12 « modérés », supérieur à 12 « sévères ». La population des femmes avec nausées a donc été classée en fonction de cette gradation. Le tableau inclut également les p.

Items	PUQE-modifié	p	PUQE-modifié			p
	Moyenne ± Ecart-type		N (%)	<7 légers	7-12 modérés	
Tabagisme						
Oui	7.74 ± 3.12	NS <sup>1</sup>	18 (7)	34 (13.2)	2 (0.8)	NS
Non	7.44 ± 2.42		81 (31.5)	114 (44.4)	8 (3.1)	
Gestité						
Primigeste	7.76 ± 2.72	NS	25 (9.7)	39 (15.2)	4 (1.6)	NS
Multigeste	7.41 ± 2.53		74 (28.8)	109 (42.4)	6 (2.3)	
Parité						
Nullipare	7.9 ± 2.66	NS	28 (10.9)	55 (21.4)	4 (1.6)	NS
Multipare	7.3 ± 2.53		71 (27.6)	93 (36.2)	6 (2.3)	
Diabète gestationnel						
Présence de DG	8.96 ± 2.63	p=0.003	5 (1.9)	19 (7.4)	1 (0.4)	NS
Absence de DG	7.35 ± 2.53		94 (36.6)	129 (50.2)	9 (3.5)	
Arrêt de travail						
Oui	9.3 ± 3	p<0.001	6 (2.3)	20 (7.8)	4 (1.6)	p=0.004
Non	7.75 ± 2.4		93 (36.2)	128 (49.8)	6 (2.3)	
Hospitalisation						
Oui	11.6 ± 2.4	p<0.001	0	3 (1.2)	2 (0.8)	p<0.001
Non	7.9 ± 2.51		99 (38.5)	145 (56.4)	8 (3.1)	
traitement pharmacologique						
Oui	8.42 ± 2.97	p<0.001	28 (10.9)	64 (24.9)	9 (3.5)	p<0.001
Non	6.92 ± 2.1		71 (27.6)	84 (32.7)	1 (0.4)	
Prise de poids-Kg ± Ecart-type)	10.35 ± 4.9	NS	10.7 ± 4.64	10.2 ± 5.12	8.7 ± 4.16	NS
Mode allaitement						
Artificiel	7.55 ± 2.68	NS	50 (19.5)	83 (32.3)	5 (1.9)	NS
Maternel	7.45 ± 2.47		49 (19.1)	65 (25.3)	5 (1.9)	

<sup>1</sup>NS= Non Significatif

Dans ce tableau, on voit que concernant le tabagisme, la gestité, la parité, la prise de poids lors de la grossesse et le mode d'allaitement, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée avec l'intensité des NVG mesurée par le PUQE-modifié.

Les autres caractéristiques sont détaillées dans les chapitres suivant :

(i) *Diabète gestationnel et PUQE-modifié*

Le diabète gestationnel ne semblait pas corrélé à la présence ou l'absence de NVG. Cependant, il existait une différence statistiquement significative entre les femmes ayant un

diabète gestationnel et les autres concernant la moyenne du score du PUQE-modifié. Le petit p était significatif. La moyenne de l'intensité des symptômes était plus élevée chez les patientes avec un diabète gestationnel. Ce lien statistique n'était pas présent entre le diabète gestationnel et le PUQE-modifié classé en trois catégories.

(ii) Arrêts de travail et PUQE-modifié

Concernant les arrêts de travail, ils ont concerné 11,6% des femmes avec des NVG.

Lors de l'analyse de la présence ou non d'arrêt de travail, la moyenne des scores du PUQE-modifié était plus élevée chez les patientes avec un arrêt de travail. Cette différence était statistiquement significative. Ce lien statistique était également présent sur le PUQE-modifié classé par catégories.

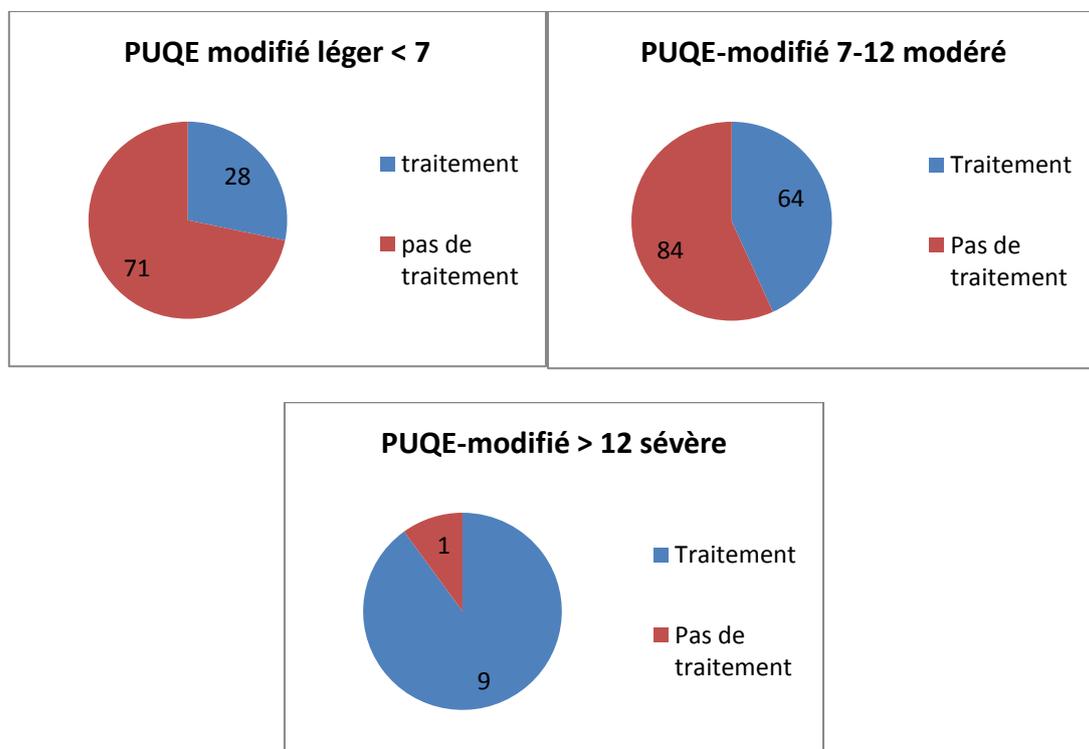
(iii) Hospitalisation et PUQE-modifié

Les hospitalisations ont concerné 1.9% des patientes souffrant de NVG.

De même que pour les arrêts de travail, la moyenne du score de PUQE-modifié, et le PUQE classé en catégorie étaient plus élevés chez les patientes qui avaient été hospitalisées pour les NVG. Les p étaient significatifs.

(d) PUQE-modifié et les traitements pharmacologiques

Les scores de PUQE-modifié en fonction de la prise ou non d'un traitement pharmacologique sont illustrés ci-dessous :



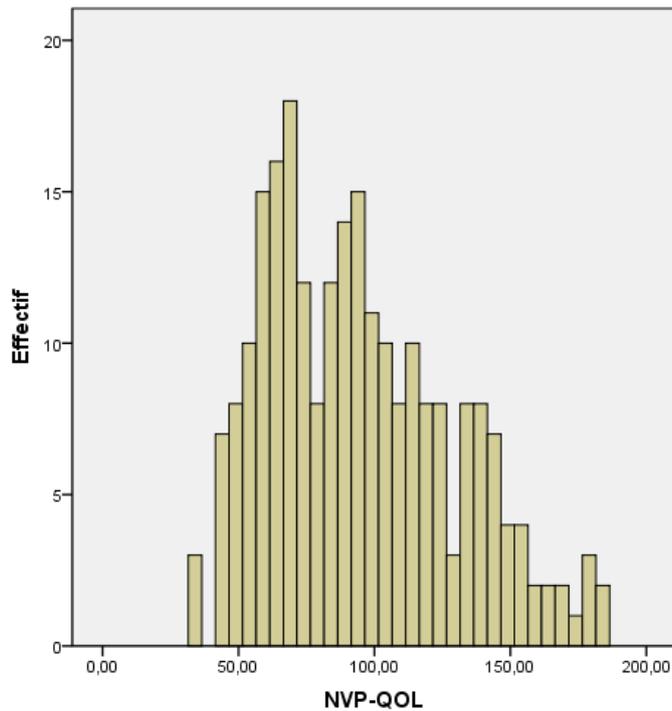
Lorsque le PUQE-modifié était dit d'intensité « légère », 72% des femmes n'avaient pas eu de traitement pharmacologique. A l'inverse, lorsque le score de PUQE-modifié était d'intensité « sévère », 90% des femmes avaient un traitement pharmacologique. Le p était significatif. De même pour le PUQE classé en trois catégories.

## (2) NVP-QOL

Le NVP-QOL, échelle de mesure longue à remplir, a été correctement remplie par 239 femmes, parmi les 259 qui ont présenté des NVG.

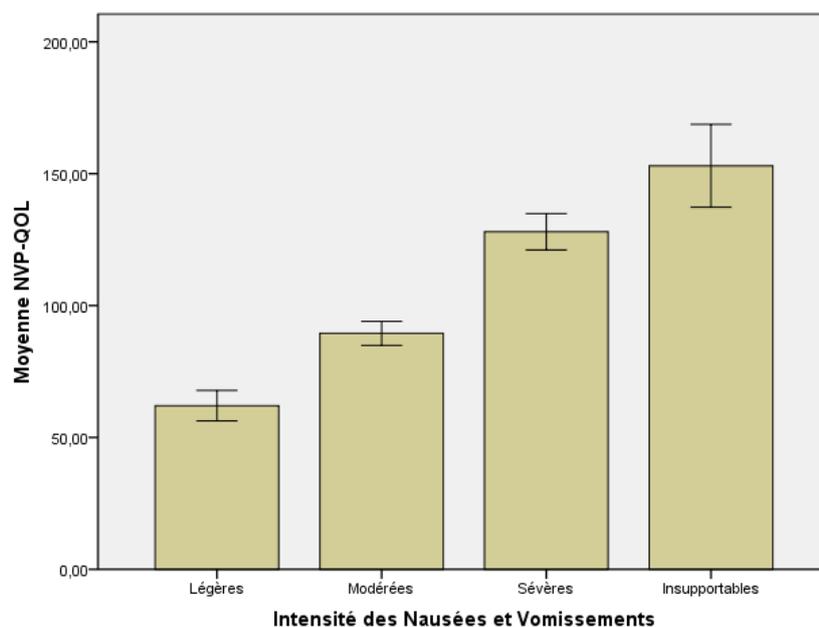
### (a) Les résultats du NVP-QOL des patientes avec NVG

La moyenne des scores était de 94,7, et la médiane de 90. L'ensemble des femmes ayant répondu se répartissait comme présenté ci-dessous :



### (b) Le NVP-QOL et l'intensité ressentie des NVG

De même que pour le score de PUQE-modifié, l'intensité subjective des nausées augmentait avec l'augmentation du score de NVP-QOL. Ce résultat est illustré ci-après :



(c) *NVP-QOL et les caractéristiques des patientes*

Les moyennes du score de NVP-QOL ainsi que leurs écarts-type sont détaillés en fonction des caractéristiques des 239 patientes avec NVG :

Items	NVP-QOL Moyenne ± Ecart-type	p
Tabagisme		
Fumeuse	90.33 ± 35.43	NS
Non fumeuse	95.72 ± 34.05	
Gestité		
Primigeste	93.62 ± 35.72	NS
Multigeste	95.11 ± 33.86	
Parité		
Nullipare	97.72 ± 35.8	NS
Multipare	93.10 ± 33.5	
IMC avant la grossesse		
<25Kg/m <sup>2</sup>	93.36 ± 34.71	NS
25-30Kg/m <sup>2</sup>	93.40 ± 30.11	
>31Kg/m <sup>2</sup>	103.38 ± 37.09	
Diabète gestationnel		
Oui	99.17 ± 35.8	NS
Non	94.21 ± 34.19	
Arrêt de travail		
Oui	133.3 ± 29.02	p<0.001
Non	97.24 ± 32.29	
Hospitalisation		
Oui	142.33 ± 5.51	p<0.001
Non	104.24 ± 34.88	
Traitement pharmacologique		
Oui	108.71 ± 34.28	p<0.001
Non	85.47 ± 31.16	
Voie d'accouchement		
Césarienne	95.4 ± 33.79	NS
Voie basse	94.53 ± 34.53	
Mode d'allaitement		
Artificiel	94.31 ± 34.51	NS
Maternel	95.17 ± 34.22	

Concernant le tabagisme, la gestité, la parité, l'IMC avant la grossesse, le diabète gestationnel, le mode d'accouchement et d'allaitement, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée avec la moyenne des scores de qualité de vie.

Les autres caractéristiques remarquables sont détaillées dans les chapitres suivant :

(i) *Arrêts de travail et NVP-QOL*

La moyenne des scores de qualité de vie chez les patientes qui avaient bénéficié d'un arrêt de travail était statistiquement plus élevée que la moyenne des scores de NVP-QOL des patientes qui n'avaient pas eu d'arrêt. Le petit p était significatif.

(ii) Hospitalisations et NVP-QOL

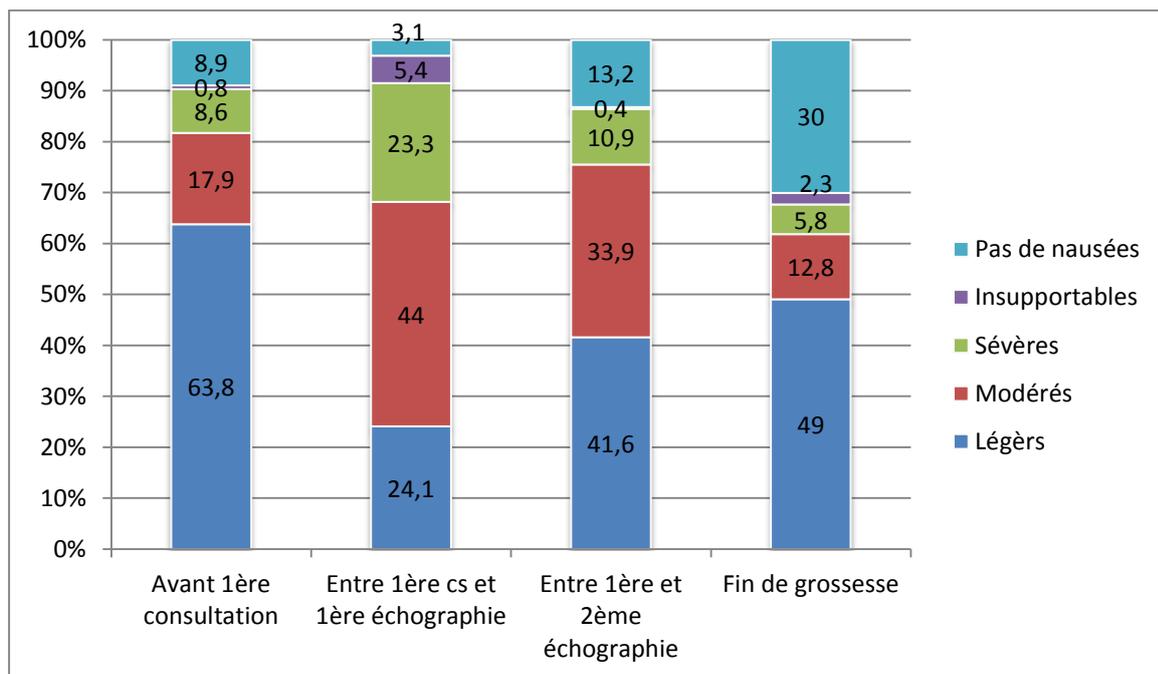
La même chose était constatée avec les hospitalisations. Les patientes, qui avaient été hospitalisées pour les NVG, avaient en moyenne un score plus élevé que celles qui n'avaient pas été hospitalisées. Le petit p était significatif.

(iii) NVP-QOL et les traitements pharmacologiques

De même que pour le score de PUQE-modifié, l'échelle de qualité de vie NVP-QOL s'est révélée corrélée à la prise ou non de traitement pharmacologique. En effet, la moyenne du score de NVP-QOL lorsque la femme prenait un traitement pharmacologique était plus élevée que la moyenne du score de NVP-QOL lorsque la femme ne prenait pas de traitement pharmacologique.

d) Intensité des NVG en fonction du moment de la grossesse

La grossesse a été répartie en quatre différentes périodes marquées par des consultations remarquables par les femmes. Il leur a été demandé de définir l'intensité globale de leurs symptômes dans chacune des tranches pré-définies. Leur répartition est exposée dans le diagramme suivant :

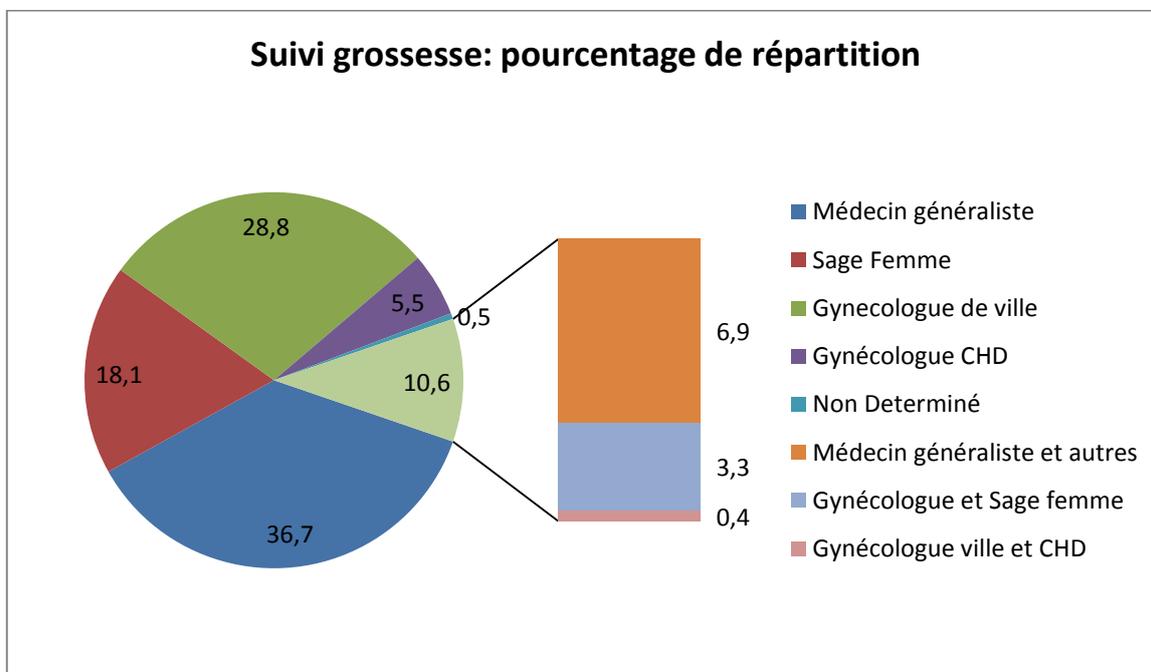


On remarque qu'entre la première consultation pour grossesse et la première échographie, les NVG étaient présents chez la plupart des femmes qui en ont souffert. Cette période était également le moment de la grossesse où l'intensité était la plus forte chez la plupart des femmes.

#### 4. Suivi de la grossesse

##### a) Différents professionnels

Concernant le suivi de la grossesse, l'ensemble des professionnels qui étaient considérés comme les référents du suivi de grossesse par les patientes sont exposés dans le diagramme suivant :

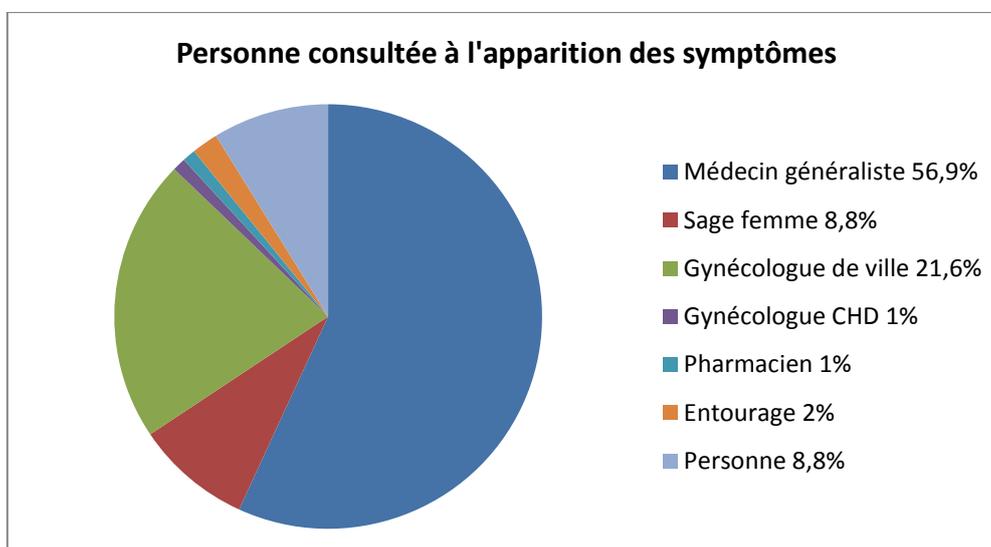


Les médecins généralistes représentaient une majorité des professionnels cités comme référents du suivi de la grossesse par les patientes.

##### b) Evoquer les nausées et vomissements de la grossesse ?

Parmi les patientes avec des NVG, la majorité (59,3%) n'avait pas consulté de professionnel de santé concernant leurs symptômes.

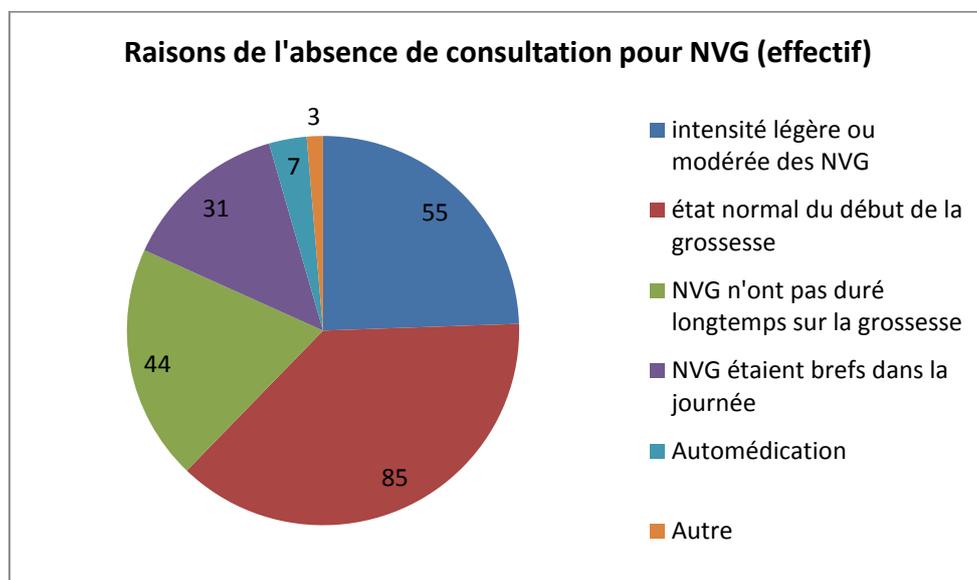
Concernant les 39.1% qui en ont parlé à un professionnel, les différentes personnes consultées sont exposées dans le diagramme suivant :



Les femmes s'étaient dirigées vers le médecin généraliste pour 59.6% d'entre elles. Le recours au gynécologue de ville représentait 24% des femmes et la sage-femme était consultée pour 13,5% d'entre elles. Cet ordre de pourcentage était semblable lors des consultations pour symptômes sévères. Les médecins généralistes étaient pour la majorité des patientes l'interlocuteur de premier recours dans cette situation des NVG.

Selon les patientes, la question des NVG a été abordée de leur initiative dans 72.8% des cas. Ce thème était discuté la plupart du temps lors d'une visite systématique de la grossesse (30.9% des femmes en avaient parlé à un médecin) et non lors d'une visite spécifique dédiée uniquement aux NVG (10% des femmes avaient abordé le sujet avec un professionnel).

Concernant les 59.3% des femmes qui n'avaient pas parlé des nausées, les raisons invoquées sont exposées dans le diagramme suivant :

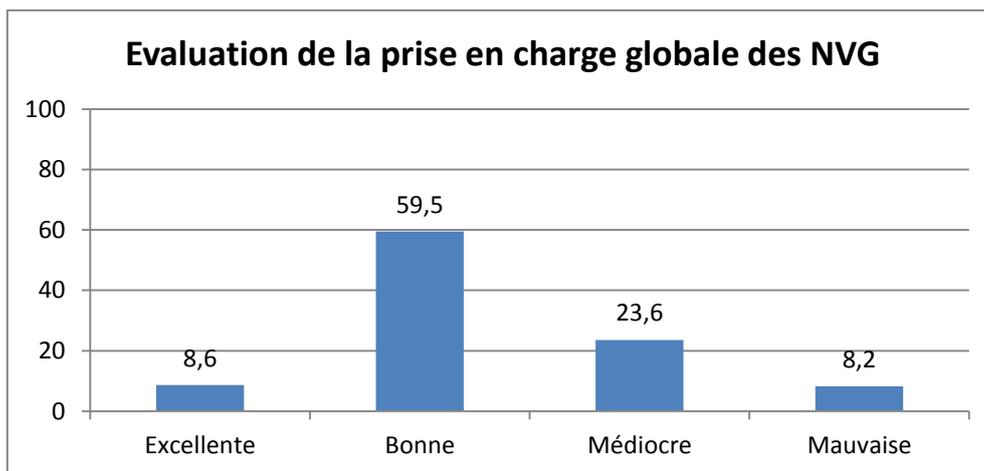


Les raisons de l'absence de demande d'aide auprès d'un professionnel semblaient diverses. Très peu avaient souhaité remplir la case autre. La plupart avaient choisi parmi les différentes réponses proposées.

### *c) Evaluation de la prise en charge par les professionnels*

Parmi les femmes ayant eu des NVG, 47% avaient estimé que le professionnel de santé se préoccupait « normalement » de ses symptômes de NVG. Lorsque l'on demandait aux femmes d'évaluer chacun des corps professionnels indépendamment, la moyenne des évaluations était à peu près la même entre 6.22/10 pour les médecins généralistes, et 6.73/10 pour les sages-femmes.

L'évaluation de la prise en charge globale des NVG est présentée ci-dessous :



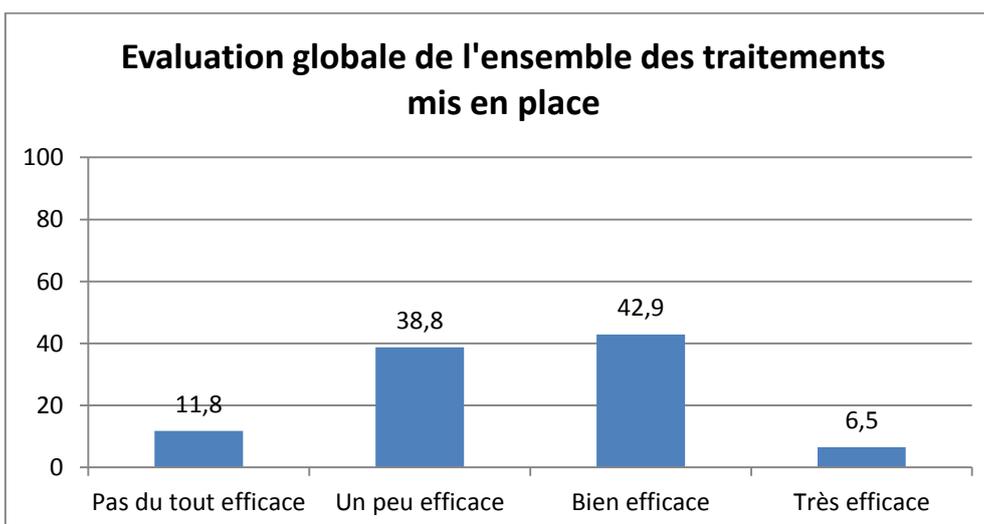
Les femmes étaient satisfaites de la prise en charge pour 68,1% d'entre elles.

## 5. Traitements

L'interprétation des résultats du tableau D5 (conférer annexe 2) était très difficile. En effet, après lecture des résultats, il semblait que les informations n'avaient pas été correctement comprises par beaucoup de femmes. Ainsi, beaucoup de questions étaient sans réponse ou contradictoires. Du tableau D5, on ne pouvait retenir la première colonne qui était nommée « moyens non connus » car beaucoup de femmes qui avaient eu une prescription l'avaient cochée. Les colonnes concernant les différents prescripteurs en fonction des types de thérapies prescrites étaient bien remplies. Les colonnes concernant l'efficacité également.

### a) *Evaluation de l'ensemble des moyens thérapeutiques*

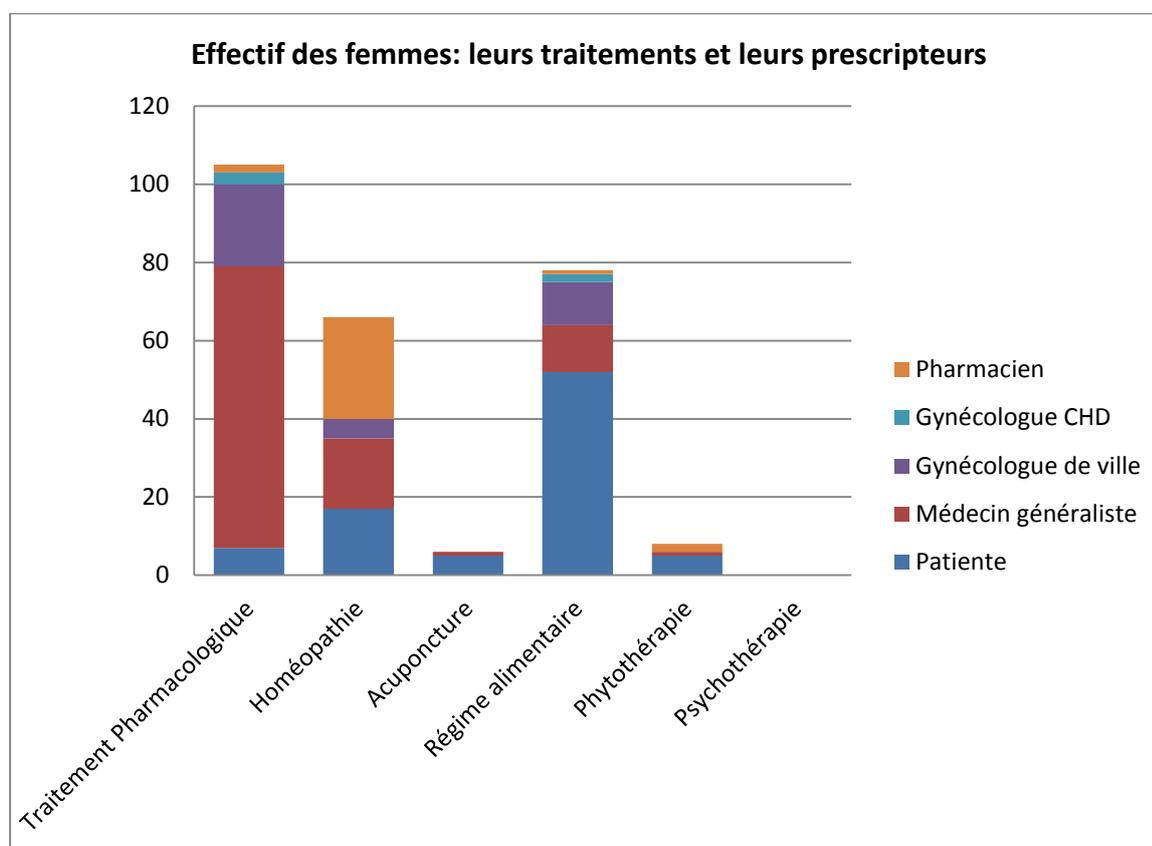
L'évaluation des traitements mis en place pour soulager les NVG tout au long de la grossesse est présentée ci-après :



La majorité des femmes avaient estimé que les traitements mis en place étaient « un peu » voir « bien efficace ».

### *b) Les traitements proposés et leurs prescripteurs*

Une tendance concernant les principaux moyens thérapeutiques proposés aux femmes ainsi que leurs principaux prescripteurs pouvait être évoquée. Le tableau suivant introduit donc les différentes tendances que nous approfondirons dans les sous-chapitres qui suivent :



#### (1) Traitement Pharmacologique

43.6% des femmes interrogées se sont vu prescrire un traitement pharmaceutique. Dans la plupart des cas le prescripteur était alors le médecin généraliste (63,7%).

#### (2) Homéopathique

L'homéopathie a été prescrite à 34% des patientes souffrant de NVG. Les prescripteurs étaient principalement les pharmaciens (29,5%) mais également la sage-femme (25%), le médecin généraliste (20,5%) et la patiente (19.3%) elle-même.

#### (3) Acuponcture

L'acuponcture a été prescrite à 3,5% des femmes présentant des NVG. Les prescripteurs étaient essentiellement les sages-femmes (33,3%) et la patiente (55,6%).

#### (4) Régime alimentaire

Le régime alimentaire a été essayé par environ 33,6% des patientes et l'initiative de ce traitement venait de la patiente elle-même dans 59,8% des cas.

#### (5) Phytothérapie

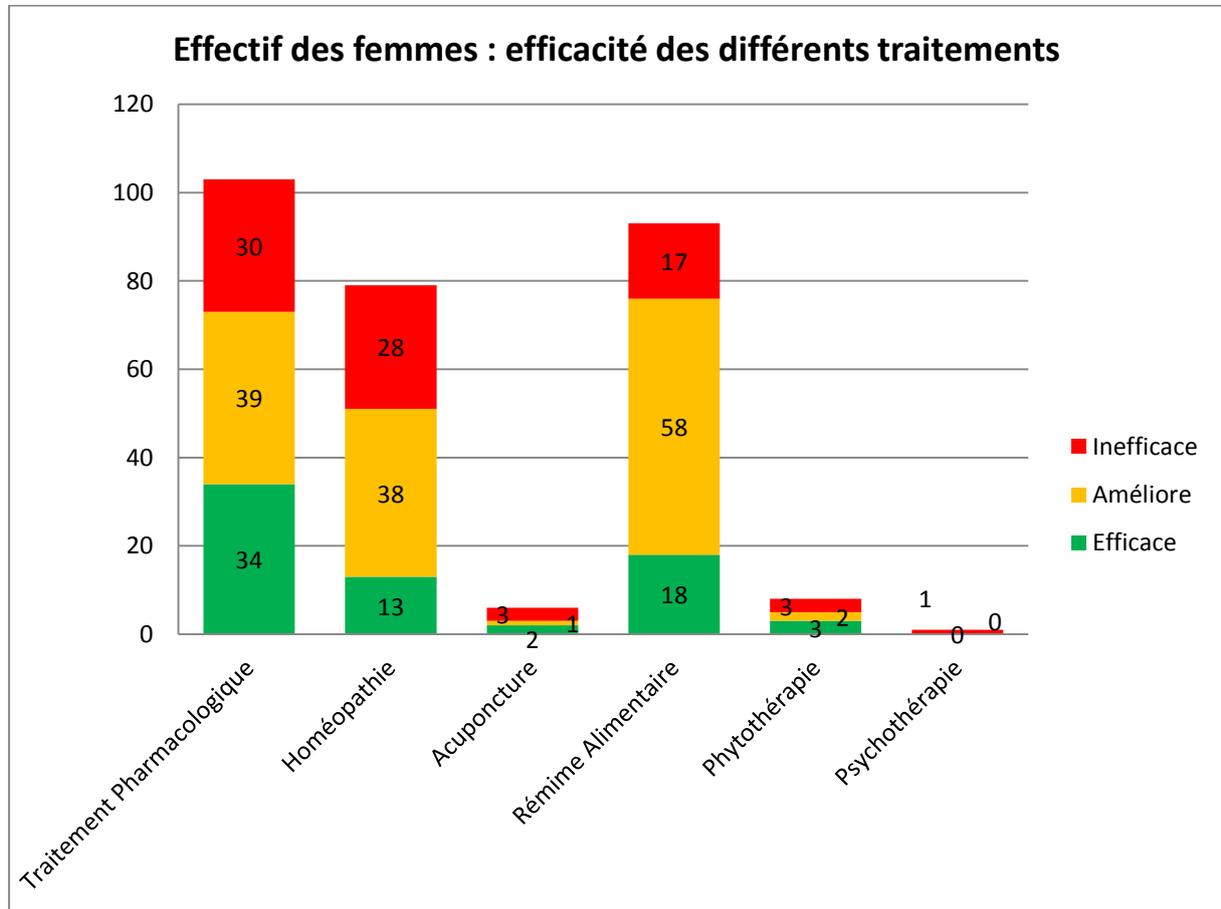
La phytothérapie a été prescrite à 3.5% des femmes enceintes souffrant de NVG. Les femmes l'ont essayé à leur propre initiative dans 55,6% des cas et dans 22,2% des cas elle a été proposé par le pharmacien.

## (6) Psychothérapeutique

Ce traitement des NVG n'a jamais été prescrit aux 259 femmes souffrant de NVG.

### c) Efficacité des différents traitements prescrits

L'efficacité évaluée par les patientes qui ont essayé ces traitements est présenté dans le diagramme suivant :



On constate que parmi les trois catégories de traitements les plus utilisées (traitement pharmacologique, homéopathie, régime alimentaire), ils étaient pour la plupart des patientes « inefficace » ou « amélioreraient un peu » leur état.

## **IV. Discussion générale**

### **A. Des NVG fréquents, d'intensité « modérés » à « légers », affectant la qualité de vie**

#### **1. La fréquence des NVG**

La fréquence des nausées et/ou vomissements du premier trimestre de la grossesse dans notre échantillon était élevée conformément aux résultats de la littérature.

La fréquence des NVG calculée dans notre étude était évaluée à 61.7% des femmes interrogées. Une méta-analyse récente concorde avec nos résultats puisqu'elle estime que les NVG touchent 70% des femmes dans le monde (5). Ces deux résultats, peuvent être rapprochés de l'étude faite auprès des médecins généralistes qui considéraient que les NVG étaient fréquents dans leur patientèle. Ces derniers ont donc une bonne appréciation de la fréquence de ces maux de la grossesse parmi les femmes enceintes.

#### **2. Des scores d'intensité « modérés » à « légers », et une qualité de vie altérée**

##### ***a) L'intensité des NVG***

Pour la plupart des patientes souffrant de NVG, les scores d'intensité mesurés à l'aide du PUQE-modifié n'étaient pas « sévères », mais « légers » à « modérés » avec une prépondérance pour les scores « modérés ».

L'équipe de Lacasse avait obtenu des résultats similaires (39) concernant la classification du score de PUQE-modifié avec cependant une inversion concernant les scores « légers » et « modérés » : 52.2% des femmes présentaient des troubles « légers » contre 38.5% pour notre étude, 45,3% des NVG « modérés » versus 57,6% des patientes interrogées en Vendée, et 2.5% des NVG « sévères » contre 3,9% des femmes enceintes du CHD.

Lorsque l'on rapproche ces résultats de l'estimation de l'intensité des symptômes par les médecins généralistes, ces derniers semblaient bien apprécier cette mesure. En effet, ils pensaient en majorité que la plupart des symptômes étaient « modérés » à « légers ». Par conséquent, les médecins semblaient avoir une bonne appréciation de l'intensité des NVG chez leurs patientes.

##### ***b) La qualité de vie des patientes souffrant de NVG***

La qualité de vie mesurée à l'aide de l'échelle NVP-QOL, était altérée chez l'ensemble des patientes souffrant de NVG.

La moyenne du score de NVP-QOL dans l'étude de 2008 de Lacasse (48) était de 95. Notre étude retrouve quant à elle une moyenne à 94.7. Tout comme l'étude concernant la qualité de vie des femmes avec des NVG (39), le score de NVP-QOL était corrélé à l'intensité des NVG à savoir au PUQE-modifié.

Il est remarquable de constater que les scores obtenus entre l'étude de Lacasse et la nôtre sont similaires alors que nos questionnaires étaient délivrés non pas au moment des symptômes mais après l'accouchement.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (45). Si l'on s'appuie sur cette définition, il semble pertinent de mieux prendre en charge les femmes souffrant de NVG au regard de l'altération de leur qualité de vie pendant cette période.

### **3. La récurrence des NVG et la peur de la récurrence**

Les patientes qui présentaient des antécédents de NVG lors de leurs dernières grossesses avaient plus de risque d'avoir des NVG pour les grossesses suivantes.

L'hérédité des NVG a été étudiée. Il semble que des facteurs génétiques et environnementaux soient en jeu (36). La récurrence des nausées était de 63%, et la récurrence de l'absence de nausées était de 58.5% dans l'étude de Gadsby (15). Dans notre étude nous avons retrouvé une différence statistiquement significative concernant la récurrence des NVG chez les femmes qui avaient déjà présenté des troubles lors des grossesses précédentes.

On a également mis en évidence que ¼ des femmes qui avaient eu des symptômes lors de leur dernière grossesse avaient des inquiétudes quant au risque de récurrences de ces troubles.

Devant le risque important de récurrences et leur appréhension par les femmes, il est opportun de réaliser un dépistage systématique des NVG, suivi d'une prise en charge précoce et optimale de ces maux.

## **B. Le médecin généraliste acteur de premier recours**

### **1. Le médecin généraliste et sa place au côté des autres acteurs de soins**

L'enquête périnatalité de 2003 avait montré un rôle très minime du médecin généraliste français dans la surveillance de la grossesse. Pour exemple, les déclarations de grossesse étaient faites pour l'essentiel par des gynécologues de ville pour 46,8% d'entre elles, et en maternité pour 27,7% des femmes enceintes et le suivi de grossesse était presque exclusivement réalisé par les gynécologues (68).

Dans notre étude, au contraire, le médecin généraliste était nommé par la plupart des patientes comme le seul professionnel de santé (parfois en association avec un autre professionnel de santé) impliqué dans les consultations de la grossesse. Il apparaissait également comme le professionnel le plus souvent interpellé lors des symptômes des NVG.

Cette différence peut être expliquée par la diminution du nombre de gynécologues de ville, mais également par des particularités locales. En effet, sauf grossesse pathologique, les gynécologues du CHD ne réalisent pas de suivi de grossesse. Par ailleurs la densité des spécialistes libéraux de gynécologie obstétrique en Pays de Loire (3,6 spécialistes pour

100 000 habitants) est inférieure à la densité nationale (5.8), et largement inférieure à la densité des médecins généralistes libéraux dans la même région (92). La densité des sages-femmes libérales en Vendée, est élevée puisqu'elle atteint 31 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre une moyenne nationale à 19 (69). Malgré ce fort taux de présence, elles ne semblent pas le premier recours lorsque la femme interroge un professionnel concernant les NVG. Ceci peut être expliqué par le fait que cette profession est encore limitée dans ses possibilités de prescriptions.

Ainsi dans notre étude, la plupart des femmes accouchant au CHD avaient un médecin généraliste impliqué dans leur grossesse et y recouraient en priorité pour traiter le problème des NVG.

## **2. Le médecin généraliste et la question des NVG**

Au Canada, au sein même de la clinique où s'est déroulée l'étude de Lacasse, qui possède un service spécifique des NVG, l'abord de la question des NVG avec les patientes n'est pas optimal (16). En effet les questions de l'intensité et du retentissement sur la qualité de vie ne sont pas explorées systématiquement lors des consultations de suivi de la grossesse, malgré les recommandations de la « Santé Canada » qui incitent à évoquer systématiquement le sujet des NVG (70).

Dans notre étude, on approchait les habitudes des confrères ainsi que ce qu'en retenaient les patientes. Une discordance est notée concernant l'évocation du thème des NVG. Alors que 89.8% des médecins généralistes disaient demander systématiquement aux femmes si elles avaient eu des NVG, la majorité des patientes interrogées dans notre étude considéraient que le sujet n'avait pas été évoqué. Parmi celles qui avaient parlé à un soignant de leurs symptômes, la majorité des femmes ont estimé avoir évoqué le sujet d'elle-même. Le questionnaire de l'étude ne permettait pas de déterminer si la question des NVG était abordée précisément par les médecins ou de façon plus indirecte par une question ouverte de type : « Est-ce que votre grossesse se passe bien ? ». Une autre étude serait donc nécessaire pour affiner cette question.

Parmi les femmes ayant évoqué le sujet des NVG, presque la moitié estimait que le professionnel de santé s'en occupait de façon « normale » dans une gradation allant de « pas du tout », « un peu », « normalement », « complètement ».

On peut donc penser que des progrès peuvent être faits concernant l'interrogatoire des femmes sur les NVG et que la prise en charge des symptômes est globalement appréciée lorsqu'elle est réalisée.

## **C. Les traitements proposés**

### **1. Traitements en fonction du PUQE-modifié ou de la NVP-QOL**

Notre étude a montré que la prescription d'un traitement pharmacologique était corrélée aux scores de PUQE-modifié et de NVP-QOL. De même, l'étude de Lacasse avait montré que la moyenne du score de PUQE-modifié était plus élevée chez les patientes qui prenaient des anti-émétiques (46), et une autre de ses études avait rapporté que la prise d'un traitement

était associé à des NVG plus sévères (71). On pourrait suggérer l'utilisation en consultation du PUQE-modifié comme une aide à la décision de prescription. La décision de traiter pourrait être orientée très rapidement à l'aide des trois questions du PUQE-modifié.

Les arrêts de travail ainsi que les hospitalisations étaient plus fréquents chez les patientes avec des scores de PUQE-modifié et de NVP-QOL plus élevés. Ainsi les acteurs de soins mettent plus facilement en arrêt de travail, ou hospitalisent les patientes qui souffrent le plus. Cette constatation va dans le sens d'une étude réalisée à propos des demandes d'arrêt de travail au cours de la grossesse, qui montrait que « on constate que la plupart des femmes en arrêt le sont à bon escient » (72).

## **2. Les prescriptions proposées et recommandations**

### ***a) Acupuncture***

Les recommandations actuelles de l'HAS préconisent le gingembre et l'acupuncture pour le traitement des NVG. Tout comme une précédente étude de Genevaise (13) réalisée dans le département de Loire-Atlantique en 2008, auprès des médecins généralistes, l'acupuncture était prescrite par une minorité. 12% des médecins avaient déclaré utiliser cette méthode. Seules 3,5% des femmes ont eu recours à cette médecine alternative dans notre étude. Les femmes ont d'ailleurs le plus souvent utilisé cette méthode après un avis de leur sage-femme ou de leur propre initiative. Selon l'étude de Genevaise (13), un des freins les plus importants de l'utilisation de l'acupuncture par les médecins dans cette indication, serait la méconnaissance des recommandations HAS (52). Par ailleurs on peut aussi se poser la question des difficultés de prescription du médecin généraliste d'une médecine alternative qu'il ne connaît pas du fait de l'absence d'enseignement dans son cursus d'études.

A ce jour, l'acupuncture n'est donc pas le moyen thérapeutique le plus utilisé par les patientes contre les NVG malgré les recommandations françaises.

### ***b) Traitements pharmacologiques***

Comme dans l'étude de Genevaise (13), notre étude a montré que les traitements pharmacologiques représentaient la grande majorité des prescriptions. L'ordre de fréquence de prescription des différentes molécules était totalement différent de l'ordre des recommandations du CRAT ou de la revue Prescrire. La dompéridone était la plus fréquemment citée par les médecins alors qu'elle est complètement écartée par la revue Prescrire qui estime qu'elle peut présenter des risques cardiovasculaires. La doxylamine était très peu nommée alors qu'on dispose d'un long recul sur sa prescription et qu'elle est estimée par les experts comme la molécule de choix. Cela pourrait être dû à l'absence d'AMM en France dans cette indication. Les personnes qui prescriraient cette molécule seraient donc les « experts » de ces troubles ou des professionnels particulièrement avertis du sujet. Il serait intéressant de connaître les motivations du choix de telle ou telle molécule selon les professionnels prescripteurs.

### **c) Phytothérapie**

Comme nous l'avons vu plus haut le gingembre fait partie du panel du traitement possible des NVG reconnu par l'HAS. Seuls 3% des médecins interrogés citent le gingembre comme traitement qu'ils prescrivent dans cette indication. Tout comme l'acupuncture les raisons de la prescription ou de l'absence de prescription ne sont pas connues. Est-ce une absence de connaissance ? Une méfiance vis-à-vis de comprimés alimentaires non surveillés ?

### **3. La psychothérapie vue par les médecins et les patientes**

La plus grande discordance entre l'avis des médecins et des patientes sur les traitements mis en route est la psychothérapie. En effet, elle était citée par 20,3% des médecins pour le traitement des NVG. Or parmi les 259 patientes ayant présenté ces troubles, aucune ne citait la prescription de psychothérapie. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les médecins estimerait pratiquer une psychothérapie de soutien quand les femmes se représenteraient cette dernière comme l'art du spécialiste. On peut cependant penser qu'il existait un biais d'investigation pour cette question. (Conférer le paragraphe relatif aux biais)

## **D. Caractéristiques maternelles plus souvent associées aux NVG**

### **1. Parité**

Dans notre étude, les femmes uni ou multipares avaient plus fréquemment des NVG que les patientes nullipares.

L'équipe de Lacasse avait trouvé des NVG plus sévères chez les multipares, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude (71). S'il existe une participation psychologique aux NVG, on pourrait faire l'hypothèse que le fait d'avoir déjà un ou plusieurs enfants à la maison pourrait engendrer une fatigue ou un stress propre à induire des NVG ou les exprimer plus fortement. Cela corroborerait le résultat d'autres études montrant que certaines dispositions émotionnelles engendreraient davantage de NVG (36).

### **2. Diabète gestationnel**

L'intensité des NVG était plus importante chez les patientes qui présentaient un diabète gestationnel.

Le taux de diabète gestationnel en France est de 7% (69). Ce taux était supérieur dans notre étude et concernait 9,3% des femmes ayant répondu au questionnaire.

Tout comme dans la littérature à propos de l'hyperémie gravidique (73,74), dans notre étude, les femmes souffrant de NVG n'avaient pas plus de diabète gestationnel que les femmes sans symptômes. Cependant, les patientes atteintes de diabète gestationnel et de NVG, avaient un score de PUQE-modifié significativement plus élevé que les femmes sans diabète qui souffraient de NVG. Ce lien n'était pas confirmé lorsque l'on comparait les résultats du score de PUQE-modifié par catégories (légères, modérées, sévères). Cette différence peut être expliquée par le fait que le vécu global de la grossesse des femmes enceintes atteintes de diabète gestationnel était plus difficile que pour celles qui n'en présentaient pas. Ainsi, un biais de mémorisation pourrait être en jeu. Il faudrait alors pour

vérifier ce lien interroger les patientes au moment des symptômes de NVG avant même le diagnostic de diabète gestationnel.

L'intensité dont se souviennent les patientes diabétiques serait plus sévère que celles sans pathologie diabétique. D'autres études sont nécessaires pour approfondir ce lien statistique.

### **3. Modalités d'accouchement**

Les accouchements par césariennes étaient plus fréquents chez les patientes avec NVG.

Le lien mode d'accouchement par césarienne et HG fait l'objet de résultats controversés dans la littérature (73,75). Notre étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre les issues de grossesse par césarienne et les femmes présentant des NVG. Il faut noter que nous avons étudié l'ensemble des femmes qui présentaient des NVG sans exclure les patientes avec HG. Si l'on considère que les femmes hospitalisées dans notre étude étaient celles qui souffraient d'HG, cela représentait seulement 1.9% des 259 patientes. Cette proportion infime, conforme aux données de la science (16) ne pourrait modifier les résultats de lien statistiquement significatif que l'étude a mis en évidence entre fréquence d'accouchement par césarienne et NVG.

## **E. Représentativité de l'échantillon**

Concernant l'étude des femmes, nous nous attacherons à comparer les différentes caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon avec la population de Vendée, de la région des Pays de Loire et de France.

### **1. Age**

En France, l'âge moyen des patientes à la maternité est de 30 ans. Nous avons retrouvé la même moyenne d'âge dans notre étude, montrant ainsi une similitude de notre échantillon avec la population générale.

### **2. Tabagisme**

La proportion de tabagisme maternel en France est de 22% entre 2003 et 2004 selon l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire (69), ce qui est relativement proche de ce qui a été retrouvé dans notre étude avec un pourcentage de 23.6% de fumeuses. Vikanes (40) avait montré que les fumeuses souffraient moins de NVG que les non fumeuses. Cette différence n'a pas été retrouvée dans notre étude.

### **3. Profession**

Les catégories socio-professionnelles représentées dans notre étude, sont similaires aux pourcentages recueillis lors de l'enquête nationale périnatale de 2003 (68). Le pourcentage d'inactivité de la mère retrouvé dans notre étude était de 14%, ce qui est concordant avec les chiffres des Pays de la Loire qui tournent aux alentours de 16%. On notera que ces chiffres sont relativement bas si on les compare à la moyenne nationale qui est de 31% (69).

#### **4. Poids**

La moyenne de prise de poids des femmes de l'étude est relativement basse à 10,7 Kg alors qu'elle était de 12,9 Kg dans l'enquête nationale périnatale de 2003 (68).

Comme dans l'étude de Wibowo (28), aucun lien n'a été retrouvé entre le poids pré-conceptionnel ou de fin de grossesse et les NVG, ni entre l'IMC pré-conceptionnel et les NVG.

#### **5. Terme de grossesse**

La maternité du CHD est de niveau II, ce qui signifie qu'elle contient un service de médecine néonatale et ne prend pas en charge les accouchements avant 32 SA et les enfants de moins de 1500 grammes. L'ensemble des grossesses nécessitant des soins intensifs avec réanimation néonatale sont redirigés vers les maternités des départements limitrophes.

#### **6. Sexe et poids de l'enfant**

Tout comme l'équipe de Kuru (73), nous n'avons pas trouvé plus de sexe féminin chez les fœtus de mère souffrant de NVG, ni de différence concernant les poids de naissance des enfants nés de mère avec NVG ou sans NVG.

#### **7. Grossesses gémellaires**

L'étude de Lacasse avait montré un lien entre les grossesses gémellaires et le risque d'avoir des NVG (16). Dans notre étude aucun lien n'a pu être établi, et seulement 0.7% des grossesses étaient gémellaires. Dans l'enquête nationale de périnatalité de 2003, le pourcentage de grossesse gémellaire était plus élevé, estimé à 3% des grossesses (68). Cette différence peut être expliquée par le fait que les grossesses gémellaires nécessitent parfois un transfert dans une maternité de plus haut niveau que celle du CHD. Cette population particulière n'est donc probablement pas représentative dans notre échantillon.

### **F. Limites et biais de l'étude**

#### **1. Médecins**

Le mode de recrutement des médecins est par essence biaisé. Les médecins ayant répondu au questionnaire ne peuvent représenter l'ensemble des médecins de Vendée. En effet, 59 médecins ont rempli le questionnaire, alors qu'en 2008, la Vendée comptait 543 médecins généralistes libéraux (69). Cependant l'échantillon de médecin généraliste, en terme de répartition des sexes et d'âge moyen était proche de l'ensemble de la population des médecins généralistes libéraux exerçant en Vendée et Pays de la Loire.

Par ailleurs, notre échantillon était essentiellement constitué de médecins généralistes vendéens qui avaient réalisé des suivis de grossesse de patientes qui avaient accouché au CHD en 2011.

Concernant l'appréciation de l'intensité des NVG par les médecins chez leurs patientes, la plupart estimaient qu'elles présentaient des symptômes « modérés ». Il est possible que cette réponse ait été induite par le questionnaire lui-même. Le choix d'une pondération par le qualificatif « modéré » pouvait permettre au médecin de rester approximatif dans son

jugement. Les trois autres termes proposés étaient en effet ceux de « légers », « sévères » et « insupportables », termes qui appelaient une appréciation plus tranchée. Dans ce cas, les réponses étaient alors influencées par un biais d'investigation.

## 2. Femmes

La participation à l'étude a concerné 50.3% des patientes qui avaient accouché au CHD. Au regard de la longueur du questionnaire, le taux de participation à l'étude était satisfaisant. Par ailleurs, la plupart des questionnaires remplis par les femmes étaient exploitables.

Un biais de recrutement peut être craint. En effet, lors de la présentation des questionnaires, il était annoncé que le sujet portait sur les NVG. Ainsi les patientes qui en ont souffert ont pu répondre plus facilement que les autres qui ne se sentaient pas concernées.

A contrario, les femmes ont peut être choisi de répondre qu'elles n'avaient pas de NVG quand bien même elles auraient pu en présenter. En effet, la fréquence des NVG retrouvés dans l'échantillon était inférieure à la dernière méta-analyse sur les NVG qui donnait un pourcentage de 70% (5). Cet écart peut être expliqué par la longueur du questionnaire. Cela a peut-être pu décourager certaines patientes de répondre. Par ailleurs, des femmes ont coché qu'elles n'avaient pas eu de NVG puis ajoutaient un commentaire disant qu'elles en avaient eu très peu. D'autres ont commencé à remplir le questionnaire puis ont tout barré pour répondre qu'elles n'avaient pas eu de NVG. Un meilleur taux de réponse ainsi qu'une meilleure approche de la fréquence des NVG aurait pu être obtenue avec un questionnaire plus court.

Par ailleurs, on constatait que pour une majorité des patientes de notre étude, les symptômes rapportés étaient présents durant toute la grossesse. Seulement 30% des femmes n'avaient pas de NVG en fin de grossesse. Dans la littérature on retrouve que 20% des patientes pourraient avoir des symptômes durant toute leur grossesse. Ici, un problème de compréhension peut être relevé. En effet, les symptômes digestifs autres que les nausées pouvaient être confondus. Certaines patientes ont ainsi répondu qu'elles présentaient des symptômes jusqu'à la fin de leur grossesse. Il pourrait s'agir non pas de NVG mais de remontées acides ou dyspepsies fréquentes en fin de grossesse. Un rappel des définitions de nausées et vomissements avait été fait pour éviter ce biais mais cela semble n'avoir pas été suffisant.

Enfin, en ce qui concernait la réponse relative à la prescription de psychothérapie, aucune femme n'estimait en avoir bénéficié. Ceci pourrait correspondre à un second biais d'investigation. En effet, la question était celle de la prescription de psychothérapie. Les femmes ne pouvaient donc pas penser que le prescripteur pouvait être celui qui effectuerait la psychothérapie de soutien. La question était donc mal posée, ce qui peut largement expliquer la discordance de réponses entre les médecins qui répondaient avoir dispensé une psychothérapie de soutien et les femmes qui répondaient n'avoir jamais eu de prescription de psychothérapie.

## V. Conclusion

L'équipe de Lacasse avait validé le questionnaire de NVP-QOL lors du premier trimestre de la grossesse en discutant la possibilité de l'utiliser en période périnatale pour des recherches épidémiologiques (48). Les résultats des scores d'intensité et d'échelle de qualité de vie retrouvés dans notre étude sont très similaires avec ceux de Lacasse. Cela va dans le sens de ce qui avait été envisagé par l'équipe canadienne. Ainsi, le biais de mémorisation que l'on aurait pu craindre à distance des troubles semble minime. L'appréciation du souvenir des NVG par des scores établis pour explorer la qualité des NVG au moment où ils surviennent est remarquablement superposable. Des études complémentaires devront confirmer ces résultats. Pour ce qui est de la prise en charge des troubles, les scores d'intensité et de qualité de vie induits par les NVG sont assez péjoratifs pour qu'on les considère sérieusement. Le constat est renforcé par le fait qu'environ  $\frac{1}{4}$  des patientes qui ont souffert de NVG sont inquiètes de la possible récurrence des NVG pour une éventuelle grossesse ultérieure. L'échelle du PUQE-modifié peut représenter une aide fiable pour proposer un traitement adapté.

## VI. Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CHD : Centre hospitalier Départemental

CRAT: Centre de Référence des Agents Tératogènes

DG : Diabète gestationnel

FDA: Food and Drug Administration

hCG: Hormone Chorionique gonadotrophine

HG : Hyperémie gravidique

5HT: 5-hydroxy-tryptamine ou sérotonine

IMC : Indice de masse corporelle

Kg : Kilogrammes

ND : Non Déterminé

NS : Non significatif

NVG : Nausées et vomissements gravidique

NVPQOL : « Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy »

PUQE -modifié: Modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea

SA: Semaine d'aménorrhée

TSH: Thyroid stimulating hormone

## VII. Annexes

### A. Annexe 1 Questionnaire médecin

#### A/Informations globales

1. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
2. Quel est votre sexe ?  Féminin  Masculin
3. Exercez-vous ?  En cabinet de groupe  seul

#### B/Concernant les femmes enceintes que vous suivez :

1. Durant les consultations de suivi du premier et deuxième trimestre demandez-vous systématiquement aux femmes si elles ont des nausées et / ou vomissements ?  
 Oui  Non
2. Les nausées et/ ou vomissements de la grossesse sont-ils pour vous fréquents dans votre patientèle?  
 Oui  Non
3. A votre avis, dans votre patientèle, l'intensité des nausées et vomissements due à la grossesse sont :  
 Légères  Modérées  Sévères  Insupportables
4. Parmi les patientes présentant des nausées et/ou vomissements quel pourcentage mettez-vous en arrêt de travail pour ces raisons au cours des 2 premiers trimestres de la grossesse ?  
 Aucune  Moins de la moitié d'entre elles  Environ la moitié d'entre elles  Plus de la moitié d'entre elle
5. Quel(s) moyen(s) thérapeutique(s) utilisez-vous pour soulager vos patientes des nausées et/ou vomissements, et pour chacun utilisé quelle efficacité avez-vous noté ?

	Prescrivez-vous ?		Est-ce efficace ?		
	Non	Oui	Oui	Améliore	Non
Médicaments					
Homéopathie					
Acupuncture					
Modification du régime alimentaire					
Phytothérapie					
Psychothérapie					

Lesquels prescrivez-vous (médicaments) : \_\_\_\_\_

6. Pour vous la prise en charge des nausées et / ou vomissements de la grossesse est-elle satisfaisante en France ?  
 Pleinement satisfaisante  satisfaisante  peu satisfaisante  insatisfaisante

**Merci de votre participation**

## B. Annexe 2 Questionnaire Femmes

### A - Informations Générales

1-Quel est votre origine géographique ?

- Française  Europe du Nord  Europe du Sud  
 Afrique du Nord  Afrique du Sud  Asie

2-Quel statut professionnel correspond le mieux à votre situation ?

- Agriculteur exploitant  Artisan, commerçant, chef d'entreprise  
 Étudiant  Profession intermédiaire  
 Cadre et profession intellectuel supérieur  Employé  
 Sans activité professionnelle  Ouvrier

3-Actuellement, vivez-vous ?

- Seule  En couple (mariée ou vie maritale ou PACS)  Autre : \_\_\_\_\_

4-Sans compter votre dernière grossesse, combien avez-vous eu d'enfants ? |\_\_|

5-Lors de vos grossesses précédentes, avez-vous souffert de :

- Nausées ?  Oui  Non  
Vomissements ?  Oui  Non

### B-Concernant votre dernière grossesse :

1-De combien d'enfant avez-vous accouché ?  1  2

2-Quel professionnel vous a suivi pour votre début de grossesse ?

- Médecin généraliste (MG)  Sage-femme (SF)  Gynécologue en ville (GOV)  
 Gynécologue du CHD (CHD)  autre : \_\_\_\_\_

3-Avez-vous souffert, à un moment ou à un autre de votre grossesse, de nausées et/ou de vomissements en rapport avec la grossesse ?  Oui  Non

**Si vous n'avez pas souffert de nausées et/ou vomissements de grossesse au cours de votre grossesse vous pouvez rendre le questionnaire à une sage-femme. Merci de votre participation.**

### C-Concernant l'intensité des nausées et vomissements lors de votre dernière grossesse :

1-Concernant vos nausées et vomissements durant le premier et deuxième trimestre de la grossesse :  
**PUQE-modifié**

En moyenne durant une journée, combien de temps vous sentiez-vous nauséuse ou aviez-vous « mal au cœur » ?	<i>Pas du tout</i> <input type="checkbox"/>	<i>1 heure au moins</i> <input type="checkbox"/>	<i>2 à 3 heures</i> <input type="checkbox"/>	<i>4 à 6 heures</i> <input type="checkbox"/>	<i>Plus de 6 heures</i> <input type="checkbox"/>
En moyenne durant une journée, vomissiez-vous ?	<i>7 fois ou plus</i> <input type="checkbox"/>	<i>5 à 6 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>3 à 4 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>1 à 2 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>Jamais</i> <input type="checkbox"/>
En moyenne, durant une journée, combien de fois aviez-vous des « haut le cœur » prononcés sans vomir ?	<i>Aucune fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>1 à 2 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>3 à 4 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>5 à 6 fois</i> <input type="checkbox"/>	<i>7 fois ou plus</i> <input type="checkbox"/>

2-En général, sur l'ensemble du premier et deuxième trimestre de la grossesse de quelle intensité étaient vos nausées ?

Légères       Modérées       Sévères       Insupportables

3-Donnez l'intensité des nausées et ou vomissements en fonction du moment de la grossesse

	Légères	Modérées	Sévères	Insupportables
Avant la 1 <sup>ère</sup> consultation pour vérifier la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre la 1 <sup>ère</sup> consultation médicale et la 1 <sup>ère</sup> échographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre la 1 <sup>ère</sup> et la 2 <sup>ème</sup> échographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fin de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D-Concernant la prise en charge des nausées et vomissements lors de votre dernière grossesse :

1-Avez-vous consulté un professionnel de santé concernant ces nausées et/ou vomissements ?

**Non** : Pourquoi ? : passer ensuite à la question 5

- Du fait de l'intensité des nausées et/ou vomissements qui étaient légers ou modérés
- Parce que les nausées et/ou vomissements sont pour vous un état normal du début de la grossesse
- Parce que les nausées et/ou vomissements n'ont pas duré longtemps au cours de la grossesse
- Parce que les nausées et/ou vomissements étaient brefs dans la journée
- Parce que vous vous êtes automédiquée (traitée toute seule)
- Autre : \_\_\_\_\_

**Oui** :Le sujet a-t-il été abordé au cours :

- D'une visite systématique concernant la grossesse
- D'une consultation spécifique concernant les nausées et vomissements

2-Remplir le tableau suivant :

	MG	SF	GOV	CHD	Ph	Vous	Entourage	Personne
Qui avez-vous consulté ?	<input type="checkbox"/>							
Qui a abordé la question en premier ?	<input type="checkbox"/>							
Qui avez-vous consulté aux premiers symptômes ?	<input type="checkbox"/>							
Qui avez-vous consulté lors des symptômes sévères ou insupportables ?	<input type="checkbox"/>							
Combien de fois avez-vous consulté ces professionnels durant toute votre grossesse ? (Mettre le chiffre dans chaque case correspondante)								

3-Depuis le début de votre grossesse avez-vous été hospitalisée en raison de vos nausées ou vomissements secondaire à la grossesse ?  Oui  Non

4-Depuis le début de votre grossesse, avez-vous arrêté de travailler en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements ?  Oui  Non

5-Concernant les moyens de lutte contre les nausées et vomissements : Pour chaque moyen indiquez si il vous était inconnu ou dans le cas contraire, qui était le prescripteur, si vous l'avez testé, et son degré d'efficacité.

Moyens	Moyens non connus	Moyens connus											
		Qui était le prescripteur ?						Essayé ?		Efficacité ?			
		Vous	MG	SF	GOV	CHD	Ph	Oui	Non	Oui	Améliore	Non	
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuponcture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modification du régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytothérapie (plantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Indiquez les médicaments prescrits essayé ou non :

---



---

**E-Appréciation de la prise en charge des nausées et/ou vomissements de la femme enceinte lors de votre dernière grossesse :**

1-Globalement, avez-vous senti que le professionnel de santé se préoccupait vraiment de la situation de vos nausées et de vos vomissements ?

Pas du tout       Un peu       Normalement       Complètement

2-Sur l'ensemble de la grossesse, comment qualifieriez-vous la prise en charge de chacun des professionnels rencontrés au sujet des nausées et vomissements ? 1 médiocre, 10 excellent

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MG	<input type="checkbox"/>									
SF	<input type="checkbox"/>									
GOV	<input type="checkbox"/>									
CHD	<input type="checkbox"/>									
Ph	<input type="checkbox"/>									

3-Sur l'ensemble de la grossesse, globalement, comment qualifieriez-vous la prise en charge de vos nausées et/ou vomissements ?

Excellente       Bonne       Médiocre       Mauvaise

4-Globalement les traitements mis en place ont-ils été efficaces ?

Pas du tout efficaces     Un peu efficaces     bien efficaces       très efficaces

5-Avez-vous des inquiétudes concernant la récurrence de vos nausées et/ou vomissements pour une autre grossesse ?

Oui       Non

### F-Appréciation de l'intensité des nausées et/ ou vomissements : NVP-QOL

Les questions suivantes sont destinées à évaluer comment vous vous êtes sentie durant les deux 1<sup>er</sup> trimestres de votre grossesse lorsque vous souffriez de nausées et vomissements.

	Jamais	Presque jamais	A l'occasion	Souvent	Une bonne partie du temps	Presque toujours	Tout le temps
1. Dans quelle mesure avez-vous eu <u>des nausées</u> au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
2. Dans quelle mesure avez-vous eu <u>des vomissements</u> au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
3. Dans quelle mesure avez-vous eu des <u>haut-le-cœur prononcés</u> au cours des deux premiers trimestres de la grossesse ?							
4. Dans quelle mesure avez-vous eu « <u>mal au cœur</u> » au cours des deux premiers trimestres de la grossesse ?							
5. Dans quelle mesure avez-vous pris <u>plus de temps qu'à l'habitude</u> pour terminer vos tâches en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
6. Au cours des deux 1 <sup>er</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté, ou avez été limitée ou avez dû fournir un effort supplémentaire <u>pour réaliser votre travail ou vos activités</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
7. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie déprimée ou manquant de « cœur à l'ouvrage »</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>er</sup> trimestres de la grossesse ?							
8. Au cours des deux 1 <sup>er</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie épuisée et en manque d'énergie</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
9. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous <u>manqué d'appétit</u> en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements de grossesse ?							
10. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu de la <u>difficulté à poursuivre vos activités sociales normales avec votre famille, vos amis, vos voisins ou autres relations sociales</u> , en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements de grossesse ?							

	Jamais	Presque jamais	A l'occasion	Souvent	Une bonne partie du temps	Presque toujours	Tout le temps
11. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous <u>souffert de nausées et/ou vomissements en soirée</u> ?							
12. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie frustrée</u> en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
13. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie à bout de force</u> en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
14. Dans quelle mesure, en raison de vos nausées et/ou de vos vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, avez-vous eu <u>besoin de vous fier sur votre conjoint pour exécuter des tâches</u> que vous faites habituellement vous-même pour votre famille.							
15. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure <u>en avez-vous au assez de vous sentir malade</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
16. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu de la <u>difficulté à entretenir votre maison</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
17. Dans quelle mesure avez-vous eu de la <u>difficulté à faire vos courses</u> au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
18. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie lasse ou essoufflée moralement</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux premiers trimestres de la grossesse ?							
19. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure vous êtes-vous <u>abstenue de manger pour plus longtemps que vous ne l'auriez voulu</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
20. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie rassurée de savoir que vos symptômes (nausées et/ou vomissements) sont ceux d'une grossesse normale</u> ?							

	Jamais	Presque jamais	A l'occasion	Souvent	Une bonne partie du temps	Presque toujours	Tout le temps
21. Dans quelle mesure vous êtes-vous sentie <u>moins intéressée à faire l'amour au cours des deux premiers trimestres de la grossesse</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
22. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie fatiguée</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
23. Dans quelle mesure vous êtes-vous <u>sentie émotive</u> en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
24. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu <u>l'impression d'accomplir moins de choses que vous ne l'auriez voulu</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
25. Dans quelle mesure avez-vous eu <u>à réduire le temps alloué au travail ou à d'autres activités</u> au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
26. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous <u>souffert de nausées ou de vomissements</u> à cause d'une exposition à certaines odeurs ?							
27. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu <u>l'impression que tout est un effort</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							
28. Dans quelle mesure avez-vous eu <u>l'impression de ne pas profiter de votre grossesse</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse ?							
29. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous <u>souffert de nausées ou de vomissements</u> à cause d'une exposition à certains aliments ?							
30. Au cours des deux 1 <sup>ers</sup> trimestres de la grossesse, dans quelle mesure avez-vous eu de la <u>difficulté à préparer ou cuisiner des repas</u> , en raison de vos nausées et/ou vomissements de grossesse ?							

## VIII. Bibliographie

1. Munch S. Chicken or the egg? The biological–psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Soc Sci Med* 2002; 55(7):1267–78.
2. Cohen J, Ducarme G, Neuman D, Uzan M. Approche psychosomatique des vomissements incoercibles du premier trimestre. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2007; 35(6):565–9.
3. Miller F. Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception--is it really a disease? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):S182–3.
4. Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20(2):149–60.
5. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20(2):e171–83.
6. Lansac J, Magnin G. *Obstétrique*. 5ème ed. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson; 2008.
7. Lakestani O. Etude de cohorte rétrospective évaluant le retentissement périnatal de l'hyperémèse gravidique, 68p Thèse: médecine générale: Lyon Université Claude Bernard : 2010
8. Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, et al. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl):S220–7.
9. Ducarme G, Châtel P, Luton D. *Vomissements incoercibles de la grossesse*. EMC Elsevier Masson SAS Paris 2007; 2(4):1–5.
10. Arsenault M-Y, Lane CA, et al. Prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; (120):824–31.
11. Chandra K, Magee L, Koren G. Discordance between physical symptoms versus perception of severity by women with nausea and vomiting in pregnancy (NVP). *BMC Pregnancy Childbirth* 2002; 2:4.
12. Piwko C, Ungar WJ, Einarson TR, Wolpin J, Koren G. The weekly cost of nausea and vomiting of pregnancy for women calling the Toronto Motherisk Program. *Curr Med Res Opin* 2007; 23(4):833–40.
13. Genevaise I, Rat C. L'acupuncture dans la prise en charge des nausées et vomissements gravidiques : pratiques et représentations de 100 médecins généralistes interrogés par téléphone, 111p. Thèse : Médecine Générale : Nantes : 2008
14. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(4):931–7.
15. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993; 43(371):245–8.

16. Lacasse A. La qualité de vie durant la période gestationnelle: impact et prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse 365p. Thèse: Pharmacie : Montreal; 2008
17. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Prevalence of Nausea and Vomiting of Pregnancy in the USA: A Meta Analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20(2):e163–70.
18. Firoz T, Maltepe C, Einarson A. Nausea and Vomiting in Pregnancy Is Not Always Nausea and Vomiting of Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2010 ;970–2.
19. Maltepe C, Koren G. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum- A 2013 update. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20(2):e184–92.
20. Bürki N, Meier R. Nausée, vomissements et hyperémèse gravidique. *Forum med suisse* 2010; 10:242–6.
21. Lüllmann H, Mohr K. Atlas de poche de pharmacologie. 3ème ed. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2003.
22. Gamaoun R. Exposition à la caféine durant la grossesse: les facteurs prédictifs de la consommation et association aux issues indésirables de grossesse 223p. Mémoire : pharmacie : Montréal: 2013.  
Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9607>
23. Murata T, Suzuki S, Takeuchi T, Takeshita T. Relation between plasma adenosine and serum TSH levels in women with hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 273(6):331–6.
24. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25(6):632–6.
25. Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA, Trichopoulos D, Adami H-O, Hsieh C-C. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: a prospective study. *Obstet Gynecol* 2003; 101(4):639–44.
26. Depue RH, Bernstein L, Ross RK, Judd HL, Henderson BE. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: a seroepidemiologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156(5):1137–41.
27. Tortora GJ, Grabowski SR. Principes d'anatomie et de physiologie. 2nd ed. Bruxelles; Anjou, Québec: De Boeck Université ; Centre Educatif et Culturel; 1994.
28. Wibowo N, Purwosunu Y, Sekizawa A, Farina A, Tambunan V, Bardosono S. Vitamin B<sub>6</sub> supplementation in pregnant women with nausea and vomiting. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 116(3):206–10.
29. Lehmann AS, Renbarger JL, McCormick CL, Topletz AR, Rouse C, Haas DM. Pharmacogenetic predictors of nausea and vomiting of pregnancy severity and response to antiemetic therapy: a pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1):132.
30. Akdemir N, Akhin O. Increased serum asymmetric dimethylarginine levels in hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(2):339–42.

31. Black FO. Maternal susceptibility to nausea and vomiting of pregnancy: Is the vestibular system involved? *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5, Supplement 2):S204–9.
32. Goodwin TM, Nwankwo OA, Davis-O’Leary L, O’Leary D, Romero R, Korst LM. The first demonstration that a subset of women with hyperemesis gravidarum has abnormalities in the vestibuloocular reflex pathway. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(4):417.e1–9.
33. Heinrichs L. Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5, Supplement 2):S215–9.
34. Kölblle N, Hummel T, von Mering R, Huch A, Huch R. Gustatory and olfactory function in the first trimester of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99(2):179–83.
35. Boylan SM, Greenwood DC, Alwan N, Cooke MS, Dolby VA, Hay AWM, et al. Does Nausea and Vomiting of Pregnancy Play a Role in the Association Found Between Maternal Caffeine Intake and Fetal Growth Restriction? *Matern Child Health J.* 2012; 17(4):601–8.
36. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, et al. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *PloS One* 2011; 6(11):e27678.
37. Uguz F, Gezgin K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case-control study. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34(4):398–402.
38. Fejzo MS, Ching C, Schoenberg FP, Macgibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Change in paternity and recurrence of hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25(8):1241–5.
39. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG* 2008; 115(12):1484–93.
40. Vikanes A, Grjibovski AM, Vangen S, Gunnes N, Samuelsen SO, Magnus P. Maternal body composition, smoking, and hyperemesis gravidarum. *Ann Epidemiol* 2010; 20(8):592–8.
41. Ben-Aroya Z, Lurie S, Segal D, Hallak M, Glezerman M. Association of nausea and vomiting in pregnancy with lower body mass index. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 118(2):196–8.
42. Koren G, Magee L, Attard C, Kohli M, Atanackovic G, Bishai R, et al. A novel method for the evaluation of the severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 94(1):31–6.
43. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc* 2011; 31(1):10–20.

44. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl):S232–8.
45. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
46. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(1):71.e1–7.
47. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl):S228–31.
48. Lacasse A, Bérard A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:32.
49. Patientes enceintes gênées par des nausées-vomissements modérés. *Prescrire*. 2013; 33(358):594–5.
50. Robert P. *Le nouveau Petit Robert: 2010. Le Robert; 2010.*
51. Nausées et vomissements liés à la grossesse: traitements. *Prescrire* 2012; (346):1–5.
52. Bretelle F, Pauchet-Traversat A française. Comment mieux informer les femmes enceintes? Rapport: HAS; 2005. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes\\_enceintes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf)
53. Rosen T, de Veciana M, Miller HS, Stewart L, Rebarber A, Slotnick RN. A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102(1):129–35.
54. Naeimi Rad M, Lamyian M, Heshmat R, Jaafarabadi MA, Yazdani S. A Randomized Clinical Trial of the Efficacy of KID21 Point (Youmen) Acupressure on Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(11):697–701.
55. Tiran D. Ginger to reduce nausea and vomiting during pregnancy: evidence of effectiveness is not the same as proof of safety. *Complement Ther Clin Pr* 2012; 18(1):22–5.
56. Larousse. *Le petit Larousse illustré 1998 en couleurs 87000 articles, 3800 illustrations, 289 cartes.* Paris: Larousse; 1997.
57. Femmes enceintes et médicaments oraux des nausées-vomissements modérés. *Prescrire* 2013; 33(358):595–600.

58. Bouteleux M. Vomissements incoercibles au premier trimestre de grossesse Etude rétrospective multicentrique sur 10 ans, à propos de 130 cas, 62p. Mémoire: Sage Femme: Rouen; 2009.  
Disponible sur: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/94/96/PDF/Bouteleux\\_Marion.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/94/96/PDF/Bouteleux_Marion.pdf)
59. Tmim Y. Hyperemesis Gravidarum à propos de 3 cas et revue de la littérature, 77p. Thèse: Médecine générale: Creteil ; 2001  
Disponible sur : <http://aura.u-pec.fr/scd/theses/th0148854.pdf>
60. Baudrand P. A propos des vomissements graves de la grossesse : fondements historiques et modernité de la pratique de l'isolement en service de maternité, 279p. Thèse: Médecine: Nancy 1; 2003
61. Koren G. The return to the USA of Doxylamine-Pyridoxine delayed release combination (Diclegis®) for morning sickness- a new morning for American women. J Popul Ther Clin Pharmacol 2013; 20(2):e161–2.
62. Mazzotta P, Maltepe C, Navioz Y, Magee LA, Koren G. Attitudes, management and consequences of nausea and vomiting of pregnancy in the United States and Canada. Int J Gynaecol Obstet 2000; 70(3):359–65.
63. Vidal 2013 le dictionnaire. 89th ed. Issy-les-Moulineaux: Vidal; 2013.
64. Itinerol B6. Compend. Suisse Médicaments. Disponible sur: <http://www.kompendium.ch/mpro/mnr/21452/html/fr#7150>
65. Zerbib F. Conseils de Pratique – Prise en charge du Reflux Gastro-oesophagien [Internet]. SNFGE; 2011 Disponible sur: <http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0K-Conseils-pratique/pdf/Conseil-de-Pratique-SNFGE--Zerbib-RGO.pdf>
66. Médicaments dont le déremboursement est recommandé pour une seule indication ou pour plusieurs Prises en charge médicales et alternatives HAS; Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandation\\_de\\_la\\_has\\_3e\\_vague\\_de\\_reevaluation\\_pdf\\_anexe\\_4.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandation_de_la_has_3e_vague_de_reevaluation_pdf_anexe_4.pdf)
67. Nausées et vomissements de la grossesse. Société Obstétriciens Gynécologues Canada. Disponible sur: <http://sogc.org/fr/publications/nausees-et-vomissements-de-la-grossesse/>
69. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003: situation en 2003 et évolution depuis 1998. Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes,INSERM-U.149; 2005  
Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
69. Observatoire régional de santé (Pays de la Loire). La santé observée dans les Pays de la Loire. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2012.
70. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Determinants of early medical management of nausea and vomiting of pregnancy. Birth Berkeley Calif. 2009; 36(1):70–7.
71. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants, and the importance of race/ethnicity. BMC Pregnancy Childbirth 2009; 9(1):26.

71. Thiebaut-Lecouteux S. Etude rétrospective sur les demandes d'arrêt de travail au cours de la grossesse : vécu et ressenti des femmes enceintes, 88p. Thèse: Médecine générale: Angers; 2009
73. Kuru O, Sen S, Akbayır O, Goksedef BPC, Ozsürmeli M, Attar E, et al. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. Arch Gynecol Obstet 2012; 285(6):1517–21.
74. Bashiri A, Maymon E, Katz M, Neumann L. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic features, complications and outcome. Eur J Obstret Gynecol Reprod Biol 1995; 63(2):135–8.
75. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of Pregnancies Complicated by Hyperemesis Gravidarum: Obstet Gynecol 2006;107(2, Part 1):285–92.

## **Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse**

### **Les « petits maux de la grossesse » vus par les patientes et leurs médecins**

Contexte : Les nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse (NVG) sont peu étudiés en France. L'objectif de l'étude était d'appréhender la fréquence réelle des NVG versus celle estimée par les médecins généralistes, et de connaître ce que les femmes mémorisaient de ces troubles, en termes d'intensité et de qualité de vie.

Matériel et Méthodes : Une étude descriptive observationnelle prospective réalisée par auto-questionnaires, a été menée dans le Centre Hospitalier de Vendée du 3 décembre 2012 au 4 avril 2013, auprès de femmes venant d'accoucher. Ces dernières ont été notamment interrogées sur leur perception de l'intensité des NVG et de la qualité de vie induite, grâce aux scores de PUQE-modifié et NVP-QOL. D'un autre côté des médecins généralistes de Vendée ont été interrogés concernant la fréquence estimée des NVG dans leur patientèle et leurs prescriptions.

Résultats : 420 femmes et 59 médecins ont répondu aux questionnaires. 61.7% des patientes avaient eu des NVG. Les scores d'intensité étaient « modérés » à « légers ». La qualité de vie était altérée. On retrouvait une peur de la récurrence des NVG chez ¼ des patientes. Le médecin généraliste apparaissait comme le professionnel le plus souvent consulté par les femmes. Les traitements proposés différaient des recommandations.

Conclusion : Les résultats suggéraient que les échelles d'intensité et de qualité de vie pouvaient être utilisables à distance des NVG. Le score de PUQE-modifié pourrait permettre une aide à la décision de prescription en médecine ambulatoire.

---

#### Mots-clés

Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse ; échelle d'intensité des nausées ; PUQE-modifié ; échelle de qualité de vie ; NVP-QOL