

# Nouvelles recommandations pour la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse

Par **Jacinthe Leclerc**, B. Sc. inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Alexandre Sanctuaire**, B. Sc. (kin.), DESS kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (c.), **Andrée-Anne Boivin-Cyr**, M. Sc., IPSPL, et **Karine Cloutier**, B. Pharm, M. Sc., Pharm. D., BCPPS



© Africa Studio / Shutterstock.com

## Objectifs pédagogiques

- 1 Améliorer les connaissances quant au continuum des interventions pour soulager les nausées et vomissements de la femme enceinte.
- 2 Comprendre le rôle de l'infirmière, et la place de la prescription infirmière, dans le continuum des traitements des nausées et vomissements de la femme enceinte.

**Les nausées et vomissements de la grossesse (NVG) peuvent entraîner des conséquences importantes sur la qualité de vie des futures mères, et parfois nuire à leur santé. Lors du suivi prénatal, ou de tout autre contact avec la femme enceinte, comment l'infirmière peut-elle aider sa patiente touchée par ces symptômes et quels sont les éléments de surveillance relatifs aux traitements pharmacologiques prescrits?**

### Cas clinique : Janie

Janie, âgée de 28 ans, est enceinte pour la deuxième fois. Selon la date des dernières menstruations, elle en est à sa cinquième semaine de gestation. Alors que sa première grossesse s'était déroulée sans histoire, elle éprouve cette fois-ci les désagréments des nausées et des vomissements. La pensée de devoir manger ou le fait de percevoir certaines odeurs suffisent à induire les symptômes. Elle est à peine capable de garder les aliments qu'elle mange. En

raison de ces symptômes, elle éprouve de la difficulté à vaquer à ses occupations personnelles et professionnelles. Elle a d'ailleurs dû s'absenter de son travail pour cause de maladie. Son conjoint s'inquiète de son état de santé et de celui du bébé. Comme son premier rendez-vous de suivi de grossesse n'est prévu qu'à la dixième semaine de gestation, Janie a décidé de consulter l'infirmière clinicienne de la clinique réseau de sa région.

Les NVG touchent plus de la moitié des femmes enceintes (Campbell *et al.*, 2016; INSPQ, 2017). Débutant entre la quatrième et la huitième semaine de gestation, les NVG cessent généralement avant la vingtième semaine. Les changements hormonaux en seraient la cause la plus probable. Une prise en charge optimale de ces symptômes, surtout lorsqu'ils sont particulièrement incommodes, est recommandée afin d'améliorer la qualité de vie des femmes pendant la grossesse et éviter certaines complications.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié, en décembre 2016, une mise à jour des recommandations à ce sujet (Campbell *et al.*, 2016). Parmi les nouveautés : la substitution des vitamines prénatales contenant du fer, l'administration préventive de la combinaison pyridoxine-doxylamine, un suivi psychologique visant à réduire l'anxiété et, solution de derniers recours en cas d'échec des autres traitements, l'administration de l'ondansétron.

**Recommandations de la SOGC**

*Modifications alimentaires, sommeil et autres mesures non pharmacologiques*

On a longtemps conseillé aux femmes enceintes aux prises avec des nausées et des vomissements de modifier leur alimentation, par exemple en séparant les liquides des solides, en mangeant de plus petites quantités de nourriture plus souvent ou en évitant les mets épicés et gras. Comme il existe très peu de preuves scientifiques sur l'efficacité de ces changements d'habitudes pour la réduction des NVG, il est aujourd'hui recommandé aux femmes enceintes de manger ce qui leur plaît, dans la mesure où les aliments choisis sont sécuritaires. En ce sens, elles éviteront les viandes, poissons, œufs et produits laitiers crus (Campbell *et al.*, 2016; INSPQ, 2017). Elles doivent boire de l'eau en quantité suffisante pour maintenir une bonne hydratation (Campbell *et al.*, 2016).

Quant aux besoins de sommeil, il a été démontré qu'ils augmentent au début de la grossesse. La fatigue peut intensifier les NVG, chez la femme enceinte qui ne peut dormir suffisamment (Santiago *et al.*, 2001). L'infirmière peut recommander à sa patiente de faire des siestes, si

**Tableau 1** Mesures non pharmacologiques recommandées

Traitements non pharmacologiques	Mécanismes d'action	Effet bénéfique sur les NVG	Auto-administration possible
Gingembre	Amélioration de la motilité gastrique	Efficace	Oui
Acupuncture	Régulation de la motilité gastrique	Probablement efficace, preuves limitées chez les femmes enceintes	Non
Acupression*			Oui
Psychothérapie (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, une forme de méditation)	Amélioration de la gestion du stress, réduction de l'anxiété	Probablement efficace, preuves limitées chez les femmes enceintes	Oui, si apprentissage de la méthode avec un psychothérapeute <sup>1</sup> ou auto-apprentissage

\* Point P6 ou point de Neiguan, situé à une distance proximale de trois doigts du poignet, entre les deux tendons 1. Dont une infirmière possédant un permis de psychothérapie.  
Sources : Campbell *et al.*, 2016; Faramarzi *et al.*, 2015.

possible, et de prévoir des nuits plus longues qu'à l'habitude (INSPQ, 2017). Enfin, d'autres mesures non pharmacologiques, comme la consommation de gingembre, le recours à l'acupuncture et à l'acupression, ainsi que la psychothérapie sont désormais recommandées par la SOGC pour le traitement des NVG (Tableau 1).

*Suppléments vitaminiques*

La prise de suppléments vitaminiques en début de grossesse serait associée à une réduction des NVG, en raison de la présence de vitamine B dans ces suppléments. À l'inverse, le fer contenu dans certaines vitamines pourrait exacerber les NVG chez plusieurs femmes. La SOGC recommande aux femmes souffrant de NVG de cesser la prise de leurs vitamines prénatales si elles contiennent du fer, et de les remplacer par de l'acide folique ou des vitamines prénatales à faible teneur en fer. Cette substitution serait sécuritaire pour la plupart des femmes en santé puisque les besoins en fer n'augmentent généralement pas au cours du premier trimestre de la grossesse (Campbell *et al.*, 2016). Comme le règlement sur la prescription infirmière concernant les suppléments vitaminiques et l'acide folique chez la femme enceinte n'est pas limitatif, l'infirmière pourra ajuster la prescription en ce sens.

Lorsque la modification des habitudes de vie, les mesures non pharmacologiques et les suppléments vitaminiques restent sans effet pour atténuer les NVG, le recours à des traitements pharmacologiques doit être envisagé (Tableau 2).

**Traitement de première intention : combinaison vitamine-antihistaminique (pyridoxine-doxylamine)**

Le traitement reconnu en première intention pour soulager les nausées chez la femme enceinte est la pyridoxine, c'est-à-dire la vitamine B6. Cette vitamine hydrosoluble peut être prise seule ou en association avec de la doxylamine, un antihistaminique (Campbell *et al.*, 2016). Bien que le mécanisme d'action de la pyridoxine ne soit pas encore complètement élucidé, elle serait impliquée dans le métabolisme de certaines amines cérébrales telles la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, trois neurotransmetteurs agissant sur le centre du vomissement situé dans le bulbe rachidien (Duchesnay, 2016). Quant à la doxylamine, elle présente une affinité pour les récepteurs histaminiques H<sub>1</sub>, au niveau cérébral et produit une action antiémétique. Elle diminue les stimulations sur le centre du vomissement et agit de manière indirecte sur le système vestibulaire. Compte tenu de sa capacité

L'infirmière peut aider sa patiente en prenant en charge la gestion des symptômes par l'enseignement de méthodes non pharmacologiques, mais également par la prescription de certains médicaments.

**Tableau 2** Médicaments recommandés en ordre d'intention pour traiter les nausées et vomissements de la grossesse

Médicaments (classe thérapeutique)	Doses	Effets indésirables à surveiller	Recommandations
<b>1<sup>re</sup> intention</b>			
Pyridoxine (vitamine B6)	10 à 25 mg p.o. ou i.v., t.i.d. (ajustable selon la sévérité des symptômes) Dose max. : 200 mg/jour	L'un des antiémétiques qui semblent causer le moins d'effets indésirables	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse
Doxylamine (10 mg) en association à la pyridoxine (10 mg) (Antihistaminique antagoniste des récepteurs H <sub>1</sub> )	Nausées légères 2 co. p.o., au coucher Nausées modérées 1 co. p.o., le matin, 1 co. l'après-midi et 2 co. au coucher Dose max.-8 co./jour	Somnolence et sécheresse buccale	Administrés à titre préventif en début de grossesse, la doxylamine et la pyridoxine peuvent être efficaces pour réduire les NVG chez les femmes à risque élevé
<b>2<sup>e</sup> intention</b>			
Dimenhhydrinate (Antihistaminique, antagoniste des récepteurs H <sub>1</sub> )	50 à 100 mg p.o., i.r. ou i.v., q4-6h Dose max. en association avec 4 co. de doxylamine/pyridoxine : 200 mg Dose max. en utilisation seule : 400 mg	Somnolence et sécheresse buccale	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse Administré pour traiter les phases aiguës ou chroniques
<b>3<sup>e</sup> intention</b>			
Métoclopramide (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	5 à 20 mg p.o. ou i.v., q.i.d. Dose max. : 80 mg/jour	Somnolence et effets extrapyramidaux : - Dystonie aiguë - Akathisie - Dyskinésie Limiter le traitement à 12 semaines consécutives pour prévenir la survenue de dyskinésie tardive	Un antihistaminique antagoniste des récepteurs H <sub>1</sub> pourrait être utilisé en association pour contrer les effets extrapyramidaux Peut être utilisé à tous les trimestres de la grossesse
Chlorpromazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	10 à 25 mg p.o., q4-6h, ou 25 à 50 mg i.m., q4h	Somnolence et effets extrapyramidaux : - Dystonie aiguë - Akathisie - Dyskinésie	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse Peuvent être administrés en traitement d'appoint contre les NVG
Prochlorpérazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	5 à 10 mg p.o., i.m. (injection profonde) ou i.v., q6-8h, ou 25 mg i.r., b.i.d.	Arrythmies cardiaques : vérifier l'allongement de l'intervalle QT, particulièrement lorsque la patiente le prend en association avec d'autres médicaments pouvant avoir cet effet	Un antihistaminique antagoniste des récepteurs H <sub>1</sub> pourrait être utilisé en association pour contrer les effets extrapyramidaux
Prométhazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	12,5 à 25 mg p.o. ou i.v., q4-8h		
<b>4<sup>e</sup> intention</b>			
Ondansétron (Antagonistes sérotoninergiques 5-HT <sub>3</sub> )	4 à 8 mg p.o. ou i.v., q8-12h, PRN	Céphalées et constipation Vérifier l'allongement de l'intervalle QT, particulièrement lorsque la patiente le prend en association avec d'autres médicaments pouvant avoir cet effet  Une augmentation du risque de malformations cardiaques et de fentes palatines chez le fœtus a été soulevée lors de son utilisation au premier trimestre	Traitement de dernier recours, comme l'innocuité et l'efficacité pendant la grossesse sont contestées Utiliser pour les cas réfractaires aux traitements reconnus comme sécuritaires  Aucune donnée d'innocuité dans un contexte de grossesse n'est disponible pour les autres médicaments de cette classe thérapeutique (dolansétron et granisétron)

co. : comprimés; p.o. : par voie orale; i.m. : par voie intramusculaire; i.v. : par voie intraveineuse; i.r. : par voie intrarectale; q4-8h : toutes les 4 à 8 heures; i.d. : une fois par jour, b.i.d. : deux fois par jour; t.i.d. : trois fois par jour; q.i.d. : quatre fois par jour; PRN : au besoin.

Exemples de noms commerciaux : pyridoxine-doxylamine (Diclectin®); dimenhhydrinate (Gravol®); diphenhydramine (Benadryl®); métoclopramide (Maxeran®); chlorpromazine (Largactil®); prochlorpérazine (Stemetil®); prométhazine (Phenergan®); ondansétron (Zofran®).

Adapté de Campbell *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2013; Pasternak *et al.*, 2013a; 2013b.

à traverser la barrière hémato-encéphalique, elle peut produire des effets sédatifs et anticholinergiques (Brunton *et al.*, 2011).

La combinaison de pyridoxine (10 mg) et de doxylamine (10 mg) est commercialisée en comprimé à libération retardée sous le nom de Diclectin®. Il est essentiel d'informer les patientes du fait que le médicament ne commence à agir que cinq à six heures après l'avoir ingéré. Le soulagement des symptômes n'est donc pas immédiat. Il faut prendre deux comprimés au coucher afin de réduire l'apparition et la gravité des nausées matinales. Selon la SOGC (2002) et Campbell *et al.* (2016), certaines femmes pourraient ajouter un comprimé le matin et un autre le midi pour soulager les NVG qui persisteraient toute la journée. La posologie devrait être ajustée selon la gravité des symptômes. Santé Canada (2016) indique que certaines femmes peuvent prendre jusqu'à huit comprimés par jour, si les NVG qu'elles éprouvent sont sévères. En vertu du règlement, l'infirmière est autorisée à prescrire si les NVG sont non incoercibles. À la suite de son évaluation ou lorsqu'elle assure une surveillance clinique de l'état de santé de la femme, l'infirmière doit la diriger vers un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal.

Se basant sur un essai clinique randomisé (Maltepe et Koren, 2013), la SOGC recommande maintenant l'administration de la combinaison pyridoxine-doxylamine à titre préventif en début de grossesse chez les femmes à risque élevé de NVG, bien que cette pratique soit relativement nouvelle. Les femmes à risque élevé de NVG sont généralement celles ayant des antécédents de NVG modérés à sévères. L'incidence des cas les plus sévères serait principalement associée aux grossesses multiples, à la présence de môle hydatiforme et à un fœtus de sexe féminin (Campbell *et al.*, 2016).

#### Contre-indications

Bien qu'elle soit généralement bien tolérée, la combinaison pyridoxine-doxylamine est contre-indiquée chez les patientes présentant un risque de crise d'asthme, celles qui sont atteintes d'un glaucome à angle fermé, d'ulcères peptiques sténosants, d'obstruction pyloro-duodénale ou du col vésical et chez celles recevant des inhibiteurs de la monoamine oxydase ou qui allaitent (Duchesnay, 2016).

La SOGC recommande aux femmes souffrant de NVG de cesser la prise de leurs vitamines prénatales si elles contiennent du fer, et de les remplacer par de l'acide folique ou des vitamines prénatales à faible teneur en fer. Comme le règlement sur la prescription infirmière concernant les suppléments vitaminiques et l'acide folique chez la femme enceinte n'est pas limitatif, l'infirmière pourra ajuster la prescription en ce sens.

#### Traitement de deuxième intention : autres antihistaminiques

Si la combinaison pyridoxine-doxylamine se révèle inefficace, on y ajoutera un antihistaminique de première génération, le dimenhydrinate, à prendre 30 minutes avant la combinaison pyridoxine-doxylamine. En présence de NVG persistants, le dimenhydrinate peut être pris aux quatre à six heures. Il est considéré sécuritaire pendant la grossesse (Campbell *et al.*, 2016).

Si les symptômes de nausées et vomissements persistent ou s'aggravent malgré les traitements susmentionnés, l'OIIQ est d'avis que l'infirmière devrait se limiter aux traitements de première et deuxième intentions et diriger la patiente vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (OIIQ, 2016).

#### Traitement de troisième intention : antagonistes des récepteurs de la dopamine

Les antagonistes des récepteurs de la dopamine, soit le métoclopramide et la famille des phénothiazines, représentent une solution de troisième intention chez les patientes qui ne répondent pas aux traitements précédents (Campbell *et al.*, 2016). Le métoclopramide atteint le système nerveux central (SNC) en traversant la barrière hémato-encéphalique. Il agit en bloquant les récepteurs de la dopamine et, à dose élevée, en bloquant les récepteurs de la sérotonine (Matthews *et al.*, 2015). Ces actions ont pour effet d'augmenter le seuil de déclenchement des nausées et de diminuer la sensibilité des nerfs viscéraux dans le système digestif, ce qui permet de réguler les NVG. Quant aux phénothiazines (chlorpromazine, prochlorpérazine, prométhazine) ils ont tous un mécanisme d'action spécifique se traduisant surtout par un impact direct sur le centre du vomissement du SNC en bloquant les récepteurs de la dopamine (Brunton

*et al.*, 2011). Les femmes enceintes ayant recours à ces médicaments devraient être informées des effets sédatifs et extrapyramidaux possibles (Campbell *et al.*, 2016).

#### Traitement de quatrième intention : antagonistes sélectifs des récepteurs de la sérotonine 5-HT<sub>3</sub>

En quatrième intention, lorsque les NVG sont graves et que la combinaison des autres antiémétiques s'avère inefficace, l'emploi d'un antagoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine 5-HT<sub>3</sub>, l'ondansétron, peut être tenté (Boelig *et al.*, 2016; Matthews *et al.*, 2015; McParlin *et al.*, 2016). Toutefois, les données probantes sur l'innocuité et l'efficacité de l'ondansétron lors d'une exposition au premier trimestre de la grossesse sont contestées (Anderka *et al.*, 2012; Campbell *et al.*, 2016; Danielsson *et al.*, 2014; Pasternak *et al.*, 2013a). Il ne devrait être envisagé qu'en dernier recours. Il agit en bloquant les terminaisons nerveuses vagues périphériques qui sont normalement activées en présence de sérotonine. Il inhibe aussi le déclenchement des nausées au niveau de la zone chémoréceptrice du SNC et diminue les stimulations du centre du vomissement médullaire (Brunton *et al.*, 2011). Ce médicament est normalement indiqué pour soulager les nausées et vomissements associés à la radiothérapie et à la chimiothérapie émétogènes, ainsi que pour prévenir et traiter les nausées et vomissements postopératoires (Novartis, 2016).

#### Autres médicaments

Les corticostéroïdes systémiques devraient être déconseillés pour le soulagement des NVG pendant le premier trimestre en raison du manque de données probantes et du risque accru de fissure labio-palatine (Badell *et al.*, 2006; Boelig *et al.*, 2016). Leur utilisation pourrait être envisagée à partir du deuxième trimestre dans les cas réfractaires sévères de NVG.

En vertu du règlement, l'infirmière est autorisée à prescrire la combinaison pyridoxine-doxylamine si les NVG sont non incoercibles; toutefois, elle doit diriger la patiente vers un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal.

### Le reflux gastro-œsophagien pendant la grossesse

Un aspect essentiel de la prise en charge des NVG concerne le traitement du reflux gastro-œsophagien. Fréquent, il peut exacerber les NVG. Les changements hormonaux qui ralentissent la motilité gastrique en seraient la principale cause (INSPQ, 2017). Le traitement de première intention repose sur l'utilisation d'antiacides contenant du calcium, du magnésium ou de l'aluminium. Accessibles en vente libre dans les pharmacies, les antiacides ne sont pas considérés comme tératogènes si les doses maximales et les précautions énumérées dans la monographie sont respectées (Campbell *et al.*, 2016).

Si les antiacides se révèlent inefficaces, les antagonistes des récepteurs histaminiques H2, notamment la ranitidine, sont recommandés (Campbell *et al.*, 2016).

Enfin, en dernière intention, dans les cas plus graves de reflux gastro-œsophagien, les inhibiteurs de la pompe à proton peuvent être utilisés. L'oméprazole est l'option à privilégier, puisque son innocuité est la mieux documentée parmi les médicaments de cette classe pharmacologique (Campbell *et al.*, 2016).

Dans tous les cas, et particulièrement si la patiente souffrant de NVG n'est pas soulagée par les traitements recommandés, il faut porter une attention particulière

### Cas clinique : retour sur la situation de Janie

Janie rencontre l'infirmière qui fait une évaluation de son état de santé. Comme Janie ne présente pas de contre-indications ni de signes cliniques (la déshydratation par exemple) qui pourraient nécessiter une consultation avec un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), et que les NVG sont non incoercibles, l'infirmière lui prescrit des comprimés contenant la combinaison pyridoxine-doxylamine. En effet, comme cette dernière détient une attestation de prescription en vertu du règlement, elle est autorisée à prescrire un médicament pour traiter les nausées et les vomissements non incoercibles chez la femme enceinte<sup>1</sup>. L'infirmière explique à Janie que selon les données probantes les plus récentes, ce médicament est reconnu comme étant sécuritaire durant la grossesse, tant pour le fœtus que pour la mère. Elle lui donne également des recommandations sur les moyens non pharmacologiques pour diminuer ses symptômes ainsi que sur les éléments de surveillance et les indications de consulter à nouveau au besoin. L'infirmière effectue un suivi auprès de Janie dans les 24-72 heures après le début du traitement afin d'assurer la surveillance clinique de son état de santé, ce qui consiste à évaluer l'efficacité du traitement, la présence d'effets secondaires ou la détérioration des signes et symptômes qui nécessiterait d'orienter Janie vers le médecin ou l'IPS.

aux troubles de l'humeur et examiner les autres causes possibles, conjointement avec l'équipe de soins (Campbell *et al.*, 2016).

### Conclusion

Dans une situation où les mesures non pharmacologiques s'avèrent inefficaces pour traiter les NVG, un traitement pharmacologique devrait être envisagé le plus rapidement possible. L'infirmière peut aider sa patiente en prenant en charge la gestion des symptômes, par l'enseignement de méthodes non-pharmacologiques mais également par la prescription de certains médicaments. De plus, le fait d'informer les patientes sur l'utilisation sécuritaire de certains médicaments pendant la grossesse favorisera l'adhésion au traitement et l'amélioration de la qualité de vie de la future mère, qui doit préserver son énergie pour le fœtus en croissance. ■

1. « Certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier », *Gazette officielle du Québec*, 147<sup>e</sup> année, n° 40, 7 octobre 2015. [En ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=63845.pdf>]

NDLR Cet article a été révisé par Barbara Harvey, inf. M. Sc., conseillère à la qualité de la pratique à la Direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ.

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est en ligne sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



### Les auteurs



**Jacinthe Leclerc** est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est également candidate au doctorat en sciences pharmaceutiques-pharmacoépidémiologie de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Ses études sont menées à l'Institut national de santé publique du Québec.



**Alexandre Sanctuaire** est étudiant au doctorat de premier cycle en pharmacie à l'Université Laval. Il travaille à la pharmacie et au centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.



**Andrée-Anne Boivin-Cyr** est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) au GMF du Cap à Trois-Rivières.



**Karine Cloutier** est professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Elle est également pharmacienne au Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec – Université Laval.

### Bibliographie

- Anderka, M., A.A. Mitchell, C. Louik, M. M. Werler, S. Hernández-Díaz et S.A. Rasmussen. « Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects », *Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, vol. 94, n° 1, janv. 2012, p. 22-30.
- Badell, M., S.M. Ramin et J. Smith. « Treatment options for nausea and vomiting during pregnancy », *Pharmacotherapy*, vol. 26, n° 9, sept 2006, p. 1273-1287.
- Boellig, R.C., S.J. Barton, G. Saccone, A.J. Kelly, S.J. Edwards et V. Berghella. « Interventions for Treating Hyperemesis Gravidarum », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, 11 mai 2016.
- Brunton, L.L., B.A. Chabner et B.C. Knollmann. *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics* (12<sup>e</sup> éd.), New York (NY), McGraw-Hill, 2011, 1808 p.
- Campbell, K., H. Rowe, H. Azzam et C.A. Lane. « Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 38, n° 12, déc. 2016, p. 1138-1149.
- Danielsson, B., B.N. Wikner et B. Kallen. « Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant », *Reproductive Toxicology*, vol. 50, déc. 2014, p. 134-137.

Duchesnay. *Monographie de produit : Diclectin (pyridoxine-doxylamine)*, 2016. En ligne : [https://www.duchesnay.com/files/pdf/diclectin\\_monographie.pdf](https://www.duchesnay.com/files/pdf/diclectin_monographie.pdf) (Page consultée le 18 février 2017.)

Faramarzi, M., S. Yazdani et S. Barat. « A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy », *Human Reproduction*, vol. 30, n° 12, déc. 2015, p. 2764-2773.

Ferreira, E., B. Martin et C. Morin. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique* (2<sup>e</sup> éd.), Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2013, 1183 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères 2017 », janv. 2017, 780 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/mieuxvivre> (Page consultée le 14 février 2017.)

Mattepe, C. et G. Koren. « Preemptive treatment of nausea and vomiting of pregnancy: results of a randomized controlled trial », *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, art. n° 809787, 2013. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1155/2013/809787>

Matthews, A., D.M. Haas, D.P. O'Mathúna et T. Dowswell. « Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, 8 sept. 2015, p. CD007575.

McParlin, C., A. O'Donnell, S.C. Robson, F. Beyer, E. Moloney, A. Bryant et al. « Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: A systematic review », *Journal of the American Medical Association*, vol. 316, n° 13, 4 oct. 2016, p. 1392-1401.

Novartis. « Monographie de produit : Zofran (ondansétron) », 2015, 44 p. En ligne : [https://www.novartis.ca/sites/www.novartis.ca/files/zofran\\_scrip\\_f.pdf](https://www.novartis.ca/sites/www.novartis.ca/files/zofran_scrip_f.pdf) (Page consultée le 18 février 2017.)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). *Lignes directrices : pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* (2<sup>e</sup> éd.), Montréal, OIIQ/CMQ, juill. 2014, 67 p. En ligne : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee> (Page consultée le 10 mars 2017.)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité*, 2016, 124 p. En ligne : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf> (Page consultée le 15 mai 2017.)

Pasternak, B., H. Svanstrom et A. Hviid. « Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 9, 28 févr. 2013a, p. 814-823.

Pasternak, B., H. Svanstrom, D. Molgaard-Nielsen, M. Melbye et A. Hviid. « Metoclopramide in pregnancy and risk of major congenital malformations and fetal death », *Journal of the American Medical Association*, vol. 310, n° 15, 16 oct. 2013b, p. 1601-1611.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, c. M-9, r. 13. Santé Canada. « Résumé de l'examen de l'innocuité – DICLECTIN (combinaison de doxylamine et de pyridoxine) – Évaluation de l'innocuité pendant la grossesse », 19 juill. 2016. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/examens-innocuite/resume-examen-innocuite-evaluer-diclectin-combinaison-doxylamine-pyridoxine.html> (Page consultée le 20 février 2017.)

Santiago, JR., M.S. Nolleto, W. Kinzler et T.V. Santiago. « Sleep and sleep disorders in pregnancy », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 5, 6 mars 2001, p. 396-408.



ACFA

## RÉDIGER UN ARTICLE DE FORMATION CONTINUE

### Vous aimeriez collaborer à une publication de développement professionnel unique et chère au cœur des infirmières et infirmiers?

Vous souhaiteriez mettre à profit votre expertise reconnue dans un secteur de pratique précis de la profession infirmière (santé mentale, soins critiques, soins intensifs, santé et sécurité au travail, bloc opératoire, etc.) afin de contribuer à la mise à jour des connaissances de vos pairs?

Peut-être seriez-vous intéressée à rédiger, pour *Perspective infirmière*, un article donnant droit à des heures admissibles parmi les activités de la catégorie formation accréditée (ACFA). Pour manifester votre intérêt et obtenir plus d'information, communiquez avec nous par courriel à [revue@oiiq.org](mailto:revue@oiiq.org) en indiquant « Article ACFA » dans l'objet.