



HAL
open science

Compression médicale veineuse en prévention des thromboses veineuses chez la femme enceinte

Amélie Hanquet

► **To cite this version:**

Amélie Hanquet. Compression médicale veineuse en prévention des thromboses veineuses chez la femme enceinte. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870390

HAL Id: hal-03870390

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870390v1>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*COMPRESSION MEDICALE VEINEUSE EN PREVENTION
DES THROMBOSES VEINEUSES CHEZ LA FEMME
ENCEINTE*

**Mémoire présenté et soutenu par
HANQUET Amélie**

Directeur de mémoire : FLENGHI Julie

Sage-femme cadre enseignante

2018

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de mon travail.

Je remercie plus particulièrement Mme FLENGHI Julie, sage-femme enseignante pour ses conseils avisés, ses expertises professionnelles ainsi que pour l'écoute attentive dont elle a fait preuve.

Je remercie toutes les femmes qui ont accepté de prendre quelques minutes pour répondre à mon enquête.

Je remercie le personnel de la Maternité du CHRU de NANCY ayant pris le temps de me rencontrer et de distribuer mes questionnaires.

Et enfin, je remercie mes proches qui m'ont soutenue durant ces cinq années d'étude.

GLOSSAIRE

BAT : Bas Anti-Thrombose

CHRUN : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JIFA : Journées Internationales Francophones d'Angiologie

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MTEV : Maladie Thrombo Embolique Veineuse

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

TCA : Temps de Céphaline Activée

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	9
1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS.....	9
2. TYPE D'ETUDE.....	10
3. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	11
RESULTATS.....	13
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	13
2. REPONSES A L'OBJECTIF PRINCIPAL : LE PORT DE BAS DE COMPRESSION A VISEE PREVENTIVE PAR LES FEMMES ENCEINTES.....	15
3. REPONSES A L'OBJECTIF SECONDAIRE	15
DISCUSSION	19
1. ANALYSE DE L'ETUDE.....	19
2. VALIDITE EXTERNE	22
3. LIMITES DE L'ETUDE.....	23
4. PERSPECTIVES.....	26
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXES.....	33

INTRODUCTION

Au cours de la grossesse, le corps de la femme est soumis à des modifications physiologiques. Ces modifications qui se présentent sous forme de bouleversements hormonaux et changements physiques sont essentielles : pour le fœtus en permettant son développement et sa croissance mais également pour la mère en la préparant à l'accouchement [1].

L'adaptation de l'organisme à l'état gravide se traduit donc par l'obligation des grands systèmes qui constituent le corps humain à subir des changements. C'est le cas par exemple du système circulatoire où l'on constate une altération du retour veineux et de la coagulation.

L'altération du retour veineux peut se manifester durant la grossesse par une accumulation de liquide dans plusieurs parties du corps telles que les jambes, les pieds ou encore les chevilles. Elle s'explique par le fait que, compressée par l'utérus, la veine cave ne remonte plus correctement le flux sanguin du bas du corps vers le haut [2]. En plus de cette accumulation d'eau, la compression veineuse, en s'associant à l'augmentation hormonale, est également responsable d'une accumulation de sang [3]. Cette mauvaise circulation sanguine, en empêchant le bon retour veineux, peut occasionner des symptômes gênants, autres que les œdèmes : sensation de jambes lourdes, douleurs semblables à des crampes, prurit, dysesthésies et impatiences [4] [5].

Dès le premier trimestre de grossesse, un autre phénomène s'ajoute à celui de la stase sanguine. Il s'agit de l'hypercoagulabilité physiologique dont le rôle essentiel est de prévenir les hémorragies de la délivrance. Elle se traduit par [3] [6]:

- l'augmentation de certains facteurs plasmatiques de la coagulation qui doublent ou triplent pouvant raccourcir le Temps de Céphaline Activée (TCA),
- l'augmentation du facteur Willebrand facilitant l'hémostase primaire,
- l'effondrement de la protéine S importante pour la fibrinolyse.

Si on se réfère aux travaux de Rudolf Virchow, le risque pour la femme enceinte est donc la formation d'un thrombus. En effet, il a décrit en 1856 trois facteurs à l'origine des thrombus : la stase veineuse, l'hypercoagulabilité et la lésion vasculaire [7].

L'apparition d'une thrombose veineuse peut donc survenir quand s'ajoute à la stase veineuse et à l'hypercoagulabilité physiologique de grossesse, une lésion de la paroi sanguine. Cette dernière peut faire suite à un traumatisme (tel que l'accouchement) mais peut également résulter de la simple compression pelvienne et de la vasodilatation veineuse [8].

Du fait de toutes ces modifications du système circulatoire, le risque de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) en obstétrique est cinq fois plus important que dans la population générale. La MTEV représente actuellement en France la deuxième cause de mortalité maternelle (10%) précédée de l'hémorragie de la délivrance (11%) et suivie de l'embolie amniotique (9%) [3] [9]. Toutefois, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) insiste sur le fait « *qu'une part importante de ces décès est évitable* » [3]. En effet, selon le 5^{ème} rapport publié par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2017 de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), le taux d'évitabilité de mort maternelle causée par thrombo-embolie veineuse a été estimé à 50% sur la période 2010-2012 : résultat en hausse puisqu'il était de 46.2% sur la période 2001-2003 [9] (Annexe 1). L'INSERM précise que l'insuffisance thérapeutique concerne, certes, les traitements curatifs, mais également les traitements préventifs qui sont parfois absents des situations à risque ou non adaptées [9].

La MTEV par son impact sur la morbidité et mortalité maternelle, est devenue une préoccupation de Santé Publique ayant conduit à l'élaboration de recommandations afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques [3] [6]. La Haute Autorité de Santé (HAS) a donc intégré en 2010 la grossesse aux situations pouvant majorer le risque de thrombose veineuse [10] (annexe 2). La survenue de MTEV étant considérée comme évitable, elle a également établi des conduites de prévention. Elle insiste sur le fait qu'« *une compression par bas est indiquée, en dehors des contre-indications, lors de toute grossesse et dans les semaines après l'accouchement. L'objectif de cette compression est de prévenir une thrombose veineuse profonde* » en favorisant une meilleure circulation sanguine [10].

Cette recommandation a fait suite aux résultats de deux méta-analyses datant de 2009 : NICE (National Institute of health and Care Excellence) et SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) reconnaissant la grossesse comme facteur de risque et préconisant le port d'une contention veineuse. Malgré le faible niveau de preuves scientifiques (grade D), la HAS « *dans l'attente de données cliniques complémentaires pour confirmer le rapport performances/risques de la compression en prévention de la thrombose veineuse* », affirme que « *la prophylaxie mécanique ne doit pas être négligée* » [10] [11] [12].

La recommandation de la HAS sur la prophylaxie par bas anti thrombose (BAT) incite donc les différents professionnels assurant le suivi de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes) à prescrire à toutes les femmes enceintes ces dispositifs. Afin de renforcer et de faciliter l'accès à ceux-ci, de nouvelles mesures plus récentes ont été mises en place. Pour leur service médical rendu, ainsi que pour améliorer leur disponibilité, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a inscrit les bas de compression I, II, III et IV sur la liste LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables), prouvant ainsi leur intérêt. Elle prévoit en effet une prise en charge de 60%. La CNAM limite à 4 paires par an le nombre de bas délivrés sur ordonnance. Ce remboursement peut aller jusqu'à 8 paires par an pour certaines situations bien définies dont la grossesse fait partie. Ces bas de compression figurent d'ailleurs sur la liste des dispositifs médicaux autorisés à la prescription par les sages femmes [13] [14] [15].

Cependant, pour que les BAT puissent assurer leur rôle de prévention des risques thromboemboliques et de soulagement des problèmes de rétention d'eau, il est nécessaire de vérifier que la prescription soit délivrée avec des explications adéquates et qu'elle soit suivie d'une bonne observance et d'une bonne utilisation du dispositif [13]. En effet, les professionnels doivent avertir les patientes sur les risques en matière de maladie thromboembolique, relater les signes révélant une insuffisance veineuse et exposer la méthode préventive existante. Il leur convient d'expliquer le mode de fonctionnement du dispositif ainsi que de s'assurer de la bonne compréhension concernant le bon usage. C'est-à-dire contrôler que les patientes les portent tous les jours, durant toute la grossesse et le post partum, en les mettant le plus tôt possible après leur réveil avec la bonne technique et en respectant la notice d'entretien du dispositif [10].

Selon le cinquième rapport de l'ENCMM publié en septembre 2017 par l'INSERM, le taux de décès maternels par cause de thrombo-embolie veineuse a diminué de 11.8 % sur la période 2007-2009 à 10.2 % sur la période 2010-2012 [9]. Cependant, à contrario, face aux données récentes concernant la hausse de décès maternels causés par un événement thromboembolique évitable, la question sur la bonne application de la prévention se pose.

En effet, de nombreuses données nous montrent que les bas de contention apparaissent pour les femmes enceintes comme étant une méthode de prévention primaire pour lutter contre les risques thromboemboliques, et qu'il existe de nombreux champs d'action (intégration aux recommandations pour la pratique professionnelle et inscription sur la liste LPPR) afin de faciliter leur accessibilité [15]. Mais l'absence de réduction des morts maternelles par accidents thromboemboliques considérées comme évitables, ainsi que la diminution générale des décès maternels par accident thromboembolique ne peuvent actuellement pas s'expliquer ni se résumer à l'inefficacité ou l'efficacité de la prophylaxie mécanique. D'une part, car les traitements médicaux, qu'ils soient préventifs ou curatifs (anticoagulants injectables), interviennent également dans la prise en charge et, d'autre part, car il n'y a, à ce jour, aucun état des lieux sur l'observance des patientes face à cette prophylaxie. Aucune donnée ne nous relate le pourcentage de femmes enceintes se voyant prescrire les BAT durant leurs grossesses ni le pourcentage de femmes ne les mettant pas lorsqu'ils sont prescrits.

Ces zones d'ombre et d'interrogations prouvent qu'il est intéressant d'analyser le taux de prescription et d'observance en prénatal du port de bas de contention pour répondre aux questions suivantes : les femmes enceintes portent-elles les BAT lorsqu'ils leur sont prescrits ? Si les femmes enceintes ne portent pas ces dispositifs lorsqu'ils sont prescrits, quelles en sont les raisons ?

MATERIEL ET METHODE

1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS

Afin de répondre à la question de recherche, plusieurs hypothèses ont été énoncées :

1^{ère} hypothèse

Les femmes enceintes ne portent pas les BAT en prévention des thromboses veineuses malgré une prescription systématique et régulière (prescription plus d'une fois au cours de la grossesse).

2^{ème} hypothèse

Les femmes enceintes ne portent pas les BAT car elles n'ont pas connaissance de leurs bienfaits.

3^{ème} hypothèse

Les femmes enceintes ne portent pas les BAT car elles rencontrent des difficultés face à ce dispositif : difficulté d'obtention, difficulté à l'achat, difficulté au moment de l'enfilage...

Pour permettre l'évaluation de ces hypothèses un objectif principal et un objectif secondaire ont été élaborés :

Objectif principal de l'étude :

Réaliser un état des lieux du taux d'observance du port de compression médicale à visée préventive chez les femmes enceintes réalisant leur suivi obstétrical à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy sur la période allant du 27 mars au 13 avril 2018.

Objectif secondaire de l'étude

Apporter des explications sur les motifs d'observance ou de non observance du port de compression médicale à visée préventive chez les femmes enceintes.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude d'observance monocentrique.

2.1. Population étudiée

Population cible

La population étudiée est constituée de femmes majeures enceintes consultant pour leur suivi de grossesse auprès de professionnels de santé de la maternité du CHRU de Nancy et se trouvant en secteur de consultation anténatale lors du passage de l'enquêteur.

Critères d'inclusion à l'étude

Ont été incluses à l'étude, les femmes enceintes :

- majeures
- consultant à la maternité du CHRU de Nancy durant la période du 24 mars au 13 avril 2018
- suivies par une sage-femme et/ou un Gynécologue Obstétricien.

Critères d'exclusion à l'étude

Ont été exclues de l'étude, les femmes :

- portant des bas de contention à visée curative
- ayant une barrière linguistique.

2.2.Modalités de réalisation de l'étude

Lieu d'étude

L'étude a été effectuée en Lorraine, à la maternité du CHRU de Nancy (type III) dans le service de consultations.

Obligations règlementaires et/ou éthiques

Du fait de l'enquête anonyme, aucune obligation réglementaire et/ou éthique n'a été nécessaire.

Eléments de faisabilité

La présence d'un nombre suffisant de patientes, parmi les 57 795 patientes annuelles consultant en gynéco-obstétrique à la maternité du CHRU de NANCY, acceptant de répondre à des entretiens et à des questionnaires anonymes a rendu l'étude faisable [16].

3. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Méthodologie du recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué en consultation par les aides soignantes¹ lors de l'admission des patientes, après accord de la cadre sage-femme du service. Le questionnaire a été confié le 27 mars 2018. Les femmes répondaient au questionnaire avant ou après leur consultation dans la salle d'attente et le remettaient une fois complété aux aides soignantes. 100 exemplaires de questionnaire ont été distribués. L'étude s'est arrêtée le 13 avril 2018 après la réception d'un nombre suffisant de questionnaires soit 83 et quand toutes les tranches d'âges, les différents âges gestationnels ainsi que les différents praticiens assurant le suivi ont pu être répertoriés.

¹ Dans le service de consultations en gynéco-obstétrique de la maternité du CHRU de Nancy, les femmes enceintes sont accueillies par les aides soignantes : elles réalisent ainsi la prise de la tension artérielle ainsi que la bandelette urinaire puis redirigent les patientes vers leurs professionnels.

Variables recueillies

Les variables utilisées ont été choisies suite à 10 entretiens préliminaires réalisés en janvier 2018 dans le service de consultation de gynécologie obstétrique du CHRU de Nancy [Annexe 4]. Ces entretiens ont été effectués de manière anonyme et ont été proposés mais non imposés. Le nombre d'entretiens préalables n'était pas prédéfini. L'arrêt des entretiens s'est fait suite à l'absence d'apparition de nouveaux éléments et après le recueil d'informations suffisantes à l'élaboration du questionnaire [Annexe 5].

Les variables retenues ont été les suivantes :

- Variables permettant de décrire la population (âge, situation familiale, niveau d'étude et profession)
- Variables permettant d'apporter des informations médicales (profil face au tabagisme, Indice de Masse Corporelle (IMC), antécédents familiaux ou personnels de MTEV, prise d'un traitement anticoagulant, mois de grossesse et professionnel suivant majoritairement la grossesse)
- Variables permettant de répondre à l'objectif principal de l'étude (port des BAT par les patientes)
- Variables permettant de répondre à l'objectif secondaire de l'étude (prescription au cours de la grossesse : professionnel et trimestre concernés, explications apportées lors de la prescription, motif(s) du port, amélioration des symptômes, doute(s) quant à leur intérêt, difficulté(s) rencontrée(s) pour les obtenir et pour leur mise en place, contraintes des BAT, motif(s) du non port).

L'analyse des résultats a nécessité une analyse statistique réalisée à l'aide du logiciel Excel.

RESULTATS

(Annexe 6 : tableaux de recueil)

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Au total, parmi les 100 questionnaires distribués sur la période s'étendant du 27 mars au 13 avril 2018, 83 patientes ont répondu de manière exhaustive. Seuls 81 questionnaires sur les 83 récoltés ont été retenus et inclus à l'étude (population : N=81).

Les éléments descriptifs de la population ont été reportés dans le tableau 1.

Tableau 1. Descriptif de la population étudiée.

		Effectifs (N=81)	%
Groupes d'âge (ans)	18-25	16	20
	26-30	26	36
	31-34	19	23
	35-40	13	16
	>40	4	05
	TOTAL	81	100
Catégorie socio- professionnelle	1 ou 2 ²	2	3
	3 ³	10	12
	4 ⁴	25	31
	5 ou 6 ⁵	34	42
	Sans emploi	10	12
	TOTAL	81	100
Situation familiale	Célibataire / En couple	34	42
	Pacsée	27	33
	Mariée	20	25
	TOTAL	81	100

^{1;2} Artisans, commerçants, agriculteurs et chefs d'entreprise

³ Cadres et professions intellectuelles supérieures

⁴ Techniciens, agents de maîtrise et autres professions intermédiaires

^{5;6} Employés et ouvriers

Les éléments apportant des informations médicales sur la population ont été reportés dans le tableau 2.

Tableau 2. Informations médicales concernant la population.

		Effectifs (N=81)	%
Mois de grossesse	1 ^{er}	1	1
	2 ^{ème}	6	7
	3 ^{ème}	4	5
	4 ^{ème}	11	14
	5 ^{ème}	16	20
	6 ^{ème}	12	15
	7 ^{ème}	8	10
	8 ^{ème}	14	17
	9 ^{ème}	9	11
		TOTAL	81
Responsable du suivi de grossesse	Sage-femme	44	54
	Gynécologue-Obstétricien	35	43
	Médecin généraliste	2	3
	TOTAL	81	100
Tabagisme hors grossesse (nombre de cigarettes ou cigarette électronique)	Aucune	53	65
	<10 cg/j	12	15
	≥10 cg/j	12	15
	Cigarette électronique	4	5
	TOTAL	81	100
Tabagisme pendant la grossesse	Aucune	65	80
	<10 cg/j	13	16
	≥10 cg/J	3	4
	Cigarette électronique	0	0
	TOTAL	81	100
IMC	Poids Insuffisant	4	5
	Poids normal	46	57
	Surpoids	22	27
	Obésité	9	11
	Obésité morbide	0	0
	TOTAL	81	100

2. REPONSES A L'OBJECTIF PRINCIPAL : LE PORT DE BAS DE COMPRESSION A VISEE PREVENTIVE PAR LES FEMMES ENCEINTES

26 % (N₁=21) des patientes enceintes ayant répondu au questionnaire n'ont pas porté de bas de compression à visée préventive contre 74% (N₂=60) ayant renseigné les porter (N=81).

Parmi les patientes ayant déclaré les porter (N₂=60), 54% les ont portés deux à trois jours par semaine et 46% les ont portés quotidiennement.

3. REPONSES A L'OBJECTIF SECONDAIRE

Afin de répondre à l'objectif secondaire « motifs du port ou du non-port des bas de compression à visée préventive par les femmes enceintes », différents facteurs ont été répertoriés :

- Prescription des bas de compression à visée préventive
- Informations délivrées lors de la prescription
- Port des BAT
- Non port des BAT.

3.1. PRESCRIPTION DES BAS DE COMPRESSION A VISEE PREVENTIVE

Parmi les 81 patientes (N=81) ayant répondu au questionnaire, 81% (N₃=66) se sont vues délivrer une ordonnance pour des bas de compression à visée préventive.

La figure 1 montre la répartition des taux de prescription des BAT par les différents types de professionnels assurant le suivi de la grossesse (N₃=66).

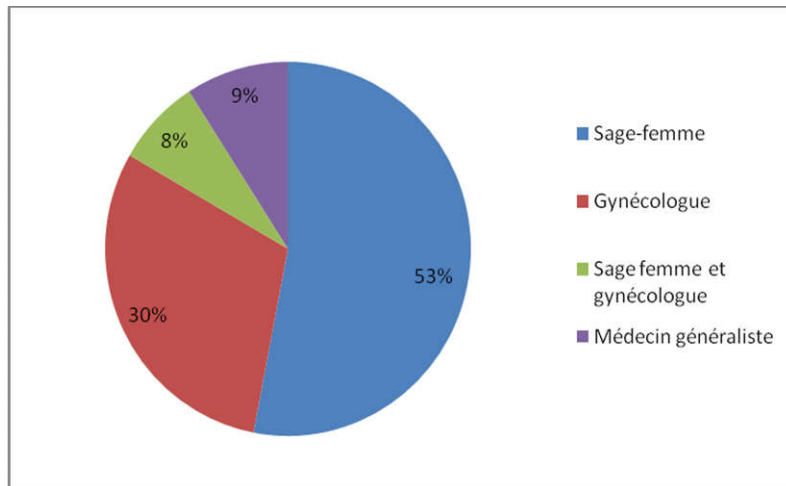


Figure 1. Taux de prescriptions des BAT par les différents professionnels (N₃=66).

Pour 54% des 66 patientes ayant bénéficié d'une prescription (N₃=66), l'ordonnance a été faite au cours du premier trimestre, contre 20 % au deuxième et 11% au troisième. 15% ont eu un renouvellement de prescription au cours des différents trimestres (5% au premier et deuxième, 1% au deuxième et troisième et 9% au cours des trois trimestres).

3.2. INFORMATIONS DELIVREES

Dans le groupe de patientes s'étant vues prescrire des BAT (N₃=66) :

- 62% ont reçu des explications concernant l'utilité de ces dispositifs lors de la prescription.
- 83% ont reçu des informations sur « quand et comment mettre les BAT ».
- 61% ont bénéficié de renseignements quant au remboursement par l'assurance maladie.

3.3. PORT DES BAS DE COMPRESSION A VISEE PREVENTIVE

Les principales raisons du port des BAT (ainsi que leurs fréquences) pour les patientes (N₂=60), sont renseignées dans la figure 2. Ces raisons sont au nombre de quatre et les pourcentages résultent des 104 réponses recensées (le choix des réponses étant multiple, N₄= 104).

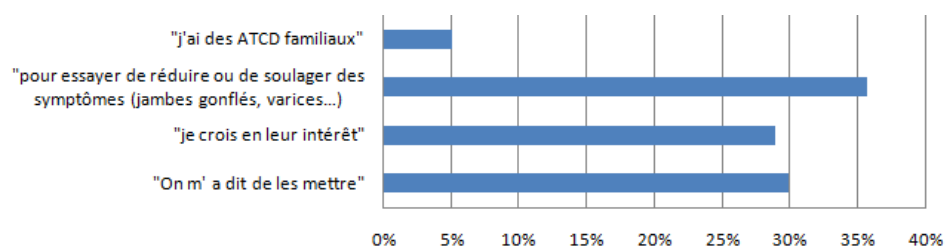


Figure 2. Fréquences des quatre raisons évoquées au port des BAT par les patientes les portant (N₄=104)

43 % de patientes (soit N₅=26) avaient des symptômes (varices, jambes lourdes, douleurs) avant la mise en place des BAT parmi les 74% (N₂=60) ayant porté ces dispositifs au cours de la grossesse. Pour seulement quatre personnes (N₅=26), ces symptômes n'ont pas été soulagés par le port des bas de compression à visée préventive.

Les avis sur les bas de compression à visée préventive émis par les patientes les portant ont été détaillés dans le tableau 3.

Tableau 3. Avis émis par les patientes sur le port des BAT.

		Effectifs N ₂ =60	%
Doutes quant à leurs intérêts (oui/non)	Oui	1	2
	Non	59	98
	TOTAL	60	100
Difficultés à obtenir les dispositifs	Lors de la prescription	0	0
	Lors du choix du modèle	3	5
	Lors du remboursement	2	3
	Aucune	55	92
	TOTAL	60	100
Difficultés lors de la mise en place des BAT	Aucune	38	64
	Difficulté de la méthode	2	3
	Difficulté à les mettre seule	20	33
	TOTAL	60	100

Concernant la question « *les bas de compression à visée préventive sont-ils contraignants ?* », 68% (N₆=55) des patientes ayant déclaré mettre les BAT (N₂=60) ont répondu positivement. Les contraintes évoquées étaient « ils me tiennent chaud » (20%), « ils me gênent » (18%), « ils ne sont pas esthétiques » (16%), « ils me

compriment trop » (10%) et « l'élastique me brûle » (4%). 77 réponses ont été recensées au total (N₇= 77) : le choix des réponses était multiple.

3.4.NON PORT DES BAS DE COMPRESSION A VISEE PREVENTIVE

Les quatre raisons évoquées par les 26% de patientes (N₁=21) ayant déclaré ne pas porter les BAT étaient « je n'ai pas eu de prescription » pour 14 patientes, puis « ils sont contraignants » et « je n'en vois pas l'intérêt » pour respectivement trois patientes et enfin « ils sont difficiles à mettre » pour une patiente.

DISCUSSION

1. ANALYSE DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux du taux d'observance des bas de compression à visée préventive chez les femmes enceintes réalisant leur suivi obstétrical à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy sur la période s'étendant du 27 mars au 13 avril 2018. La réponse à cet objectif a permis d'infirmer la 1^{ère} hypothèse : « les femmes enceintes ne portent pas les BAT en prévention des thromboses veineuses malgré une prescription systématique et régulière (prescription plus d'une fois au cours de la grossesse) ». En effet, seules 26% des 81 patientes interrogées n'ont pas porté de BAT au cours de leur grossesse témoignant ainsi d'une forte observance. De plus, parmi ces dernières, 14% n'ont pas bénéficié d'une prescription. On peut donc imaginer que le pourcentage de port des BAT a pu être sous-estimé du fait de la prescription non systématique. Par contre, seulement 46% des patientes ayant déclaré les porter, le faisaient conformément aux recommandations c'est-à-dire quotidiennement.

L'objectif secondaire de l'étude était d'apporter des explications quant aux motifs d'observance ou de non observance du port de compression médicale à visée préventive chez les femmes enceintes.

Il s'agissait, dans un premier temps, de savoir si les femmes enceintes bénéficiaient effectivement d'une prescription systématique et régulière de bas de compression à visée préventive au cours de leur grossesse. *Les patientes étaient-elles en mesure de pouvoir porter des BAT ?* 81% des patientes interrogées avaient effectivement bénéficié d'une prescription systématique et donc avaient la possibilité de les porter. Cependant, cette prescription n'était pas forcément reconduite. En effet, celle-ci n'a été renouvelée que pour 15% des patientes au cours des différents trimestres (5% au premier et deuxième, 1% au deuxième et troisième et 9% au cours des trois trimestres). *Ce faible taux reflète-il un suivi non optimal des recommandations de la HAS de la part des professionnels de santé ? Ou est-il dû à un refus ou une absence de besoin d'une nouvelle prescription de la part des patientes ?* L'étude ne nous permet

pas de l'expliquer. Par ailleurs, les patientes interrogées ne se trouvaient pas toutes au même stade de grossesse (13% étaient au 1^{er} T, 49% au 2^{ème} et 38% au 3^{ème} T) : celles étant au 1^{er} ou 2^{ème} trimestre pouvaient encore bénéficier d'un renouvellement de prescription. On pouvait tout de même conclure que la majorité des prescriptions avait eu lieu au cours du 1^{er} trimestre (54%). De plus, avec 53% des prescriptions réalisées au cours de la grossesse, les sages-femmes représentaient la catégorie de professionnels prescrivant le plus les BAT (contre 30% des gynécologues, 9% des médecins généralistes et 8% de prescription combinée sage-femme et gynécologue). Cependant, dans notre population, 54% des patientes étaient suivies par une sage-femme ce qui explique ce pourcentage majoritaire.

Dans un deuxième temps, pour évaluer la compliance à ce dispositif, il était important de s'intéresser à l'éducation thérapeutique des patientes grâce aux informations délivrées par les professionnels de santé concernant:

- la MTEV et ses facteurs de risque
- l'intérêt et le bon usage des BAT.

De façon générale nous avons pu observer qu'en majorité les femmes enceintes recevaient des informations : 62% en ont eu sur l'utilité des BAT lors de la prescription et 83% sur « quand et comment les mettre ». Les résultats ont donc permis d'infirmier la deuxième hypothèse « les femmes enceintes ne portent pas les BAT car elles n'ont pas connaissance de leurs bienfaits » : les patientes, en majorité, portaient les BAT et étaient bien informées. Cependant, malgré un taux important de patientes déclarant « savoir quand et comment mettre les BAT », on observe parmi elles un pourcentage important (54%) déclarant ne les mettre que 2 à 3 jours par semaine. *Ce taux est-il dû à des informations incorrectes délivrées par les professionnels ou à une incompréhension par les patientes ? Ou encore reflète-il le fait que malgré ces connaissances, les patientes ne les portent pas quotidiennement pour un autre motif ?*

Il s'agissait donc, dans un dernier temps, de répertorier les motifs du port et du non port des BAT, en plus de ceux de l'absence de prescription ou de connaissances sur les BAT.

Parmi les femmes ayant déclaré porter les BAT au cours de leur grossesse (74%) le principal motif énoncé était « essayer de réduire ou de soulager des symptômes comme la sensation de jambes gonflées, varices... » (36%). Venait ensuite « on m'a dit de les mettre » (30%), « je crois en leur intérêt » (29%) et enfin « j'ai des antécédents familiaux » (5%).

Les patientes portaient donc en majorité les BAT pour réduire un symptôme. D'ailleurs 46% (soit 26 personnes) d'entre elles avaient des symptômes avant la mise en place des dispositifs de compression. Seulement quatre personnes n'ont pas trouvé d'amélioration avec le port des BAT. Ces résultats appuyaient donc les raisons du port mais également l'efficacité du dispositif perçue par les patientes.

Pour savoir pourquoi la majorité des patientes ne portaient pas de façon quotidienne les BAT, elles pouvaient émettre des avis sur ceux-ci. 98% des patientes portant les bas de compression à visée préventive n'avaient pas de doute quant à leur intérêt, 92% n'avaient pas de difficulté à les obtenir (lors de la prescription, lors du choix du modèle, lors du remboursement). Pour ce qui est de leur mise en place, seules 36 % ont exposé des difficultés (33% avaient du mal à les mettre seule et 3% trouvaient la méthode difficile). La 3^{ème} hypothèse a pu être invalidée : « les femmes enceintes ne portent pas les BAT car elles rencontrent des difficultés face à ce dispositif : difficulté d'obtention, difficulté à l'achat, difficulté au moment de l'enfilage... ». En effet les patientes mettaient les BAT et n'exprimaient pour la majorité pas de doutes ou de difficultés.

Cependant à contrario, seules 32% des patientes ne trouvaient pas les BAT contraignant. En effet, pour 20% des patientes les BAT tenaient trop chaud, pour 18% ils étaient gênants, pour 16% ils n'étaient pas esthétiques, pour 10% ils comprimaient trop et pour 4% l'élastique du dispositif les brûlait. Néanmoins ces résultats ne nous éclairent par sur le lien entre ces contraintes et le non port quotidien des BAT. *Ce résultat reflète-t-il la raison qui entraîne les femmes à ne pas les mettre ?*

Parmi le faible nombre de patientes interrogées ayant déclaré ne pas ou plus mettre les BAT (26% soit 21 personnes), la principale raison du non port était « je n'ai pas eu de prescription » (pour 14 personnes). Venait ensuite « ils sont contraignants » et « je n'en vois pas l'intérêt » (pour respectivement 3 personnes) et enfin « ils sont difficiles à mettre » (pour 1 personne). On pouvait donc conclure que pour cette population, le principal motif de non observance était l'absence de prescription du dispositif. Il aurait été intéressant de savoir si les patientes auraient porté les BAT si elles avaient bénéficié d'une prescription. De plus, l'étude s'intéressait à chercher quels étaient les motifs de la non observance auprès des patientes ayant bénéficié d'une prescription. Il aurait donc été judicieux de cibler les patientes ne mettant pas les BAT

malgré une prescription afin de savoir si le principal motif du non port était « ils sont contraignants ».

2. VALIDITE EXTERNE

Il existe peu d'études comparables concernant la compression médicale en prévention des thromboses veineuses chez la femme enceinte. Afin de juger de la validité de notre étude, nous l'avons tout de même comparée à celle réalisée en 2015 pour les Journées Internationales Francophones d'Angiologie (JIFA) sur le thème « Compliance à la compression médicale chez la femme dans le contexte de la grossesse/ enquête auprès des médecins du travail » [18]. Elle a été réalisée auprès de 10 médecins du travail avec un effectif de 136 patientes.

Tout d'abord, nous avons pu noter que le taux de prescription de compression veineuse durant la grossesse différait : il était de 58.8% dans l'étude pour les JIFA contre 81% dans notre étude. Cependant, cet écart peut être expliqué par une méthodologie différente avec un effectif plus important.

De plus, la compression médicale était prescrite en majorité par les gynécologues (47.5%), venaient ensuite les médecins traitants (29.5%) et enfin les sages-femmes (26.5%). Dans notre étude, ce sont les sages femmes qui représentaient la catégorie de professionnels prescrivant le plus les BAT et on remarquait un taux faible de prescriptions de la part de médecins généralistes (9%). Cependant, l'étude réalisée pour les JIFA ne nous renseigne pas sur le type de professionnel ayant suivi les patientes durant leur grossesse. Par ailleurs, ces conclusions prennent également en compte les patientes dans le post partum qui sont éventuellement plus amenées à consulter un médecin généraliste.

Pour ce qui est des résultats sur l'observance des BAT, on a pu remarquer une similitude. L'étude des JIFA mettait en avant un fort taux d'observance (80.6%) légèrement supérieur au taux de notre étude (74%). Ce taux légèrement supérieur peut s'expliquer par une différence au niveau de la population : il ne concerne qu'une partie de la population étudiée (patientes ayant eu une prescription) alors que pour notre étude il concerne tout notre échantillon (patientes n'ayant pas eu de prescription incluses).

Concernant la bonne observance aux dispositifs, on observe que l'étude des JIFA mentionne un port quotidien des BAT de 22% contre 46% dans notre étude. Ces résultats témoignent tous deux d'une mauvaise observance : les patientes ne les portent pas de manière conforme aux recommandations. Ce taux qui double entre les deux études peut être nuancé par la prise en compte dans la première étude des patientes dans le post partum : on peut suggérer qu'au long cours il est pénible de les mettre tous les jours surtout s'il y a présence d'une diminution des symptômes à l'arrêt de la grossesse

Pour conclure, cette étude a une conclusion semblable à la notre concernant le principal motif de non observance : la contrainte des BAT (41%).

3. LIMITES DE L'ETUDE

3.1.POINTS FORTS

Le choix du sujet d'étude :

Face à la hausse de décès maternels causés par un événement thromboembolique évitable, la question sur la bonne application de la prévention se posait. En effet, depuis la publication des recommandations de la HAS de 2010 sur ce sujet, aucune étude n'a permis d'évaluer s'il existait actuellement un bon suivi de celles-ci par les professionnels et les patientes.

Ils nous paraissent donc judicieux de faire un état des lieux quant à l'observance du port des BAT chez la femme enceinte.

Lieu d'étude :

La maternité du CHRU de Nancy (type III) représentait un choix astucieux pour cibler une large population sur une courte période. En effet, environ 57 800 patientes consultent chaque année dans le service de gynécologie-obstétrique.

Questionnaire :

Sur les 100 questionnaires distribués nous avons obtenu un taux de retour de 83%. Seul deux questionnaires n'ont pas été éligibles du fait de l'apparition d'un facteur d'exclusion. Aucune réponse aberrante sur l'ensemble des questionnaires n'est apparue ce qui a permis de traiter toutes les réponses.

De plus, notre échantillon était homogène quant à l'âge, la situation familiale, la catégorie socioprofessionnelle, l'âge gestationnel et quant aux professionnels ayant suivi la grossesse.

Par ailleurs, le pourcentage élevé de réponses obtenues rapidement (en moins de trois semaines) laisse penser que l'étude a intéressé notre échantillon.

3.2.POINTS FAIBLES ET BIAIS

Recommandations :

L'étude ainsi que son analyse se base seulement sur les recommandations de 2010 de la HAS concernant la compression médicale en prévention de la thrombose veineuse chez la femme enceinte (recommandation de grade D). Cependant, d'autres recommandations existent et diffèrent. En effet, pour ce qui est de la stratégie prophylactique, le CNGOF ainsi que la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommandent le port des BAT pendant la grossesse chez les femmes ayant un risque modéré, élevé ou majeur de MTEV et non pour celles ayant un risque faible⁶ (recommandation de grade D) [3] [17].

Etant donné que pour ces deux sociétés savantes, le fait de ne pas proposer cette prophylaxie aux patientes asymptomatiques ne constitue pas une erreur ; il aurait fallu interroger les professionnels pour comprendre les raisons de la non prescription.

De plus, étant basées sur un faible niveau de preuve scientifique (grade D), ces différentes recommandations peuvent potentiellement influencer la prise en charge des professionnels, en apparaissant comme peu fiables.

Lieu d'étude :

Le fait que l'étude soit mono centrique empêche de généraliser et d'extrapoler les résultats à la population générale.

⁶ – Aucun facteur de risque – Ou présence de < 3 facteurs suivants : - âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA - acteurs obstétricaux : césarienne, multiparité > 4, prééclampsie, allitement strict prolongé, hémorragie du post-partum, etc.) - maladie thrombogène sous-jacente (syndrome néphrotique, MICI en poussée, infection intercurrente systémique, etc.)

Bien que les recommandations soient nationales, nous pouvons nous questionner sur la possible influence du type de maternité sur le pourcentage de prescription des BAT. En effet, la maternité du CHRU de Nancy est à la fois une maternité de type III et à la fois une maternité universitaire et donc sensibilise potentiellement plus les professionnels ainsi que les étudiants au suivi optimal des recommandations.

Il aurait été judicieux de comparer ces résultats à ceux de maternités de type I et II pour avoir un aspect global quant au taux de prescription et d'observance des BAT dans la région Lorraine.

Extrapolation des résultats à la population générale :

En plus du fait que l'étude soit monocentrique, les résultats de l'étude peuvent difficilement être exploitables en étant peu représentatif de la population générale. En effet, si on compare notre échantillon à l'échantillon de l'enquête nationale périnatale de 2016 publiée par l'INSERM des différences sont présentes au niveau de nombreuses caractéristiques [19].

Dans notre étude, la majorité des femmes enceintes étaient âgées de 26 à 30 ans (36%), étaient soit célibataire ou en couple (42%) et avaient été suivi par une sage-femme durant la grossesse (54%). Alors que dans l'enquête de 2016, les gynécologues représentaient les professionnels réalisant en majorité le suivi de grossesse des patientes (65.7%) qui en moyenne avaient entre 30 et 34 ans (33.8%) et étaient pacsées (41.3%).

Des similitudes apparaissent tout de même concernant le statut tabagique et l'IMC des patientes. Dans les deux études, les patientes pour la plupart, avaient un poids hors grossesse considéré par l'OMS comme normal (57% dans notre étude et 60,8% dans celle de l'INSERM), et étaient non fumeuses avant la grossesse (65% / 70%) et pendant la grossesse (83.4% / 80 %).

Questionnaire :

Les questionnaires ont été remplis uniquement par les personnes qui le souhaitent et donc potentiellement intéressées et/ou sensibilisées au sujet. Ce qui peut biaiser le taux réel d'observance et de connaissance des BAT.

Le choix du questionnaire en lui-même, bien qu'intéressant pour regrouper des thématiques, peut en lui-même représenter un biais : la proposition de réponses peut

influencer les patientes. De plus, les réponses sont basées sur du déclaratif uniquement et donc les informations délivrées par les patientes ne sont pas vérifiables.

L'analyse de l'étude a permis de montrer que le questionnaire était incomplet et qu'il ne permettait pas de répondre pleinement à l'étude. Elle a également permis de mettre en évidence que toutes les raisons au non port des BAT n'étaient pas ressorties des entretiens préalables. En effet, il aurait été judicieux de faire apparaître trois autres interrogations :

- Si vous ne portez pas les BAT quotidiennement qu'elle en est la raison ?
- Si vous avez bénéficié d'une prescription, pour quelle(s) raison(s) ne les portez-vous pas ?
- Auriez-vous porté les BAT si on vous les avait prescrits ?

4. PERSPECTIVES

A fin d'améliorer cette étude, il aurait été intéressant de savoir quelles sont exactement les informations que les patientes ont retenues. En effet, cette étude permet de mettre en évidence que les patientes en majorité reçoivent des informations (au sujet de la mise en place du dispositif, de l'utilité...) mais ne les précisent pas : *sont-elles justes ?* La précision de celles-ci aurait peut-être pu nous éclairer sur la raison du non port quotidien des BAT.

De plus, la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pourrait également permettre de savoir si les patientes n'utilisent pas les BAT correctement car elles n'ont pas reçu les bonnes informations ou car elles les ont mal comprises ou mal retenues. Les informations délivrées et les informations retenues seraient alors confrontées. Une EPP permettrait également de comprendre pourquoi certaines femmes ne se voient pas prescrire ces dispositifs et de comprendre pourquoi on observe un taux aussi faible de renouvellement de prescription : *A quelle(s) société(s) savante(s) se réfère(nt) les professionnels ?*

Il serait potentiellement intéressant de mener cette étude en intégrant les patientes dans le post-partum afin de constituer un échantillon représentatif de toute la période où le risque de MTEV persiste. Mais aussi pour nous permettre de savoir si les taux de prescription et/ou d'observance changent et afin de savoir si des nouvelles difficultés ou motifs de mauvaise compliance apparaissent.

Etant donné, qu'une des conclusions de l'étude est que les femmes enceintes ne mettent pas les BAT de façon conforme aux recommandations (tous les jours), une brochure est en cours de réalisation. Nous savons que pour que les BAT agissent de manière optimale et ainsi assurer leur rôle de prévention des risques thromboemboliques et de soulagement des problèmes de rétention d'eau, il est nécessaire de bien les utiliser [13]. De plus, lors des consultations, il peut être difficile d'évaluer si les patientes les mettent en place correctement et au bon moment. Elle permettra donc de compléter les éventuelles informations délivrées par les professionnels en expliquant leurs intérêts, leurs bienfaits, leur mode d'enfilage ainsi que la fréquence de leur port. Nous envisageons de les mettre à disposition des patientes lors de leurs visites à la maternité dans les différents services. Cette brochure pourra servir aux patientes tout au long de la grossesse et du post partum comme un guide de rappel sur l'utilisation efficace des bas de compression (Annexe 7). Il est en effet souvent intéressant de laisser un support papier aux femmes pour les aider à retenir la quantité importante d'informations reçues tout au long de la grossesse.

A fin d'améliorer le taux de prescription de ces dispositifs, il pourrait s'avérer pertinent de proposer aux différents professionnels une prescription systématique. Une ordonnance type pourrait, dès le premier trimestre, être distribuée aux patientes en même temps que les documents délivrés sur la prévention de la toxoplasmose et de la listériose par exemple. Pour s'assurer que les patientes bénéficient d'une paire adaptée tout au long de la grossesse, il pourrait également être précisé sur cette ordonnance le nombre de renouvellement possible : « renouvelable deux fois » ou « renouvelable au deuxième et troisième trimestre de grossesse ».

CONCLUSION

La hausse des décès maternels par accidents thromboemboliques considérés comme évitables et cela malgré la mise en place de recommandations, nous a amenés à nous questionner sur la principale mesure prophylactique instaurée : le port des bas de compression.

En effet, face à l'absence de données relatant le pourcentage de femmes enceintes se voyant prescrire les BAT durant leurs grossesses ainsi que celui des femmes ne les mettant pas malgré une prescription, nous avons décidé de faire un état des lieux quant à l'observance de cette prophylaxie.

Nous avons pu observer que pour la majorité, les femmes enceintes portaient des bas de contention à visée préventive lorsqu'ils leur étaient prescrits. Le principal motif du port était d'essayer de soulager un symptôme (œdèmes, jambes lourdes...). Celui-ci était, pour le plus grand nombre, réduit grâce au dispositif.

Cependant, nous avons été interpellés par le fait que malgré la forte observance et les bénéfices exprimés, les patientes trouvaient tout de même les BAT contraignants.

Nous avons également pu établir des axes de progression concernant la prescription et la compréhension des patientes face à la mise en place de ces dispositifs.

En effet, malgré le taux élevé de prescription, nous avons pu noter que la majorité des patientes ne se voyait pas renouveler l'ordonnance au cours de la grossesse. Par ailleurs, parmi les patientes ne mettant pas les BAT, la principale cause exprimée était l'absence de prescription.

De plus, bien que les patientes se sentaient informées sur l'utilité et sur le bon usage, nous avons constaté que très peu d'entre elles mettaient les bas de compression à visée préventive conformément aux recommandations c'est-à-dire quotidiennement.

Il est donc essentiel pour les professionnels d'évaluer, tout au long de la grossesse, la bonne observance des BAT, en s'assurant que les patientes soient en possession d'une paire adaptée et en veillant à ce qu'elles les portent de manière optimale. La mise en place d'une prescription systématique de BAT, contenant la notion « à renouveler deux fois », distribuée lors de la première consultation, pourrait ainsi représenter une solution astucieuse. De plus, la brochure créée pourra apparaître comme un guide de rappel pour les patientes, qui reçoivent en général beaucoup d'informations lors des consultations.

Afin de permettre une meilleure homogénéité des pratiques professionnelles, il pourrait également être pertinent que les différentes sociétés savantes (HAS, CNGOF et SFAR) s'accordent pour délivrer des recommandations identiques sur cette prophylaxie et que des études randomisées de plus grandes ampleurs soient menées pour augmenter leur niveau de preuves.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Diemunsch P, Samain E. Anesthésie-réanimation obstétricale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson; 2009.

[2] Observatoire Santé, l'actualité dans l'univers de la santé. Utilisez vos bas de contention après la grossesse [en ligne]. Octobre 2016. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.observatoiresante.fr/utilisez-vos-bas-de-contention-apres-grossesse/4>

[3] CNGOF, Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Maladie thromboembolique veineuse et grossesse [en ligne]. Décembre 2010. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_169_benhamou.pdf

[4] HAS, Haute Autorité de santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques [en ligne]. Décembre 2010. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201012/fiche_de_bon_usage_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques.pdf

[5] Ameli. Comprendre les varices des jambes [en ligne]. Octobre 2017. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/varices-jambes/reconnaitre-varice>

[6] CNGOF - Thrombophilies et grossesse [en ligne]. 1999. [cité le 29 mars 2018] http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/99_005.PDF

[7] Attias D. KB cardiologie vasculaire. France : Editions Vernazobres-Gregg ; 2013.

[8] Calderwood CJ. Gestational related changes in the deep venous system of the lower limb on light reflection rheography in pregnancy and the puerperium. Clinical radiology. 2007; Vol 62 : 1174-1179

[9] INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir [en ligne]. Septembre 2017. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/5e_rapport_morts_maternelles_france_mieux_comprendre_mieux_prevenir_2010-2012.pdf

[10] HAS, Haute Autorité de Santé. La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse [en ligne]. Décembre 2010. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_en_prevention_de_la_thrombose_veineuse.pdf

[11] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of venous thromboembolism. National meeting draft. Edingurgh: NHS quality improvement Scotland; 2009

[12] National Institute for health and Care Excellence. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patient admitted to hospital (draft). London: NICE; 2009

[13] HAS, Haute Autorité de Santé. Dispositifs de compression médicale à usage individuel utilisation en pathologies vasculaires [en ligne]. Septembre 2010. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rapport_compression_medical_1276_vf.pdf

[14] LEGIFRANCE. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire [en ligne]. Juin 2006. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024688759>

[15] AMELI. La liste des produits et prestations- LPP [en ligne]. Juin 2017. [cité le 29 mars 2018]. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/etablissement-de-sante/exercice-professionnel/nomenclatures-codage/lpp>

[16] Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy. Chiffres clés 2016 [en ligne]. 2017. [cité le 18 avril 2018]. Disponible sur :

<http://www.chu-nancy.fr/images/CHRU/Chiffres-cles-2016-web.pdf>

[17] SFAR, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. 2005. [cité le 08 mai 2018]. Disponible sur :

http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/2_AFAR_Prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale.pdf

[18] Cazaubon M, Phan Chan The E, Allaert FA. Compliance de la compression médicale chez la femme dans le contexte de la grossesse / enquête auprès des médecins du travail. [en ligne]. JIFA ; Juillet 2015 [cité le 16 mai 2018]. Disponible sur :

<http://congres.eska.fr/pdf/JIFA%202015%20Cazaubon%20M.%20Phan%20Chan%20The%20E.%20Allaert%20FA..pdf>

[19] INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [en ligne]. 2016 [cité le 01 juin 2018]. Disponible sur :

http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

ANNEXES

ANNEXE I

Tableau sur l'évitabilité des décès maternels par cause de décès ; France entière 2001-2003 et 2010-2012 publié en décembre 2017 par l'INSERM suite au 5^{ème} rapport de l'ENCMM (2010-2012) :

I TABLEAU 12 I

Évitabilité des décès maternels par cause de décès ; France entière 2001-2003 et 2010-2012

Causes de décès ^a	2001-2003					2010-2012				
	N	Non évitables	Total évitables ^b	% évitables ^c	Non établie	N	Non évitables	Total évitables ^b	% d'évitabilité ^c	Non établie
Directes	104	35	62	63,9	7	98	31	61	66,3	4
Hémorragies obstétricales	33	1	30	90,9	2	23	0	23	100,0	0
Embolie amniotique	17	15	2	11,8	0	23	15	8	34,8	0
Complications hypertensives	16	5	7	58,3	4	10	2	6	75,0	2
Thrombo-embolies veineuses	14	7	6	46,2	1	18	5	8	50,0	2
Infections sue pérales	1	1	10	90,9	0	6	1	4	80,0	1
Indirectes	64	43	16	27,1	5	82	38	34	47,2	18
Cardiovasculaires ^d	20	13	7	35,0	0	23	13	7	35,0	3
AVC	22	18	2	9,1	2	17	13	4	23,5	0
Infections	5	3	1	20,0	1	12	3	7	70,0	2
Maladies préexistantes	16	10	5	33,3	1	18	5	12	70,5	1
Tous	171	78	78	50,0	15	210	78	99	55,9	33

- a. Sélection des principales catégories de causes parmi les décès directs et indirects.
b. Évitable ou peut-être évitable.
c. Nombre de décès évitables ou peut-être évitables divisé par le nombre de cas pour lesquels une conclusion a été établie.
d. Y compris Cardiomyopathie du péri-partum.

ANNEXE II

Tableau sur les mortalités maternelles par cause de décès, France entière 2007-2009 et 2010-2012 issu du cinquième rapport de l'ENCMM (2010-2012) publié par l'INSERM en septembre 2017.

le RMM global, c'est sur les RMM par cause, et sur les facteurs d'évitabilité identifiés dans chaque contexte causal, que l'attention doit se porter. La section 5 de ce rapport détaille les aspects cliniques de la mortalité maternelle par cause. Par ailleurs, le nombre important de ces morts maternelles de cause inconnue souligne encore l'importance de promouvoir la pratique d'une autopsie dans ce contexte.

I TABLEAU 7 I

Mortalité maternelle par cause de décès, France entière 2007-2009 et 2010-2012, données ENCMM

CAUSES	2007-2009			2010-2012		
	n	%	RMM*	n	%	RMM*
Causes directes	147	57,9	6,0	121	47,3	4,9
Hémorragies du premier trimestre :	7	2,8	0,3	5	2,0	0,2
Consécutive à GEU	5	2,0		3	1,2	
Consécutive à IVG/FCS	2	0,8		2	0,8	
Hémorragies obstétricales	39	15,4	1,6	29	11,3	1,2
Atonie utérine	21	8,0	0,9	12	4,7	0,5
Rupture utérine	3	1,2		6	2,3	
Plaques chirurgicales et lésions*	3	1,2		6	2,3	
Placenta accreté / percreta	7	2,8		2	0,8	
Placenta previa	2	0,8		0	0,0	
Hématome rétroplacentaire	3	1,2		1	0,4	
Non identifiée	0	0,0		2	0,8	
Embolies amniotiques	20	7,9	0,8	24	9,4	1,0
Thrombo-embolies veineuses	30	11,8	1,2	26	10,2	1,1
Embolie pulmonaire	29	11,4		24	9,4	
Thrombose veineuse cérébrale	1	0,4		2	0,8	
Complications hypertensives	23	9,1	0,9	12	4,7	0,5
Prééclampsie	4	1,6		4	1,6	
Eclampsie	12	4,7		3	1,2	
HELLP syndrome	5	2,0		3	1,2	
Autres	2	0,8		2	0,8	
Sepsis puerpéral	8	3,1	0,3	6	2,3	0,2
Complications d'anesthésie*	3	1,2	0,1	4	1,6	0,16
Autres causes directes	17	6,7		15	5,9	
Cardiomyopathie du péri-partum	4	1,6		5	2,0	
Dépression post-partum (suicide)	2	0,8		1	0,4	
Choriocarcinome	2	0,8		4	1,6	
Complication d'un acte de chirurgie obstétricale	3	1,2		2	0,8	
Autres†	6	2,4		3	0,8	

a. 2010-2012 : Toutes en rapport avec une complication de césarienne

b. A ces 4 décès directement en rapport avec une complication d'anesthésie obstétricale, s'en ajoute un autre en rapport avec une complication d'anesthésie dans un contexte de pathologie ORL, classé dans les morts indirectes, voir chapitre 5.6

c. 2007-2009 - Stéatose hépatique gravidique (1), Microangiopathie thrombotique (1), Embolie gazeuse (1), Troubles métaboliques (1), Choc au cours du travail ou césarienne (2)

2010-2012 : Complication d'accouchement clandestin à domicile sans recours aux soignants (2), choc cardiogénique d'origine indéterminée sur GEU (grossesse extra-utérine) non rompue (1).

ANNEXE III

Recommandation sur la compression médicale en prévention de la thrombose veineuse de la Haute Autorité de Santé de 2010.



La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse

Les recommandations internationales sont en faveur de l'utilisation d'une compression en prévention de la thrombose veineuse profonde chez les patients à risque thrombo-embolique accru.

Ces recommandations reposent sur des méta-analyses reprenant des études pour la plupart antérieures à l'année 2000, dont la pertinence clinique est discutable au regard des pratiques actuelles. Des données cliniques complémentaires sont nécessaires pour confirmer le rapport performances/risques de la compression en prévention de la thrombose veineuse, alors que les médicaments sont de plus en plus efficaces dans cette indication. Dans cette attente, la HAS considère que la prophylaxie mécanique ne doit pas être négligée ; elle a effectué une évaluation des dispositifs (bas et bandes) utilisés dans cette indication.

Thrombose veineuse : survenue, diagnostic et gravité

- Une thrombose veineuse peut survenir dans le cadre d'une affection médicale, dans les suites d'une intervention chirurgicale, lors d'une grossesse, dans les cas d'immobilisation prolongée, et lors d'un voyage aérien de plus de 7 heures.
- **La thrombose veineuse profonde (TVP) proximale est une affection grave**, susceptible de s'étendre, de se compliquer d'embolie pulmonaire et/ou de syndrome post-thrombotique, et de récidiver. Son diagnostic repose sur l'examen clinique et sur l'exploration écho-Doppler.
- La TVP distale (pour le membre inférieur, jusqu'à la veine poplitée) et la thrombose veineuse superficielle (TVS) peuvent se compliquer, mais leur gravité à long terme est discutée.

Prévention : anticoagulants, compression et mobilisation

- Le traitement préventif des thromboses veineuses fait appel aux médicaments **anticoagulants**, à la **compression médicale** et à la **mobilisation précoce** des patients.

La compression en prévention de la thrombose veineuse dans un contexte médical

- L'utilisation d'une compression est recommandée pour prévenir une thrombose veineuse **dans les situations à risque, notamment en cas d'alitement** :
 - infections avec fièvre prolongée ;
 - cancers à risque de thrombose ;
 - insuffisances cardiaques ;
 - antécédents de thrombose veineuse.
- En revanche, l'utilisation d'une compression après un accident vasculaire cérébral (AVC) n'a pas démontré son intérêt.
- La compression est utile :
 - en complément du traitement anticoagulant ;
 - ou seule lorsque ce traitement n'est pas indiqué.

La compression en prévention de la thrombose veineuse dans un contexte chirurgical

- L'utilisation d'une compression est recommandée pour prévenir une thrombose veineuse **en cas d'intervention chirurgicale à risque thrombo-embolique veineux**.
- La compression est utile :
 - en association au traitement anticoagulant ;
 - ou seule lorsque ce traitement est contre-indiqué.

Compression médicale en prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP)

Contexte chirurgical ou médical (hors AVC)		
Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Patients n'ayant pas déjà de traitement compressif en cours	<ul style="list-style-type: none"> ● chaussettes anti-thrombose* 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ port bilatéral jour et nuit dès l'admission et tant que persiste le risque thrombo-embolique (même si reprise de la marche)
Patients ayant par ailleurs déjà un traitement compressif de plus forte pression	<ul style="list-style-type: none"> ● chaussettes anti-thrombose* 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ port bilatéral jour et nuit dès l'admission et pendant toute la durée de l'alitement ▶ le traitement compressif habituel sera repris ensuite

* En association au traitement anticoagulant lorsque celui-ci est indiqué.

Après un AVC
Pas d'indication à la compression

Voyages en avion de plus de 7 heures
La plupart des patients à risque identifié portent déjà un dispositif de compression

Modalités d'utilisation de la compression pour la prévention en chirurgie

- Prise de mesures préopératoires à l'issue de la prescription, ou lors de la consultation d'anesthésie.
- Enfilage préopératoire, sauf en chirurgie orthopédique du membre inférieur, où l'enfilage est réalisé immédiatement après l'intervention.
- Vérification au moment de l'enfilage de l'absence des **contre-indications de la compression**, car la prescription est souvent systématique.
- Port continu (jour et nuit).
- La durée du traitement compressif est fonction du risque thrombo-embolique :
 - 7 à 10 jours en cas de chirurgie à faible risque ;
 - 7 semaines en cas de chirurgie à haut risque (chirurgie orthopédique ou chirurgie carcinologique abdominale notamment) ;
 - chez les patients ayant par ailleurs une compression par bas, les chaussettes anti-thrombose ne sont recommandées que pendant la période d'alitement. Le relais est pris ensuite par le traitement compressif habituel.

Contre-indications de la compression médicale

- **Les contre-indications absolues** de la compression médicale sont :
 - **l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)** avec indice de pression systolique (IPS) < 0,6 ;
 - la microangiopathie diabétique évoluée (pour une compression > 30 mmHg) ;
 - la *phlegmatia cerulea dolens* (phlébite bleue douloureuse avec compression artérielle) ;
 - la thrombose septique.
- **Une réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque** s'impose en cas d'**AOMI** avec IPS entre 0,6 et 0,9, de neuropathie périphérique évoluée, de dermatose suintante ou eczématisée, ou d'intolérance aux fibres utilisées.

Les chaussettes antithrombose

- Il existe des bas dits « antithrombo-emboliques » (ATE). Cependant, cette appellation n'est étayée par aucune donnée concernant l'efficacité de ces dispositifs sur la survenue d'une embolie pulmonaire. La HAS propose de ne plus retenir cette appellation.
- Les données disponibles ne mettent pas en évidence de différence d'efficacité en fonction de la hauteur du bas. En revanche, **le risque de pose incorrecte et d'effet garrot lié au port du bas-cuisse fait préférer la chaussette**.
- La HAS propose donc que seules des **chaussettes antithrombose** soient utilisées en prévention de la TVP. Leurs principales caractéristiques sont :
 - pression à la cheville entre 15 et 20 mmHg ; pression au mollet de 50 à 80 % de la pression à la cheville ;
 - forme anatomique, talon marqué ;
 - pied ouvert pour permettre l'examen des tissus cutanés ;
 - lavables (question d'hygiène et pour retrouver leurs propriétés compressives) ;
 - durabilité : 7 semaines minimum (persistance du risque thrombo-embolique).
- En l'absence de chaussettes correspondant strictement à ces caractéristiques, des **chaussettes de 15 à 20 mmHg de pression** peuvent être utilisées.

Compression et prévention de la thrombose veineuse dans la grossesse et le *post-partum*

Une compression par bas est indiquée, en dehors des contre-indications, **lors de toute grossesse et dans les semaines après l'accouchement**. L'objectif de cette compression est de **prévenir une thrombose veineuse profonde**.

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Grossesse ou <i>post-partum</i> Cas général	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 mmHg 	<p>► Port recommandé durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois en cas de césarienne)</p>
Grossesse ou <i>post-partum</i> En cas d'affection veineuse chronique associée	<ul style="list-style-type: none"> bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou > 36 mmHg selon la gravité de l'affection veineuse 	

- Il n'y a pas de **différence d'efficacité** démontrée entre les différents types de bas. La culotte des collants, qu'ils soient dits « de maternité » ou non, n'a aucune efficacité compressive.
- **Les bandages ne sont pas indiqués** chez la femme enceinte ou dans le *post-partum*, sauf en cas d'affection veineuse chronique associée.

La HAS a mené cette évaluation à partir de l'analyse des données scientifiques identifiées par une revue détaillée de la littérature, de l'étude des données fournies par les fabricants et de l'avis d'un groupe de professionnels constitué de médecins praticiens généralistes et spécialistes ainsi que d'orthésistes.

À la date d'élaboration de ce document, les modifications proposées par la HAS ne figurent pas sur la liste des produits et prestations remboursables. Par ailleurs, ces propositions sont susceptibles d'évoluer en fonction de données nouvelles que la HAS pourrait être amenée à examiner.

HAS

Validé par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé (CNEDiMTS) de la HAS, ce document a été élaboré à partir des études disponibles et de l'ensemble des rapports de la commission.

Ces rapports, comme l'ensemble des publications de la HAS, sont disponibles sur www.has-sante.fr

Décembre 2010

ANNEXE IV

Trame ayant servi à la réalisation des entretiens préliminaires :

TRAM D'ENTRETIEN- Mémoire « Compression médicale veineuse en prévention des thromboses veineuses chez la femme enceinte ».

Pré requis :

- Donner aux patientes des informations concernant le thème abordé et le but de l'entretien.
- Informer les patientes que l'entretien sera anonyme et qu'il ne nécessitera pas la consultation du dossier médical.
- Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.
- Informer sur le fait que les enregistrements ne seront pas diffusés.

1ère partie, les renseignements généraux de la patiente:

- Age
- Niveau d'études
- Profession exercée
- Situation familiale
- Mois de grossesse
- Suivi de grossesse réalisé par quel professionnel

2ème partie, recherche de facteurs de risque de MTEV chez la patiente :

- Tabac :
 - Avant grossesse
 - Pendant la grossesse
- Taille / poids
- ATCD familiaux de MTEV :
 - ATCD familiaux au 1^{er} degré de trouble de la coagulation, de phlébite, d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus :
- ATCD personnel de MTEV :
 - ATCD personnel de cancer, de trouble de la coagulation, de phlébite, d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus :
 - ➔ Si ATCD de phlébite, d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus y avait-il un facteur déclenchant ?
 - ➔ Si absence de facteur déclenchant, a-t-on recherché la cause ?
- Prise d'un traitement anticoagulant ?

3ème partie : connaissance, prescription et port des BAT par la patiente :

- Avez-vous déjà entendu parler des bas de contention ?
 - En avez-vous déjà porté ? A quelle occasion ?
 - Vous a-t-on prescrit au cours de cette grossesse des BAT ?
-
- Si votre professionnel vous a prescrit des BAT, quelle(s) information(s) vous a-t-il donné ?
 - Savez-vous comment les mettre et à quoi ils servent ? Qui vous a expliqué ?
 - Si votre professionnel vous a prescrit des BAT, a-t-il abordé avec vous le remboursement par l'assurance maladie de ces dispositifs ?
 - Si votre professionnel vous a prescrit des BAT, les mettez-vous ?
 - ➔ Si oui pourquoi les mettez-vous ?
 - ➔ Si non, pour quel motif ne les portez-vous pas ou plus ?

ANNEXE V

Questionnaire distribué :

Amélie HANQUET, étudiante sage-femme à l'école de Nancy

QUESTIONNAIRE- Mémoire « Compression médicale veineuse en prévention des thromboses veineuses chez la femme enceinte ».

Informations

Actuellement étudiante en cinquième année à l'école de Sage-femme de Nancy, je réalise mon mémoire sur le port des bas de contention durant la grossesse. A fin de me permettre sa réalisation, j'ai élaboré un questionnaire anonyme où les informations qui y seront recueillies permettront l'avancement de mon étude. Je vous remercie par avance, du temps que vous me consacrez et reste à votre disposition si vous souhaitez davantage d'informations (hanquet.amelie@free.fr).

Temps de remplissage estimé : environ 5 minutes.

Renseignements généraux : (cocher la case correspondante ou écrire sur les pointillés)

Age : 18-25 ans 26-30 ans 31-34 ans 35-40 ans >40 ans

Niveau d'études : Collège Lycée CAP, BEP BAC Etudes supérieures

Profession exercée : _____

Situation familiale : Célibataire En couple Pacsée Mariée

Mois de grossesse : 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème} 7^{ème} 8^{ème} 9^{ème}

Majorité du suivi de grossesse réalisé par : Sage-femme Gynécologue Médecin généraliste

Renseignements médicaux : (cocher la case correspondante ou écrire sur les pointillés)

Tabac :

- Avant la grossesse : Non Oui < 10 cg/j ≥ 10cg/j Cigarette électronique

- Pendant la grossesse : Non Oui < 10 cg/j ≥ 10 cg/j Cigarette électronique

Taille : _____ cm / Poids : _____ kg

Antécédents familiaux de maladie thromboembolique veineuse :

- Antécédents familiaux au 1^{er} degré (parents et/ou enfant(s)). (cocher la case correspondante et préciser pour chaque antécédent la personne concernée sur les pointillés)

De trouble de la coagulation du sang⁽¹⁾ De phlébite D'embolie pulmonaire D'accident vasculaire cérébral D'infarctus

Antécédents personnel de maladie thromboembolique veineuse :

- Antécédents personnels :

De cancer De trouble de la coagulation du sang⁽¹⁾ De phlébite D'embolie pulmonaire

D'accident vasculaire cérébral D'infarctus

- Si vous avez coché au moins une case dans la question précédente, y avait-il un facteur déclenchant ? :

Après une immobilisation prolongée Suite à une chirurgie Lors d'une grossesse En post-partum Sous contraceptif œstro-progestatif

- Si absence de facteur déclenchant retrouvé, a-t-on recherché la cause ? : Oui Non

→ Si oui, a-t-on retrouvé : une cause génétique un déficit en facteur de coagulation

Prenez-vous un traitement anticoagulant : Oui Non

(1) déficit en antithrombine (AT), déficit en protéine C (PC), déficit en protéine S (PS), facteur V Leiden, allèle 20210A du gène de la prothrombine, syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), déficit en facteur VIII, déficit en facteur IX, maladie de Willebrandt.

Connaissances sur les dispositifs de compression médicale veineuse en prévention des thromboses veineuse (= bas de contention):

Avez-vous déjà entendu parler des bas de contention ? : Oui Non

Savez-vous à quoi ils servent ? (cocher la case correspondante et écrire la réponse sur les pointillés)

- Oui _____

- Non

En avez-vous déjà porté ?

Non

Oui,

- pour le travail
- suite à une opération chirurgicale
- suite à des problèmes veineux (varices, phlébite, embolie...)
- lors d'une précédente grossesse
- pour une autre occasion : _____

Vous a-t-on prescrit au cours de cette grossesse des bas de contention ? Oui Non

- **Si oui :**

- Par quel professionnel : Sage-femme Gynécologue Autres : _____
- A quel moment de votre grossesse ? (cocher plusieurs cases si la prescription a été renouvelée)
 1^{er} Trimestre 2^{ème} Trimestre 3^{ème} Trimestre
- Vous a-t-on évoqué la raison et vous a-t-on expliqué leur intérêt ? (cocher la case correspondante et compléter si besoins avec les informations données par votre professionnel)
 Oui Non

- Qui vous a expliqué quand et comment les mettre : Pharmacien Médecin traitant
 Sage-femme Gynécologue Personne ne l'a fait Autres : _____
- A-t-il abordé avec vous le remboursement par l'assurance maladie de ces dispositifs ? Oui
 Non
- Les mettez-vous ? Non Oui, 2 à 3 jours par semaine Oui, tous les jours

Si vous mettez les bas de contention prescrits par votre professionnel :

- Pour quelle(s) raison(s) les mettez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
- Car on vous a dit de les mettre
- Car vous croyez en leur intérêt
- Pour essayer de réduire ou de soulager des symptômes (jambes gonflées, varices, douleurs)
- Car vous avez des antécédents familiaux
- Autre(s) raison(s) : _____
- Avez-vous avant la mise en place de ce dispositif des œdèmes aux membres inférieurs ou une sensation de jambes lourdes ? Oui Non
- Si oui avez-vous trouvé qu'ils permettaient de soulager ces symptômes ?
 Oui
 Non

- Avez-vous des doutes quant à leurs intérêts ? (cocher et expliquer pourquoi)
- Non _____
- Oui _____
- Avez-vous rencontré des difficultés pour obtenir ce dispositif ?
- Aucune
- Difficulté à se faire prescrire ou renouveler le dispositif
- Difficulté à obtenir à la pharmacie le dispositif qui vous conviendrait le mieux (taille, modèle...)
- Difficulté aux remboursements du dispositif
- Autre(s) difficulté(s) : _____
- Rencontrez-vous des difficultés à leur mise en place ?
- Aucune
- Difficulté car personne ne vous a montré la méthode
- Difficulté de la méthode
- Difficulté pour les mettre seule (augmentation de la taille de l'utérus)
- Autre(s) difficulté(s) : _____
- Trouvez-vous les bas de contention contraignants ? (plusieurs réponses possibles)
- Non
- Oui, ils me tiennent trop chaud
- Oui, ils me compriment de trop
- Oui ils me gênent de trop
- Oui, car ils ne sont pas esthétiques
- Autre(s) : _____

Si vous ne mettez pas ou plus les bas de contention prescrits par votre professionnel ?

- Pour quelle(s) raison(s) ne les mettez-vous pas ou plus ? (plusieurs réponses possibles)
- Ils sont contraignants
- Ils sont difficiles à mettre
- Je n'en vois pas leur intérêt
- Autre(s) raison(s) : _____
- Si vous avez coché « ils sont contraignants » : ils sont contraignant car :
 - ⇒ Ils me gênent : tout à fait d'accord pas tout à fait d'accord pas d'accord
 - ⇒ Ils me font mal : tout à fait d'accord pas tout à fait d'accord pas d'accord
 - ⇒ Ils me tiennent trop chaud : tout à fait d'accord pas tout à fait d'accord pas d'accord
 - ⇒ Ils ne sont pas esthétiques : tout à fait d'accord pas tout à fait d'accord pas d'accord
 - ⇒ Autre(s) raison(s) : _____
- Si vous avez coché « ils sont difficiles à mettre » : ils sont difficiles à mettre car :
 - Personne ne vous a expliqué comment les mettre
 - La méthode qu'on vous a montrée pour les mettre est difficile
 - Votre utérus grossit au fur et à mesure de la grossesse
 - Autre(s) difficulté(s) : _____

Je vous remercie du temps que vous avez consacré pour remplir mon questionnaire. Si vous souhaitez être tenu au courant des résultats de mon étude vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : hanquet.amelle@free.fr.

Amélie HANQUET

ANNEXE VI

Tableaux de recueil :

1. Tableaux de recueil des différentes variables décrivant la population :

1. Tableau regroupant les patientes par groupes d'âge.

Groupe d'âge (an)	18-25	26-30	31-34	35-40	>40	TOTAL
Effectifs (N=81)	16	29	19	13	4	81
Fréquences en pourcentage (%)	20%	36%	23%	16%	5%	100%

2. Tableau regroupant les patientes selon la catégorie socioprofessionnelle.

Catégories socio-professionnelles	1 ou 2 ¹	3 ²	4 ³	5 ou 6 ⁴	Sans emploi	TOTAL
Effectifs (nombre de patientes)	2	10	25	34	10	81
Fréquences en %	3%	12%	31%	42%	12%	100%

3. Tableau regroupant les patientes selon la situation familiale.

Situation familiale	Célibataire	En couple	Pacsée	Mariée	TOTAL
Effectifs	6	28	27	20	81
Fréquences en %	7%	35%	33%	25%	100%

¹ Artisans, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprises

² Cadres et professions intellectuelles supérieures

³ Techniciens, agents de maîtrise et autres professions intermédiaires

⁴ Employés et ouvriers

2. Tableaux de recueil apportant des informations médicales sur la population :

1. Tableau regroupant les patientes par mois de grossesse

Mois de grossesse	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème	TOTAL
Effectifs (N=81)	1	6	4	11	16	12	8	14	9	81
Fréquences en %	1%	8%	5%	14%	20%	15%	10%	17%	11%	100%

2. Tableau regroupant les patientes en fonction du praticien ayant suivi la grossesse.

Professionnel de santé ayant suivi la grossesse en majorité	Sage-femme	Gynécologue	Médecin Généraliste	TOTAL
Effectifs (N=81)	44	35	2	81
Fréquences en %	54%	43%	3%	100%

3. Tableau regroupant les patientes en fonction du nombre de cigarettes fumées hors grossesse.

TABAC (avant la grossesse)	Aucune	Oui <10 cig/j	Oui ≥10 cig/j	Cigarette électronique	TOTAL
Effectifs (N=81)	53	12	12	4	81
Fréquences en %	65%	15%	15%	5%	100%

4. Tableau regroupant les patientes en fonction du nombre de cigarettes fumées pendant la grossesse.

TABAC (pendant la grossesse)	Aucune	Oui <10cig/j	Oui ≥10cig/j	Cigarette électronique	TOTAL
Effectifs (N=81)	65	13	3	0	81
Fréquences en %	80%	16%	4%	0%	100%

5. Tableau regroupant les patientes en fonction de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

IMC	Poids insuffisant	Poids Normal	Surpoids	Obésité	Obésité Morbide	TOTAL
Effectifs (N=81)	4	46	22	9	0	81
Fréquences en %	5%	57%	27%	11%	0%	100%

3. Tableau regroupant les patientes en fonction de la fréquence du port de bas de compression à visée préventive.

1. Tableau regroupant les patientes en fonction de la fréquence du port des bas de compression à visée préventive.

Port des BAT par les patientes	Non (ou plus maintenant)	Oui, 2 à 3 jours par semaine	Oui, tous les jours	TOTAL
Effectifs	21	32	28	81
Fréquences en %	26%	40%	34%	100%

4. Tableau de recueil apportant des informations sur la prescription :

1. Tableau regroupant les patientes en fonction de la prescription des BAT.

Prescription auprès des patientes de BAT au cours de cette grossesse	prescription	pas de prescription	Total
Effectifs	66	15	81
Fréquences en %	81%	19%	100%

2. Tableau regroupant les patientes en fonction du professionnel ayant prescrit les BAT.

Professionnel(s) ayant effectué la prescription des BAT	Sage-femme	Gynécologue	Sage femme et gynécologue	Médecin généraliste	TOTAL
Effectifs	35	20	5	6	66
Fréquences en %	53%	30%	8%	9%	100%

3. Tableau regroupant les patientes en fonction du trimestre où a eut lieu la prescription.

Trimestre(s) de la grossesse où la prescription a eu lieu	1er T	2ème T	3ème T	1er et 2ème T	2ème et 3ème T	au cours des 3 T	TOTAL
Effectifs (N=66)	36	13	7	3	1	6	66
Fréquences en %	54%	20%	11%	5%	1%	9%	100%

5. Tableaux de recueil sur les informations délivrées lors de la prescription :

1. Tableau permettant de regrouper les patientes s'étant vues prescrire des BAT en fonction des explications reçues.

Explication(s) donnée(s) sur l'utilité des BAT par le professionnel lors de la prescription	Explication(s) donnée(s)	pas d'explication donnée	TOTAL
Effectifs: n1	41	25	66
Fréquences en %	62%	38%	100%

2. Tableau permettant de regrouper les patientes selon les professionnels ayant expliqués quand et comment mettre les BAT.

Professionnel ayant expliqué quand et comment mettre les BAT	Pharmacien	Médecin G	Sage-femme	Gynécologue	Aucun	TOTAL
Effectifs	36	10	2	7	11	66
Fréquences en %	55%	15%	3%	10%	17%	100%

3. Tableau permettant de regrouper les patientes en fonction de l'évocation par le professionnel ayant prescrit le dispositif du remboursement par l'assurance maladie

Renseignement sur le remboursement par l'assurance maladie pour les patientes ayant eu une prescription pour cette grossesse	Explications reçues	Pas d'explications reçues	TOTAL
Effectifs :	40	26	66
Fréquences en %	61%	39%	100%

6. Tableaux de recueil concernant le port des bas de compression :

1. Tableau regroupant les raisons évoquées (n3=104) par les patientes (n2=60) concernant le port des BAT.

Raison(s) pour laquelle les patientes mettent les BAT prescrit	"On m'a dit de les mettre"	"je crois en leur intérêt"	"pour essayer de réduire ou de soulager des symptômes (jambes gonflés, varices...)"	"j'ai des ATCD familiaux"	TOTAL
effectifs	31	30	37	6	104
fréquences en %	30%	29%	36%	5%	100%

2. Tableau regroupant les patientes en fonction de la présence ou de l'absence de symptômes avant la mise en place des BAT.

Œdèmes ou sensations de jambes lourdes avant la prescription et le port des BAT	symptôme(s) : OUI	Symptôme(s) : NON	TOTAL
effectifs	26	34	60
fréquences en %	43%	57%	100%

3. Tableau regroupant les patientes en fonction du soulagement des symptômes depuis le début du port des BAT (n5=26)

Symptômes soulagés depuis le port de BAT prescrit	soulagement	Pas de soulagement	TOTAL
effectifs	22	4	26
fréquences en %	85%	15%	100%

4. Tableau exposant la présence ou l'absence de doute quant aux BAT chez les patientes les portant

Présence de doutes quant à leur intérêt chez les patientes mettant les BAT prescrit	Oui j'ai des doutes	Non pas de doute	TOTAL
Effectifs	1	59	60
fréquences en %	2%	98%	100%

5. Tableau exposant les difficultés rencontrées par les patientes pour obtenir ces dispositifs

Difficultés rencontrées pour obtenir les BAT	Aucune	lors de la prescription	lors du choix du modèle adapté	lors du remboursement	Autres	TOTAL
effectifs	55	0	3	2	0	60
Fréquences en %	92%	0%	5%	3%	0%	100%

6. Tableau exposant les difficultés rencontrées par les patientes à la mise en place des BAT

Difficulté(s) rencontrée(s) lors de la mise en place des BAT par les patientes mettant les BAT prescrit	Aucune	"personne ne m'a expliqué la méthode"	"la méthode en elle-même est difficile"	"j'ai du mal à les mettre seule (augmentation de la taille de l'utérus)"	Autres	TOTAL
effectifs	38	0	2	20	0	60
Fréquences en %	64%	0%	3%	33%	0%	100%

7. Tableau exposant les contraintes répertoriées par les patientes portant les BAT

Les patientes trouvent-elles les BAT contraignant	pas de contrainte	Oui, ils me tiennent chaud	Oui, ils me compriment de trop	Oui, ils me gênent de trop	Oui, car ils ne sont pas esthétique	Autres : "brûlure du à l'élastique"	TOTAL
Effectifs	25	15	8	14	12	3	77
Fréquences en %	32%	19%	10%	18%	16%	4%	100%

7. Tableau de recueil concernant le non port des BAT

1. Tableau exposant les différentes raisons de non port des BAT chez les patientes ne les portant pas :

Raisons évoquées les patientes ne mettent pas ou plus les BAT	"ils sont contraignants"	"ils sont difficiles à mettre"	"je n'en vois pas l'intérêt"	"je n'ai pas eu de prescription"	TOTAL
Effectifs	3	1	3	14	21
Fréquences en %	14%	5%	14%	67%	100%

ANNEXE VII

Brochure informative sur les BAT destinée aux patientes :

RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

« Une compression par bas est indiquée, en dehors des contre-indications, **lors de toute grossesse et dans les semaines après l'accouchement**. L'objectif de cette compression est de **prévenir une thrombose veineuse profonde** ».



POURQUOI PORTER DES BAS DE COMPRESSION DURANT LA GROSSESSE ?

DURANT LA GROSSESSE :

- L'utérus grossit et comprime les vaisseaux = altération du retour veineux → le sang stagne dans les jambes.
- Des petites lésions des veines se produisent.
- Le sang coagule plus facilement.

RISQUES :

- Apparition des symptômes gênants (œdèmes, sensation de jambes lourdes, crampes, impatiences...)
- Formation d'un caillot qui obstrue un vaisseau sanguin au niveau de la jambe (= phlébite).
- La phlébite peut conduire à une embolie pulmonaire si migration du caillot dans les poumons.

A SAVOIR :

- Bas / collants / chaussettes de compression ont la même efficacité.
- Différents types de modèles, de couleurs, et de motifs existent de nos jours.

Il y en a pour tous les goûts !

- En présence d'une prescription médicale, la sécurité sociale les rembourse.

N'hésitez pas à demander à votre gynécologue, médecin traitant ou bien à votre sage-femme !

- Pour l'entretien, consultez la notice.

Ne pas mettre au sèche linge et ne pas repasser !

Petit guide sur le port des bas de compression pendant la grossesse.



Document d'information réalisé par Amélie HANQUET, étudiante sage-femme sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

QUAND ET COMMENT METTRE LES BAS DE COMPRESSION ?

Quand ?

-Tous les jours durant toute la grossesse et jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

-Le plus tôt possible après votre lever jusqu'au coucher.

Comment ?



→ Durant la grossesse, le risque de phlébite est **5 fois plus élevé**.

→ Phlébite et Embolie Pulmonaire sont la **deuxième cause de mortalité maternelle**.

EFFETS DES BAS DE COMPRESSIONS :

- Amélioration de la circulation sanguine.
- Réduction des œdèmes.
- Soulagement des douleurs veineuses (jambes lourdes...)
- Diminution du risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.



**COMPRESSION MEDICALE VEINEUSE EN PREVENTION DES
THROMBOSES VEINEUSES CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

Résumé

INTRODUCTION : Le risque de maladie thromboembolique veineuse en obstétrique étant cinq fois plus important que dans la population générale, la Haute Autorité de Santé recommande depuis 2010 le port de bas de compression à visée préventive lors de toute grossesse. Cependant, des données récentes montrent une hausse des décès maternels par accidents thromboemboliques considérés comme évitables. Le but de ce mémoire était de faire un état des lieux quant à l'observance de ces dispositifs auprès des patientes.

MATERIELS ET METHODES : Notre étude est une étude d'observance monocentrique. Elle a été réalisée grâce à une distribution de questionnaires avec un échantillon de 81 patientes ayant consulté dans le service de gynéco-obstétrique de la maternité du CHRU de NANCY.

RESULTATS : La majorité des femmes enceintes ont porté les bas de compression à visée préventive (74%) lorsqu'ils leur étaient prescrits mais seules 46% les ont portés quotidiennement. La prescription a eu lieu pour le plus grand nombre des femmes (81%) mais n'a été renouvelée au cours de la grossesse que pour 15% d'entre-elles. Le principal motif du port était d'essayer de soulager un symptôme (œdèmes, jambes lourdes...). Celui-ci était, pour le plus grand nombre, réduit grâce au dispositif.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Malgré la forte observance et les bénéfices exprimés, les patientes ont trouvé les BAT contraignants. Afin d'améliorer la compliance et de s'assurer de l'utilisation optimale de cette prophylaxie, des axes de progression ont été établis : la prescription de BAT devrait être plus systématique et renouvelée au cours de la grossesse et les informations concernant l'intérêt de leur port quotidien explicitées.

Mots clés

Prévention, MTEV, compression médicale veineuse, observance, grossesse.