



HAL
open science

La place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum : étude qualitative évaluant les représentations des sages-femmes hospitalières de la Maternité du CHRU de Nancy et sages-femmes libérales de la région Lorraine entre novembre 2018 et février 2019

Clara Zimmermann

► **To cite this version:**

Clara Zimmermann. La place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum : étude qualitative évaluant les représentations des sages-femmes hospitalières de la Maternité du CHRU de Nancy et sages-femmes libérales de la région Lorraine entre novembre 2018 et février 2019. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03870446

HAL Id: hal-03870446

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870446>

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

La place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum

Etude qualitative évaluant les représentations des sages-femmes hospitalières de la Maternité du CHRU de Nancy et sages-femmes libérales de la région Lorraine entre novembre 2018 et février 2019

Mémoire présenté et soutenu par

ZIMMERMANN Clara

Directeur de mémoire : GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante

Titulaire d'un Master 2 de Management Hospitalier

Université de Lorraine

Année de la soutenance 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

La place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum

Etude qualitative évaluant les représentations des sages-femmes hospitalières de la Maternité du CHRU de Nancy et sages-femmes libérales de la région Lorraine entre novembre 2018 et février 2019

Mémoire présenté et soutenu par

ZIMMERMANN Clara

Directeur de mémoire : GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante

Titulaire d'un Master 2 de Management Hospitalier

Université de Lorraine

Année de la soutenance 2019

REMERCIEMENTS

A Mme Galliot, d'avoir accepté la direction de ce mémoire et pour son soutien pour ce premier travail de recherche.

A Mme Toupet, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses nombreuses relectures.

Aux sages-femmes qui m'ont accordé du temps pour répondre à mes questions et m'ont permis de construire cette étude.

Enfin, je remercie Valentin et mes proches, pour leur présence et soutien pendant ces quatre années d'études à l'école de Sages-Femmes.

GLOSSAIRE

AVB : Accouchement par voie basse

BAT : Bas anti-thrombose

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

EP : Embolie pulmonaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MTEV : Maladie thromboembolique veineuse

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

TVP : Thrombose veineuse profonde

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	12
1. TYPE D'ETUDE.....	12
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	14
ANALYSE.....	16
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	16
2. ETAT DE LA PREVENTION EN POST-PARTUM.....	19
3. RECOMMANDATIONS RESSOURCES ET VALIDITE DES DONNEES.....	21
4. LA PRESCRIPTION DE BAS ANTI-THROMBOSE.....	22
5. COMPLIANCE DES PATIENTES VECUE PAR LES SAGES-FEMMES.....	23
6. PLACE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LA PREVENTION.....	26
DISCUSSION.....	29
1. PRINCIPAUX RESULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	29
2. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	30
3. FORCES DE L'ETUDE.....	31
4. REPRESENTATIVITE DES RESULTATS.....	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34
TABLE DES MATIERES.....	36
ANNEXES.....	38

INTRODUCTION

Les suites de couches sont définies comme la période qui débute dans les deux heures suivant l'accouchement et se termine par le retour de couches (retour des menstruations) qui survient environ six semaines plus tard. Elles constituent une période de surveillance importante. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées durant cette période sont : utérines, mammaires, urinaires, cicatricielles et veineuses.

La maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) s'exprime sous deux formes principales : la thrombose veineuse profonde (TVP) ou phlébite et l'embolie pulmonaire (EP). Elle comprend également les thromboses hémorroïdaires qui se définissent comme la formation de caillots par rupture d'une veine dans un plexus hémorroïdaire ainsi que les thrombophlébites pelviennes qui résultent d'une complication d'une endométrite avec l'apparition d'une thrombose au niveau d'une veine du tronc utérin ou utéro-ovarien [1].

La thrombose veineuse se définit par la formation d'un caillot sanguin dans une veine profonde le plus souvent, habituellement des membres inférieurs (parfois dans une veine superficielle). L'embolie pulmonaire en est une complication, qui peut s'avérer mortelle : elle correspond à la migration d'un fragment de ce caillot dans la circulation pulmonaire, provoquant ainsi une insuffisance d'oxygénation du sang [2].

La triade de Virchow représente les trois facteurs permettant d'expliquer la survenue d'une thrombose. Pendant la grossesse et le post-partum, elle regroupe un état d'hypercoagulabilité acquise, lié à des modifications majeures de l'hémostase qui protège les femmes d'hémorragies massives lors de la délivrance, une stase veineuse par compression de l'utérus gravide (notamment au dernier trimestre), ainsi que des lésions vasculaires lors de l'accouchement. Les phénomènes inflammatoires lors de l'accouchement participent également à ce risque accru [3,4].

En effet, pour prévenir les phénomènes hémorragiques au moment de l'accouchement, la plupart des facteurs de coagulation augmentent alors que les inhibiteurs physiologiques et la capacité fibrinolytique diminuent. Cette hypercoagulabilité physiologique persiste en post-partum et le taux de facteurs de coagulation se normalise en moyenne en 3 à 6 semaines après l'accouchement. L'insuffisance veineuse s'installe donc rapidement chez les parturientes,

provoquant notamment la sensation de jambes lourdes et l'apparition de varices. Trois femmes enceintes sur quatre ont un reflux de sang anormal dans les deux jambes [5-7].

L'interrogatoire médical est une étape importante afin de déterminer le niveau de risque de la patiente de développer une MTEV pendant ou après sa grossesse, et ainsi de mettre en place une stratégie de prévention adaptée. Il existe des facteurs de risque préexistants à l'état de grossesse¹ qui peuvent majorer le risque de MTEV en post-partum. De même, les facteurs de risque liés à la grossesse elle-même augmentent le risque : la parité, l'immobilisation stricte, la prééclampsie, la suppression de la lactation en post-partum et les phénomènes hémorragiques notamment [3].

Le diagnostic de la thrombose veineuse repose sur une évaluation clinique du professionnel de santé. La douleur est le signe d'appel le plus courant : elle peut être spontanée ou provoquée par la palpation du trajet veineux, par le ballotement du mollet ou le signe de Homans. Il est possible d'identifier une rougeur et une chaleur, un œdème au niveau du membre atteint. Une lourdeur peut également être décrite par la patiente. Ces signes cliniques étant non spécifiques du fait de la stase veineuse induite par la grossesse, ils ne permettent pas à eux seuls de confirmer le diagnostic. Il est donc nécessaire de réaliser une échographie Doppler pour visualiser le thrombus dans la veine. L'analyse biologique des D-Dimères n'est pas recommandée dans ce cas : son dosage peut être faussement positif car son taux augmente au fur et à mesure de la grossesse et décroît notamment en post-partum.

La grossesse représente en elle-même un facteur de risque de MTEV de telle sorte que le risque en obstétrique est cinq fois plus important que dans la population générale. Une étude néerlandaise cas-témoins de 2008, publiée dans le Journal of Thrombosis and Haemostasis a révélé que, par rapport aux femmes non enceintes, le risque de MTEV était multiplié par soixante au cours des trois premiers mois après l'accouchement [3,8].

L'incidence des accidents thromboemboliques est d'environ un tiers dans la période postnatale versus deux tiers en pré-partum. Cette dernière est plutôt associée à la survenue d'embolie pulmonaire, qui représente la 2^{ème} cause de mortalité maternelle en France, derrière l'hémorragie de la délivrance. On recense cinq à dix décès maternels par an (6-12/1 000 000

¹ L'âge, l'obésité, le tabagisme, le groupe sanguin non O, l'existence d'antécédents cardiaques, d'antécédents personnels ou familiaux de MTEV ou d'anomalies biologiques (thrombophilies ou le syndrome des anticorps antiphospholipides).

naissances) liés à une embolie pulmonaire et dans un quart des cas les soins sont non-optimaux [1,4,9].

Les bas anti-thrombose (BAT) sont un moyen de prévention facile des thromboses en post-partum. Ils permettent de réduire la stase veineuse, impliquée dans la pathogénèse de la MTEV et de l'insuffisance veineuse. La méthode mécanique s'oppose à cette stase veineuse en suppléant la fonction pompe du mollet et de la voûte plantaire pour accélérer le flux sanguin dans les membres inférieurs. C'est un traitement recommandé tout au long de la grossesse et du post-partum [9].

Une revue de la Cochrane « *Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis* » datant de 2010 a étudié la prévention des thromboses veineuses profondes par l'utilisation seule de bas anti-thrombose pour des patients hospitalisés pour diverses maladies et chirurgies. Dans le groupe sans BAT 26% ont développé une TVP contre 13% dans le groupe avec des BAT. Ainsi, par analogie avec ce qui est connu dans d'autres domaines de la médecine, ils peuvent être employés seuls dans les groupes à faible risque et en association avec une méthode médicamenteuse en cas de risque plus élevé (recommandation de grade D) [3,10].

Deux études « *The effect of compression therapy on venous haemodynamics in pregnant women* » datant de 1999 et « *The effect of graduated compression stockings on blood velocity in the deep venous system of the lower limb in the postnatal period* » de 2007 ont étudié l'effet des BAT sur le système veineux en post-partum. Elles ont mis en évidence une réduction statistiquement significative du diamètre de la veine fémorale commune et superficielle ainsi qu'une augmentation significative du flux sanguin permettant ainsi de réduire l'incidence d'événements thromboemboliques veineux par diminution de la stase veineuse. Cependant ces deux études étaient de faible effectif [11,12].

Les bas anti-thrombose prescrits durant la grossesse et le post-partum sont de classe II. Elle correspond à une pression à la cheville entre 15 et 20 mmHg. La pression au mollet doit être de 50 à 80 % par rapport à la pression au niveau de la cheville. Les données disponibles ne mettent pas en évidence de différence d'efficacité en fonction de la hauteur du bas (chaussettes, bas ou collants). En revanche, il est nécessaire de veiller à la pose correcte du bas afin d'éviter l'effet garrot [13].

Les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) en 2005 soulignent l'importance de la prophylaxie mécanique et notamment en post-partum. Ainsi, le port de bas de contention est recommandé dans le cas de patientes à faible risque, et en association avec une prophylaxie médicamenteuse en cas de risque plus élevé (grade D). Dans le cadre d'un accouchement par césarienne, le risque de survenue de MTEV est multiplié par un facteur de deux à cinq [9].

Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, dans le cas général d'une femme à bas risque ou en cas d'affection veineuse chronique associée, le port d'une contention veineuse durant toute la grossesse, six semaines après l'accouchement et six mois en cas de césarienne. Plusieurs études étrangères soutiennent ces recommandations françaises [11,13].

De même, selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2015, le risque thrombo-embolique après un accouchement par voie basse (AVB) est d'environ 1 ‰ (NP2) et la prescription d'une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose et/ou par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) doit être réalisée en fonction des facteurs de risque (accord professionnel). Quatre niveaux de risque ont été définis (Annexe 1) [3,14].

Par ailleurs, la prescription des orthèses élastiques de contention des membres inférieurs est possible par l'ensemble des professionnels chargés du suivi de grossesse et du post-partum (médecins et sages-femmes). Leur port étant recommandé par les différentes institutions médicales, l'absence d'une prescription, prise en charge par la sécurité sociale durant la grossesse et le post-partum, constituerait une perte de chance pour les patientes. Outre la prescription, une information claire et détaillée doit être délivrée en concomitance de celle-ci afin de lutter contre la non-adhésion des patientes en raison d'idées reçues : les bas anti-thrombose ne sont utiles qu'en cas d'apparition de symptômes [15].

Une donnée nouvelle a été apportée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en mars 2016 dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en indiquant que l'incidence de l'EP et de la MTEV atteignait un maximum dans la semaine suivant l'accouchement. Un surrisque thromboembolique persisterait au moins jusqu'à 10 semaines après l'accouchement,

d'où l'intérêt d'une mise en place d'une prévention adaptée en fonction des facteurs de risque de chaque patiente [4].

De ce fait, il paraît légitime de s'interroger sur l'application de ces recommandations en pratique face aux grandes variations présentes sur la stratification du risque et la prévention de la MTEV chez les accouchées. En effet, une utilisation appropriée des recommandations de bonnes pratiques associée à une identification consciencieuse des facteurs de risque pourrait constituer une alternative de choix en vue de réduire la morbi-mortalité des MTEV dans le post-partum.

Ce sont toutes ces données qui ont motivé notre étude. Nous partons de l'hypothèse d'une minimisation du risque thromboembolique en lien avec la rareté de la pathologie en post-partum. De plus, l'application parfois laborieuse des recommandations actuelles auprès des patientes pourrait s'expliquer par un suivi « décausé » des patientes en milieu hospitalier et dans certains cas, par une absence de prévention réalisée en amont, pendant la grossesse. Enfin, nous émettons une dernière hypothèse sur le rôle charnière des sages-femmes libérales dans cette prévention, qui prennent le relai à domicile.

La problématique posée est la suivante : comment les recommandations concernant la prévention de la MTEV en post-partum sont-elles appliquées par les professionnels de santé ?

Pour répondre à cette question, notre objectif principal était d'évaluer l'état actuel de cette prévention auprès des sages-femmes réalisant les examens des accouchées à la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy et le suivi à plus long terme de ces recommandations par les sages-femmes libérales de la région Grand-Est. L'objectif secondaire qui en résultait, était d'identifier les tendances relatives à la prescription de la contention veineuse en post-partum.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Une enquête qualitative par le biais d'entretiens auprès de sages-femmes a été réalisée pour confirmer ou infirmer ces hypothèses.

1.1. POPULATION ETUDIEE

La population étudiée était composée de sages-femmes en milieu hospitalier exerçant en service de suites de couches au sein de la maternité du CHRU de Nancy et de sages-femmes libérales de la région Grand-Est. Au sein du CHRU, 9 sages-femmes ont été volontaires pour participer aux entretiens. En cabinet libéral, 6 entretiens ont pu être réalisés. Au total, nous avons pu recenser 15 entretiens.

Le choix de cette population se justifie par la proximité de ces professionnels de santé avec les patientes en post-partum immédiat (par les sages-femmes hospitalières) et plus tardif (par les sages-femmes libérales). Elles sont donc en première ligne pour la prévention des troubles thromboemboliques veineux mais également dans le dépistage et la prise en charge précoce de cette pathologie en post-partum.

Les sages-femmes exerçant dans les autres domaines du champ de compétences de la sage-femme (territoriale, échographiste etc...), ainsi que les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens ont été exclus de cette étude. En effet, leur recours étant non systématique en suites de couches (uniquement en cas de situations problématiques ou de pathologies), leur inclusion n'a pas été réalisée afin de se concentrer sur la prévention primaire standard mise en œuvre afin de réduire l'incidence de cette pathologie en post-partum.

1.1.1. Modalités de réalisation de l'étude

Une revue de la littérature a précédé l'élaboration de la trame d'entretien, de la réalisation et l'analyse de ces derniers. Cette revue de la littérature a été réalisée sur les bases

de données de PubMed, EM-Premium, Ulysse, Doc'Cismef, Google Scholar et Science Direct.

Cette revue de la littérature a permis d'identifier les différentes recommandations concernant la prévention et la prise en charge de la MTEV pendant la grossesse et le post-partum, utilisées pour l'élaboration des protocoles hospitaliers mais également par les sages-femmes libérales lors du retour à domicile avec les sorties précoces ou le PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile).

L'association des données de la littérature et de la population étudiée a suggéré une étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés afin de laisser la possibilité aux différentes sages-femmes d'évoquer leurs expériences professionnelles, des cas cliniques marquants ou encore leurs habitudes dans leur propre milieu d'exercice (hospitalier ou libéral), permettant ainsi de retracer l'évolution des pratiques professionnelles.

Les résultats des différentes études réalisées sur la MTEV et les différentes recommandations en lien avec cette pathologie ont permis d'identifier les grands axes essentiels à une prévention efficace en post-partum, repris dans la trame d'entretien.

Les demandes d'entretien ont été sollicitées auprès de la sage-femme coordinatrice du service de suites de couches. Une lettre d'information présentant succinctement l'étude, ses objectifs, les modalités d'anonymat et de confidentialité des données a été affichée dans les deux services de suites de couches de la maternité du CHRU de Nancy. La réalisation des entretiens a été effectuée de manière aléatoire selon la disponibilité des sages-femmes et de l'occupation du service. Pour le versant libéral, une prise de contact téléphonique a permis de présenter l'étude et de fixer les rendez-vous.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone après accord de la sage-femme interrogée. Leur durée a oscillé entre dix et trente minutes pour les plus longs d'entre eux. L'ensemble des entretiens a été retranscrit de manière anonyme et confidentielle. Un exemple d'entretien a été joint en annexe 2.

Dans cette étude, nous avons choisi d'utiliser des numéros pour identifier chaque entretien. En effet, malgré qu'ils puissent déshumaniser les discours, ils restent un moyen simple d'anonymisation et d'analyse des données. De plus, ils correspondent à l'ordre

chronologique de réalisation de ces derniers : « SF1 » correspond à la première sage-femme interrogée.

Les entretiens physiques se sont déroulés pendant la période de novembre 2018 à février 2019. Ils ont été analysés en avril 2019 à la fin de la réalisation et de la retranscription de l'ensemble des entretiens.

2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens menés étaient semi-dirigés (ou semi-directifs). Ils ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien construite sur la forme d'un tableau organisant les questions principales et les questions de relance selon des thématiques choisies, correspondant à la synthèse des données de la littérature, les hypothèses et problématiques identifiées en introduction.

Quatre grandes thématiques ont été déclinées : la connaissance des recommandations, l'application de ces dernières, les pratiques professionnelles et l'observance des patientes. Chaque thématique a été divisée en trois à quatre sous-parties permettant de détailler la problématique. Il a ensuite été proposé aux sages-femmes interrogées de faire des commentaires et des remarques libres en fin d'entretien.

En effet, l'intérêt de la dernière partie de l'entretien était de leur laisser librement la parole, à la manière d'un entretien non directif. Elles ont pu évoquer des souvenirs de cas cliniques, de conduites à tenir, d'axes d'amélioration, d'évaluation des pratiques ou d'autres variables qui n'avaient jusqu'à lors pas encore été décrites avec les questions guidées de l'entretien. Cette dernière partie a permis d'ajouter une plus-value au discours en concluant l'entretien par l'appréciation globale de la sage-femme interrogée sur la pratique actuelle.

Il a été choisi de garder volontairement le même contenu de la trame d'entretien (avec de légères adaptations au milieu d'exercice) pour les sages-femmes travaillant en suites de couches en milieu hospitalier et celles travaillant en milieu libéral pour identifier les points communs, les différences et la complémentarité de prise en charge des patientes.

Ainsi, une approche qualitative semblait plus adaptée à une approche quantitative afin d'évaluer l'état actuel de cette prévention en valorisant les interprétations que les sages-femmes enquêtées donnaient aux recommandations actuelles et à leur propre pratique, tout en prenant en compte leurs expériences professionnelles, leurs conditions de travail et le mode d'exercice de chacune. L'ensemble des réponses obtenues à l'aide des entretiens a été recensé dans un tableau en annexe 3, nous servant de support en tant que résultats bruts pour l'analyse qui suit dans la prochaine partie.

ANALYSE

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

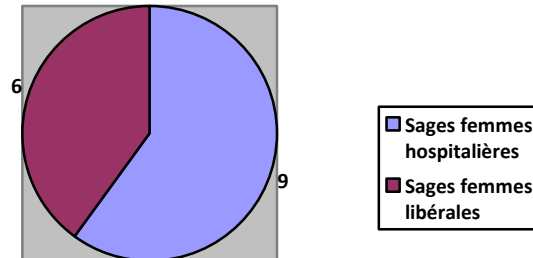


Figure 1 : Répartition du type d'exercice de la population étudiée

Au total, 15 sages-femmes ont pu être interrogées avec une majorité en milieu hospitalier. La prise de contact ayant été plus difficile en libéral, leur nombre est plus restreint.

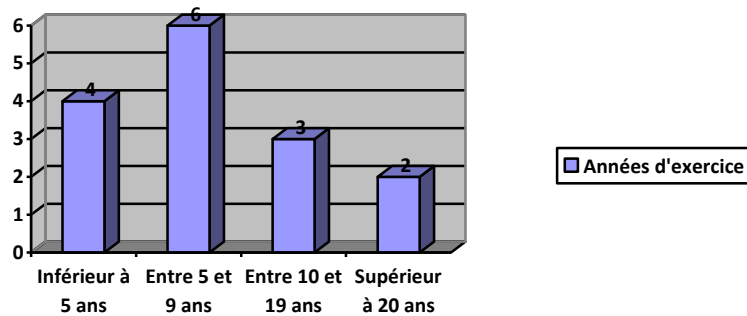


Figure 2 : Temps d'exercice dans la profession de sage-femme

Les entretiens se sont réalisés en fonction de la disponibilité des sages-femmes et de l'occupation du service. Ainsi dans notre population, nous avons retrouvé une majorité de jeunes diplômées (inférieur à 5 ans d'exercice), et en début de carrière professionnelle (entre 5 et 10 ans d'exercice).

1.2. RENCONTRE AVEC LA PATHOLOGIE EN POST-PARTUM

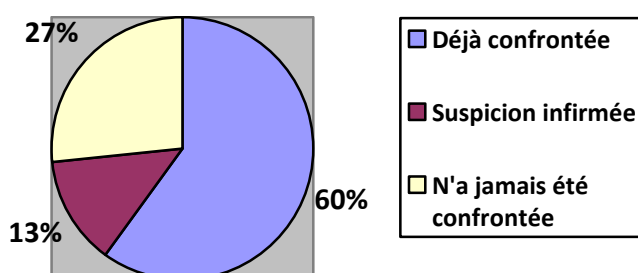


Figure 3 : Confrontation à la MTEV en post-partum

27% de notre population (soit 4 sages-femmes) n'ont jamais été confrontées à la MTEV en post-partum. Les 73% restant de notre effectif (soit 11 sages-femmes), soit les trois-quarts de la population ont déjà été confrontées ou ont déjà eu une suspicion de thrombose veineuse en post-partum.

Les cas cliniques évoqués par la majorité des sages-femmes reprenaient un contexte d'accouchement voie basse, avec comme seul facteur de risque identifié : une insuffisance veineuse (varices et varicosités) à l'examen clinique. Dans un seul cas, il a été découvert un déficit en facteur V de Leiden, après la survenue de la TVP grâce à des explorations biologiques. Une seule sage-femme a déjà été confrontée à une embolie pulmonaire en post-partum après un accouchement par les voies naturelles.

1.3. PREJUGES SUR LA PATHOLOGIE

1.3.1. Formation initiale et continue de la sage-femme

Les sages-femmes interrogées semblaient ajuster leurs pratiques selon des représentations qu'elles ont acquises tant par la pratique dans leurs milieux d'exercice que par leurs formations.

Il semble qu'il y ait une tendance à une vérification du risque pour chaque patiente chez les jeunes diplômées comme l'explique la SF1, diplômée depuis 3 ans : « *Moi à l'école on m'a appris dans l'examen de l'accouchée la vérification systématique des jambes et le port de BAT entre 6 à 8 semaines après l'accouchement. Du coup je le fais en systématique.* »

Ce phénomène était aussi perçu par les sages-femmes hospitalières qui ont plus d'ancienneté dans le métier qui expliquaient y être beaucoup plus sensibilisées avec les années, avec une insistance pour le port de BAT auprès des accouchées pour minimiser le

risque comme la SF8, en activité depuis 28 ans : « *Tu vois quand je compare à ma pratique il y a 15 ans par exemple, cela devient de la rengaine, c'est systématique alors qu'avant ce n'était pas du tout une priorité.* »

Certaines percevaient même un "avant-après" comme l'expliquait la SF9, en activité depuis 17 ans : « *Après ça a beaucoup évolué. Peut-être en quelques mois même. En tout cas depuis que je suis revenue en juin 2018 de mon congé parental, on tient un discours qu'on ne tenait pas avant ça c'est certain !* ». Aucun de ces propos n'a pour autant été justifié par la venue de recommandations nouvelles concernant la pathologie ou la confrontation directe avec cette dernière pouvant ainsi modifier les pratiques.

Les citations des sages-femmes précédemment interrogées suggèrent un nouveau discours tant par l'arrivée de jeunes diplômées en service que par les sages-femmes expérimentées, sur les risques de MTEV et l'importance des BAT en post-partum. Cependant, cette adaptation des pratiques, dont l'origine resterait à investiguer dans une nouvelle enquête, paraît participer à la formation continue des sages-femmes en service de suites de couches.

1.3.2. Représentations sur la pathologie, sa fréquence et son dépistage

Ces discours semblaient s'additionner à un ensemble de représentations propre à chaque sage-femme sur la pathologie, sa fréquence et son dépistage. Ces représentations concernaient notamment la physiopathologie de la MTEV comme pour la SF2 qui nous expliquait : « *C'est plus fréquent et plus grave en anténatal avec l'imprégnation hormonale.* », ce qui semble supposer que la prévention est surtout importante pendant la grossesse et minimise ainsi le risque en post-partum.

Certaines sages-femmes nous ont fait part de systèmes de représentations incluant les facteurs humains et sociaux : « *La patiente qui a accouché [...] elle va peut-être plus se négliger. Et venir plus tard, quand elle a des difficultés respiratoires.* » (SF3).

Ainsi, deux configurations sont apparues : soit la patiente se néglige et consulte plus tard parce qu'elle est mal entourée (proches et professionnels), ce qui ne permet qu'un diagnostic tardif de la pathologie à un stade avancé et potentiellement grave, soit que la patiente n'est pas consciente des risques en raison d'une défaillance dans la prévention et dans l'information transmise.

1.3.3. La confrontation avec la pathologie

Confrontées ou non à la pathologie dans leur pratique, les sages-femmes s'accordaient sur le fait que « *c'est un trouble difficilement diagnosticable* » (SF15), et cela semble participer à une forme de peur face à la survenue de la pathologie comme l'expliquait la SF14 bien qu'elle n'y ait jamais été confrontée « *C'est ma hantise [...] j'ai toujours ce risque en tête.* » alors que bien d'autres pathologies plus fréquentes peuvent survenir.

Deux attitudes majoritaires se sont dessinées : la première plus permissive à la manière de la SF12 sans jamais avoir été confrontée à la pathologie : « *Alors habituellement je le fais sur points d'appel. Mais j'ai conscience que je devais le faire plus [...] c'est peut-être à tort.* ». Ici la sage-femme semble renforcer sa surveillance uniquement sur les patientes qu'elle évalue à risque.

La seconde attitude est celle de la SF7 qui a déjà été confrontée à la pathologie : « *Tout le monde est à risque par l'état de grossesse. Alors non les bas pour moi, c'est systématique. Même si ce n'est pas toujours accueilli avec joie !* ». Néanmoins, cette systématisation de la surveillance et de la prévention par le port de BAT était la plus répandue dans la population étudiée quant à l'état de la prévention en post-partum.

2. ETAT DE LA PREVENTION EN POST-PARTUM

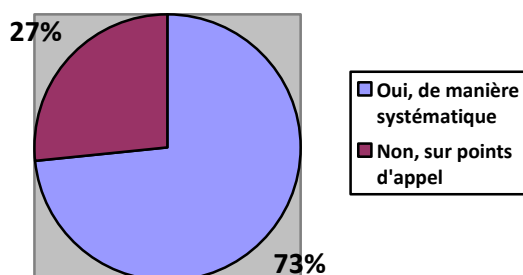


Figure 4 : Proportion de sages-femmes réalisant une prévention systématique auprès des patientes

Onze sages-femmes interrogées (soit 73% de la population de l'étude) effectuaient une prévention systématique auprès des accouchées quel que soit le niveau de risque. Elles recommandaient le port d'une contention veineuse entre 3 à 6 semaines pour un

accouchement voie basse. Parmi elles, uniquement 6 sages-femmes différenciaient la prise en charge selon la voie d'accouchement et recommandaient une durée plus longue de traitement pour les femmes ayant accouchées par césarienne. Le reste de la population ne différenciait pas la prise en charge selon les modalités d'accouchement.

En milieu hospitalier, certaines sages-femmes ont décrit le logiciel de recueil des éléments de l'examen de l'accouchée « Dxcare® » qui notifie l'examen systématique des jambes et le port des BAT quotidiennement, comme un « passage obligé » leur permettant d'automatiser leur prévention sans y réfléchir : « *Ça nous force à y penser !* » (SF2), « *Sur le logiciel, il y a la case on ne peut donc pas passer à côté.* » (SF9). Ces citations nous laissent suggérer que sans ce logiciel, ces données pourraient être finalement manquantes à l'examen de l'accouchée.

Chez les quatre sages-femmes ne réalisant pas une prévention systématique, plusieurs raisons ont été évoquées. La SF15 par exemple, ne réalisait pas d'examen systématique des membres inférieurs : « *Si elle n'a pas de sutures ou qu'elle a accouché par césarienne je me contente de lui poser la question et je ne vais pas vérifier par moi-même.* ». La SF11 elle, nous affirmait la non-utilité de BAT si l'examen clinique des membres inférieurs était normal : « *Si j'examine et que je vois qu'il n'y a pas de signes d'œdèmes, je vais être un peu plus permissive.* »

De plus, certaines d'entre elles ont justifié l'absence de prescription auprès des patientes à bas risque par une supposition de non-observance des patientes : « *Il y en a qui disent : je ne les ai jamais supportés donc je ne les mettrais pas.* » (SF1), « *La phrase rentre par une oreille et ressort par l'autre !* » (SF10).

Malgré une absence de prescription pour les femmes à bas risque, elles recommandaient cependant systématiquement le port d'une contention veineuse en cas de césarienne pendant au moins 6 semaines (jusqu'à 12 semaines).

2.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque identifiés les plus redondants auprès des sages-femmes interrogées étaient :

- L'état de grossesse,

- Les points d'appel à l'examen clinique des membres inférieurs (douleur, œdèmes, insuffisance veineuse etc...),
- Le surpoids et l'obésité,
- Les antécédents personnels et familiaux de MTEV,
- La voie et les modalités d'accouchement (AVB/césarienne, hémorragie de la délivrance),
- La parité,
- Le tabagisme,
- Les troubles de la coagulation (déficits de l'hémostase, déficit en protéine C/S etc...),
- L'alitement strict de la patiente.

L'ensemble des sages-femmes interrogées avaient finalement une bonne connaissance des facteurs de risque qui peuvent majorer la survenue de la MTEV en post-partum. Cependant, une seule d'entre elles a souligné l'impact négatif de l'association de plusieurs facteurs de risques : « *C'est plutôt l'association de plusieurs facteurs de risque qui est mauvais !* » (SF9).

3. RECOMMANDATIONS RESSOURCES ET VALIDITE DES DONNEES

Huit sages-femmes n'avaient pas connaissance de l'origine des recommandations qu'elles utilisent au quotidien dans leurs pratiques. Les sept autres sages-femmes s'appuyaient majoritairement sur les données de la HAS et du CNGOF décrites en introduction. Une des sages-femmes interrogée avait comme support à son cabinet, une plaquette documentaire d'un laboratoire fournissant des BAT qui indiquait les recommandations de la HAS. Cependant certaines durées étaient erronées :

- Recommandation du port de BAT pendant 3 semaines après un AVB,
- Recommandation de 6 à 12 semaines maximum après une césarienne.

Une seule d'entre elles recommandait le port de BAT pendant 6 mois après un accouchement par césarienne. Aucune n'avait connaissance de l'existence des recommandations de la SFAR.

En milieu hospitalier, après enquête auprès des sages-femmes, nous avons conclu qu'aucun protocole n'avait été élaboré pour la prévention de la MTEV en post-partum :
« *On n'a pas de protocole écrit... on va dire qu'il est oral entre nous.* » (SF5) ou encore :
« *Non, il n'y a pas de protocole dans le service mais on le fait de manière systématique pour toute femme qui est hospitalisée en suites de couches ou en grossesses à haut risque.* » (SF8).
Plusieurs sages-femmes regrettaient le fait de ne pas avoir de support écrit sur lequel s'appuyer afin de déterminer le niveau de risque et mettre en œuvre une prise en charge adaptée et personnalisée à chaque patiente comme la SF3 : « *Je pense que ça serait pertinent de faire un protocole, même si on a des habitudes de service : une patiente qui descend au bloc pour une césarienne programmée a d'emblée ses BAT avant d'y aller.* »

4. LA PRESCRIPTION DE BAS ANTI-THROMBOSE

L'ensemble des sages-femmes prescrivait des BAT de type II. Elles indiquaient aux patientes de les porter tous les jours, idéalement de les mettre avant de poser le pied à terre et de les retirer le soir avant d'aller dormir. Sept sages-femmes nous ont fait part d'une préférence concernant la forme de la contention veineuse en lien avec des idées reçues sur une moindre efficacité des chaussettes :

- SF4 : « *Collants ou bas, je préfère car ils couvrent mieux le membre inférieur et sont donc plus efficaces.* »
- SF7 : « *Après cliniquement selon la répartition des varices, je conseille plus une forme que l'autre.* »
- SF13 : « *Je trouve que les bas sont plus intéressants pour drainer toute la jambe [...]. Dans le cadre d'hémorroïdes ou de varices vulvaires je vais plutôt me tourner vers des collants.* »

Pour le reste de la population, l'absence de différence d'efficacité entre les différentes formes avait été intégrée. Une autre donnée mise en évidence par les sages-femmes était de proposer les trois formes de contention et considérer les souhaits de la patiente pour une meilleure observance au traitement. Les SF2 et SF14 illustraient parfaitement ces propos : « *Je leur demande à chaque fois. Je sais que les trois sont tout aussi efficaces* » ; « *Alors moi je demande aux patientes [...] de ce que je sais de la théorie, normalement il n'y a pas de différence* ».

5. COMPLIANCE DES PATIENTES VECUE PAR LES SAGES-FEMMES

5.1. OBSERVANCE DES PATIENTES

L'observance était finalement une perception assez personnelle de chaque sage-femme interrogée. Huit sages-femmes trouvaient leur prévention efficace et étaient satisfaites de leurs pratiques si la moitié des patientes portaient leurs BAT : « *Franchement oui, même celles qui ne sont pas forcément à haut risque, elles sont assez sérieuses !* » (SF4) ; « *Je dirais au moins 50% des femmes dans le service* » (SF5).

D'autres étaient plus pessimistes et découragées comme la SF6 et SF7 qui estimaient qu'il y a moins de 30% des patientes, tout niveau de risque confondu, qui portaient de manière assidue leurs BAT en post-partum : « *Franchement ça dépend des moments [...], honnêtement je ne suis pas sûre qu'il y ait 30% des patientes qui en portent* » ; « *En suites de couches aujourd'hui, je pense qu'il y a moins de la moitié qui les porte tu vois. [...] Peut-être 30% des patientes* ».

Une seule d'entre elles (SF10) trouvait la prévention actuelle inefficace auprès des femmes à bas risque. Selon elle, uniquement les femmes avec d'importants facteurs de risque, assidues dans le port de BAT : « *A part les dames qui ont des troubles de la coagulation ou des césariennes [...] non. Pas pour les patientes qui ont accouché voie basse à bas risque.* »

5.2. ELEMENTS INFLUENCANT L'OBSERVANCE DES PATIENTES

Les facteurs recueillis auprès de la population qui influençaient le respect de la prescription médicale étaient :

- L'explication des risques qui perdurent en post-partum et de la pathologie par les professionnels de santé,
- Une prévention continue tout au long de la grossesse et du post-partum entre les différents acteurs gravitant autour de la femme enceinte : du suivi de grossesse jusqu'au post-partum tardif avec les sages-femmes libérales,
- Une prévention esthétique contre les varicosités et varices,
- Le soulagement de l'inconfort, des œdèmes et de la sensation de jambes lourdes.

5.3. ATTITUDES DES SAGES-FEMMES FACE A UN REFUS DE PRISE EN CHARGE

5.3.1. Analyse comportementale

Face à un refus d'application de la prescription médicale par les patientes, le positionnement des sages-femmes interrogées se faisait selon deux types de comportements.

Le premier comportement identifié était dans une démarche positive, avec calme et un discours encourageant. Les arguments évoqués se basaient sur une nouvelle explication des risques et de la pathologie, une nouvelle prescription afin d'adapter la taille, et la forme ou discuter des différentes matières qu'il existe pour diminuer les sensations d'inconfort et améliorer l'esthétique. Certaines sages-femmes montraient l'exemple et valorisaient les BAT avec une utilisation sur elles-mêmes dans leur milieu professionnel comme la SF14 : « *Je leur montre sur mes jambes !* ».

Ce comportement s'opposait au second, finalement inadéquat au domaine médical : la sage-femme se positionnait sur la défensive avec parfois un discours culpabilisant, infantilisant ou dans le but d'effrayer les patientes. Cette observation est illustrée par les propos des SF5 : « *Je peux aller jusqu'à faire peur. J'insiste en disant que c'est dommage d'être séparée de votre bébé juste parce que vous n'avez pas mis vos BAT !* » et SF15 : « *J'ai l'exemple typique de la patiente qui me dit : oui pour mes précédents accouchements je n'ai pas eu le souci. Bah je lui ai dit cash que ça serait bête de laisser trois enfants sans mère !* ».

5.3.2. Préjugés sur les patientes

Des idées préconçues sur les patientes tentant de justifier ces refus de prescriptions ont été identifiées. En premier lieu, l'aspect inesthétique qu'entraînait le port d'une contention veineuse comme le souligne la SF10 : « *Elles ont déjà les seins qui coulent, les pertes de sang, les serviettes hygiéniques, la culotte jetable, une tête de déterrée... oui en général c'est les BAT qui sautent.* »

Des sages-femmes se rejoignaient sur la contestation de certaines patientes qui minimisaient parfois leurs propres risques en tant que multipare : « *Souvent les multipares : oh bah je n'ai rien fait pour mes autres grossesses et accouchements et je n'ai rien eu alors pourquoi j'aurais quelque chose là !* » (SF7) ou en raison d'un inconfort : « *J'ai l'impression*

qu'aujourd'hui si ça dérange, bah tant pis on ne suit pas la prescription. Elles oublient vite que c'est un dispositif médical qui est là pour leur santé » (SF11).

Enfin, des allusions concernant la personnalité et le caractère des patientes ont été décrites afin de justifier une prévention inadaptée : *« Celles qui ont des idées arrêtées, on ne les fait pas changer d'avis malheureusement. » (SF1).*

5.4. PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE EN MAISON DE NAISSANCE (ACCOMPAGNEMENT GLOBAL)

Nous avons rencontré deux sages-femmes issues de la maison de naissance de Nancy. Elles nous ont fait part des particularités de prise en charge établie notamment sur la relation de confiance qu'elles entretiennent avec les patientes : *« En accompagnement global, ce sont des patientes que je suis depuis longtemps, que je connais bien [...] elles sont assidues dans leurs traitements » (SF12).*

Lié à la particularité du retour précoce à domicile après l'accouchement, la SF13 nous expliquait différer l'examen des membres inférieurs au retour à domicile : *« Ce sont des mamans qui sont assez actives dans leur prise en charge [...] après la naissance on ne va pas les embêter immédiatement après l'accouchement mais plutôt le lendemain ou le surlendemain à la maison quand on passe les voir. Un élément important, c'est qu'on leur donne les signes à surveiller et pour lesquels il faudrait venir se présenter aux urgences. »*

L'examen des membres inférieurs était systématique. Parmi les cas cliniques décrits, l'une d'entre elles nous racontait avoir déjà suspecté une TVP, infirmée par des investigations plus poussées. La deuxième sage-femme elle, avait déjà dépisté une TVP dans sa pratique hospitalière après un accouchement voie basse, sans facteurs de risque. Cependant, la prévention par BAT ne se faisait que sur facteurs de risque surajoutés à l'état de grossesse et de la période du post-partum : *« Habituellement, je le fais sur points d'appel. Mais j'ai conscience que je devrais le faire plus » ; « De base, je n'en vois pas qui en portent juste pour l'idée du post-partum en lui-même » (SF12).*

5.5. CHEMINEMENT DES SAGES-FEMMES : DISPOSITIFS POUR AMELIORER LA PREVENTION

Afin de diminuer ces situations, les sages-femmes ont proposé des axes d'amélioration pour renfoncer cette prévention :

- Renforcer la prévention durant la grossesse pendant les consultations mensuelles mais également durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP),
- Intégrer les BAT sur la liste de maternité ou dans la boîte rose offerte en début de grossesse,
- Etablir un protocole hospitalier référent pour les sages-femmes en post-partum,
- Informations aux maris, à l'entourage proche, aux sages-femmes libérales et médecins traitants,
- Affiches explicatives dans les couloirs de la maternité,
- Plaquettes d'informations (idée controversée par certaines sages-femmes qui spécifiaient une quantité importante de papiers écrits souvent non lus par les couples en suites de couches),
- Ordonnance systématique en sortie de maternité (au même titre que le tire-lait ou la rééducation du périnée par exemple) ou sur les notifications de déclenchement et de césarienne programmée,
- Remboursement de paires supplémentaires dans le forfait maternité.

6. PLACE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LA PREVENTION

6.1. CONDITIONS D'EXERCICE

L'organisation du travail en milieu hospitalier et libéral impacte la prévention actuelle. En effet, les sages-femmes ont formulé un manque de temps pour informer et prendre en charge consciencieusement les patientes tant en milieu hospitalier : « *Parce que c'est vrai qu'on les voit le matin vers 07h rapidement et l'après-midi difficilement car elles ont de la visite* » (SF3), qu'en milieu libéral : « *On fait le contrôle mais c'est comme tout, on ne peut pas leur faire un examen d'une heure [...]. Si on avait plus de temps on aurait sûrement plus de facilités à informer* » (SF11).

Les sages-femmes hospitalières déploraient le « turn-over » important du personnel soignant en suites de couches qui nécessite d'avoir donc, tous le même discours et pouvant entraîner un suivi discontinu des patientes :

- SF6 : « *Je pense qu'on est plus efficace quand elles restent 3/4 jours si on leur dit tous les jours, elles vont peut-être se dire que c'est important et que ce n'est pas juste la sage-femme du lundi qui a pété les plombs !* »
- SF7 : « *Quand on est là plusieurs jours d'affilé, j'ai tendance à dire que oui les femmes sont compliantes.* »

6.2. COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

6.2.1. Importance de la prévention pendant la grossesse

Dans la majorité des entretiens, les sages-femmes relevaient un risque sous-estimé pendant la grossesse par certains professionnels de santé qui ne prescrivait pas de BAT comme l'a souligné la SF14 : « *Je trouve qu'il y a encore beaucoup de collègues qui ne prescrivent pas de BAT pendant la grossesse, donc forcément elles n'en ont pas une fois qu'elles ont accouché* ». Cette non-prescription entraîne alors souvent une discontinuité dans les soins, et un manque de crédibilité du discours en post-partum.

L'ensemble des sages-femmes se rejoignaient sur l'idée que l'information doit être acquise dès la grossesse pour qu'elle devienne finalement un automatisme en post-partum : « *Celles qui ont déjà des BAT depuis la grossesse, les ont et ça ne les dérangera pas de les mettre un mois en plus !* » (SF3).

De plus, le post-partum représente aussi les premiers pas de la femme dans la maternité. Cette période est assaillie d'une multitude de questions et d'informations, notamment en milieu hospitalier : « *Moi je pense que c'est en amont, plus insister en consultation. Elles ont déjà tellement à acquérir [...]. Et en post-partum on fait de la redite* » (SF5).

6.2.2. Relation entre le monde hospitalier et libéral

Au même titre que la prévention pendant la grossesse, les sages-femmes ont souligné l'importance de la prévention au retour à domicile par les sages-femmes libérales. Cependant,

ce discours était ambivalent par l'identification d'un manque de dialogue entre les deux parties qui peut être à nouveau responsable d'une discontinuité des soins et engendre des aprioris sur la prise en charge en libéral comme décrits dans les entretiens n°2 et n°3 :

- SF2 hospitalière : « *Les libérales elles ont d'autres choses à faire passer comme message je pense plus important [...]. Par contre, elles font vraiment attention aux césariennes. Pour les patientes à bas risque, je ne suis même pas sûre qu'on leur en parle.* »
- SF3 hospitalière : « *Je n'irai pas appeler une sage-femme libérale pour la prévenir que la patiente refuse de mettre ses BAT.* »

DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

A travers les entretiens, nous avons pu identifier que pour une majorité de sages-femmes, la gravité de la pathologie est sous-estimée en post-partum au regard de la grossesse, en lien avec les représentations sur la physiopathologie de la MTEV qui pourraient ainsi minimiser le risque de thrombose dans la période postnatale.

Contrairement aux données de la littérature, la rencontre de notre population avec cette pathologie n'est pas exceptionnelle, notamment en milieu hospitalier et en post-partum immédiat. En effet, la fréquence de survenue de la pathologie en post-partum était d'un tiers dans la littérature (versus deux tiers pendant la grossesse). Dans notre population, 11 sages-femmes admettaient avoir déjà suspectées ou dépistées cette pathologie en suites de couches.

L'ensemble des sages-femmes hospitalières recommande en systématique le port d'une contention veineuse en post-partum quel que soit le niveau de risque à contrario avec certaines sages-femmes libérales qui considèrent les BAT comme traitement préventif avéré, uniquement en cas de facteurs de risque surajoutés à l'état de grossesse ou à la période du post-partum (accouchement par césarienne, anomalies de l'hémostase etc). Ainsi, pour des patientes décrites comme à bas risque, les BAT sont conseillés pour des patientes manifestant une plainte ou dans une situation d'insuffisance veineuse dépistée à l'examen clinique.

Dans les deux milieux d'exercice, les recommandations sont mal connues, notamment sur la durée du port de BAT et sur les différences de prise en charge selon la voie d'accouchement. Il en résulte une application non optimale des recommandations avec une difficulté pour stratifier le niveau de risque, malgré une bonne connaissance globale des facteurs de risque.

En ce qui concerne la prescription, l'ensemble des sages-femmes préconise des BAT de classe II, conforme aux données de la littérature. Cependant, il subsiste encore des idées reçues concernant l'inefficacité de certaines formes de BAT (contention sous forme de

chaussettes). Le type de contention imposé entraîne alors très fréquemment une mauvaise tolérance et une diminution de l'observance des patientes au traitement de surcroît.

2. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Pour traiter cette problématique, nous avons choisi de mettre en œuvre une démarche qualitative avec comme outil méthodologique : l'entretien semi-directif. Cette méthodologie nécessitait de se détacher d'une analyse purement quantitative à l'aide de chiffres et de pourcentages, en récoltant des données sur les pratiques et des opinions. En effet, l'entretien permettait aux personnes interrogées de s'exprimer avec leurs propres mots, ce que ne permettait pas un questionnaire anonyme.

La première difficulté rencontrée a été la réalisation des entretiens. En premier lieu, il a été complexe de mener les entretiens et de les guider pour éviter l'effet « récit de vie » ou au contraire de se confronter à un échange « vide de sens ». En effet, nous nous sommes confrontés à deux cas de figure lors des échanges : des sages-femmes peu expressives avec qui, il a fallu approfondir les propos de nombreuses fois et au contraire des sages-femmes, réelles oratrices, qu'il a fallu canaliser et recadrer dans leurs récits d'expériences professionnelles pour rester sur la thématique choisie. De plus, la trame d'entretien élaborée n'a pu que rarement être utilisée d'une manière figée : il a été nécessaire d'établir une certaine souplesse dans le recueil des données et de rebondir sur les propos des sages-femmes pour compléter les thématiques choisies.

Par ailleurs, le recueil des données et leur analyse se sont montrés complexes. Après avoir retranscrit l'ensemble des entretiens, il a été indispensable d'extraire les notions importantes pour pouvoir déterminer si les recommandations étaient réellement bien connues, appliquées auprès des patientes et de quelle manière. Nous avons donc été confrontés au biais d'interprétation, propre aux études qualitatives avec un potentiel décalage entre ce qui a été décrit par la sage-femme et ce que nous en avons interprété. Nous avons essayé d'être dans une démarche la plus neutre possible, sans préjugés ni jugements.

3. FORCES DE L'ETUDE

L'aspect qualitatif de l'enquête nous a permis de relever des informations que nous n'aurions pas pu identifier avec une méthode quantitative, plus traditionnelle pour les travaux de recherche en maïeutique. L'étude n'est pas une simple évaluation des pratiques professionnelles mais permet de prendre en compte les facteurs influençant la bonne mise en pratique des recommandations de la prévention de la MTEV en post-partum. Elle a également permis d'identifier les freins à une prise en charge efficiente auprès des patientes et des moyens simples afin d'améliorer les pratiques.

4. REPRESENTATIVITE DES RESULTATS

Cette étude basée sur un faible effectif de 15 entretiens ne peut être représentatif de la population générale. Cependant, elle émet des pistes de réflexion pour d'autres travaux de recherche car elle met en avant la difficulté d'appréhender l'ensemble des paramètres externes et internes qui participent de manière plus ou moins directe à la qualité de la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum.

CONCLUSION

Pour conclure, une majeure partie de notre population effectue une prévention systématique de la maladie thromboembolique veineuse dans la période postnatale, en recommandant aux patientes le port de bas anti-thrombose. Nous avons pu identifier une réelle culture de service à la Maternité du CHRU de Nancy entre les sages-femmes permettant ainsi d'améliorer la prévention par systématisation de l'information auprès des accouchées.

Cependant, l'application des recommandations est souvent non optimale car peu d'entre elles connaissent d'une manière précise le contenu de ces dernières, en termes de durée de traitement et d'identification des facteurs de risque. Cette évaluation des pratiques professionnelles sur la prévention de la MTEV en post-partum a permis de confirmer la nécessité d'une formation continue des sages-femmes, tant en milieu hospitalier qu'en milieu libéral afin d'actualiser les connaissances sur les différentes pathologies et les nouvelles recommandations.

Bien que cette étude ne soit représentative de la population générale, elle a permis de mettre en avant de nombreux facteurs qui peuvent influencer la manière dont la prévention est réalisée : la formation et les années d'exercice, le type d'activité professionnelle, l'organisation du travail ou encore la confrontation ou non à la pathologie. De plus, à travers les récits, nous avons pu constater l'évolution des pratiques où les sages-femmes les plus anciennes dans le métier notent un réel changement de prise en charge sur la MTEV pendant la grossesse et en post-partum.

La méthodologie de l'étude a permis aux sages-femmes interrogées un état des lieux de leur propre pratique et une prise de conscience sur la MTEV en post-partum. L'ensemble des sages-femmes a manifesté une volonté et une détermination en vue de diminuer la morbi-mortalité maternelle grâce à des moyens simples à mettre en œuvre afin d'améliorer la prévention : prévention précoce dès la grossesse, protocole référent pour déterminer le niveau de risque en coordination avec les médecins anesthésistes, formation interne pour les sages-femmes hospitalières et un réel travail en réseau avec les sages-femmes libérales, maillon terminal de la prévention en post-partum.

Enfin, l'essor des maisons de naissance laisse suggérer une nouvelle approche de prévention avec les sages-femmes libérales qui sont les professionnelles de santé référentes de la patiente à bas risque pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat

et tardif. Ainsi, il serait intéressant d'étudier les freins à cette prise en charge et comment intégrer de façon optimale les recommandations en accompagnement global, afin de tendre vers une prévention continue dès la grossesse jusqu'à la fin du post-partum tardif.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Mismetti P, Baud J-M, Becker F, et al. Recommandations de bonne pratique : prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine. *Journal des Maladies Vasculaires* [en ligne]. 2010 [cité le 01 mai 2019] ; 35 : 127–136. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/252338>
- [2] Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française. Qu'est-ce que la phlébite et l'embolie pulmonaire ? [En ligne]. [cité le 01 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Phlebite-et-Embolie-Pulmonaire/I-Qu'est-ce-que-la-phlebite-et-l-embolie-pulmonaire>
- [3] Benhamou D. Maladie thromboembolique veineuse et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne]. 2010 [cité le 01 mai 2019] ; 39 : 1–4. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_169_benhamou.pdf
- [4] Olié V, Moutengou E, Barry Y, Deneux-Tharaux C, Pessione F, Plu-Bureau G. Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le post-partum ; *Bull Epidemiol Hebd* [en ligne]. 2016 [cité le 01 mai 2019] ;(7-8):139-47. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_6.html.
- [5] Galliot L. Étiologies et stratégies thérapeutiques devant une fièvre du post-partum. *Vocation sage-femme*. 2012 ; 11(96):25-29.
- [6] Boyer-Neumann C. Hémostase et grossesse. *EMC-Hématol*. 2005 ; 13-040-A-10 : 1-9.
- [7] Engelhorn C, F Cassou M, L Engelhorn A, Salles-Cunha S. Does the number of pregnancies affect patterns of great saphenous vein reflux in women with varicose veins ? *Phlebology*. 2010 [Cité le 01 mai 2019] ; 25(4):190-5.
- [8] Pomp E, Lenselink A, Rosendaal F, et al. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects : risk of venous thrombosis in the MEGA study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2008; 6(4) : 632–637.
- [9] Barret A. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Recommandations pour la pratique clinique. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005; 24:952-976.

- [10] Sachdeva A, Dalton M, Amaragiri SV, Lees T. Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010 ; Issue 7. Art. No.: CD001484.
- [11] Jamieson R, Calderwood CJ, Greer IA. The effect of graduated compression stockings on blood velocity in the deep venous system of the lower limb in the postnatal period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114: 1292–1294.
- [12] Büchtemann AS, Steins A, Volkert B, et al. The effect of compression therapy on venous haemodynamics in pregnant women. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1999; 106: 563–569.
- [13] Haute Autorité de Santé. La compression médicale dans le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse [en ligne]. 2010 [cité le 01 mai 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1437981/fr/la-compression-medecale-dans-le-traitement-de-la-maladie-thrombo-embolique-veineuse-fiche-but
- [14] Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. *J. gynécol. obstét. biol. reprod.* 2015; 44: 1157–1166.
- [15] Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. NOR : SANS0622672A.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODE	12
1. TYPE D'ETUDE	12
1.1. POPULATION ETUDIEE.....	12
1.1.1. Modalités de réalisation de l'étude.....	12
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	14
ANALYSE	16
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	16
1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	16
1.2. RENCONTRE AVEC LA PATHOLOGIE EN POST-PARTUM.....	17
1.3. PREJUGES SUR LA PATHOLOGIE.....	17
1.3.1. Formation initiale et continue de la sage-femme.....	17
1.3.2. Représentations sur la pathologie, sa fréquence et son dépistage.....	18
1.3.3. La confrontation avec la pathologie.....	19
2. ETAT DE LA PREVENTION EN POST-PARTUM	19
2.1. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE.....	20
3. RECOMMANDATIONS RESSOURCES ET VALIDITE DES DONNEES	21
4. LA PRESCRIPTION DE BAS ANTI-THROMBOSE	22
5. COMPLIANCE DES PATIENTES VECUE PAR LES SAGES-FEMMES	23
5.1. OBSERVANCE DES PATIENTES.....	23
5.2. ELEMENTS INFLUENCANT L'OBSERVANCE DES PATIENTES.....	23
5.3. ATTITUDES DES SAGES-FEMMES FACE A UN REFUS DE PRISE EN CHARGE.....	24
5.3.1. Analyse comportementale.....	24
5.3.2. Préjugés sur les patientes.....	24
5.4. PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE EN MAISON DE NAISSANCE (ACCOMPAGNEMENT GLOBAL).....	25
5.5. CHEMINEMENT DES SAGES-FEMMES : DISPOSITIFS POUR AMELIORER LA PREVENTION.....	26
6. PLACE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LA PREVENTION	26
6.1. CONDITIONS D'EXERCICE.....	26
6.2. COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE.....	27
6.2.1. Importance de la prévention pendant la grossesse.....	27
6.2.2. Relation entre le monde hospitalier et libéral.....	27
DISCUSSION	29
1. PRINCIPAUX RESULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	29
2. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	30
3. FORCES DE L'ETUDE	31
4. REPRESENTATIVITE DES RESULTATS	31
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34

TABLE DES MATIERES	36
ANNEXES.....	38

ANNEXES

ANNEXE I

Tableau 2 - Catégories de risque de MTEV maternelle au cours de la grossesse et du post-partum, et après césarienne

Risque majeur	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent de MTEV multiples - Malades traitées au long cours par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de MTEV en rapport avec une thrombophilie
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent de MTEV, sans facteur de risque retrouvé - Antécédent de MTEV associé à l'un des facteurs biologiques de risque suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Déficit en AT *, SAPL * - Mutation homozygote isolée 20210A ou FV Leiden - Anomalies hétérozygotes combinées * (surtout mutation 20210A + Leiden hétérozygote) - Antécédent de MTEV lors d'une grossesse antérieure ou au cours d'un traitement œstrogénique
Risque modéré	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent de MTEV, avec facteur déclenchant temporaire lors de l'épisode antérieur - Antécédent de MTEV avec facteur biologique de risque (autre que ceux cités ci-dessus) - Présence d'un des facteurs biologiques de risque, asymptomatique et dépisté dans le cadre d'une MTEV familiale, surtout si : <ul style="list-style-type: none"> - déficit en AT *, SAPL * - mutation homozygote isolée 20210A ou FV Leiden - anomalies hétérozygotes combinées * (surtout mutation 20210A + Leiden hétérozygote) - Césarienne en urgence - Césarienne et chirurgie pelvienne majeure associée - Présence de ≥ 3 facteurs de risque faible
Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun facteur de risque - Ou présence de < 3 facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> - âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA - facteurs obstétricaux : césarienne, multiparité > 4, prééclampsie, allaitement strict prolongé, hémorragie du post-partum, etc.) - maladie thrombogène sous-jacente (syndrome néphrotique, MICI en poussée, infection intercurrente systémique, etc.)
<p>* Pour les formes asymptomatiques de SAPL et de déficit en antithrombine, l'évaluation du risque est établie au cas par cas selon notamment l'importance des antécédents familiaux. IMC : indice de masse corporelle MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin</p>	

ANNEXE II

Entretien n°7 : Sage-femme en milieu hospitalier en activité depuis 25 ans

- Durant votre carrière professionnelle, avez-vous déjà été confronté à une thrombose veineuse (profonde ou superficielle) / embolie pulmonaire en post-partum ?

Pas d'embolie pulmonaire et thrombose veineuse deux fois. Dans les deux cas, je ne sais plus très exactement... Il y a une c'était il y a deux ans, une patiente qui avait accouché prématurément, son bébé était hospitalisé en néonatalogie et l'examen clinique du matin, il y avait une petite rougeur, j'avais demandé à l'interne de venir confirmer l'examen et il y avait un signe de Homans qui était négatif. Le premier examen avait donc été rassurant pour l'interne, et après la dame était retournée en néonatalogie et quand elle revenue vers midi, elle se plaignait d'une douleur, donc j'ai réexaminé et il y avait un Homans positif. Et donc on avait fait faire un examen à l'interne. L'imagerie a attesté qu'il y avait bien une thrombose donc on a mis en place une héparinothérapie après. Si elle avait ses BAT... Je dirai que oui, mais elle ne les portait pas tout le temps. Elle ne les avait pas mis sur le jour-là en tout cas. Elle avait accouché voie basse. Les deux cas que j'ai eu dans ma carrière c'était après une voie basse. Et pas d'antécédents connus.

La deuxième patiente avait donc effectivement accouché voie basse, elle avait son bébé auprès d'elle. Je ne me rappelle pas exactement les circonstances de l'accouchement, hémorragique ou non... Je ne me souviens pas. Dans son cas il me semble qu'il y avait un contexte de varices importantes mais pas d'antécédents connus.

- Pensez-vous que c'est un trouble fréquent en post-natal ? Pensez-vous que c'est un trouble plus fréquent/plus grave en post-natal par comparaison avec l'anténatal ?

De mon expérience j'en ai vu plus en post-partum, après les deux peuvent se voir... Mais dans ma pratique ça serait plus fréquent en post-partum. Je pense que c'est aussi grave en postnatal qu'en anténatal.... La prise en charge est peut-être moins évidente pendant la grossesse du coup.

- Y-at-il un protocole sur le port de BAT en post-partum dans le service ? Lors de vos consultations de sortie, quelle recommandation suiviez-vous spontanément ?

Je ne sais pas s'il y a un protocole, en tout cas moi je recommande de les porter 6 à 8 semaines après l'accouchement. En fait, j'ai longtemps travaillé en néonatalogie et quand je suis revenue en suites de couches, j'ai rebalayé un peu toutes les pathologies existantes et les protocoles actuels donc c'est plutôt un croisement de plusieurs protocoles, je ne serai pas dire lequel exactement. Je fais aussi des consultations, donc c'est quelque chose que je prescris et que je recommande de bonne heure même pendant la grossesse. Après quand on est au diagnostic de grossesse elles n'entendent pas toujours donc je le répète tout au long du suivi et notamment après l'accouchement. Par exemple, pour les césariennes programmées je leur mets les bas avant qu'elles descendent au bloc.

- Quelle importance représente pour vous la prévention des troubles thrombo-emboliques veineux en post-partum ? (Priorité/sujet secondaire). Abordez-vous le sujet de manière systématique ou sur « points d'appels » (mauvais état veineux à l'examen clinique par exemple ?)

Ah non moi les bas je leur dis de manière systématique. Après ce n'est pas toujours accueilli avec joie (rires). En été, c'est rarement accueilli avec joie par exemple... En tout cas moi je leur recommande systématiquement.

- Comment identifiez-vous les facteurs de risque de la patiente ?

Alors pour moi déjà tout le monde est à risque par l'état de grossesse. Quand il y a des antécédents particuliers, je les adresse à un phlébologue au préalable pour avoir un avis. On a un staff thrombose aussi les premiers mardis de chaque mois où on peut discuter des cas qui posent problème.

- Pourriez-vous me raconter comment avez-vous aborder le sujet lors de votre dernière consultation post-natale ? (Ou une consultation marquante à ce sujet)

Alors moi j'ai eu une patiente il y a trois semaines pour laquelle le cas m'a posé un peu problème. Elle est remontée de salle d'accouchement avec des jambes remplies de varices majeures. Je n'avais jamais vu ça... Les pieds presque bleu marine. Des varices qui remontaient jusqu'au pli inguinal mais elles étaient énormes, du calibre de mon doigt ! Donc elle ne portait pas de bas de contention, il n'y avait pas de staff thrombose pas de conduite à tenir de prévention par héparinothérapie. J'ai donc demandé à l'interne de venir l'examiner et a fait un bon pour avoir un avis à un référent de Brabois le Pr Z. je crois, qui a recommandé de mettre des bas de contention et une héparinothérapie. Et le problème c'est que la patiente a strictement refusé les deux. Donc... bah on a quand même insisté sur l'importance donc elle nous a dit qu'elle avait été gênée à son précédent accouchement en portant les bas de contention quel que soit le calibre finalement, chaussettes, bas ou collants. Elle a dit qu'elle allait essayer de faire un effort et de les porter mais qu'elle avait aussi mal supporté l'héparinothérapie donc qu'elle n'en voulait pas. Elle avait même un point veineux qui avait saigné. Et donc en fait, c'est qu'on ne pouvait pas aller contre son avis.

- Quelle est votre prise en charge pour une patiente à bas risque/haut risque ? Différenciez-vous la prise en charge selon la voie d'accouchement (accouchement voie basse/césarienne) ?

Disons que les accouchées voie basse j'ai plus tendance à leur dire 4 à 6 semaines s'il n'y a pas de facteurs de risque et après sur les césariennes où il y a des facteurs de risque je suis plus sur 6 à 8 semaines. Si je vois que les femmes sont déjà réticentes à les porter je vais déjà leur dire 4 à 6 semaines plutôt que 6 à 8 semaines.

- Si vous dépistez une thrombose à l'examen clinique : quelle est votre conduite à tenir ?

Si je dépiste, j'en réfère à l'interne qui l'examine assez rapidement et c'est lui qui organise la suite des bilans complémentaires notamment l'écho Doppler, et qui en parle à son sénior. J'allite la patiente en attendant la conduite à tenir.

- Quelle classe de bas anti-thrombose prescrivez-vous ?

Grade II. Toujours.

- Avez-vous une préférence concernant la forme de la contention veineuse ? Dans votre prise en charge incluez-vous le choix de la patiente concernant la forme ?

Alors ça je vois avec les patientes, je leur laisse le choix. A titre personnel, dans le cadre du travail je porte des bas. Après cliniquement selon la répartition des varices, je prescris plus facilement des bas, après si la patiente me dit qu'elle ne supporte pas les bas, je prescrirais des chaussettes. Je préfère lui mettre des chaussettes qu'elle va porter, plutôt que des bas qu'elle ne portera pas. Certaines préfèrent des collants, en tout cas moi je propose les trois.

- Pourriez-vous me dire comment donnez-vous les informations concernant les modalités de pose, la fréquence de port des BAT aux patientes ?

Tous les jours au lever et retrait le soir avant d'aller dormir ou avant la douche.

- Trouvez-vous les patientes « compliantes » à cette prévention ? Lors de l'arrivée de la patiente à la consultation de sortie : la patiente se présente-t-elle avec les BAT sur elle ?

Ça dépend des périodes je dirai. Quand on est là plusieurs jours d'affilé, j'ai tendance à dire que oui. Il y a des dames qui vont les mettre tout de suite, d'autres qui ne les ont pas emmenés, qui les ont à leur domicile donc leur conjoint doit leur rapporter. Après ça dépend si c'est des césariennes, je leur donne les nôtres. Ça dépend vraiment des patientes.... Même pendant le suivi de grossesse, il y a des dames dès qu'elles viennent elles les ont aux jambes, d'autres pour qui j'ai demandé de prendre un rendez-vous phlébologue et qui n'est toujours pas pris et la grossesse avance.

En suites de couches aujourd'hui je pense qu'il y a un peu moins de la moitié qui les porte tu vois. Pourtant hier je leur ai dit que c'était important. C'est sûr que c'est plus simple de faire passer un message quand on est là plusieurs jours d'affilé.

- À votre avis pourquoi suivent-elles correctement (ou non) leur prescription ?

Des fois il faut dire des mots « choc » ça marche pas mal. Après ça dépend des dames car il y a en a qu'ils ne sont pas plus à risque que ça, d'autres qui sont à risque mais qui sont réticentes pour les mettre et qu'une fois que les phrases standards n'ont pas fonctionné on passe au grade au-dessus (rires). Puis parfois ça suffit, des fois pas. Souvent elles disent « oh bah je n'ai rien fait pour mes autres grossesses et accouchements et je n'ai rien eu alors pourquoi j'aurai quelque chose là ». Puis selon la saison aussi, l'été c'est très difficile.

- Quelles sont les raisons les plus fréquemment énoncées par les patientes lors du refus de port de bas anti-thrombose en post-partum ?

Les multipares c'est ce que je viens de te dire. Les primipares c'est soit elles n'ont pas les bas, soit elles n'en ont pas eu pendant la grossesse donc voilà on peut leur mettre ceux du service ou leur prescrire mais le papa n'a pas toujours le temps de passer à la pharmacie les chercher. Elle n'a pas encore pris sa douche alors elle va les mettre après.... Pour celles qui sont vraiment réticentes je leur conseille de lever le bas du lit, de se mobiliser, de lutter contre tout ce qui peut favoriser la stase veineuse en fait !

- Quels sont vos arguments lorsqu'une patiente exprime clairement son refus de porter une contention veineuse en post-partum ?

Je leur dis les phrases « choc » jusqu'à l'embolie pulmonaire. Je leur dis que c'est quand même dommage d'en arriver à un traitement de choc quand on peut faire une prévention sur les petits moyens.

- Pensez-vous qu'il faudrait accentuer la prévention lors du séjour en maternité ?
Comment améliorer la prévention ?

Je pense que des affiches ça serait pas mal. Parce que les plaquettes finalement je me rends compte qu'il y a une multitude et je ne suis pas sûre qu'elles les lisent toutes. Après je suis assez surprise parce que je constate encore des patientes qui me disent « oh bah non on ne m'en a pas prescrit pendant la grossesse ! ». Alors je me dis bon.... J'avouerai que c'est plutôt cet aspect-là qui m'interroge. Le fait qu'elles n'ont même pas eu la prescription pendant la grossesse alors que c'est recommandé ! Après je ne pourrai pas te dire le ratio, mais il y a toujours.

- Est-ce qu'il y a des choses qui vous semblent importantes à ajouter à cet entretien ?
Non.

ANNEXE III

Individus	Temps de carrière	Confrontation MTEV/post-partum	Cas cliniques marquants	Fréquence/gravité	La prévention : sujet prioritaire ou secondaire ?	Recommandation suivie/voie d'accouchement	Sources	Identification des facteurs de risque
SF 1	3 ans	« Non, jamais »	« Ce matin, j'ai vu une patiente, elle n'avait pas ses BAT mais elle allait sortir. J'allais lui dire [...] et elle m'a annoncé la couleur ! »	Peu fréquent (pas encore rencontré le cas) Plus grave en anténatal (lié à la grossesse)	« Je le fais en systématique, peu importe le niveau de risque »	AVB : 6 semaines Césarienne : 8 semaines	HAS	« Le poids, les antécédents, sa mobilisation, césarienne »
SF2	6 ans	« Finalement non jamais »	« Là, dans le service j'ai une patiente qui a un antécédent de 7 phlébites et d'une embolie pulmonaire ! Elle porte ses bas de contention en permanence et a des HPBM »	Peu fréquent Plus fréquent et plus grave en anténatal (lié à la grossesse)	« Je le fais systématiquement »	6 à 8 semaines pour les deux	Ne sait pas	« Je me base sur les antécédents personnels ou familiaux et mon examen clinique »
SF3	10 ans	« Oui, une thrombose ovarienne »	« C'était après un AVB, sans antécédents particuliers. Elle se plaignait de douleurs, mais pas la clinique habituelle de la thrombose. Finalement, ils ont découvert un déficit en facteur V de Leiden »	Peu fréquent Plus grave en post-natal (recours aux soins plus tardif)	« Je le fais en systématique en post-partum »	Un mois et demi	HAS	« La parité, le tabac, le mauvais état veineux, obésité, diabète »
SF4	7 ans	« Non, que des suspicions »	« Elles avaient des douleurs au mollet à la mobilisation. Membres inférieurs très abimés avec des varices »	Plus fréquent et plus grave en post-natal (ne fait pas d'anténatal)	« Maintenant je recommande en systématique »	6 à 8 semaines pour les deux	HAS et CNGOF	« Les antécédents, l'état veineux puis les points d'appel à l'examen »
SF5	15 ans	« Oui, une phlébite »	« C'était une multipare, après un AVB, mauvais état veineux. Douleur au Homans, trajet veineux douloureux, confirmée à l'échographie » « Souvent des grandes multipares qui ne veulent pas mettre des BAT avec des grosses varices »	Plus fréquent et plus grave en anténatal (lié à la grossesse)	« Moi systématiquement je refais l'info »	6 semaines pour les deux	CNGOF	« Les antécédents personnels et familiaux ! »
SF6	3 ans	« Oui, une thrombose superficielle et une suspicion de thrombose profonde »	« C'était après un AVB, sans facteurs de risque particuliers »	Plus fréquent et plus grave en anténatal (lié à la grossesse)	« Ah non, moi je le conseille systématiquement »	AVB : 3 semaines Césarienne : 6 à 8 semaines	CNGOF	« Si elles ont des maladies de la coagulation, varices ou mauvais état veineux, surpoids, alitement, césarienne »

	SF7	25 ans	« Deux fois une thrombose veineuse »	<p>*« Patiente qui avait accouché prématurément par VB, sans antécédents [...] qui revient de néonatal en se plaignant d'une douleur. Homans positif. Elle avait des bas mais elle ne les portait pas tout le temps »</p> <p>*« Après un AVB avec un contexte de varices importantes mais pas d'antécédents connus »</p> <p>*« Récemment, patiente qui remonte de la SDN avec des jambes remplies de varices majeures qui remontaient jusqu'aux plis inguinaux. Pieds couleur bleu marine ! [...] elle refusait la prise en charge : BAT + HBPM. »</p>	<p>Plus fréquent en post-natal (par ses expériences professionnelles)</p> <p>Gravité identique en post-natal et anténatal</p>	« Ah non, moi les bas je leur conseille de manière systématique »	<p>AVB : 4 à 6 semaines</p> <p>Césarienne : 6 à 8 semaines</p>	Croisement de plusieurs recommandations	« Tout le monde est à risque par l'état de grossesse ! »
	SF8	28 ans	« Oui, mais pas en post-partum »	« Je vais dire que tu en as tous les ans des patientes qui sont difficiles à convaincre ! »	<p>Plus fréquent en anténatal</p> <p>Plus grave en post-partum (recours aux soins plus tardif)</p>	« D'office moi je leur dis qu'il faut en porter »	<p>AVB : 3 semaines</p> <p>Césarienne : 6 semaines</p>	Ne sait pas	« L'examen clinique. Au niveau du dossier : antécédents personnels, familiaux, déficit en protéine C/S, anomalies de l'hémostase... »
	SF9	17 ans	« Oui, une phlébite pelvienne »	<p>« Après un accouchement voie basse avec un diagnostic tardif car clinique moins évidente par rapport à une phlébite des MI »</p> <p>« Patiente qui est revenue de SPC après une hémorragie de la délivrance : pas de BAT ni de Lovenox® prescrit ! »</p>	<p>Peu fréquent mais plus grave en post-partum (recours aux soins plus tardif)</p> <p>« Moins de pathologies en post-partum mais plus sévères »</p>	« Maintenant je le recommande à tout le monde »	6 semaines pour les deux	Ne sait pas	« A part mon examen clinique, s'il y a des antécédents de MTEV chez elle ou dans sa famille, déficit en protéine C/S, déficits de l'hémostase [...]. Après c'est plutôt l'association de facteurs de risque qui est mauvais ! »
Activité libérale	SF10	7 ans	« Oui, pendant ma pratique hospitalière : une phlébite et une embolie pulmonaire »	« La phlébite après une césarienne et l'embolie pulmonaire c'était après un accouchement voie basse »	<p>Peu fréquent en post-natal</p> <p>Gravité identique à l'anténatal</p>	« Je les conseille très fortement aux césariennes. Les patientes qui ont accouché normalement [...] si elles n'ont pas de douleurs ou de gênes, je ne vais pas les embêter »	6 semaines pour les deux	Ne sait pas	« Ses antécédents personnels, l'âge, le tabac [...] la césarienne aussi ! »
	SF11	3 ans	« Oui, une thrombose du bras quand j'étais étudiante ! »	« Douleur à l'avant-bras, 2 jours après l'AVB, pas d'antécédents ni de signes précurseurs »	<p>Plus fréquent en post-natal « les femmes font moins attention à elles en post-natal »</p> <p>Gravité identique à</p>	« Je le fais sur points d'appel. Je ne le fais pas systématiquement. A part pour les césariennes »	Plusieurs semaines	Ne sait pas	« Je vais regarder à l'examen clinique, lui prendre la tension, regarder l'état général de ses membres, ses habitudes »

				l'anténatal				
SF12*	8 ans	« Non, qu'une suspicion »	« Une patiente au retour à domicile avec des signes d'appel à l'examen clinique »	Fréquence identique Plus grave en post-natal : « moins de prévention en post-natal qu'en anténatal »	« Alors, habituellement je le fais sur points d'appel. Mais j'ai conscience que je devrais le faire plus [...] C'est peut-être à tort... mais je le ne fais pas »	6 semaines pour AVB et césarienne (visite post-natale)	Ne sait pas	« Si elle a mal, si elle a un mauvais retour veineux, des œdèmes, sensation de jambes lourdes. Antécédents familiaux et personnels ou antécédents de fractures / MI »
SF13*	6 ans	« Oui, une fois une phlébite »	« 4 jours après l'AVB, au RAD. Pas d'antécédents. A l'examen : trajet veineux induré, rouge, douloureux »	Plus fréquent et plus grave en post-natal	« Je propose systématiquement. Mais si c'est une femme à bas risque [...] et qu'elle me dit non je n'insisterai pas »	AVB : 6 semaines Césarienne : 12 semaines	Ne sait pas	« Examen clinique, antécédents familiaux. J'apprécie la mobilité de la patiente, surpoids, sensation de jambes lourdes ou un inconfort »
SF14	3 ans	« Non, jamais »	« En rééducation du périnée, une patiente qui avait un nœud variqueux énorme, mais qui ne portait pas ses BAT... Elle allait se faire opérer prochainement »	Plus fréquent et plus grave en post-natal : « elles n'ont pas le temps, ni l'envie de porter leurs BAT »	« Oui en systématique, car c'est ma hantise »	AVB : jusqu'à la consultation post-natale Césarienne : 6 mois (au moins 3 mois)	Plaquettes des laboratoires qui vendent des BAT (Sigvaris® par exemple)	« Il y a le surpoids, l'obésité, les antécédents familiaux, anomalies du facteur V de Leiden, tabagisme, stase veineuse avec une immobilisation, tendance à faire de la rétention d'eau »
SF15	5 ans	« Non, jamais »	« J'ai déjà eu des patientes avec un très mauvais état veineux ou des varices vulvaires, mais bizarrement ça ne s'est jamais aggravé en post-partum ! »	Peu fréquent en post-natal Gravité identique avec l'anténatal	« Non pas en systématique. Je recommande les bas surtout en cas de césarienne [...] ou de varicosités »	Césarienne : 6 semaines	Ne sait pas	« Mon examen clinique, les antécédents personnels et familiaux et les troubles de coagulation majoritairement »

*activité en maison de naissance

Individus	Type de BAT	Forme de la contention : efficacité, choix de la patiente	Informations délivrées à la patiente/prescription	Compliance des patientes/vécues par les sages-femmes	Respect de la prescription	Refus/ non port des BAT	Positionnement face à un refus de la prescription	Avis sur la prévention actuelle/comment l'améliorer ?	Remarques libres
SF 1	Classe II	« Oui je leur laisse le choix de la forme. Ça a la même efficacité ! »	« Tous les jours, au niveau horaire je ne sais pas trop ce qui est recommandé [...], retrait en fin d'après-midi »	« Ça dépend... [...] il y en a une majorité qui les mettent quand même sous nos conseils »	*Explication médicale de la pathologie *Prévention continue tout au long de la grossesse jusqu'en post-partum *Confort (œdèmes)	Allergie, chaleur, oubli, démangeaisons	« Je leur explique que ça peut avoir des conséquences mais je ne vais pas insister non plus ! »	« Globalement on le fait toutes ! » « Etablir un protocole c'est l'idéal pour pouvoir s'y rapporter »	« Je pense que c'est un peu comme dans tout : quand tu n'es pas confrontée à la chose bah tu ne te rends pas compte des conséquences ! »
SF2		« Oui je leur demande à chaque fois. Je sais que les trois sont tout aussi efficaces »	« Il faut les mettre le jour et pas la nuit. L'idéal est de les mettre avant d'avoir posé le pied à terre »	« Non peut être 50% des patientes. Je pense que ça les ennuie ! »	Expliquer les risques (discours médical)	Pénibilité, taille non adaptée, chaleur	« Je leur explique qu'on peut prescrire pour adapter la taille, proposer des chaussettes au lieu de bas [...], j'essaie d'argumenter ! »	« J'ai l'impression que tout le monde est d'accord et qu'on leur dit tous [...], il y a case spécifique sur Dxcare. Ça nous force à y penser » « Dans la feuille de sortie, il y a une ligne sur le port de BAT »	« J'estime qu'on leur donne une information, elles veulent l'entendre c'est bien, sinon tant pis [...] On ne peut pas rabâcher 20 fois les mêmes infos » « Les libérales ont d'autres choses à faire passer comme message à domicile. Elles font vraiment attention aux césariennes »
SF3		« Je prescris plus facilement des chaussettes maintenant ! [...] je leur laisse le choix bien sûr »	« Pour moi c'est le matin au lever après la douche et retrait avant de se coucher. Tous les jours »	« C'est 50/50 »	« Je ne sais pas si notre discours est vraiment impactant ou pas »	Ø besoin, chaleur, démangeaisons « Mais ce ne sont pas de vraies excuses, ce n'est pas quelque chose de iatrogène »	« Pour l'excuse de la chaleur je leur conseille des BAT en lin ou en bambou » « Je leur réexplique les risques de phlébite et EP »	*prévention = habitude de service *Informations aux maris, entourage proche, SF libérales, médecins traitants *affiche, plaquettes d'informations *ordonnance de sortie (comme le tire-lait ou la rééducation du périnée) *ordonnance/convocation césariennes programmée ou déclenchements *appuyer lors de la PNP	« Je pense vraiment à la thrombose facilement évitable. Pour une patiente avec une thrombophilie par exemple, c'est sûr que les BAT ne sont pas suffisants » « On fait des études sur tout, mais pas là-dessus c'est fou ! »
SF4		« Collants ou bas. Je préfère car ils couvrent mieux le membre inférieur, donc plus efficace » « Les chaussettes c'est mieux que rien »	« Au réveil avant de poser le pied à terre. Sinon de se rallonger et de surélever les jambes. Retrait avant qu'elles se couchent »	« Franchement oui, même celles qui ne sont pas forcément à haut risque, elles sont assez sérieuses »	« Notre discours, on leur fait un peu peur. Il faut faire peur sinon elles n'écoutent pas »	Inconfort, chaleur, difficile à mettre, pas esthétique	Phlébite → EP → « ça peut être gravissime »	« Je trouve que c'est mieux maintenant » *Bonne si déjà recommandé en anténatal *Plaquettes	Ø

SF5	Classe II et III (Atcd TVP)	« Je leur laisse le choix »	« Après la douche [...],qu'elles les portent le plus longtemps possible pendant la journée. Et retrait avant d'aller dormir »	« Oui je dirai 50% des femmes »	« La personne qui a suivi la grossesse a expliqué l'intérêt de porter les BAT. Elles y ont vu un intérêt pendant la grossesse »	Pas esthétique, difficile à mettre, chaleur	« Je leur montre que j'en porte même en été ! » « Je peux aller jusqu'à faire peur en appuyant sur la séparation maman/bébé »	Appuyer en amont, plus insister en consultations prénatales et redit en post-partum : « les femmes ont déjà tellement à acquérir en suites de couches »	« Je pense qu'on est bien en prévention ! Moi je trouve que dans la majorité des cas les femmes sont compliantes »
SF6	Classe II	« Moi je laisse le choix aux patientes, je leur dis que c'est la même chose, la même efficacité »	« Le matin après la douche, toute la journée et retrait début de soirée »	« Franchement ça dépend des moments... Mais honnêtement je ne suis pas sûre qu'il y ait 30% qui en mettent »	*Explication des risques et de la pathologie	Difficulté de pose, chaleur, allergie	« En post-partum on a un fort risque de faire une phlébite » « Je sais que c'est très pénible mais la phlébite encore plus ! » « Je leur donne mon exemple, que même en tant que professionnel de santé j'en porte »	« Je pense qu'ici on est bons » *mettre l'accent aux consultations de grossesse et continuer après l'accouchement *répétition de l'information : « on en remet une couche tous les jours »	∅
SF7		« Alors ça je vois avec les patientes je leur laisse le choix. Après cliniquement selon la répartition des varices [...] je conseille plus une forme que l'autre »	« Tous les jours au lever et retrait le soir avant d'aller dormir ou avant la douche »	« Un peu moins de la moitié qui les porte tu vois »	« Des fois il faut dire des mots choc ça marche pas mal » « Selon la saison aussi, l'été c'est très difficile »	« N'en a pas, n'a pas encore pris sa douche... »	« Je leur dis que c'est quand même dommage d'en arriver d'un traitement de choc quand on peut faire une prévention sur les petits moyens »	« Quand on est là plusieurs jours d'affilé c'est plus simple de faire passer un message » *affiches *prescription pendant la grossesse	∅
SF8		« De manière générale je dirai que c'est mieux les bas. Mais si elles veulent des chaussettes... je préfère qu'elles aient des chaussettes que rien du tout »	« Tous les jours, on les met le matin au réveil et retrait le soir avant d'aller dormir »	« Franchement je dirai 50/50. IL faut leur faire une petite pique de rappel quand on fait le tour ! »	« L'information qu'on leur délivre, qu'est-ce qu'elles risquent si elles n'en mettent pas »	Inconfort, taille non adaptée, chaleur, allergie	« J'essaye de trouver une solution par exemple les chaussettes ou collants qui sont parfois un peu moins contraignants que les bas. Ou inviter les papas à les mettre si elles n'arrivent pas les mettre ! » « Je leur explique les risques quitte à leur faire peur »	*accentuer la prévention en consultations de grossesse *remboursement pour plus de paires pour que les femmes puissent alterner plus aisément	« Tu vois quand je compare à ma pratique il y a 15 ans cela devient de la rengaine, c'est systématique alors qu'avant ce n'était pas du tout une priorité ! »
SF9		Classe II	« Je pensais que plus la contention était haute plus c'était efficace. Mais maintenant je sais que les chaussettes sont tout aussi efficaces. Après je prends	« Je leur dis tous les jours après la douche avec un retrait en fin de journée »	« Je trouve que c'est vraiment mieux maintenant par rapport à avant »	« L'information qu'on leur donne et parce que nous les professionnels de santé on est plus sensibilisés [...] Je pense que quand on explique correctement	Chaleur	*explication du risque *venter l'intérêt du bas : diminution des œdèmes, confort *certaines gammes font des efforts concernant l'esthétique	*Bonne évolution de la pratique « En plus sur Dxcare il y a la case donc on ne peut pas zapper le truc » *accentuer la prévention pendant la PNP

		toujours en compte l'avis des patientes »			les choses, elles sont assez raisonnables »				que même après l'accouchement il subsiste des risques »
SF10		« C'est un grand débat [...] la chaussette c'est peut-être moins efficace. Idéalement des bas ou les collants » « Je sais que je leur demande aussi. Je leur laisse le choix en fait, car je sais qu'elles seront plus observantes sur une forme qu'elles ont choisie »	« La pharmacie va expliquer ! »	« Sauf les dames qui ont des troubles de coagulation ou les césariennes [...] non »	« Peut-être qu'elles ont pu expérimenter le fait que c'est intéressant pour leur retour veineux [...] soit elles vont respecter le conseil car elles sont observantes dans leurs suivis »	Difficulté de pose, oubli, inesthétique	*explication du risque thromboembolique	*affiches *amélioration de l'esthétique des BAT *appuyer sur le confort contre les œdèmes « Mais bon, une femme qui n'a jamais eu de soucis pendant sa grossesse... [...] c'est mort ! Le message ne passera jamais »	« Je pense que c'est bien d'en parler tout le temps car c'est un sujet important »
SF11		« Je demande aux patientes. Je me dis que c'est déjà très bien si elles en mettent une » « Niveau efficacité, je ne sais pas. Ça va dépendre d'où se trouvent les varices, les varicosités [...] »	« « Je lui dis dès le matin au réveil avant qu'elle se lève et jusqu'au soir, jusqu'à la douche. Tous les jours »	« Franchement, c'est limite »	« Pas d'impact du discours du professionnel [...] je dirai plutôt un impact du confort. Elles oublient que c'est un dispositif médical qui est là pour leur santé »	Difficulté de pose, effet garrot	« J'ai des petites astuces ! Je leur vends qu'il y a plusieurs matières [...] je joue sur l'aspect esthétique »	« Moi je pense que c'est vraiment d'actualité. Et on en parle assez bien » *affiches, plaquettes *PNP, consultations de grossesse	« Si on avait plus de temps, on aurait sûrement plus de facilités à informer [...] on va à l'essentiel : si elle n'a pas d'œdèmes on passe à autre chose » « Il faut radoter. Mais bon il y a des patientes qui s'en fichent »
SF12*		« Je prends en compte l'avis de la patiente, mais si par exemple elle a des varices vulvaires je vais lui dire que ce n'est pas suffisant »	« A mettre le matin avant de se lever et retrait le soir avant d'aller dormir ou au moment de la douche »	« Oui ! [...]. Après celles qui suivent bien ce que leur recommande c'est des patientes qui sont actives dans leurs prises en charge »	« Tout dépend le niveau de risque. Pour une patiente à haut risque j'explique l'EP. Pour une patiente à bas risque, je vais lui expliquer que c'est en prévention de varices, varicosités »	Contraignant, chaleur	Aspect esthétique, confort	*plaquettes « En accompagnement global, on le fait assez bien je pense [...] les patientes je les connais bien donc elles sont pour la plupart sérieuses à ce sujet »	∅
SF13*	Classe II	« Je trouve que les bas sont les plus intéressants pour drainer toute la jambe. Dans le cadre d'hémorroïdes je vais plutôt me tourner vers des collants »	« Il faut les mettre tous les jours avant de poser le pied à terre et le retirer le soir avant d'aller dormir »	« Sans que je leur dise [...] 1/3 des patientes que je vais voir à la maison les porte »	*Explication des risques et de la pathologie	Difficulté de pose, chaleur	Confort pour les œdèmes	« A domicile, j'ai l'impression qu'elles ont toutes +/- entendu parler oui » *relai SF libérales *multiplicité des intervenants	∅

SF14		« Alors moi je demande aux patientes [...] De ce que je sais de la théorie, normalement pour moi il n'y a pas de différences »	« S'allonger 20 à 30 minutes avant de les enfiler [...] si elles veulent les porter la nuit, je ne suis pas contre »	« Non. En fait ça dépend du type de patiente [...] j'ai objectivité que les patientes que je vais trouver avec les bas en post-partum, c'est les mêmes que j'ai trouvé en prénatal »	*Expérience de la douleur et l'inconfort « C'est dommage qu'on en arrive là car finalement cela aurait pu être évité »	Inconfort, difficulté de pose, effet garrot	*Conseils marques, matières (esthétique, chaleur)	*mettre BAT sur la liste de maternité *offrir BAT/boite rose	« Alors un truc [...] ça arrive que les patientes me disent qu'elles n'en ont jamais entendu parler/proposer même pendant la grossesse » « Le fait de travailler en réseau ça permet aussi de rattraper les boulettes des collègues »
SF15		« Normalement en termes d'efficacité c'est censé être pareil car tout part de la cheville »	« Je les invite à les mettre avant de sortir du lit le matin, soit de s'allonger pendant 15 à 20 minutes. Tous les jours. Pour le retrait avant d'aller dormir »	« Non ça les ennuie fortement »	« Je pense que notre discours a un impact [...] si on ne met pas les mots justes et si on n'explique pas clairement ce que c'est une phlébite »	Chaleur, allergie	*refaire la prévention « Au moins l'information aura été délivrée, elles connaissent les risques et voilà tant pis pour elle ! »	*plaquette d'informations	∅

Title of the essay

The place of venous compression in the prevention of postpartum venous thromboembolic disorders :

Representations of the hospital midwives of the Maternity of Nancy and liberal midwives of the Lorraine region between november 2018 and february 2019.

Structured abstract

Objectives. – Assess the place of venous compression in the prevention of postpartum venous thromboembolic disorders.

Methods. – Qualitative study thanks to semi-directive interviews conducted between November 2018 and February 2019 with 9 hospital midwives of the Maternity of Nancy and 6 liberal midwives of the Grand-Est Region.

Results. – The severity of the pathology was underestimated by the midwives, although more than half of them experienced at least once the VTE or had a suspicion of deep vein thrombosis postpartum in one of their patients. However, three-quarters of the population systematically use compression stockings to prevent the VTE at any postpartum risk level. The systematization of prevention is explained by various factors such as the studies and years of experience, the type of the activity (hospital or liberal), the organization of work or the confrontation or not with the pathology.

Conclusion. – The results are encouraging, but the small size of the study doesn't make it possible to generalize them.

Keywords :

Venous thromboembolism (VTE), postpartum period, compression stockings

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de ZIMMERMANN CLARA - Année 2019

Titre du mémoire

La place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum :

Représentations des sages-femmes hospitalières de la Maternité Universitaire du CHRU de Nancy et sages-femmes libérales de la région Grand-Est.

Résumé structuré

Objectifs. – Evaluer la place de la contention veineuse dans la prévention des troubles thromboemboliques veineux en post-partum.

Matériel et méthodes. – Etude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs réalisés entre novembre 2018 et février 2019 auprès de 15 sages-femmes : 9 sages-femmes hospitalières de la maternité du CHRU de Nancy et 6 sages-femmes libérales de la région Grand-Est.

Résultats. – La gravité de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) était sous-estimée par les sages-femmes bien que plus de la moitié d'entre elles ont rencontré au moins une fois la MTEV ou ont eu une suspicion de thrombose veineuse profonde en post-partum chez l'une de leurs patientes. Cependant, les trois quarts de la population effectuent une prévention systématique à l'aide de BAT auprès des patientes peu importe le niveau de risque en post-partum. La systématisation de l'information et de la prévention est justifiée par différents facteurs tels que la formation et les années d'exercice de la sage-femme, le type d'activité professionnelle (hospitalière ou libérale), l'organisation du travail ou encore la confrontation ou non à la pathologie.

Conclusion. – Les résultats sont encourageants mais le faible effectif de l'étude ne permet pas de les généraliser.

Mots clés

Maladie thromboembolique veineuse (MTEV), post-partum, bas anti-thrombose (BAT)