



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>

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Vinot Solenn

**Le dépistage de l'anémie ferriprive du post-partum au sein
de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire
de Nancy**

*Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles
Enquête réalisée du 17 novembre au 7 décembre 2018*

Soutenu le 28 septembre 2020

Directrice de mémoire : Madame Gila Ebadi

Sage-femme Coordinatrice Enseignante - École de Sages-femmes de Nancy

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Vinot Solenn

Le dépistage de l'anémie ferriprive du post-partum au sein de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

*Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles
Enquête réalisée du 17 novembre au 7 décembre 2018*

Soutenu le 28 septembre 2020

Directrice de mémoire : Madame Gila Ebadi

Sage-femme Coordinatrice Enseignante - École de Sages-femmes de Nancy

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Gila Ebadi, pour la direction de ce travail de recherche, mais également pour son aide et sa bienveillance qui m'ont apporté personnellement et professionnellement.

Merci à mes parents, à William et Sarah, à toute ma famille pour votre soutien inconditionnel. Mia et Arthur merci pour vos rires.

Guillaume, merci pour ton soutien et ton réconfort.

Merci à Catherine, Claire, Eros, Fanny, Manon, Marina, Pierre, Quentin, Virginie pour votre précieuse présence, merci à tous mes amis pour vos sourires.

GLOSSAIRE

APD : Analgésie PériDurale

AVB : Accouchement Voie Basse

AVH : Accouchement Voie Haute

CCMH : Contenu Corpusculaire Moyen en Hémoglobine

CEGORIF : Cercle d'Etudes des Gynécologues Obstétriciens de l'Île de France

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

Esteban : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

FdR : Facteur de Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

Hb : Hémoglobine

HPP : Hémorragie du Post-Partum

INCA : Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires

LLF : Leche League France

MFIU : Mort Foétale In Utéro

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFH : Société Française d'Hématologie

VGM : Volume Globulaire Moyen

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE.....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
1. TYPE D'ÉTUDE.....	12
2. MATÉRIEL.....	12
3. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE.....	14
4. RECUEIL DES DONNÉES	15
5. CONTRÔLE ET SAISIE DES DONNÉES	15
6. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE	15
7. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	16
RÉSULTATS	17
1. DONNÉES INDIVIDUELLES ET PROFESSIONNELLES	17
2. LES PRATIQUES ET LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS	18
3. AVIS ET COMMENTAIRES.....	23
DISCUSSION.....	24
1. RESULTATS DE L'ETUDE	24
2. FAIBLESSES ET FORCES DE L'ETUDE.....	30
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES MATIÈRES	37
ANNEXES.....	38

INTRODUCTION

L'anémie résulte de troubles hématologiques, sa définition est donc biologique. La SFH (Société Française d'Hématologie) la définit par la diminution de la masse d'Hb (hémoglobine) circulante, qui se traduit par une réduction du taux d'Hb sérique en-dessous des valeurs seuils à l'hémogramme^[1]. L'Hb est une métalloprotéine contenue dans les hématies, formée de molécules de globines et de l'hème, qui lui est constitué de fer. L'Hb a pour rôle d'assurer le transport de l'oxygène vers les tissus cibles de l'organisme^[2].

La cause la plus fréquente de l'anémie est la carence martiale, nous parlons alors d'anémie ferriprive. Ce trouble hématologique concerne 3,9% des femmes en âge de procréer^[3]. Elle est la conséquence d'apports insuffisants ou d'un défaut d'absorption, d'une augmentation des besoins (croissance, grossesse), ou encore de pertes sanguines conséquentes^[2]. Sans correction, cette carence peut conduire à l'anémie dite ferriprive. C'est ce type d'anémie ferriprive qui intéressera cette étude, et plus particulièrement son dépistage dans la période du post-partum.

Cette carence martiale se traduit premièrement par une baisse des réserves en fer, visible par une diminution du taux de ferritine sérique. La ferritine est une protéine qui a un rôle clé dans le métabolisme du fer et qui assure une partie de son stockage dans l'organisme^[2]. Par la suite, cette carence entraîne la production d'hématies contenant moins d'Hb, nous parlons alors d'hypochromie, se traduisant par un CCMH (Contenu Corpusculaire Moyen en Hémoglobine) inférieure à 31 g/dL^[2]. Cela cause également la formation d'érythrocytes plus petits, on parle alors de microcytose, caractérisée à l'hémogramme par un VGM (Volume Globulaire Moyen) inférieur à 80 μ m³^[2]. Par ailleurs, l'anémie ferriprive est arégénérative, se définissant par un taux de réticulocytes inférieur à 150 G/L^[1]. L'anémie ferriprive ou par carence martiale est donc la présence conjuguée de deux déficits. D'une part, une hémoglobinémie inférieure à 12 g/dL chez la femme, d'autre part, à une ferritinémie inférieure à 15 μ g/L^[4].

Concernant la ferritinémie, indicateur des réserves en fer dans le sang, nous parlons de réserves faibles pour un taux de ferritine compris entre 15 et 30 μ g/L, et de déplétion totale pour un taux inférieur à 15 μ g/L^[4]. D'après l'étude française Esteban (Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) publiée en 2019, 21,5 % des femmes en âge de procréer sont touchées par des réserves faibles en fer, et presque un quart de cette population est concernée par une déplétion totale^[3].

Chez la femme en âge de procréer, il existe d'autres types d'anémies (en dehors d'une pathologie chronique, inflammatoire ou génétique) liées à des carences ou à des déperditions sanguines majorées (hémorragies génitales). L'anémie peut alors être normocytaire (VGM 80-

100 μ 3) régénérative (taux de réticulocytes > 150 G/L) à la suite de pertes sanguines importantes et/ou répétées (ménometrorragies). D'autres anémies carencielles peuvent intervenir, notamment dues à une carence des vitamines B9 et B12. Il s'agit alors d'anémie macrocytaire (VGM > 100 μ 3) arégénérative (taux de réticulocytes < 150 G/L).

La première source des anémies carencielles est l'anémie ferriprive, signalant une pathologie de l'hémoglobinosynthèse, qui atteint particulièrement les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes^[2]. La loi de santé publique de 2004 a fixé de diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer^[4]. L'Observatoire Mondial de la Santé a évalué les tendances de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes en France de 1990 à 2016. Or, il en résulte une ré-augmentation de cette prévalence depuis 2011^[5]. De plus, l'étude INCA-2 (Étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires) établissant le lien entre l'anémie par carence martiale et la nutrition, révèle que les deux tiers des femmes ont des apports alimentaires en fer inférieurs aux apports nutritionnels conseillés^[4].

Concernant la grossesse, des apports supplémentaires sont nécessaires. D'une part, les besoins en fer augmentent au fur et à mesure du développement de l'unité foeto-placentaire^[6]. D'autre part, l'augmentation du volume plasmatique est supérieure à celle du volume globulaire, responsable d'une hémodilution physiologique entraînant une baisse de l'hémoglobinémie. Pour pallier à l'augmentation de ces besoins croissants, des mécanismes compensatoires se mettent en place. À commencer par l'arrêt des menstruations limitant les pertes, et ensuite par l'augmentation de l'absorption intestinale du fer pendant la grossesse. Ceci doit être soutenu par un apport alimentaire supplémentaire en fer de l'ordre de 3 à 6 mg et par jour^[12]. Lorsque les mécanismes corporels et le soutien alimentaire ne sont pas suffisants, une carence martiale peut alors apparaître. Sans les corrections optimales, une anémie ferriprive en pré-partum peut survenir. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'anémie gravidique par un taux d'Hb plasmatique inférieur à 11 g/dL pour le premier et le troisième trimestre de la grossesse, et un taux inférieur à 10,5 g/dL à partir du deuxième trimestre^[7]. L'OMS estime la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes à 25%^[5].

L'anémie ferriprive est une pathologie évitable et traitable^[8], pourtant environ 50% des femmes enceintes présenteraient une anémie ferriprive après la 25ème semaine d'aménorrhée selon la HAS (Haute Autorité de Santé)^[2]. Elle constitue un FdR (facteur de risque) de complications materno-fœtales. En effet, l'anémie ferriprive gravidique est associée à un taux supérieur de restriction de croissance fœtale et/ou d'un retard de croissance, conduisant à davantage de petits poids de naissance^{[2], [6], [9]}. Le retentissement fœtal est d'autant plus important que l'anémie maternelle survienne précocement pendant la grossesse, voire déjà

présente avant la conception. L'anémie gravidique par carence martiale participe à l'accentuation de la mortalité périnatale et de la morbidité maternelle, notamment par l'augmentation du nombre de naissances prématurées et, chez la mère, des risques accrus d'infection, d'hémorragie et de transfusion^{[2], [6], [9]}.

L'anémie gravidique, plus particulièrement la carence martiale au cours du troisième trimestre constitue un FdR prédisposant à l'anémie du post-partum^{[7], [10]}. L'impact de l'anémie après l'accouchement reste important, puisqu'il y aurait entre 15 et 25% des patientes ayant accouché par voie basse qui seraient anémiées en post-partum^[11]. Il est donc nécessaire de comprendre pourquoi l'anémie gravidique et donc l'anémie du post-partum ne tendent pas vers une diminution de leur prévalence.

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) définit l'anémie du post-partum par une hémoglobinémie inférieure à 11 g/dL à quarante-huit heures de l'accouchement^[10]. Le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction la définit par un taux inférieur à 12 g/dL dans les six semaines qui suivent l'accouchement^[6]. Bien que le taux de ferritine soit un élément biologique important pour le dépistage de l'anémie ferriprive pendant la grossesse, sa fiabilité est discutée en post-partum selon les études nationales et internationales. Il serait faussement élevé dans un premier temps^{[2], [6], [9]}. Les réserves en fer des patientes peuvent être déterminées avant l'accouchement ou à six semaines du post-partum^[9]. Dans son rapport de 2011 concernant le choix des examens en cas de suspicion de carence en fer, la HAS n'a pas exposé de consensus^[2].

Des conséquences maternelles et sur les nouveau-nés dues à une anémie non dépistée et non traitée sont visibles. En effet, nous observons un risque plus élevé de morbi-mortalité chez ces patientes, à savoir un risque de transfusion majoré, une durée d'hospitalisation plus longue, ainsi qu'une diminution de la résistance aux infections^{[6], [9]}. Une autre conséquence, observée par la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel), la LLF (Leche League France) et la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique, est une insuffisance de production de lait chez les patientes anémiées^{[9], [16], [17]}. Aussi, l'étude "*Anemia and insufficient milk in first-time mothers*" parue dans le Perinatal care Education en 1995, appuie cette observation^[18]. Par ailleurs, le CNSF (Collège National des Sages-Femmes), la HAS ainsi que le CEGORIF (Cercle d'Etudes des Gynécologues Obstétriciens de l'Île de France) évoquent la possibilité d'un lien entre la fatigue engendrée par l'anémie et l'altération de la relation mère et nouveau-né^{[2], [7], [13]}. Dans le même sens, les patientes anémiées ont plus de risques de développer des troubles anxiodépressifs^{[2], [6], [9]}.

Selon les dernières recommandations du CNGOF et l'étude rétrospective du CNSF, les femmes à dépister sont les patientes présentant des FdR d'anémie, les patientes ayant eu des déperditions sanguines dues à l'accouchement, ou encore celles présentant des signes cliniques, qui varient en fonction de la sévérité de l'anémie, de la rapidité d'installation, et de sa tolérance^{[7], [10]}. Une synthèse des FdR et des signes cliniques de l'anémie maternelle postnatale est présentée en Annexe I, tableau 1.

Les recommandations du CNGOF, l'étude publiée par le CNSF, le CEGORIF, le Guide de la sage-femme édité en 2014 préconisent tous le dépistage de l'anémie par une NFS (Numération Formule Sanguine) aux accouchées présentant un ou plusieurs facteurs prédisposant d'anémie à quarante-huit heures de l'accouchement, délai nécessaire au rééquilibrage des compartiments liquidiens au sein de l'organisme^{[7], [10], [13], [15]}. Le CNGOF précise qu'il n'est pas recommandé de réaliser une NFS en systématique dans la période post-césarienne, mais seulement en cas de FdR et/ou de signes cliniques. Dans ces conditions, la NFS doit être réalisée dans les quarante-huit premières heures^[10]. L'OMS, le CNSF ainsi que le CEGORIF définissent l'anémie par une hémoglobémie inférieure à 10 g/dL. Le CNGOF retient le seuil d'une hémoglobémie inférieure à 11 g/dL.

Au-delà du dépistage, la mise en place d'un traitement concernant l'anémie du post-partum diffère selon les données des collèges nationaux. Les résultats de l'étude publiés par le CNSF préconisent une supplémentation orale pour une Hb comprise entre 7 et 10 g/dL, un recours au fer injectable en suites de naissances pour une Hb inférieure à 7 g/dL, et une transfusion en cas d'intolérance hémodynamique^[7]. Pour le CNGOF, le traitement oral est à prescrire en première intention en cas d'Hb inférieure à 11g/dL. Il recommande d'instaurer un traitement par fer injectable pour les anémies sévères, avec un taux d'Hb compris entre 8 et 9 d/dL. La transfusion est à discuter pour une Hb inférieure à 7 g/dL^[10].

La sage-femme est incontournable dans le suivi de la femme durant son parcours de périnatalité, joue un rôle essentiel en matière de prévention et de dépistage de l'anémie de la femme et notamment de l'anémie du post-partum, qui reste un problème considérable non dépourvu de complications.

L'exposé des recommandations du CNGOF et des résultats de l'étude du CNSF cités précédemment, nous a fait remarquer des différences en matière de dépistage et de prise en charge en post-partum.

À la suite de ce constat, il est apparu pertinent de faire une étude afin d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels médicaux concernant le dépistage de l'anémie ferriprive du post-partum au sein de la maternité du CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Nancy.

Plusieurs objectifs ont été fixé pour cette étude :

Le premier objectif était l'évaluation des connaissances des professionnels de santé de la maternité du CHRU de Nancy, concernant les critères de dépistage de l'anémie dans la période du post-partum, au regard des publications du CNGOF, du CNSF et de la SFH ;

Le deuxième objectif consistait à étudier la mise en application des recommandations relatives au dépistage de l'anémie du post-partum ;

Le troisième objectif de l'étude était d'étudier la connaissance des professionnels sur l'existence d'un protocole de service validé.

Nos hypothèses sont les suivantes :

Les professionnels de santé connaîtraient pour la majorité les critères de dépistage de l'anémie dans la période du post-partum, recommandés par le CNGOF, le CNSF et la SFH ;

Il existerait une diversité des pratiques concernant le dépistage et la prise en charge de l'anémie en post-partum ;

Enfin, la stratégie de dépistage par les professionnels interrogés ne se basait pas sur un protocole de service normalisé et disponible.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Le travail effectué a consisté en une étude observationnelle descriptive de type analyse des pratiques professionnelles. L'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles réalisée à l'aide d'entretiens directifs s'est basée sur un référentiel. Ce référentiel a été élaboré à partir des recommandations du CNGOF sur le post-partum publiées en 2015, d'une étude rétrospective descriptive sur 169 dossiers publiée en 2005 par le CNSF, ainsi que sur les données d'hématologie générale publiées par la SFH^{[1], [7], [10]}. (Annexe II). Cette étude a été transversale et monocentrique.

Le premier objectif était l'évaluation des connaissances des professionnels de santé de la maternité du CHRU de Nancy, concernant les critères de dépistage de l'anémie dans la période du post-partum, au regard des publications du CNGOF, du CNSF et de la SFH ;

Le deuxième objectif consistait à étudier la mise en application des recommandations relatives au dépistage de l'anémie du post-partum ;

Le troisième objectif de l'étude était d'étudier la connaissance des professionnels sur l'existence d'un protocole de service validé.

Nos hypothèses sont les suivantes :

Les professionnels de santé connaîtraient pour la majorité les critères de dépistage de l'anémie dans la période du post-partum, recommandés par le CNGOF, le CNSF et la SFH ;

Il existerait une diversité des pratiques concernant le dépistage et la prise en charge de l'anémie en post-partum ;

Enfin, la stratégie de dépistage par les professionnels interrogés ne se basait pas sur un protocole de service normalisé et disponible.

2. MATÉRIEL

2.1. LA POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

La population cible était les professionnels médicaux exerçant à la maternité du CHRU de Nancy au sein des deux unités fonctionnelles des suites de naissances.

Les critères d'inclusion étaient :

- Les sages-femmes exerçant intégralement ou en partie en suites de naissances ;
- Les médecins gynécologues-obstétriciens, les médecins anesthésistes ;
- Les internes en médecine (gynécologie-obstétrique, anesthésie, médecine générale).

Les critères d'exclusion étaient :

- La sage-femme coordinatrice exerçant la mission d'encadrement dans le service ;
- Les étudiants sage-femme en stage dans les unités fonctionnelles lors de la réalisation de l'étude.

Afin d'obtenir un échantillon représentatif, nous avons fixé un nombre à trente participants. Pour appliquer le principe du volontariat à la participation à notre étude et anticiper le remplacement des personnes refusant de répondre à l'enquête, nous avons sélectionné trente-cinq personnes. Au regard des effectifs des sages-femmes exerçant en secteur mère-enfant, les dix-huit ont été retenues pour constituer l'échantillon. Les médecins ont été répertoriés via les listes de gardes, dix internes en médecine et sept médecins y ont été inclus par tirage au sort.

2.2. CRITÈRES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était le nombre de personnes connaissant les critères du dépistage de l'anémie du post-partum retenus dans le référentiel élaboré pour cette étude.

Le premier critère de jugement secondaire était le nombre de personnes mettant en application les critères de bonnes pratiques retenus dans le référentiel.

Le deuxième critère de jugement secondaire était le nombre de personnes déclarant l'existence d'un protocole de service.

2.1. CHOIX DU RÉFÉRENTIEL

Un protocole de prise en charge des anémies en post-partum n'étant pas formalisé et diffusé selon les critères de validité reconnus par la HAS^[21], nous avons alors recueilli les critères de bonne pratique concernant le dépistage de l'anémie dans la période postnatale à partir des données de sociétés savantes. Il s'agissait des recommandations pour la pratique clinique émises par le CNGOF en 2015, des conclusions de l'étude rétrospective et descriptive sur 169 dossiers publiée par le CNSF en 2005, et des recommandations en hématologie générale diffusées par la SFH en 2001. À partir de ces éléments, nous avons construit un référentiel de mesure des connaissances et des compétences appliquées, basées sur des preuves scientifiques sous forme d'un tableau. Ce référentiel a été conçu uniquement pour cette étude. (Annexe II)

3. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE

3.1. DONNÉES RECUEILLIES

Les données ont été recueillies durant des entretiens directs menés sur la base d'un guide, qui était divisé en trois parties. (Annexe III)

Une première partie de l'entretien consistait à obtenir un profil du professionnel interrogé, à savoir son âge, sa profession (précision de la spécialité pour les médecins et les internes en médecine), le nombre d'années d'exercice et le nombre d'années d'exercice dans un service de suites de naissances.

La deuxième partie visait à évaluer les connaissances et à mesurer le degré d'application des recommandations professionnelles relatives au dépistage de l'anémie en post-partum : le/les critère(s) biologique(s) retenu(s), la définition biologique, les FdR, les signes cliniques, et la connaissance de critères supplémentaires spécifiques à la période postnatale.

La troisième partie était consacrée au recueil des avis, suggestions et commentaires de l'interviewé, permettant de mettre à jour les éléments non exploités par notre enquête.

3.2. CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

En amont de l'élaboration de la grille d'entretien, j'ai réalisé des recherches dans la littérature afin de collecter les données nécessaires à la construction d'un référentiel de mesure pour cette étude. Ces recherches bibliographiques ont permis de se focaliser sur trois sources principales, à savoir le CNGOF, le CNSF et la SFH, permettant la réalisation de ce référentiel, servant de base à la création d'une grille d'entretien.

Ce support a été testé auprès de quatre professionnels de santé, dans le but d'ajuster la présentation et les questions proposées aux interviewés. Ces professionnels ayant participé aux entretiens directs tests ont été exclus de l'étude.

Les entretiens de type directif conduits à partir de la grille d'entretien ont permis de poser des questions basées sur des données scientifiques validées avec des niveaux de preuve constituant les recommandations professionnelles dans le domaine d'étude, et ainsi d'éviter que la population interrogée ne sorte du cadre établi.

4. RECUEIL DES DONNÉES

Les données ont été recueillies auprès des professionnels des services des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy sur une période allant du 17 novembre 2018 au 7 décembre 2018. La prise de contact auprès de la population cible s'est faite soit par téléphone, soit directement au sein du service, afin de leur proposer un rendez-vous. Ils ont été informés de l'anonymat, des objectifs de l'étude, du type d'entretien et de sa durée fixée à une vingtaine de minutes.

Concernant le déroulement des entretiens, ils ont tous été réalisés selon le même schéma. Tout d'abord, l'étape de préparation et d'installation : les entrevues se sont déroulées dans une salle annexe à la salle de garde afin de garantir une discrétion vis-à-vis de l'activité du service et des autres professionnels. Les interviewés ont eu connaissance des trois parties constituant le guide d'entretien, comportant des questions à réponses courtes.

Au sujet du recueil des données, les réponses ont été recueillies intégralement. Les expressions employées lors de l'interview, ainsi que les questions, ou encore les commentaires, ont été transcrits entre guillemets. Les échanges ont été conclus par des remerciements, et les professionnels ont été informés de la possibilité d'avoir accès ultérieurement aux résultats de l'étude par le biais de la sage-femme coordinatrice exerçant la mission d'encadrement du secteur postnatal.

5. CONTRÔLE ET SAISIE DES DONNÉES

Les termes énoncés par les professionnels ont été catégorisés et qualifiés (Annexe IV, tableau 2). Les données recueillies ont été saisies dans le logiciel Excel pour une classification et une quantification par l'interviewer.

6. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE

Les réponses ont pu être examinées au regard des critères retenus dans notre référentiel. Des croisements des données ont été effectués afin d'étudier la corrélation des connaissances et des pratiques dans la population d'étude, prenant en compte la profession et le nombre d'années d'exercice.

7. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Cette étude n'était pas interventionnelle et a porté sur une évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles au sein de la maternité du CHRU de Nancy, ne relevant donc pas d'une déclaration préalable à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Au préalable, la sage-femme coordinatrice du secteur mère-enfant a donné son accord pour mener l'étude.

La participation des interviewés s'est faite sur la base du volontariat. Ils ont été informés de la méthodologie et du déroulement de l'entretien, ainsi que du respect de la confidentialité de leur participation par l'anonymisation de la grille d'entretien. De plus, les entretiens individuels se sont déroulés dans une pièce annexe prévue à cet effet.

RÉSULTATS

L'effectif de l'échantillon pour notre étude a été fixé à trente professionnels. Afin d'anticiper des refus de participation à l'enquête, nous avons sélectionné trente-cinq praticiens, dont dix-huit sages-femmes, dix internes en médecine et sept médecins.

Neuf professionnels ont d'emblée refusé d'être interviewés malgré les relances et les propositions de rendez-vous ultérieurs (deux sages-femmes, quatre internes en médecine et trois médecins). La majorité des refus ont été justifiés par un manque de temps. Par ailleurs, deux sages-femmes étaient absentes au moment de la réalisation de l'étude et n'ont donc pas pu être sollicitées.

Vingt-quatre professionnels ont accepté la participation à l'étude (quatorze sages-femmes, six internes et quatre médecins). Sept entretiens n'ont pas pu être menés à terme en raison des urgences survenues.

Au total, dix-sept interviews ont pu aboutir et être prises en compte dans nos résultats, il s'agissait des entretiens de quatorze sages-femmes, deux internes en médecine et un seul médecin.

1. DONNÉES INDIVIDUELLES ET PROFESSIONNELLES

La première partie concernant les données individuelles des professionnels interviewés consistait à connaître dans un premier temps l'âge et la profession de la population cible. La population de l'étude était constituée de dix-sept professionnels, dont quatorze sages-femmes, un médecin gynécologue obstétricien et deux internes en médecine : un en médecine générale et un en gynécologie-obstétrique. La moyenne d'âge de cette population était de trente-huit ans avec un écart-type de onze ans. Les extrêmes d'âge allaient de vingt-cinq ans à soixante-et-un ans.

Dans un second temps, relatif aux données professionnelles, les questions intéressaient le nombre d'années d'exercice de la profession et le nombre d'années d'exercice dans le service des suites de naissances. (Annexe V, figure 1) En moyenne, les professionnels interrogés exerçaient depuis quinze ans leur métier. L'échantillon était constitué majoritairement de professionnels exerçant depuis cinq ans ou moins. Concernant leur exercice dans un service de suites de naissances, ils y travaillaient depuis en moyenne huit ans, les extrêmes allant d'un mois à quarante ans.

2. LES PRATIQUES ET LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS

2.1. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les sources ou recommandations utilisées par la population cible pour la pratique professionnelle concernant le dépistage de l'anémie en post-partum :

Dix-sept personnes sur dix-sept ont répondu à cette question. Les professionnels interrogés avaient la possibilité de citer plusieurs réponses. Huit interrogés sur dix-sept ont énoncé une seule réponse. Le maximum de sources citées était de quatre pour cette question.

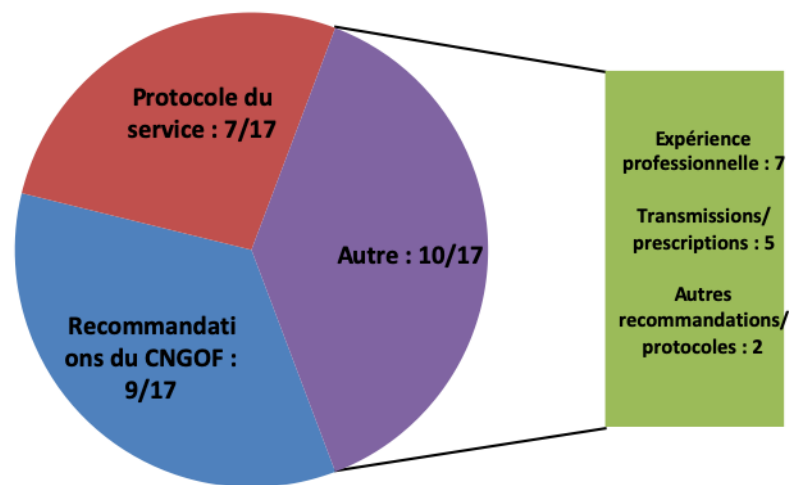


Figure 2 : Sources utilisées par les professionnels concernant le dépistage de l'anémie en post-partum en secteur postnatal au sein de la maternité du CHRU de Nancy. (Décembre 2018)

Concernant les réponses des professionnels, neuf sur dix-sept s'appuyaient sur les recommandations du CNGOF, sept ont exprimé se référer à un protocole de service. Dix interviewés ont cité quatorze fois des sources « autres » sur lesquelles ils s'appuient concernant notre thématique, dont l'expérience professionnelle à sept reprises. Pour cinq d'entre eux, ils basaient également leur pratique sur « les indications médicales » ou sur « les transmissions réalisées entre les équipes ». Enfin, deux professionnels ont fait référence à d'autres protocoles comme : « le protocole des anesthésistes » et « le protocole de transfusion et le protocole du traitement par fer intraveineux ».

Pratiques concernant la réalisation de la NFS de dépistage de l'anémie dans la période postnatale :

Tableau 3 : Représentation des différents moments du dépistage de l'anémie du post-partum par les professionnels de santé de la maternité du CHRU de Nancy. (Décembre 2018)

	Pas de distinction selon le mode d'accouchement (7/17)		Distinction selon le mode d'accouchement (10/17)			
			AVB (Accouchement Voie Basse)		AVH (Accouchement Voie Haute)	
<i>Temps après l'accouchement (en heures)</i>	H24	H48	H24	H48	H24-H72	H48-H96
<i>Effectifs</i>	6	1	6	4	9	1

Les dix-sept professionnels interrogés ont exprimé réaliser une NFS pour le dépistage de l'anémie du post-partum. Parmi les dix-sept professionnels interrogés, pour sept sages-femmes, deux internes et un médecin, le mode d'accouchement a été pris en compte pour choisir le(s) moment(s) pour la réalisation du bilan sanguin. Au contraire, sept sages-femmes n'ont pas fait de distinction selon la voie d'accouchement pour déterminer le moment de la réalisation de la NFS.

Sans distinction du mode d'accouchement, les sages-femmes ont été six à affirmer qu'elles réalisent un bilan sanguin à 24 heures de l'accouchement et une à 48 heures. Concernant les professionnels ayant apporté une précision sur le mode d'accouchement, pour les AVB quatre sages-femmes et deux internes en médecine réalisent la NFS à 24 heures de l'accouchement, et trois sages-femmes et un médecin à 48 heures.

Sur les dix-sept personnes, deux ont déclaré prescrire un bilan à plus long terme en cas d'anémie décelée lors du séjour à la maternité, dont une sage-femme à six semaines du post-partum, et un interne en médecine générale trois mois après l'accouchement.

Critères biologiques utilisés pour définir l'anémie du post-partum :

Pour définir et diagnostiquer une anémie dans la période du post-partum, la totalité des interviewés se sont référés à la NFS en s'appuyant sur le taux d'Hb. De plus, quatre professionnels ont également indiqué prendre en compte le taux de ferritine : un interne a retenu le seuil d'un taux de ferritine inférieur à 30 µg/L, une sage-femme n'a pas donné d'indication sur le taux et précise que cela « dépend des résultats de la NFS ». Une sage-femme a déclaré se référer à la ferritinémie anténatale et a retenu un seuil inférieur à 15 µg/L. Enfin, la dernière sage-femme a précisé que le taux de ferritine à prendre en compte est « celui en anténatal ou

celui réalisé à six semaines après l'accouchement pour la visite postnatale et retient un taux entre 15 et 30 µg/L ».

2.2. LES CONNAISSANCES RELATIVES AU DÉPISTAGE

Connaissances sur le seuil d'hémoglobine retenu pour le dépistage de l'anémie post-natale :

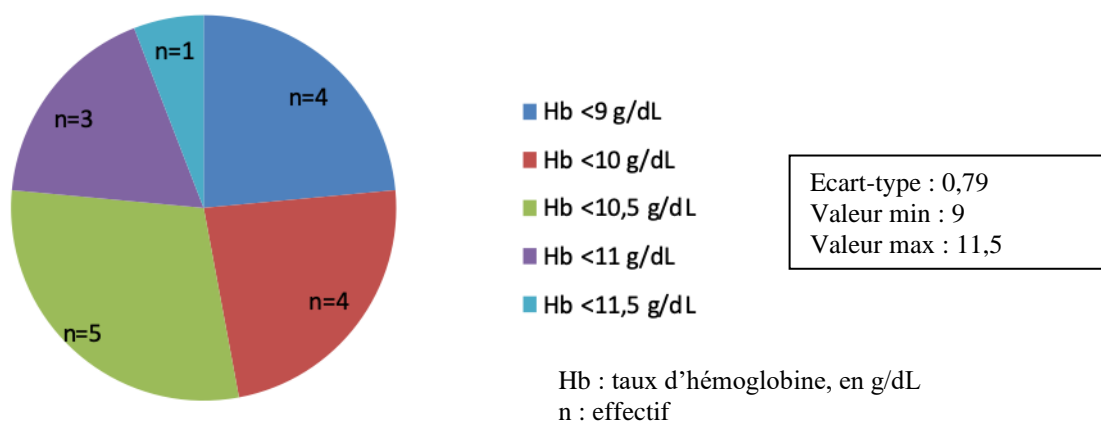


Figure 3 : Définition biologique de l'anémie du post-partum d'après la population cible. (Service des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy ; Décembre 2018)

Les dix-sept interviewés se sont référés au taux d'hémoglobine pour définir l'anémie du post-partum. Les valeurs extrêmes citées par notre population cible pour définir l'anémie du post-partum étaient de 9 g/dL et 11,5 g/dL. Le plus grand nombre de professionnels ont défini l'anémie par une Hb inférieure à 10,5g/dL.

Connaissances des facteurs de risque d'anémie nécessitant un dépistage en post-partum :

Les professionnels ont pu répondre à cette question sans limite de nombre de critères. La totalité des personnes interrogées a répondu à cette question. En moyenne, la population cible a mentionné quatre FdR parmi ceux énoncés dans les recommandations du CNGOF et l'étude publiée par le CNSF. L'analyse des résultats (Annexe VI, tableau 4) a montré qu'un médecin et un interne ont cité plus de six facteurs et neuf sages-femmes sur quatorze et un interne ont cité entre quatre et six FdR pris en compte pour le dépistage de l'anémie du post-partum. Les professionnels ayant cité trois FdR ou moins étaient des sages-femmes. Une était en exercice depuis douze ans, une autre depuis vingt ans, deux depuis trente-deux ans et la dernière depuis quarante ans.

Le FdR « HPP » (hémorragie du post-partum) a été cité par les dix-sept professionnels interviewés. Les autres facteurs les plus mentionnés ont été : l'« anémie gravidique » par 11/17,

les « *hémopathies* » par 10/17, la « *césarienne* » par 9/17 et la « *présence de signes cliniques* » chez les accouchées par 8/17. En revanche, certains critères n'ont été que très peu cités par les professionnels. En effet, le critère « *lésions périnéales* » n'a été indiqué que trois fois, par deux sages-femmes et un médecin ; l'item « *carences/habitudes alimentaires* » n'a été mentionné que par deux sages-femmes et le FdR « *anémie antérieure à la grossesse* » par seulement un interne et une sage-femme. Les FdR : « *grossesses multiples* », « *grossesse pendant l'adolescence* » et le « *contexte infectieux pendant le travail* » n'ont été cités qu'une seule fois, respectivement par un interne, une sage-femme et un médecin.

Un certain nombre de critères n'ont pas été mentionnés par la population interrogée : les « *grossesses rapprochées* », la « *consommation d'alcool, de tabac* », l'« *excès de théine/caféine* », le « *contexte infectieux durant la grossesse* », la « *MFIU* », et les « *FdR supplémentaires de déperdition sanguine au cours du travail* ».

A contrario, des critères non retenus par le CNGOF et le CNSF, ont été évoqués par les professionnels. Il s'agissait des « *métrorragies durant la grossesse* », citées par deux sages-femmes et un médecin, pratiquant depuis respectivement vingt-deux, cinq et trois ans. La « *catégorie socio-professionnelle* » a intéressé trois sages-femmes exerçant depuis au moins dix ans. L'« *origine ethnique* » a été mentionnée par cinq praticiens : un interne exerçant depuis dix mois et quatre sages-femmes travaillant depuis deux à trente-deux ans, avec une moyenne de quinze ans d'exercice. De plus, huit sages-femmes sur quatorze ont exprimé prendre en compte la « *tolérance clinique* » des patientes ainsi que leur « *ressenti sur la notion de pertes sanguines* ». Enfin, onze professionnels sur dix-sept ont déclaré « *se référer à la NFS du 9ème mois* » ou « *celle réalisée en salle des naissances* ».

Afin d'apporter plus de précisions à propos du critère « *HPP* », il a été demandé aux professionnels interrogés de définir un seuil de pertes sanguines retenu pour définir l'HPP.

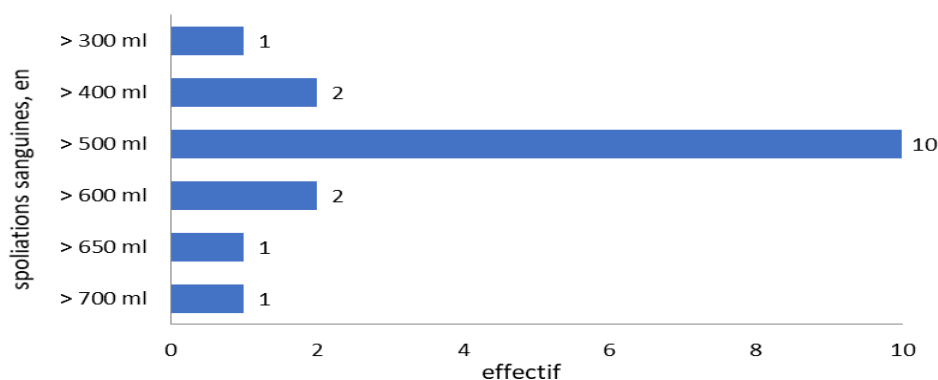


Figure 4 : Seuil de la quantité de perte sanguine pour une HPP pris en compte comme FdR pour l'anémie du post-partum par la population cible. (Secteur postnatal de la maternité du CHRU de Nancy ; Décembre 2018)

Dix personnes sur dix-sept ont défini ce seuil par des pertes sanguines \geq à 500 ml. Il s'agissait de deux internes, un médecin et sept sages-femmes. Trois sages-femmes sur quatorze ont pris en compte un seuil inférieur de spoliations sanguines à 500 ml, et quatre sages-femmes, un seuil plus élevé comme FdR.

Connaissances des signes cliniques :

Les résultats concernant cette question ainsi que la représentation de chaque profession sont présentés en Annexe VII, tableau 5. Les dix-sept personnes de la population interrogée ont répondu à cette question. Un interne a identifié les six critères énoncés par la SFH, et dix professionnels sur dix-sept ont énoncé au moins quatre critères.

La « *pâleur cutanéomuqueuse* » a été citée par tous les professionnels, le critère « *tachycardie* » par tous hormis deux. Les signes cliniques tels que la « *dyspnée* », l'« *asthénie* » et les « *vertiges* » ont été mentionnés par dix interviewés. Enfin, l'item « *céphalées* » n'a été nommé que par deux professionnels.

D'autres signes cliniques, non retenus par la SFH, ni par le CNGOF et le CNSF ont été mentionnés par la population interrogée. Il s'agissait des critères : « *malaise au lever* », mentionné sept fois, et « *hypotension* » par six professionnels. Les critères « *pertes sanguines importantes estimées par l'équipe soignante/patiente dans le service postnatal* », « *sueur* » et « *phosphènes* » ont été énumérés également.

Connaissances de critères supplémentaires spécifiques à la période du post-partum :

Treize professionnels sur dix-sept n'ont pas cité de critères supplémentaires. Parmi ces treize personnes, six ont précisé ne pas ajouter de critère spécifique car se réfèrent « *aux résultats de la NFS* ». Deux interviewés ont déclaré adopter une pratique « *au cas par cas* ». Il s'agissait des déclarations d'une sage-femme exerçant depuis vingt-deux ans et un interne de gynécologie-obstétrique pratiquant depuis dix mois.

Le lien entre l'anémie et le retentissement sur l'allaitement maternel a été mentionné par trois sages-femmes qui exerçaient depuis sept, dix et trente ans. Deux d'entre elles avaient exprimé « *baser leur pratique d'après l'expérience professionnelle* ». Enfin, une seule sage-femme, pratiquant depuis cinq ans, a indiqué la fatigue engendrée par l'anémie comme étant un facteur influençant un état dépressif chez la femme.

Connaissances sur l'inexistence d'un protocole de service normalisé :

Parmi la population étudiée, huit personnes sur dix-sept ont affirmé la présence d'un protocole de service sur la prise en charge de l'anémie au sein des services des suites de naissances, contre neuf professionnels. Concernant les personnes ayant répondu « *oui* » à la question, quatre ont indiqué les recommandations émises par le CNGOF comme étant le protocole du service.

3. AVIS ET COMMENTAIRES

Neufs professionnels sur dix-sept ont émis des commentaires ou avis. Six sages-femmes et un interne ont exprimé un souhait relatif à l'établissement d'un protocole de service, permettant une information plus claire et un accès plus facile, dans le but d'harmoniser les pratiques. Deux autres sages-femmes diplômées depuis vingt et trente ans ont formulé que la prise en charge est « *professionnel dépendant* » au sein du service. En effet, elles ont observé un changement de prescription relatif au moment de réaliser les bilans sanguins, « *en fonction des anesthésistes* » ou à « *l'arrivée de nouveaux internes* ». Au contraire, deux sages-femmes exerçant toutes deux depuis cinq ans ont verbalisé une « *impression d'une prise en charge similaire entre les professionnels* » au sein du service concernant le dépistage de l'anémie. Enfin, deux sages-femmes ont déclaré réaliser un bilan sanguin dans les 24 heures suivant l'accouchement faisant état des « *habitudes du service* », malgré leur connaissance sur les recommandations concernant le dépistage de l'anémie.

DISCUSSION

1. RÉSULTATS DE L'ETUDE

1.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGÉE

Notre population était majoritairement constituée des sages-femmes exerçant en suites de naissances. Le groupe des médecins et des internes en médecine n'étant que faiblement représenté, l'analyse des résultats a été biaisée et porte donc essentiellement sur le groupe des sages-femmes.

La classe d'âge la plus présente au sein de notre étude était celle des [25-30] ans. À propos des années d'exercice des professions, deux extrêmes étaient les plus représentées, à savoir]1-5] ans et \geq à 30 ans. Il s'agissait donc d'une population soit ayant eu leur formation initiale récemment, soit des professionnels plus anciennement diplômés. Enfin, les deux groupes caractérisant essentiellement le nombre d'années d'exercice dans le service postnatal étaient ceux des]1-5] et]5-10] ans.

1.2. LES DONNÉES ET RECOMMANDATIONS UTILISÉES PAR LES PROFESSIONNELS

En amont de la réalisation de l'étude, nous avons confirmé l'absence d'un protocole de service valide et disponible pour le dépistage et la prise en charge de l'anémie en post-partum. Cependant, huit sages-femmes de notre échantillon affirmaient l'existence de ce protocole, et six parmi ce groupe ont déclaré y baser leur pratique professionnelle. En outre, quatre sages-femmes ont exprimé se servir des recommandations nationales du CNGOF comme protocole de service. Ces résultats mettent en évidence une confusion entre les recommandations nationales et un protocole de service validé. Cela concerne plus de la moitié du groupe des sages-femmes interrogées, sans distinction significative d'une classe d'âge. Nous comprenons l'intérêt d'inclure une information relative aux critères de conformité d'un protocole de service selon les normes de la HAS dans la formation individuelle des professionnels^[21]. La structure hospitalière, par son engagement collectif, joue également un rôle primordial dans la diffusion des recommandations.

Enfin, aucune des personnes interviewées n'a connaissance des travaux publiés par le CNSF concernant l'anémie du post-partum. Cette publication, relativement ancienne, n'a pas fait

l'objet de recommandations conférant un niveau de preuve, ce qui pourrait impacter la visibilité de ces données scientifiques par les professionnels.

1.3. LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE DE L'ANÉMIE EN POST-PARTUM

Concernant le moment privilégié pour la réalisation d'un bilan sanguin en vue d'un dépistage de l'anémie en suites de naissances, toutes les sources recensées s'accordent sur la réalisation d'une NFS à 48 heures de l'accouchement. Les recommandations n'étaient respectées que par cinq praticiens sur dix-sept. Il s'agissait d'un médecin pratiquant depuis trois ans, et de quatre sages-femmes exerçant dans un service postnatal depuis trois à dix ans.

Le rééquilibrage des compartiments liquidiens n'étant pas rétabli à 24 heures de l'accouchement, réaliser un bilan sanguin trop tôt pourrait impacter le diagnostic d'une anémie postnatale. Pourtant, il s'agissait de la pratique de deux internes et de dix sages-femmes. Cette pratique n'était pas influencée selon l'âge ou les années d'expériences des praticiens. Nous notons un manque des connaissances concernant la réalisation du dépistage de l'anémie, ainsi qu'une pratique non conforme aux recommandations. (Tableau 3)

Ainsi notre hypothèse de départ concernant la diversité des pratiques de dépistage au sein du service est confirmée.

L'engagement individuel des professionnels par le biais de la formation continue, ainsi que la diffusion générale par le CHRU des données scientifiques validées et reconnues devraient permettre une amélioration et une uniformisation des prises en charge.

Enfin, certains professionnels connaissaient les recommandations, mais leur pratique incorrecte du dépistage faisait état des « *habitudes du service* ». Il serait donc intéressant de proposer aux praticiens un groupe de travail afin de concilier les pratiques recommandées et l'organisation du service au regard des données scientifiques.

L'étude publiée par le CNSF préconise un dosage de l'hémoglobininémie et de la ferritinémie six à huit semaines après l'accouchement en cas d'anémie découverte en suites de naissances afin de réévaluer le traitement mis en place^[7]. Une seule sage-femme parmi toute la population interrogée respectait cette indication.

La publication du CNSF n'ayant pas fait l'objet de recommandations, son niveau de preuve pourrait être discuté. De plus, la littérature disponible n'expose pas de consensus concernant le dosage de la ferritinémie en post-partum^{[2], [6], [9]}. Une solution serait de proposer un regroupement des différents acteurs intervenants en post-partum à court et à long terme par le Réseau Périnatal Lorrain, afin de se baser sur les données les plus récentes de la littérature et

élaborer un protocole pour la prise en charge de l'anémie tout le long d'un parcours de périnatalité.

1.4. LES CONNAISSANCES DE LA POPULATION INTERROGÉE SUR LA DÉFINITION BIOLOGIQUE DE L'ANÉMIE POSTNATALE

L'analyse de la littérature disponible nous révèle une différence dans la définition biologique de l'anémie postnatale (Figure 3). L'étude publiée par le CNSF indique un taux d'Hb < 10 g/dL pour définir l'anémie du post-partum, tout comme l'OMS. Le CNGOF, lui, définit l'anémie du post-partum dans ses dernières recommandations par un taux d'Hb < 11 g/dL.

Au sein de notre population interrogée, neuf professionnels ont déclaré se référer aux recommandations du CNGOF concernant leur pratique : un médecin, deux internes en médecine et six sages-femmes. Mais seulement deux professionnels avaient une connaissance correcte de ce seuil.

Sur la population totale interrogée, trois connaissaient le seuil retenu par le CNGOF : un médecin pratiquant depuis trois ans, une sage-femme exerçant depuis cinq ans, et une autre depuis seize ans. Parmi ce groupe, deux bénéficiaient d'une formation initiale récente. Concernant le reste de l'échantillon, la connaissance correcte de la définition retenue par le CNGOF restait insuffisante.

Concernant les professionnels ayant retenu le seuil d'Hb < 10 g/dL, ils étaient au nombre de quatre : deux sages-femmes exerçant depuis neuf et trente ans, ainsi que les deux internes, pratiquant l'un depuis dix mois et l'autre depuis deux ans. Parmi ce groupe, trois avaient déclaré se référer aux recommandations du CNGOF et une sage-femme sur son expérience professionnelle.

Ces observations marquent également une incohérence entre les déclarations des interviewés, à savoir se baser sur les recommandations du CNGOF et leur définition de l'anémie.

Enfin, les cinq autres personnes élargissant la définition de 9 g/dL à 11,5 g/dL étaient des sages-femmes exerçant dans un service des suites de naissances depuis six ans ou moins, hormis une depuis quarante ans. Cela met en lumière que les sages-femmes de notre étude ayant une expérience professionnelle récente en secteur postnatal manquaient de connaissance sur le dépistage de l'anémie. Cette différence de deux points et demi d'Hb pourrait découler sur un diagnostic et une conduite à tenir différents, fonction du professionnel de santé prenant en charge une patiente.

Les résultats de l'étude révélèrent des connaissances non homogènes au sein du service des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy. Les sages-femmes sont majoritairement concernées.

En effet, l'hypothèse prévoyant la divergence des définitions biologiques au sein de notre échantillon est donc confirmée. L'inclusion de cette thématique avec des retours d'expérience concernant la prise en charge des patientes dans les différentes maternités et parcours de périnatalité, dans des congrès, des journées d'étude pourrait être un levier dans l'harmonisation des pratiques.

1.5. CONNAISSANCES DES FACTEURS DE RISQUE

L'analyse des résultats nous a montré que la moitié de la population totale avait cité entre quatre et six FdR parmi ceux énoncés par les sociétés savantes (Annexe VI, tableau 4). Six critères retenus dans notre référentiel n'ont pas été cités par la population cible et cinq ont été nommés deux fois ou moins. Le groupe des sages-femmes avaient une plus grande méconnaissance des FdR énoncés dans notre référentiel. Celles ayant cité le moins de facteurs appartenaient au groupe des sages-femmes ayant une certaine ancienneté.

Les FdR supplémentaires de déperditions sanguines étaient globalement mal connus de tout notre échantillon. Les internes et médecin connaissaient mieux les FdR du péri-partum mais n'ont pas émis de connaissances relatives aux FdR comportementaux. Aussi, le FdR « carences alimentaires », n'a été évoqué que par deux sages-femmes. Pourtant les études montrent l'impact de ce critère. En effet, l'étude INCA-2, coordonnée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et publiée en 2011 dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique de 2004 établissait le lien entre l'anémie par carence martiale et la nutrition. Le rapport révèle que les deux tiers des femmes avaient des apports alimentaires en fer inférieurs à 100% des apports nutritionnels conseillés^[4]. Les habitudes alimentaires ou les régimes peuvent être un FdR à considérer lors de l'anamnèse, qui reste encore trop souvent non pris en compte dans les pratiques professionnelles.

De manière générale, nous avons constaté une connaissance seulement partielle des facteurs de risques influençant la survenue d'une anémie postnatale. Certains facteurs devraient être identifiés dès le début du suivi prénatal afin de mieux prévenir l'anémie. Nous proposons de réunir un groupe de travail pluridisciplinaire dans le but d'établir une revue de la littérature qui permettrait d'identifier les FdR de l'anémie, pour enfin les diffuser auprès des professionnels.

Enfin, l'HPP est une cause importante d'anémie après la naissance^[6]. Le CNGOF définit l'HPP comme des pertes sanguines \geq à 500 ml quelle que soit la voie d'accouchement et l'HPP sévère pour des pertes sanguines \geq à 1000ml^[19]. Ce seuil de saignement de 500 ml pris en compte était respecté par dix professionnels interrogés (Figure 4). Les autres réponses retenaient un seuil de 300 ml à 700 ml pour les spoliations sanguines. Cette méconnaissance a concerné sept sages-femmes sur quatorze qui ont pris en compte soit un seuil de spoliations sanguines inférieur à 500 ml, soit un seuil plus élevé comme FdR. L'analyse des résultats ne révélait aucune influence relative aux années d'expérience des professionnels. Ainsi, devant les définitions hétérogènes de l'HPP d'après la population interrogée, les professionnels pourraient potentiellement pratiquer une NFS non justifiée selon les recommandations, engendrant un acte supplémentaire pour la patiente et un coût additionnel. A contrario, ils pourraient manquer un diagnostic d'une anémie.

La HAS a axé le diagnostic et la prise en charge de l'HPP comme prioritaire. A cet effet, elle préconise l'élaboration et la diffusion d'un protocole de prise en charge des HPP au sein de chaque maternité et a instauré des campagnes nationales de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le thème de la « Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat »^[23].

Nous comprenons donc la nécessité de la diffusion de ce protocole et des résultats des campagnes nationales, dont les derniers sont issus des recueils de 2016-2017 aux professionnelles du secteur mère-enfant, afin de les sensibiliser aux recommandations de la prise en charge des hémorragies en post-partum immédiat indiquant le seuil des pertes sanguines.

D'autres critères non cités dans les recommandations et articles utilisés pour construire notre référentiel pourraient néanmoins être pris en compte d'après la publication de certaines études. Effectivement, l'ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé) de 2006-2007 a montré une différence significative du taux de prévalence de l'anémie selon les revenus des foyers : il y aurait eu dix fois plus de femmes anémiées dans les foyers aux revenus les plus défavorisés^[4]. D'autre part, une étude rétrospective concernant 208 patientes, publiée dans la revue de la sage-femme en 2010, mesurant la vulnérabilité sociale par le score de précarité EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) a montré que la précarité entraînait plus de pathologies obstétricales comme l'anémie^[20]. Ces études démontraient l'influence de la précarité sur l'anémie et la grossesse, qui resterait encore trop ignoré par les professionnels médicaux. En effet, ce facteur a été cité par seulement trois sages-femmes, qui exerçaient depuis dix, seize et trente ans, et avaient toutes indiqué se baser sur leur

expérience professionnelle. Les sages-femmes représentent le groupe prenant davantage en compte les FdR sociaux et comportementaux.

La réalisation d'un protocole de prise en charge de l'anémie en périnatalité permettra d'ajouter les facteurs socio-économiques et comportementaux influençant l'anémie aux critères recommandés par les sociétés savantes et également de préciser le moment opportun de la recherche de ces facteurs de risque, dont à l'entretien prénatal individuel.

1.6. CONNAISSANCES DES SIGNES CLINIQUES

Les professionnels ont énoncé en moyenne quatre des six signes cliniques retenus par la SFH (Annexe VII, tableau 5). Les professionnels ayant cité le plus de FdR étaient les internes, médecin et sept sages-femmes. Parmi ces dernières, deux exerçaient depuis deux et sept ans, les cinq autres depuis au moins vingt ans. Concernant le groupe des sages-femmes, les années d'expérience influenceraient positivement sur la connaissance des signes cliniques.

Au sujet des critères supplémentaires mentionnés, trois sages-femmes interviewées ont établi un lien entre l'anémie et une répercussion sur l'allaitement maternel. Cette conséquence a été décrite dans plusieurs études^{[9], [16], [17], [18]}. Cependant, les données des sociétés scientifiques qui ont servi à l'élaboration du référentiel de mesure pour notre étude n'ont pas évoqué ce lien. Tout comme l'état anxiodépressif, les complications possibles de l'allaitement maternel en lien avec l'anémie peuvent être observées lors du séjour à la maternité. Étant dans un contexte de réduction de la durée du séjour en maternité, ces critères pourraient être plus largement visibles par les sages-femmes libérales et les professionnels poursuivant la prise en charge du couple mère-enfant après leur sortie de la maternité. Ces informations pourraient être diffusées à l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de périnatalité par le biais d'un protocole élaboré par le Réseau Périnatal Lorrain.

1.7. LES AVIS ET LES COMMENTAIRES DES PROFESSIONNELS CONCERNANT CET ENTRETIEN

Les commentaires des professionnels interrogés, ont fait émerger l'idée principale qui est la nécessité d'élaborer et de diffuser un protocole de service concernant la prise en charge de l'anémie dans un parcours de périnatalité, dans le but d'harmoniser les pratiques professionnelles. Parmi les sept personnes qui ont exprimé le souhait d'avoir accès à un

protocole de service ou une information plus claire, quatre ont déclaré l'existence d'un protocole de service mais ont formulé une demande d'un accès plus facile à ce dernier. Ils ont, en effet, expliqué qu'auparavant un protocole de service sur notre thématique était disponible « *en format papier* ». La version disponible antérieurement était une photocopie des recommandations du CNGOF. Ces remarques identifieraient une confusion et une méconnaissance de la validité d'un protocole de prise en charge selon les recommandations de la HAS. ^[11]

2. FAIBLESSES ET FORCES DE L'ETUDE

Au sein du service des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy, aucun protocole validé n'était disponible concernant la thématique de l'anémie du post-partum. Ainsi, à l'aide d'un guide d'entretien établi à partir des recommandations professionnelles, nous avons pu évaluer les connaissances et la pratique des professionnels. Cependant, ce référentiel n'a pas été réalisé par un groupe d'experts de terrain, ce qui constitue une des faiblesses de notre étude.

Une autre limite de cette étude résidait dans le faible taux de réponses obtenues, auquel s'ajoutait le caractère uni-centrique de l'étude. Le refus de participation de certains professionnels malgré plusieurs tentatives de relance et des entretiens inachevés n'ont pas permis d'atteindre le nombre d'entretiens ciblé à la conception de l'étude. Les entretiens non aboutis sont principalement ceux des médecins, notamment des médecins anesthésistes, ainsi que les internes de cette spécialité. Ce faible effectif ne permet pas l'exploitation et l'extrapolation des résultats.

Enfin, le biais de déclaration a pu être envisagé. En effet, les déclarations de la population cible n'ont pas pu être confirmées et évaluées à leur prise en charge réelle au sein du service.

Concernant les points positifs, notre étude a permis de vérifier les connaissances des professionnels et la mise en application des recommandations sur le terrain concernant le dépistage de l'anémie maternelle en post-partum.

De plus, nous avons pu interviewer la majorité des sages-femmes exerçant en suites de naissances et ainsi analyser les tendances des pratiques professionnelles au sein du service.

Les entretiens directifs ont permis d'appréhender les connaissances des acteurs concernant le seuil de prise en charge de l'HPP, mis en avant par l'HAS comme un des axes prioritaires d'améliorations de la qualité et de la sécurité des soins.

CONCLUSION

L'anémie ferriprive est une pathologie touchant de nombreuses patientes durant leur grossesse, et également dans la période postnatale. Elle est la cause de complications et de conséquences à court ou à plus long terme, qui peuvent cependant être évitables. En effet l'anémie par carence martiale peut être dépistée facilement et rapidement par une NFS. Il est donc essentiel que les professionnels médicaux aient une information juste des connaissances et des pratiques concernant le dépistage et le diagnostic de l'anémie ferriprive. Cette pathologie est également traitable, il en ressort ainsi une nécessité de s'approprier des recommandations à prendre en compte lors de notre pratique professionnelle afin d'homogénéiser celles-ci dans le service des suites de naissances.

L'analyse des connaissances et des pratiques professionnelles concernant le dépistage de l'anémie du post-partum a fait l'objet d'une étude concernant les professionnels médicaux pratiquant au sein des services postnataux de la maternité du CHRU de Nancy. Les objectifs de notre étude étaient de mesurer et de comparer les connaissances ainsi que les pratiques réelles des professionnels aux recommandations figurant dans notre référentiel.

Une des difficultés de cette étude a résidé dans l'inexistence d'un protocole de service concernant notre thématique de l'anémie maternelle postnatale. De ce fait nous avons constitué notre référentiel en s'appuyant sur plusieurs recommandations professionnelles. Par ailleurs, nous n'avons pu obtenir qu'un faible effectif d'entretiens totalisés, ce qui n'a pas permis la représentativité et l'exhaustivité des résultats. Néanmoins, nous avons pu cibler la majeure partie des sages-femmes exerçant dans le service des suites de naissances. Cela nous a permis de répondre aux objectifs consistant en l'évaluation des connaissances et des tendances des pratiques des professionnels de terrain au regard des recommandations, tout en exploitant des pistes de réflexion.

Suite à l'analyse des résultats, notre première hypothèse relative à la connaissance des critères de dépistage de l'anémie maternelle dans la période du post-partum ne peut être que partiellement validée. En effet les signes cliniques d'anémie maternelle étaient plutôt bien maîtrisés par les professionnels interrogés. Néanmoins la connaissance des FdR reste insuffisante.

Notre deuxième hypothèse concernant la diversité des pratiques de dépistage et de prise en charge peut en revanche être confirmée. Effectivement, l'évaluation des résultats nous a

révéle une hétérogénéité concernant les définitions biologiques de l'anémie énoncées par les professionnels. De plus, nous avons établi une méconnaissance des recommandations nationales ainsi qu'une difficulté d'organisation du service relatif à la réalisation optimale des NFS.

Enfin, notre dernière hypothèse peut être validée. En effet, la stratégie de dépistage par les professionnels ne se basait pas sur un protocole de service normalisé et disponible selon les critères de la HAS au sein du service postnatal de la maternité du CHRU de Nancy. De plus, notre étude a révélé une confusion des professionnels interrogés entre protocole de service et recommandations rédigées par les sociétés savantes.

Devant ces constats, nous pouvons proposer plusieurs outils dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients et au soutien de l'implication des professionnels dans la qualité et l'harmonisation des soins.

Les professionnels médicaux sont soumis à l'engagement de la formation individuelle continue. Premièrement, avoir accès aux recommandations récentes, ainsi qu'aux articles appuyés par des preuves scientifiques permet le maintien ou l'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs médicaux. Deuxièmement, le DPC (Développement Professionnel Continu) pourrait être un outil dans le maintien des acquis et l'approfondissement des connaissances.

De plus, le CHRU a un rôle clé dans la responsabilité collective de la formation des praticiens. En effet, l'établissement appuie la diffusion des recommandations et des données scientifiques récentes qui font l'objet de preuves scientifiques.

Une autre solution envisagée serait de constituer un groupe de travail, impliquant les professionnels de terrain, afin d'améliorer la prise en charge des patientes en contribuant à la participation et à la cohésion des équipes. Nous pouvons proposer au secteur postnatal une concertation pluriprofessionnelle qui, dans un premier temps, consisterait en une revue bibliographique et une analyse d'articles et des recommandations disponibles. Le comité de travail pourrait alors définir les pratiques professionnelles validées concernant la prise en charge du dépistage de l'anémie en post-partum. Ensuite, l'expérience des professionnels pourrait être prise en compte dans l'élaboration d'un protocole de service afin de concilier une pratique optimale et la faisabilité des prises en charge en fonction des activités et de l'organisation du service.

Dans la continuité d'une prise en charge optimale à moyen et long terme, l'intervention du Réseau Périnatal Lorrain semble être essentielle en faisant le lien entre les professionnels hospitaliers et libéraux. Nous comprenons l'importance du suivi des prescriptions biologiques et

médicamenteuses effectuées en post-partum immédiat, ainsi que des résultats aux acteurs poursuivant la prise en charge des patientes. La HAS a élaboré des recommandations de bonne pratique concernant les conditions et l'organisation des sorties de maternité après un accouchement. Au sein du document de sortie, la HAS prévoit la communication de la « *date et dernier taux d'hémoglobine connu* »^[24].

Dans le sens de ces recommandations, nous pourrions proposer une étude évaluant la conformité des courriers de sorties de la maternité du CHRU de Nancy adressés aux sages-femmes libérales, permettant d'apprécier la pertinence et la qualité du dépistage de l'anémie.

Enfin, la HAS a placé la prise en charge de l'HPP comme axe prioritaire dans la qualité et dans la sécurité des soins. Notre étude a mis en évidence que ce FdR d'anémie maternelle était mal maîtrisé au sein de notre population cible concernant le seuil de perte sanguine à prendre en compte.

La recommandation aux sages-femmes du secteur mère-enfant à participer à une revue de morbidité et de mortalité sur le thème de la prise en charge de l'HPP pourrait être l'occasion d'un rappel des recommandations de bonne pratique concernant l'HPP, mais également des recommandations rédigées par le CNGOF relatives à la prise en charge de l'anémie en post-partum. Cette démarche collective pourrait être un levier de sensibilisation des acteurs des suites de naissances^{[19], [23]}.

Les sages-femmes sont en effet, des acteurs omniprésents en termes de prévention, de dépistage, de diagnostic de l'anémie et cela tout au long du parcours périnatal. Le statut médical de la profession lui confère également une place dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles de service, il est donc essentiel de promouvoir notre place au sein des recherches scientifiques dans l'univers de la périnatalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. SFH, Société Française d'Hématologie. Hématologie générale, Connaissances indispensables en hématologie à la fin des études médicales [en ligne]. 2001 [cité le 2 octobre 2019]. Disponible sur : http://sfh.hematologie.net/fr/_pages/rub_infopro_enseign.html.
2. HAS, Haute Autorité de Santé. Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer. Rapport d'évaluation [en ligne]. 2011 [cité le 2 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/rapport_devaluation_bilan_martial_carence_2011-11-09_17-21-31_723.pdf
3. Santé publique France. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016). Volet nutrition. Chapitre Dosages biologiques : vitamines et minéraux [en ligne]. Paris : Santé publique France ; 2019 [cité le 10 mars 2020]. 4. Statut en fer ; p.28-39. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016-.volet-nutrition.-chapitre-dosages>
4. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexes à la loi de santé publique. Rapport [en ligne]. France : Drees ; 2011 [cité le 9 octobre 2019]. Objectif 7 : Nutrition et activité physique. Anémie et carence en fer ; p.146-147. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
5. La Banque Mondiale. Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes [en ligne]. 2013 [cité le 10 novembre 2017]. Disponible sur : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.PRG.ANEM?contextual=default&end=2016&locations=FR&start=1990>
6. Beucher G, Grossetti E, Simonet T, Leporrier M, Dreyfus M. Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement. J gynécol obstét biol reprod [en ligne]. 2011 [cité le 15 février 2020] ; 40 : 185-200. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/287823/main.pdf>
7. Rostan V. Anémie du post-partum : facteurs prédisposants et prévention. Rev Sage-Femme. 2005 ; 4 : 165-171.
8. Medina Garrido C, Leon J, Romani Vidal A. Maternal Anaemia after Delivery: Prevalence and Risk Factors. J Obstet Gynecol. 2017 ; 38(1): 55-59.
9. Breyman C, Honegger C, Hösli I, Surbek D. Diagnostic et traitement de l'anémie ferriprive durant la grossesse et le postpartum. Avis d'expert N°48 [en ligne]. 2009 [cité le 7 février 2020]. Disponible sur : https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/48_Eisenmangelanaemie_ersetzt_No_22_franz_13_01_2017.pdf

10. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - Post-partum (texte court) [en ligne]. 2015 [cité le 23 septembre 2017]. Disponible : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
11. Simon EG, Laffon M. Soins maternels après accouchement voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique. *J gynécol obstét biol reprod.* 2015 ; 44(10) : 1101-10.
12. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - Supplémentation au cours de la grossesse [en ligne]. 1997 [cité le 23 septembre 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F1997%252FRPC_suppl_97.pdf&i=21978
13. Cégorif, Cercle d'Etudes des Gynécologues Obstétriciens de l'Île de France, Centre hospitalier de Versailles. Traitement de la carence martiale en cours de grossesse et dans le post-partum [en ligne]. 2013 [cité le 11 novembre 2017]. Disponible sur : http://www.cegorif.fr/protocoles/Versailles/TRT_fer_G_PP.pdf
14. Bonnet A. Rencontre annuelle du COGERIF. Prise en charge de l'anémie au dernier trimestre de grossesse : retour d'expérience [en ligne]. [org. Par le Cercle d'Etudes des Gynécologues Obstétriciens de l'Île de France] ; 31 janvier 2014 ; Paris, France [cité le 2 octobre 2019]. Disponible sur : http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2014/PDF/Agnes_Bonnet_anemie_grossesse.pdf
15. Delcroix MH, Gomez C. Guide de la sage-femme, suivi pré & post-natal. Paris : Maloine ; 2014. Chapitre 15, Affections hématologiques et immunitaires ; p. 299-300.
16. Pilliot M. Allaitement en maternité : les clefs pour réussir [en ligne]. Dans : CoFAM, Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement. Journées régionales pour l'allaitement. [S.l.] : CoFAM ; 2007-2008 [cité le 8 octobre 2019]. p. 54-65. Disponible sur : https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/Livret_des_JRA1_de_2005_%C3%A0_2008.pdf
17. Leche League France. Manque de lait : mythe ou réalité ?. Allaiter aujourd'hui [en ligne]. 1995 [cité le 8 octobre 2019] ; (26). Disponible sur : <https://www.lllfrance.org/1107-manque-de-lait-mythe-ou-realite>
18. Henly SJ, Anderson CM, Avery MD, Hills-Bonczyk SG, Potter S, Duckett LJ. Anemia and insufficient milk in first-time mothers. *Birth.* 1995 ; 22 (2): 87-92.
19. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum (texte court) [en ligne]. 2014 [cité le 6 mars 2020]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2014%252FCNGOF_2014_HPP.pdf&i=21935
20. Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *Rev Sage-Femme.* 2010 ; 9(1) : 3-9.

21. HAS, Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [en ligne]. 2015 [cité le 19 mai 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf
22. Observatoire des inégalités et Compas. Rapport sur la pauvreté en France [en ligne]. Tours : Observatoire des inégalités ; 2018 [cité le 27 mai 2019]. Disponible sur : https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web_rapport_sur_la_pauvrete_en_france_2018_observatoire_de_s_inegalites_et_compas.pdf
23. HAS, Haute Autorité de Santé. IQSS - PP-HPP : campagne nationale de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat » [en ligne]. 2019 [cité le 1^{er} septembre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1172251/fr/iqss-pp-hpp-campagne-nationale-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-prevention-et-prise-en-charge-initiale-de-l-hemorragie-du-post-partum-immediat
24. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. 2014 [cité le 3 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
25. Claude G. Entretien directif : définition, caractéristiques, étapes et exemples [en ligne]. 2019 [cité le 3 février 2020]. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-directif/>
26. HAS, Haute Autorité de Santé. Critères de qualité. Guide méthodologique d'élaboration et de mise en œuvre [en ligne]. 2013 [cité le 3 février 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/criteres_de_qualite_-_guide_delaboration_et_de_mise_en_oeuvre_de_criteres_de_qualite.pdf
27. Kalika M, Mouricou P, Garreau L. Le mémoire de master. 5^e ed. Malakoff : Dunod ; 2018.
28. Joannidès De Lautour V. Méthodologie du mémoire de fin d'études et de la thèse professionnelle. Paris : Ellipses Edition Marketing S.A ; 2017.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
1. TYPE D'ÉTUDE	12
2. MATÉRIEL	12
2.1. LA POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE	12
2.2. CRITÈRES DE JUGEMENT	13
2.1. CHOIX DU RÉFÉRENTIEL.....	13
3. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE	14
3.1. DONNÉES RECUEILLIES	14
3.2. CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN	14
4. RECUEIL DES DONNÉES	15
5. CONTRÔLE ET SAISIE DES DONNÉES	15
6. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE	15
7. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	16
RÉSULTATS	17
1. DONNÉES INDIVIDUELLES ET PROFESSIONNELLES	17
2. LES PRATIQUES ET LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS	18
2.1. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	18
2.2. LES CONNAISSANCES RELATIVES AU DÉPISTAGE.....	20
3. AVIS ET COMMENTAIRES	23
DISCUSSION	24
1. RESULTATS DE L'ETUDE	24
2. FAIBLESSES ET FORCES DE L'ETUDE	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES MATIÈRES	37
ANNEXES	38
ANNEXE I	39
ANNEXE II	40
ANNEXE III	41
ANNEXE IV	43
ANNEXE V	44
ANNEXE VI	45
ANNEXE VII	46

ANNEXES

ANNEXE I

Tableau 1 : Facteurs de risque de survenue d'une anémie en post-partum et ses signes cliniques.

Facteurs de risque
<ul style="list-style-type: none">• <u>Antécédents</u> : anémie ferriprive antérieure à la grossesse, grossesses rapprochées, hémopathies, grande multiparité, trouble d'absorption intestinale (pathologie chronique, obésité, prise d'anti acides), méno-métrorragies préexistantes à la grossesse, origine ethnique (africaine) ;• <u>FdR comportementaux</u> : consommation de tabac, d'alcool, carences alimentaires et régimes inappropriés, consommation importante de caféine/théine ;• <u>FdR anténataux</u> : anémie gravidique, métrorragies (placenta prævia), grossesses multiples, grossesses chez les adolescentes, contexte infectieux, macrosomie, précarité socio-économique ;• <u>FdR du péri-partum</u> : HPP, césarienne, MFIU (Mort Fœtale In Utéro), spoliations sanguines (sous-estimation, hémorragie non diagnostiquée), FdR supplémentaires au cours du travail (ocytociques, APD (Analgésie PériDurale), travail long, efforts expulsifs >10 minutes, extraction instrumentale, contexte infectieux, lésions périnéales (épisiotomie)) ;• <u>La présence de signes cliniques</u>.
Signes cliniques
<ul style="list-style-type: none">• Pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, céphalées, vertiges, asthénie, dyspnée d'effort puis de repos.

CNGOF^{[10], [12]}, CNSF^[7], HAS^[2], CEGORIF^{[13], [14]}, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction^[11], Guide de la sage-femme édité en 2014^[15], SFH^[1].

ANNEXE II

Référentiel de mesure des connaissances et des pratiques relatives au dépistage de l'anémie ferriprive du post-partum	
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Antécédents</u> : anémie antérieure, hémopathies, grossesses rapprochées ; • <u>FdR comportementaux</u> : consommation de tabac, d'alcool, alimentation non équilibrée, carences alimentaires, excès de théine/caféine ; • <u>FdR anténataux</u> : anémie gravidique, grossesses multiples, gestation pendant l'adolescence, contexte infectieux ; • <u>FdR du péri-partum</u> : HPP, césarienne, MFIU, hémorragie non diagnostiquée ou pertes sanguines sous-estimées, FdR de déperditions sanguines supplémentaires au cours du travail (administration d'ocytociques, travail long, APD, contexte infectieux, efforts expulsifs >10 minutes, extractions instrumentales, lésions périnéales notamment l'épisiotomie) ; • La présence de <u>signes cliniques</u>.
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Pâleur cutanéomuqueuse • Tachycardie • Céphalées • Vertiges • Asthénie • Dyspnée d'effort puis de repos
Critères spécifiques au post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la relation mère/nouveau-né (dû à l'asthénie)
Critère biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Hémoglobininémie < 11 g/dL (CNGOF) • Hémoglobininémie < 10 g/dL (CNSF)
Modalité de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une NFS à 48 heures de l'accouchement aux patientes présentant un ou plusieurs FdR pour les AVB • Réaliser une NFS au cours des 48 premières heures en cas de FdR et/ou signes cliniques pour les AVH

Ce référentiel a été élaboré à partir des recommandations du CNGOF^{10,12}, d'une étude publiée par le CNSF⁷, et des données de la SFH¹. (Novembre 2018)

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN

Mon travail de recherche dans le cadre du mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme consiste à réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques concernant le dépistage de l'anémie du post-partum.

Il intéresse les professionnels médicaux exerçant au sein des services des suites de naissances à la maternité du CHRU de Nancy.

L'objectif étant de mesurer les connaissances et les pratiques des professionnels ayant un rôle dans la prise en charge de l'anémie ferriprive du post-partum.

Un référentiel a été construit pour cette étude. Il permettra d'analyser et de comparer les critères énoncés par les sociétés savantes à ceux recueillis lors des entretiens.

Il s'agit d'un entretien directif comportant des questions à réponses courtes. Il dure en moyenne vingt minutes et comporte plusieurs parties : des données individuelles et professionnelles, vos connaissances et votre pratique concernant le dépistage de l'anémie du post-partum et une dernière partie réservée à d'éventuels commentaires.

Un numéro vous est attribué afin de garantir votre anonymat.

Il vous sera possible d'avoir accès aux résultats de cette étude par le biais de la sage-femme coordinatrice du service des suites de naissances.

Entretien N°

1ère partie : données individuelles et professionnelles :

- Âge :
- Profession (préciser la spécialité si médecin ou interne) :
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans un service de suites de naissances ?

2ème partie : concernant votre pratique et vos connaissances :

• Concernant le dépistage de l'anémie du post-partum, sur quelles données, recommandations et/ou sources basez-vous votre pratique ?

• À propos du dépistage de l'anémie en post-partum, si un bilan sanguin doit être réalisé, privilégiez-vous un moment ? (Combien de temps après l'accouchement/avant la sortie) ?

• Sur quel(s) critère(s) biologique(s) d'un bilan vous appuyez-vous pour définir une anémie en post-partum ?

- Pouvez-vous me donner une définition biologique de l'anémie du post-partum ?

- Quels sont pour vous les facteurs de risque à prendre en compte ?

- Quels sont pour vous les signes cliniques à prendre en compte pour le dépistage de l'anémie du post-partum ?

- Avez-vous connaissance de critères supplémentaires spécifiques à la période du post-partum, qui ne sont pas décrits de manière systématique dans la littérature disponible ?

- Selon vous, existe-t-il un protocole de service normalisé et disponible concernant cette thématique ?
 Oui Non

3ème partie : votre avis :

- Avez-vous des suggestions / commentaires ?

ANNEXE IV

Tableau 2 : Catégorisation et qualification des termes recueillis lors des entretiens directs (du 17/11 au 7/12/18 - secteur postnatal de la maternité du CHRU de Nancy)

Termes employés par les professionnels	Terme retenu
« <i>Fatigue</i> » « <i>Fatigue persistante</i> » « <i>Fatigue extrême</i> » « <i>Fatigue anormale</i> »	Asthénie
« <i>Palpitations</i> »	Tachycardie
« <i>Essoufflement</i> » « <i>Polypnée</i> »	Dyspnée
« <i>Etourdissements</i> »	Vertiges
« <i>Conjonctives pâles</i> » « <i>Conjonctives claires</i> » « <i>Conjonctives décolorées</i> »,	Pâleur cutanéomuqueuse

ANNEXE V

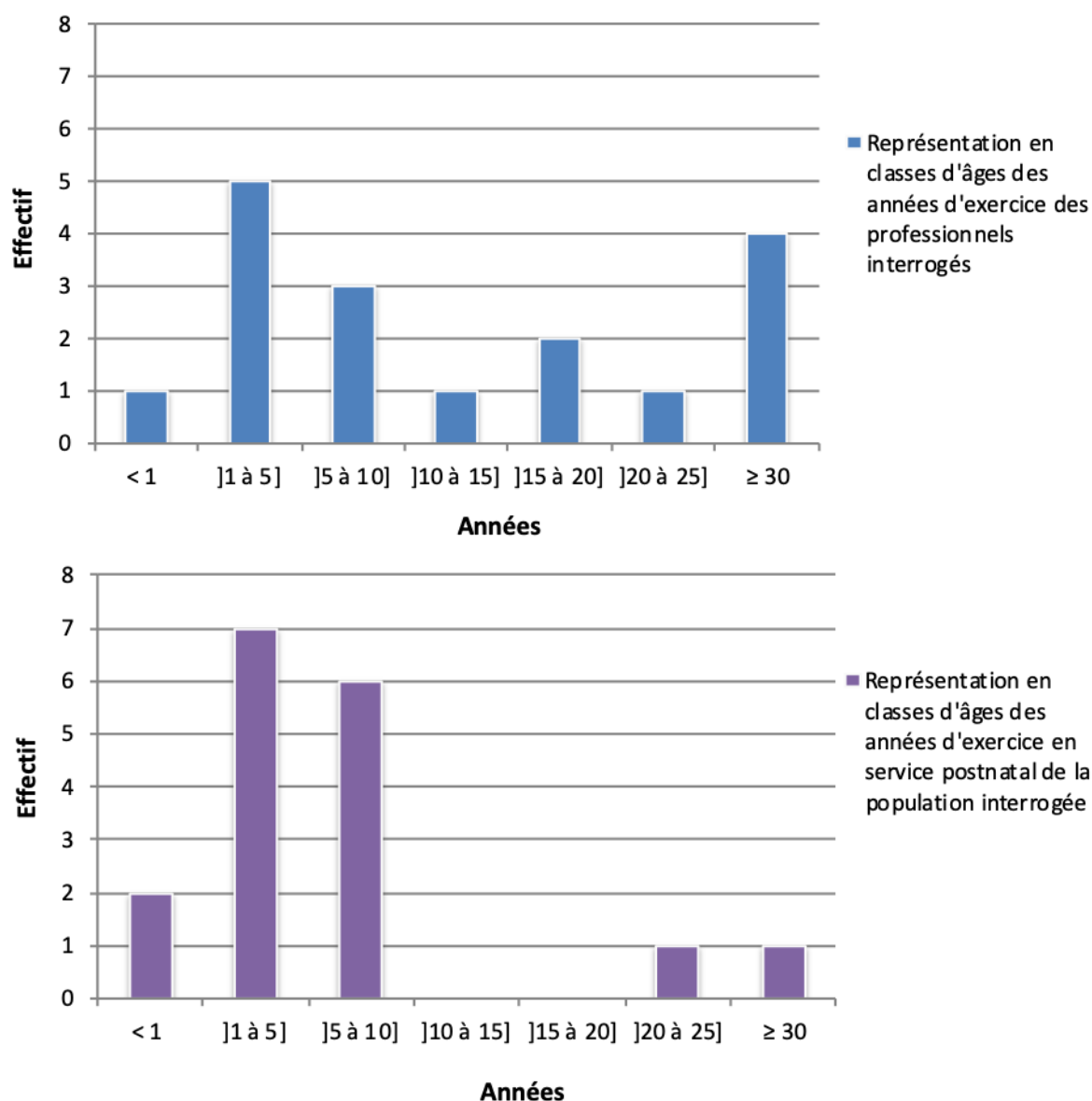


Figure 1 : Représentation des années d'exercice professionnel et des années d'exercice dans le service postnatal de la population interrogée. Service des suites de naissances, Maternité du CHRU de Nancy. (Décembre 2018)

ANNEXE VI

Tableau 4 : FdR cités par les professionnels de santé du service des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy concernant le dépistage de l'anémie du post-partum selon les critères retenus par le CNGOF et le CNSF. (Décembre 2018)

<u>FdR retenus par le CNGOF et le CNSF</u>		Sages- femmes (14) n	Médecin (1) n	Internes en médecine (2) n	Total (17) n
Antécédents	<i>Anémie antérieure à la grossesse</i>	1	0	1	2
	<i>Hémopathies</i>	7	1	2	10
	<i>Grossesses rapprochées</i>	0	0	0	0
FdR comportementaux	<i>Consommation tabac/alcool</i>	0	0	0	0
	<i>Carences alimentaires/ alimentation non équilibrée</i>	2	0	0	2
	<i>Excès de théine/caféine</i>	0	0	0	0
FdR anténataux	<i>Grossesses multiples</i>	0	0	1	1
	<i>Gestation pendant l'adolescence</i>	1	0	0	1
	<i>Contexte infectieux</i>	0	0	0	0
	<i>Anémie gravidique</i>	9	1	1	11
FdR du péri- partum	<i>HPP</i>	14	1	2	17
	<i>Pertes sanguines sous- estimées/hémorragie non diagnostiquée</i>	5	0	2	7
	<i>Césarienne</i>	6	1	2	9
	<i>MFIU</i>	0	0	0	0
	<i>FdR supplémentaires de déperditions sanguines au cours du travail (ocytociques, travail long, APD, efforts expulsifs >10min, extraction instrumentale)</i>	0	0	0	0
	<i>Contexte infectieux</i>	0	1	0	1
	<i>Lésions périnéales</i>	2	1	0	3
Présence de signes cliniques		5	1	2	8
≥ 7 FdR cités		0	1	1	2
[4 ; 6] FdR critères cités		9	0	1	10
≤ 3 FdR cités		5	0	0	5

n : effectif

ANNEXE VII

Tableau 5 : Signes cliniques retenus par les professionnels de santé du service des suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy concernant le dépistage de l'anémie du post-partum. (Décembre 2018)

		Sages- femmes (14) n	Médecin (1) n	Internes en médecine (2) n	Total (17) n
Signes cliniques retenus par la littérature (SFH) pour le diagnostic de l'anémie	<i>Pâleur cutanéomuqueuse</i>	14	1	2	17
	<i>Tachycardie</i>	12	1	2	15
	<i>Asthénie</i>	7	1	2	10
	<i>Vertiges</i>	7	1	2	10
	<i>Céphalées</i>	1	0	1	2
	<i>Dyspnée</i>	7	1	2	10
6 critères cités retenus par la SFH		0	0	1	1
≥ 4 critères cités retenus par la SFH		7	1	2	10
Autres signes cliniques cités par les professionnels interrogés, non retenus par la SFH, le CNGOF et le CNSF	<i>Malaise au lever</i>	4	1	2	7
	<i>Hypotension</i>	4	1	1	6
	<i>Pertes sanguines (estimation par soignant/patiente)</i>	3	1	0	4
	<i>Sueur</i>	1	0	0	1
	<i>Phosphènes</i>	1	0	0	1

n : effectif

Le dépistage de l'anémie ferriprive du post-partum au sein de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

Évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles - Enquête réalisée du 17 novembre au 7 décembre 2018.

Résumé

Contexte. L'anémie est une pathologie connue, évitable dans certains cas, et traitable, pourtant sa prévalence ne tend pas vers une diminution. Elle concerne 25% des femmes enceintes et entre 15 et 25% en post-partum chez les patientes ayant accouché par voie basse.

Matériel et méthode. Etude observationnelle descriptive de type analyse des connaissances et des pratiques professionnelles sur la base d'un référentiel de mesure (publications du CNGOF, CNSF, SFH). Entretiens directifs réalisés aux professionnels médicaux du secteur postnatal (maternité du CHRU de Nancy).

Objectifs. 1. Evaluer les connaissances des critères de dépistage de l'anémie dans le post-partum. 2. Etudier la mise en application des recommandations par les professionnels. 3. Etudier la connaissance des professionnels sur l'existence d'un protocole de service validé.

Résultats. Dix-sept entretiens ont pu être intégrés à l'étude (un médecin, deux internes, quatorze sages-femmes). Neuf interviewés se basaient sur les recommandations du CNGOF, sept sur un protocole de service et sept sur leur expérience professionnelle. A propos du dépistage, douze professionnels ont déclaré réaliser un bilan sanguin à 24 heures de l'accouchement. Les professionnels ont défini l'anémie par un seuil d'hémoglobine allant de 9 à 11,5 g/dL, trois professionnels connaissaient la définition du CNGOF. Concernant les facteurs de risques, les sages-femmes ont cité moins de critères mais ont pris en compte davantage les facteurs de risques comportementaux et sociaux. L'hémorragie du post-partum (HPP), l'anémie gravidique, les hémopathies sont des facteurs de risque bien connus. Un interviewé a cité les six signes cliniques retenus dans le référentiel, dix en ont cité aux moins quatre. Les commentaires des professionnels ont mis en lumière la nécessité d'élaborer un protocole de service.

Conclusion. Nous avons observé une méconnaissance ainsi qu'une hétérogénéité concernant la définition de l'anémie maternelle postnatale. La connaissance des facteurs de risques restait incomplète, notamment pour définir le seuil de prise en charge de l'HPP. La NFS de dépistage était majoritairement réalisée trop précocement et a mis en évidence une pratique non conforme aux recommandations.

Face à la disparité de prise en charge de l'anémie maternelle postnatale, une solution serait de proposer au service postnatal de la maternité du CHRU de Nancy une concertation pluriprofessionnelle impliquant une revue bibliographique, et permettre un renforcement des connaissances par la diffusion des recommandations en vigueur.

Dans le but d'une prise en charge à plus long terme de manière efficiente et dans le suivi des prescriptions biologiques et médicamenteuses, l'intervention du Réseau Périnatal Lorrain semble essentielle afin de soutenir le lien entre professionnels hospitaliers et libéraux, en élaborant un protocole de prise en charge de l'anémie dans le parcours de périnatalité.

Mots clés

Evaluation des connaissances et des pratiques – Dépistage de l'anémie – Post partum