



HAL
open science

Intérêt des bas de contention pendant la grossesse et le post-partum

Claire Crépin

► **To cite this version:**

Claire Crépin. Intérêt des bas de contention pendant la grossesse et le post-partum. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01896803

HAL Id: dumas-01896803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896803v1>

Submitted on 16 Oct 2018

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.

UNIVERSITE LILLE II

Ecole de sages-femmes du CHRU de Lille

Intérêt des bas de contention pendant
la grossesse et le post-partum

Mémoire rédigé et soutenu par Claire CREPIN

Sous la direction du Docteur Sophie VANDERSTICHELE

Promotion Baptiste Beaulieu

2018

Je remercie,

Docteur Sophie Vanderstichèle, ma directrice de mémoire, pour votre investissement dans l'élaboration de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils, votre patience et votre disponibilité qui m'ont été précieux.

Madame Caroline Cybalski, sage-femme enseignante, pour votre accompagnement et votre confiance accordée.

Mes parents, mes frères et sœurs et ma famille pour votre soutien le plus fidèle et pour avoir cru en moi durant ses cinq années d'études.

Mes amies de promotion Lucie, Jeanne, Marie-Aude, Romane, Coline, Pauline et Clémentine pour tous ces bons moments partagés.

Romain, pour ton aide et ces journées passées à travailler ensemble.

Enfin, les femmes et les praticiens pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Table des matières

Introduction	1
---------------------------	---

Première partie

I.	Physiopathologie	3
1.	Rappels sur le rôle des veines	3
2.	Impact de la grossesse : insuffisance veineuse	3
3.	Risque thromboembolique	4
4.	La compressothérapie	4
II.	Prescription de bas de contention.....	5
1.	Les différents praticiens et la prise de mesure	5
2.	Les classes de compression	6
3.	Contre-indications et effets indésirables	6
4.	Remboursement et prise en charge	7
5.	Education thérapeutique	7
III.	Recommandations.....	8
1.	Américaines	8
2.	Anglaises.....	8
3.	Françaises	8

Deuxième partie: Matériel et méthode

I.	Objectifs de l'étude.....	10
II.	Type d'étude	10
III.	Analyse statistique	10
IV.	Etude auprès des professionnels	11
1.	Population étudiée, méthode de diffusion et recueil de données	11
2.	Résultats chez les professionnels	11
3.	Résumé des principaux résultats chez les professionnels	18
V.	Etude auprès des patientes	19
1.	Population étudiée, méthode de diffusion et recueil de données	19
2.	Critères retenus comme facteurs de risque thromboembolique	19
3.	Résultats chez les patientes	20

4. Résumé des principaux résultats chez les patientes.....	31
--	----

Troisième partie: Analyse et discussion

I. Analyse critique de l'étude	32
1. Points forts	32
2. Points faibles	32
3. Biais	32
II. Analyse des résultats	33
III. Propositions.....	39

Conclusion	41
-------------------------	----

Bibliographie	42
----------------------------	----

Annexes

Liste des abréviations

IVS : Insuffisance Veineuse Superficielle

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

EP : Embolie Pulmonaire

MTEV : Maladie Thromboembolique Veineuse

BMC : Bas Médicaux de Contention

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursés

HAS : Haute Autorité de Santé

Cofrac : Comité français pour l'accréditation

CNEMiDTS : Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs médicaux et Technologies de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

HBPM : Héparines de Bas Poids Moléculaire

BAT : Bas Anti-Thrombose

CPN : Consultation Périnatale

IMC : Indice de Masse Corporelle

ATCD : Antécédents

GO : Gynécologue-Obstétricien

SF : Sage-Femme

SA : Semaines d'Aménorrhées

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Introduction

La compression veineuse des membres inférieurs par bas de contention est une pratique médicale qui existe depuis la préhistoire. Les primates utilisaient leurs mains pour arrêter le saignement d'une blessure superficielle en la comprimant. Plus tard, ils se servaient de végétaux ou morceaux de tissus pour la compression. Les papyrus contiennent des recommandations sur la mise en place de bandage « panser cela 4 jours de suite ». En Egypte antique, l'analyse de peintures rupestres datant de 15 000 à 10 000 ans avant JC a montré des bandages sur les bras et les jambes des figures humaines représentées (1,2).

Le mythe d'Isis et d'Osiris, fondateur de la royauté Egyptienne évoque assez remarquablement les origines de la contention. Osiris, dieu fondateur de la royauté égyptienne, fils du Ciel et de la terre, est tué par son frère jaloux de son héritage. Il le découpe en morceaux puis le disperse dans le Nil. La femme d'Osiris, la déesse Isis, recherche et rassemble alors les morceaux du corps de son époux afin de le faire ressusciter. Pour que l'âme d'Osiris puisse à nouveau revenir à l'intérieur de son corps il faut réunir fermement les chairs par des bandages serrés. C'est ainsi qu'apparaît la première momie. Depuis cette époque et durant plus de 3000 ans les morts égyptiens devront être emmaillotés dans des bandelettes pour espérer revivre heureux dans le royaume des morts.

Si l'Histoire a permis de nous éclairer sur la contention, c'est la découverte du caoutchouc et son utilisation dans les bandes en 1920 qui ferait naître les bandes de compression. A l'époque, les bandes étaient utilisées pour soigner les pathologies veineuses (varices, phlébites etc). Ce n'est que dans les années 50 que les bas de contention ont été inventés, à l'époque ce sont des bas rudimentaires opaques peu élégants. En 1970 les premiers bas transparents ont vu le jour et depuis ils n'ont cessé de voir leur esthétique amélioré.

D'un point de vue sémantique, la contention est l'opposition passive à l'augmentation du volume d'un membre notamment la jambe lors de la marche. Il s'agit d'une bande très peu élastique qui exerce peu de pression sur le membre au repos et qui génère de la pression à la contraction musculaire (la marche). A l'inverse, la compression exerce une pression sur le membre au repos comme à l'effort. C'est ce mécanisme de compression qui est utilisé de nos jours en médecine lorsque l'on parle, à tort, de « bas de contention » (3).

La grossesse, période où les membres inférieurs présentent de nombreuses modifications physiopathologiques constitue un facteur de risque d'insuffisance veineuse. Elle est également une période à risque de maladie thromboembolique veineuse (MTEV). Ce risque est majoré en post-partum et persiste pendant plusieurs semaines. Les bas de contention sont un dispositif médical indiqué dans la prévention des MTEV et recommandé durant toute la grossesse et le post-partum de façon systématique aux patientes par

les sociétés savantes françaises. De par sa présence au cours des différentes étapes du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement et le post-partum, la sage-femme a un rôle important à jouer dans la prévention, la prescription, le suivi et la motivation des patientes à suivre les conseils concernant la prescription de bas de contention.

A partir du constat que les patientes semblent peu porter de bas de contention pendant la grossesse et que les professionnels semblent prescrire la contention de façon subjective, nous avons voulu nous forger une opinion sur l'intérêt réel de ce dispositif. Pour cela nous avons confronté les données de la littérature et les recommandations des sociétés savantes aux croyances et aux pratiques des professionnels de suivi de grossesse vis-à-vis de la prescription de bas de contention ainsi qu'à la vision et la mise en application par les patientes. Pour cela, nous avons mené une étude transversale descriptive auprès de 14 professionnels de consultation prénatale ainsi qu'auprès de 145 patientes en suites de naissance à la maternité Jeanne de Flandre.

Dans une première partie seront développées les généralités concernant les bas de contention et la grossesse ainsi que les différentes recommandations récentes des sociétés savantes. Puis, dans une deuxième partie, les résultats de la recherche seront exposés. Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'analyse des résultats et à la confrontation aux données de la littérature, pour enfin aborder la discussion et émettre des propositions.

Première partie

I. Physiopathologie

1. Rappels sur le rôle des veines

On distingue en pratique un réseau veineux superficiel et un réseau profond. Le réseau superficiel est situé dans l'épaisseur de la peau et comprend deux veines importantes : la grande saphène et la petite saphène. Le réseau profond se situe autour des muscles. Ces deux réseaux communiquent via des veines perforantes comme les crosses saphènes. Le rôle du système veineux des membres inférieurs est de maintenir une pression basse dans le membre (malgré les variations de débit provoquées lors de l'exercice) et d'assurer une pression de remplissage cardiaque adéquate. Ces fonctions sont permises grâce aux propriétés structurelles particulières des veines que sont la déformabilité et la présence de valvules. Ces valvules localisées notamment au niveau des crosses ont un rôle de clapet anti-retour. L'objectif est de maintenir une pression veineuse des membres inférieurs autour de 30mmHg (4,5).

2. Impact de la grossesse : insuffisance veineuse

La grossesse a un impact important sur le système veineux, elle constitue d'ailleurs un facteur de risque de développer une insuffisance veineuse superficielle (IVS). Une femme enceinte sur deux est concernée par une IVS révélée ou aggravée par la grossesse et encore plus par les grossesses répétées (6,7).

L'IVS au cours de la grossesse est surtout provoquée par la sommation d'une augmentation de la distensibilité veineuse (notamment sous l'effet de la progestérone) ainsi que par l'augmentation de la pression dans les membres inférieurs (due à la compression des veines cave et iliaques par l'utérus gravide). L'augmentation de la distensibilité veineuse survient dès le premier mois de grossesse. L'augmentation de la pression veineuse fémorale, en décubitus dorsal est multipliée par trois en fin de grossesse (8).

L'expression de l'IVS se traduit par des manifestations liées à un mauvais retour veineux. Elle apparaît surtout au niveau des veines des membres inférieurs, de la vulve et de l'anus. Les symptômes vont du trouble fonctionnel tel que lourdeur, crampes, impatiences (ou syndrome des jambes sans repos) aux œdèmes des membres inférieurs. Ils s'expriment aussi via des manifestations cutanées telles que les télangiectasies ou dilatations de micro vaisseaux en surface de la peau, les varicosités et varices (des veines

saphènes et vulvaires) et également via les poussées hémorroïdaires (6). Ces troubles régressent le plus souvent après l'accouchement notamment les varices vulvaires.

3. Risque thromboembolique

La grossesse et le post-partum sont des périodes à risque de survenue de thrombose veineuse profonde (TVP) et d'embolie pulmonaire (EP) constituant les maladies thromboemboliques veineuses (MTEV).

La thrombose est l'obstruction totale ou partielle d'une ou plusieurs veine(s) par un caillot appelé thrombus. Son étiologie a été décrite sous forme d'une triade à la fin du XIX^{ème} siècle par Rudolph Virchow, physiopathologiste allemand. Elle repose sur la stase veineuse, l'altération de la paroi de la veine associée à une anomalie de la coagulation (9).

L'embolie pulmonaire est la migration du même thrombus dans l'artère pulmonaire pouvant entraîner une défaillance puis un arrêt cardiaque en l'absence de traitement. Elle est responsable de 10% des décès maternels et représente la 2^{ème} cause de mortalité maternelle derrière l'hémorragie (10).

Leur prévalence s'étend de 0,5 à 2,2 pour 1000 grossesses selon les études (7,11,12) et est majeure en post-partum (13). Deux tiers des TVP ont lieu en anténatal alors que 60% des EP ont plutôt lieu dans le peripartum ou post-partum (11).

Un facteur de risque est retrouvé dans au moins 50% des cas de TVP au cours de la grossesse (14). Les principaux sont les antécédents personnels ou familiaux de MTEV. Puis viennent des facteurs préexistants à la grossesse comme l'âge supérieur à 35 ans, l'obésité, le tabagisme et le mauvais état veineux ainsi que la thrombophilie. Enfin, des facteurs associés à la grossesse elle-même constituent également des facteurs de risques comme les grossesses multiples, la multiparité, l'immobilisation prolongée, la pré-éclampsie ou encore la césarienne (7,13–15).

4. La compressothérapie

Le principe de la compressothérapie, c'est-à-dire le traitement par bas de contention, est celui de rétablir une pression transmurale¹ normale dans le vaisseau. Par l'application d'une pression sur le revêtement cutané du membre inférieur, une pression tissulaire puis vasculaire s'exerce. La compression

¹ La pression transmurale est la différence entre la pression extravasculaire et intravasculaire.

réduit ainsi la pression transmurale et facilite le drainage. Les objectifs sont la réintégration dans les veines du liquide extravasculaire responsable d'œdèmes, l'amélioration de la vidange musculaire à l'exercice et la réduction du reflux orthostatique. Pour résumers les effets attendus sont l'amélioration du flux sanguin et du retour veineux (4,5).

Dans le contexte d'une symptomatologie veineuse, la compressothérapie doit s'accompagner de mesures hygiéno-diététiques pour permettre d'améliorer le retour veineux et ce, dès l'apparition des premiers symptômes. Ces conseils peuvent se résumer comme suit (6):

Eviction de :

- Toute station immobile et prolongée, debout, les jambes croisées
- Port de vêtement trop serré au niveau des jambes
- Port de talons trop hauts ou très plats
- Exposition à des sources de chaleurs (chauffage par le sol, au soleil, bain très chaud, épilation à la cire chaude)

Conseil de :

- Privilégier la position assise, les jambes légèrement surélevées
- Repos en décubitus latéral en fin de grossesse
- Surélever les pieds du lit de 15-20cm
- Douches tièdes ou fraîches
- Porter une compression adaptée

II. Prescription de bas de contention

1. Les différents praticiens et la prise de mesure

Les bas médicaux de contention (BMC) sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursés (LPPR) pris en charge par l'assurance maladie. Les médecins, les sages-femmes, les kinésithérapeutes peuvent prescrire une compression médicale. Les infirmiers ont la possibilité de prescrire en renouvellement à l'identique.

Il n'est pas obligatoire pour le prescripteur de prendre les mensurations du patient ce qui est de la responsabilité du pharmacien ou orthopédiste qui délivre les BMC (5). Pour des chaussettes de contention, 3 mesures sont à prendre : la cheville à sa partie la plus étroite, le mollet à son diamètre le plus large, la hauteur de la jambe (du sol à 1cm sous le genou). Pour les bas ou collants, il faut ajouter à ces 3 mesures

celles du tour de la cuisse (diamètre le plus large, sous les fesses) ainsi que mesurer la jambe du sol au bas des fesses.

2. Les classes de compression

En France, 4 classes de compression veineuse sont décrites selon la pression mesurée au niveau de la cheville (16):

Classe	Pression
Classe 1	10 à 15 mmHg
Classe 2	15,1 à 20mmHg
Classe 3	20,1 à 36 mmHg
Classe 4	> à 36 mmHg

Il n'existe pas d'harmonisation normative en matière de bas au niveau européen où les valeurs de pressions sont supérieures aux classes françaises. La classe 1 européenne équivaut à une classe 2 française (4).

La pression quant à elle est dégressive de bas en haut, ainsi, la pression appliquée à la cheville est la plus élevée pour permettre la favorisation de la remontée veineuse. La Haute Autorité de Santé (HAS) indique qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre les collants, les bas-cuisses ou les chaussettes (17).

Au cours de la grossesse et en l'absence de facteurs de risques thromboemboliques veineux, c'est la classe 2 qui est recommandée c'est-à-dire des pressions de 15,1 à 20 mmHg. En cas d'affection chronique ou de facteurs de risques importants, la classe 3 est préconisée (17,18). De façon générale, la pression à retenir est la plus forte supportée par le patient. Les dispositifs de classe 1 servent essentiellement en superposition pour augmenter les pressions et faciliter l'enfilage.

3. Contre-indications et effets indésirables

La contre-indication majeure au port de BMC est l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sévère avec un indice de pression systolique (c'est-à-dire une différence de pression distale entre le bras et la cheville) inférieur à 0,5 (17).

Les effets-indésirables dus aux bas de compression sont exceptionnels, seuls des cas d'allergie de contact-à la bande adhésive des bas-cuisses ont été relevés.

4. Remboursement et prise en charge

L'assurance maladie prend en charge les BMC à 100% à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. Le remboursement n'est pas limité à un nombre défini de paires par an dans la limite du « raisonnable ». Le montant maximal est défini par : 22,40 € pour les chaussettes, 29,78€ pour les bas-cuisses, 42,03€ pour les collants. Dans le cas où le prix dépasserait le « tarif conventionnel » remboursé par l'assurance maladie, le surplus est à la charge de la patiente elle-même.

Pour être commercialisés, les BMC font l'objet d'essais accrédités par un comité spécifique, le Comité français pour l'accréditation (Cofrac), qui vérifie notamment le bon niveau de compression et certifie l'accréditation des produits (16).

5. Education thérapeutique

L'éducation du patient à propos de sa pathologie ou au moins de l'importance de la compression dans la prise en charge est essentielle. La connaissance de son bas est aussi importante, sa fonction, son entretien. Des conseils simples d'entretien sont apportés généralement par le pharmacien : lavage à la main au savon neutre, essorage sans tordre le bas, séchage à plat et à l'air libre pour garder l'intégrité du dispositif et préserver ainsi son efficacité. L'éducation à l'enfilage du bas est primordiale, souvent réalisée lors de la délivrance, elle est gage de l'efficacité du produit. En position assise, bas sur l'envers, le talon doit être bien placé puis l'enfilage se fait par déroulement du bas puis est suivi d'un massage de la jambe de la cheville vers le haut. Des fiches explicatives sur les conseils d'enfilage existent et sont disponibles sur le site internet de l'assurance maladie (cf annexe I). D'autre part, en cas de difficulté, des enfile-bas sont disponibles en pharmacie. A chaque délivrance, des mesures adaptées pour un BMC à la bonne taille doivent être vérifiées et l'essayage du produit par le patient est recommandé pour une bonne utilisation.

III. Recommandations

1. Américaines

Le CHEST, journal de l'American College of Chest Physicians, recommande en 2008 la compression : « pour toutes femmes enceintes avec antécédents de thrombose veineuse profonde, à la fois dans l'anté et le post partum (grade C) », suivi d'une note sur la haute valeur accordée à un bénéfice même incertain de la compression (19).

2. Anglaises

Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recommande le port de bas de contention de 14-15mmHg de pression pour les femmes enceintes ayant des facteurs de risque thromboembolique ou une contre-indication aux HBPM. Les bas de contention sont également recommandés pour les femmes ayant accouché par césarienne, en association à des HBPM ou encore lors d'un voyage de plus de 4 heures (20).

3. Françaises

En 2005, la Société Française d'anesthésie recommande les bas de contention seuls pendant la grossesse et le post-partum chez les femmes enceintes à faible risque thromboembolique et en association avec un traitement médicamenteux en cas de risques plus élevé (grade D) (21).

C'est en décembre 2010 que la HAS a publié de nouvelles recommandations sur la compression médicale en prévention de la thrombose veineuse validées par la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs médicaux et Technologies de Santé (CNEMiDTS). Elle y élargit l'indication à toute femme enceinte « durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois pour une césarienne) ». Il est précisé que l'évaluation a été menée à partir de méta-analyses basées sur des études dont la plupart sont antérieures aux années 2000 dont « la pertinence clinique est discutable au regard des pratiques actuelles ». La HAS ajoute que « des données cliniques complémentaires sont nécessaires pour confirmer le rapport performance/risques de la compression en prévention de la thrombose veineuse alors que des médicaments sont de plus en plus efficaces dans cette indication », précise-t-elle. Cependant elle considère que la prophylaxie mécanique ne doit pas être négligée (cf Annexe II) (17).

En 2015, le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) recommande la compression veineuse : « Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose² (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou sans l'adjonction d'Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). » (cf Annexe III) (22).

² Les bas anti-thrombose (BAT) sont des bas de contention spécialement conçu pour être porté avant ou après une chirurgie.

Deuxième partie : Matériel et méthode

I. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est l'évaluation des pratiques en termes de prescription de bas de contention chez les professionnels, d'apprécier leurs connaissances sur les recommandations officielles et la mise en application par les patientes.

Les hypothèses de départ sont les suivantes :

- *Hypothèse 1* : Les professionnels réalisant du suivi de grossesse ne prescrivent pas la contention veineuse de façon systématique aux femmes enceintes
- *Hypothèse 2* : Les professionnels sont peu nombreux à connaître les recommandations françaises sur la prescription de BMC
- *Hypothèse 3* : Les femmes enceintes recevant une prescription de contention veineuse sont peu observantes

II. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, une double étude a été menée : l'une interrogeant les professionnels de santé de consultation prénatale (CPN), l'autre interrogeant les patientes en suites de naissance. Il s'agit d'une double étude transversale descriptive menée entre octobre et décembre 2017 à la maternité Jeanne de Flandre de type III à Lille.

III. Analyse statistique

Le recueil de données a été effectué grâce au logiciel Epidata 3.1. Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

La comparaison entre le choix du type de contention et l'observance a été réalisée à l'aide d'un test de Cochran Armitage.

La comparaison entre le mode d'accouchement et la durée de port des BMC dans le post partum a été réalisée à l'aide d'un test de Cochran Armitage.

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

IV. Etude auprès des professionnels

1. Population étudiée, méthode de diffusion et recueil de données

Les professionnels de consultation prénatale (sages-femmes, gynécologues obstétriciens et internes) exerçant à la maternité Jeanne de Flandre sont la population cible de cette étude. L'échantillon se compose des professionnels ayant répondu au questionnaire.

Les critères d'inclusion sont tout professionnel de consultation prénatale (SF, GO et internes) de la maternité Jeanne de Flandre.

Le support utilisé afin de recueillir les données est un questionnaire papier composé de 18 questions. Il a été remis aux consultants dans le service de CPN, joint aux dossiers de consultation puis déposé dans une pochette laissée dans le service. 30 questionnaires ont ainsi été distribués dont 9 à des sages-femmes, 18 à des gynécologues obstétriciens et 3 à des internes.

2. Résultats chez les professionnels

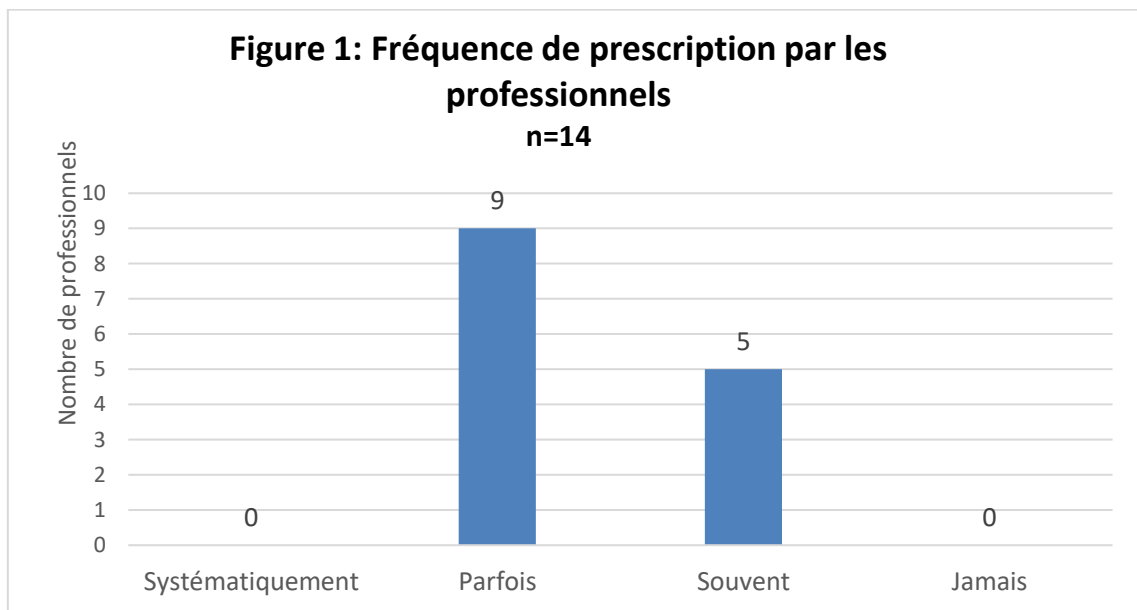
14 questionnaires ont été récupérés sur les 30 questionnaires distribués aux professionnels de santé entre septembre et décembre 2017. Cela représente un taux de participation de 46.6%.

Description de l'échantillon

L'échantillon n comprenant 14 professionnels est composé de 11 femmes et 3 hommes. Parmi les professions interrogées, on retrouve 5 sages-femmes, 8 gynécologues-obstétriciens et 1 interne.

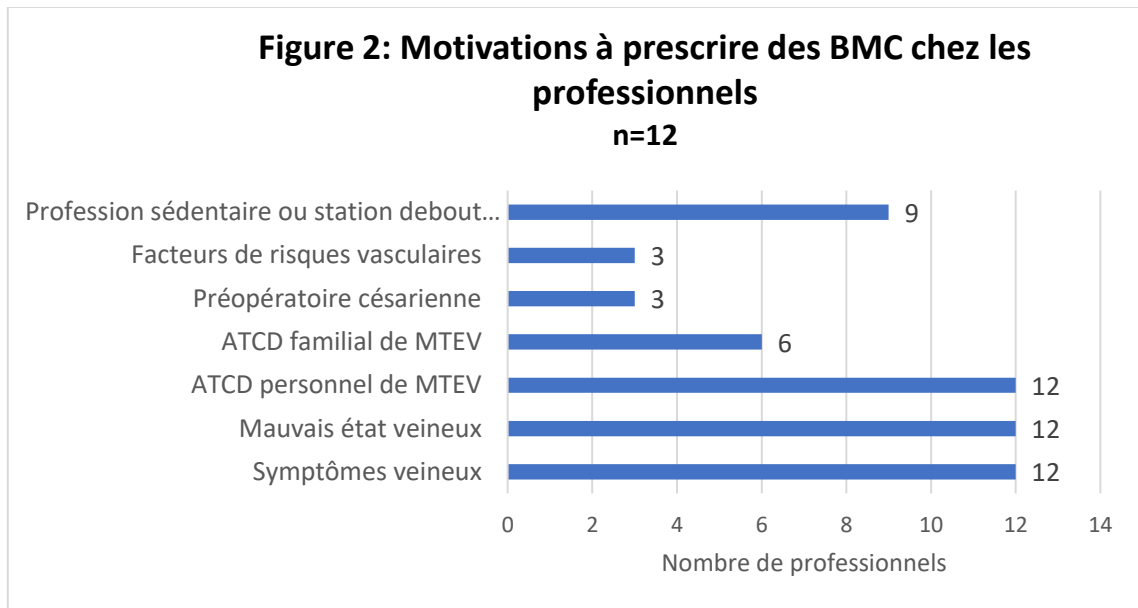
Habitudes de prescription

1) *Fréquence de prescription*



9 des professionnels sur 14 prescrivent parfois les BMC c'est-à-dire au moins une fois par semaine. 5 professionnels en prescrivent souvent c'est-à-dire au moins une fois par jour. Aucun professionnel ne prescrit systématiquement la contention.

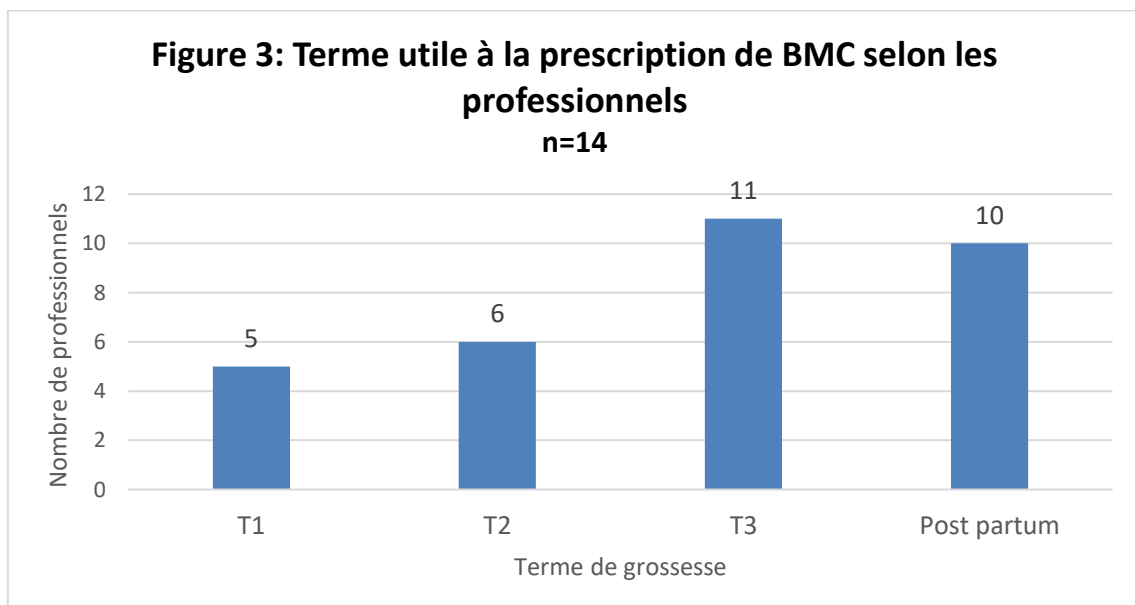
2) Motivations à prescrire



12 professionnels sur 14 ont répondu à la question.

Parmi eux, 100% prescrivent les BMC en cas de symptomatologie veineuse, de mauvais état veineux ou d'antécédents personnels de MTEV chez la patiente.

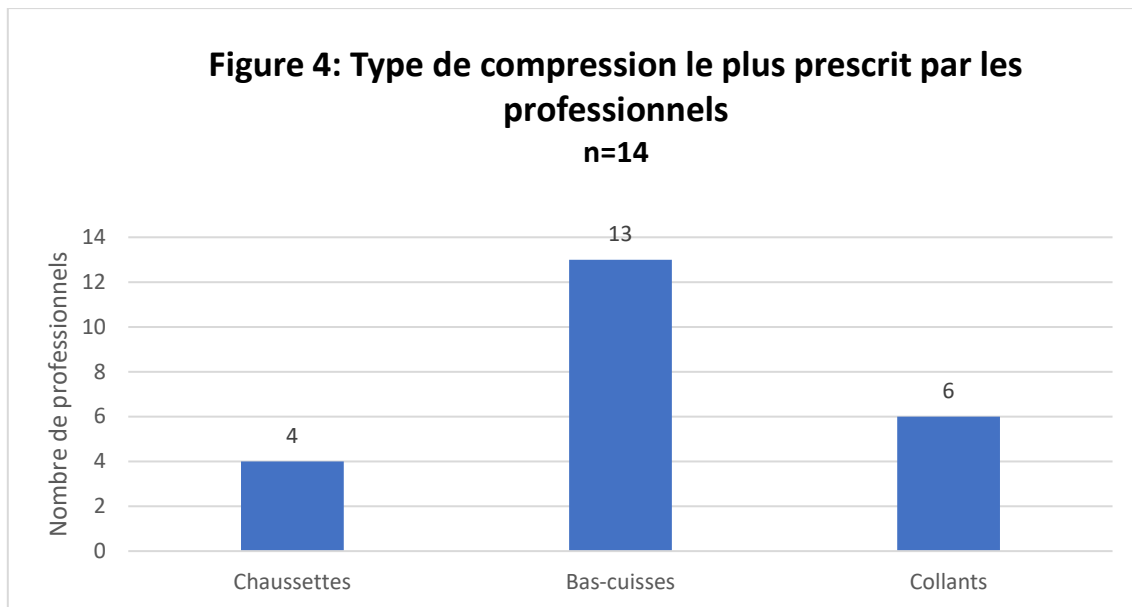
3) Terme utile à la prescription



Plusieurs réponses ont parfois été cochées par les professionnels. La majorité d'entre eux pense qu'il est utile de prescrire au troisième trimestre de la grossesse et dans le

post-partum.

4) Type de compression prescrit



Les bas-cuisses sont le type de BMC le plus souvent prescrit par les professionnels.

5) Implication du choix de la patiente

11 professionnels sur 14 impliquent la préférence de la patiente dans le choix du type de BMC qu'ils prescrivent.

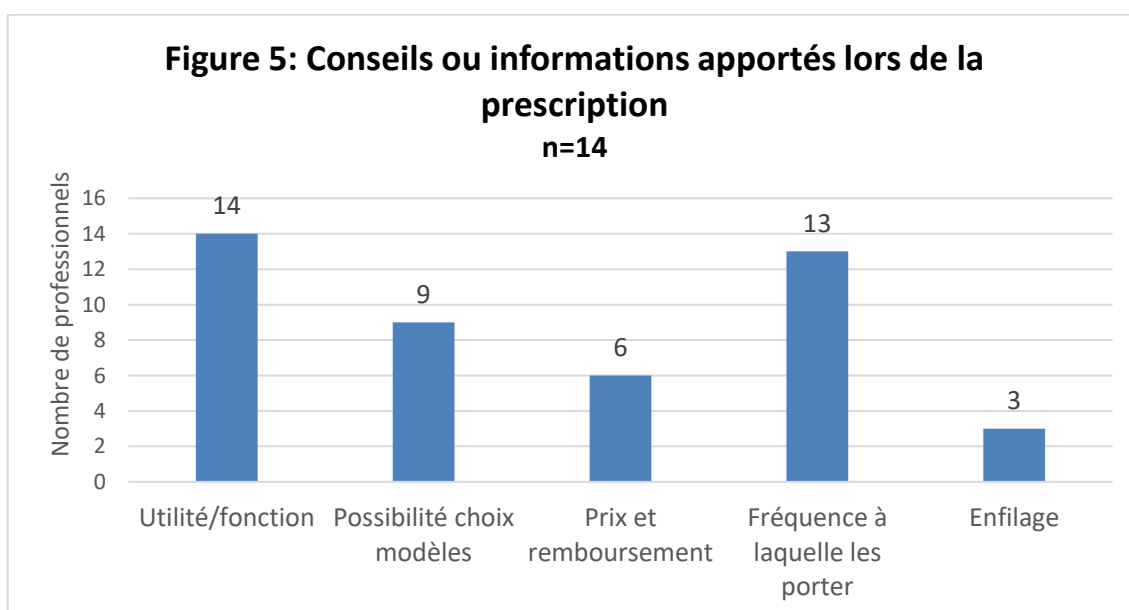
6) Efficacité selon les professionnels

Tableau I : Efficacité des différents types selon les professionnels (n=13)

	n ayant répondu oui (%)
Les chaussettes, bas cuisses ou collants ont une efficacité identique	7 (53,8)
Les chaussettes sont moins efficaces que les bas, eux même moins efficaces que les collants	5 (38,5)
Les chaussettes sont moins efficaces que les bas <u>et</u> les collants	1 (7,7)

1 professionnel n'a pas répondu à la question. 6 professionnels sur les 13 ayant répondu pensent que les chaussettes sont moins efficaces que les autres types.

7) Conseils apportés au moment de la prescription



La majorité des prescripteurs donnent des informations sur l'utilité de la prescription, la possibilité du choix des modèles et la fréquence à laquelle les porter.

8) Concernant la prescription

100% des professionnels interrogés déclarent prescrire la compression et trouvent cela utile.

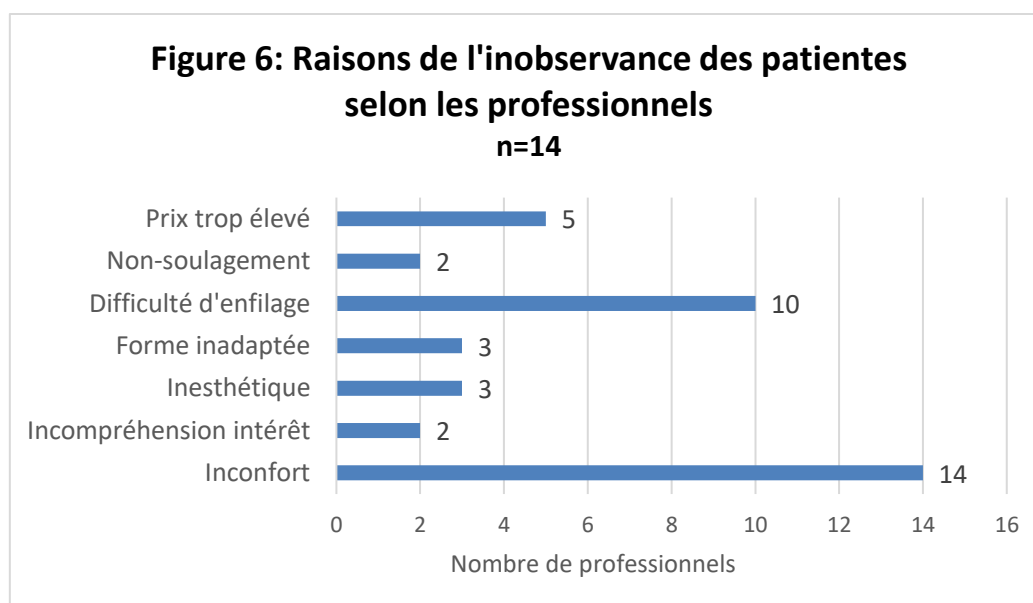
9) Observance des patientes selon les professionnels

Tableau II : Observance des patientes selon les professionnels (n=14)

	n ayant répondu oui (%)
Peu observantes	5 (35,7)
Observantes	7 (50)
Pas d'avis	2 (14,3)

La moitié des professionnels pense que les patientes sont observantes vis-à-vis des BMC.

10) Raisons présumées de l'inobservance



Pour la majorité des professionnels, les 2 grandes raisons possibles de l'inobservance des patientes sont l'inconfort et la difficulté d'enfilage.

Formation et connaissances des professionnels

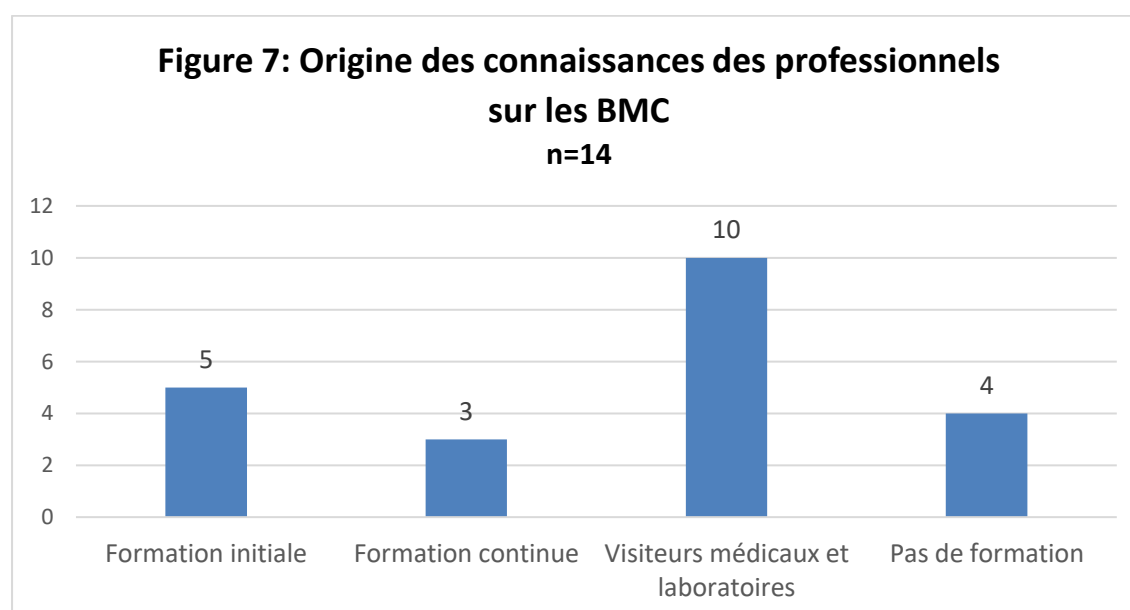
1) Formation des professionnels

Tableau III: Connaissances des professionnels sur le remboursement

	n ayant répondu oui (%)
100% tout le temps	4 (28,6)
100% à partir du 6 ^{ème} mois	4 (28,6)
65% (remboursement de base)	4 (28,6)
35%	1 (7,1)
Aucun remboursement	1 (7,1)

L'avis des professionnels sur le remboursement est très hétérogène. Sur 14 professionnels, plus de la moitié (8 sur 14) pensent que le dispositif est remboursé à 100% par l'assurance maladie ; soit à partir du 6^{ème} mois, soit quel que soit le trimestre de grossesse.

2) Connaissance des mécanismes et des recommandations



4 professionnels sur 14 n'ont bénéficié d'aucune formation sur les BMC. La majorité des connaissances des professionnels provient des laboratoires et visiteurs médicaux.

Tableau IV : Connaissances des mécanismes et recommandations par les professionnels, n=14

	Oui n (%)
Mécanisme d'action principal de la compression veineuse	9 (64,3)
Recommandations HAS	2 (14,3)
Recommandations CNGOF	3 (21,4)

Une majorité des professionnels déclarent connaître le mécanisme d'action de la compression veineuse. Très peu d'entre eux connaissent les recommandations HAS.

Concernant les recommandations du CNGOF, de la même façon, très peu de professionnels en ont connaissance.

3) Port de compression par les professionnels eux-mêmes

10 professionnels sur 14 soit 71,4% portent eux-mêmes une compression veineuse.

3. Résumé des principaux résultats chez les professionnels

- Aucun professionnel de santé ne prescrit de BMC systématiquement
- Tous prescrivent en cas d'antécédents personnels de MTEV
- La majorité des professionnels pensent qu'il faut prescrire en fin de grossesse et dans le post partum
- Les bas-cuisses sont le type le plus prescrit
- Une partie des professionnels pense que les chaussettes sont moins efficaces que les autres types de BMC
- Les professionnels pensent que les patientes sont plutôt observantes

- Les raisons présumées de l'inobservance selon les professionnels sont l'inconfort et la difficulté d'enfilage
- Les professionnels ont reçu peu de formation sur les BMC
- Si la majorité d'entre eux connaît le mécanisme d'action, une minorité connaît les recommandations de prescription

V. Etude auprès des patientes

1. Population étudiée, méthode de diffusion et recueil de données

Les patientes ayant accouché sont la population cible de cette partie de l'étude.

Les critères d'inclusion sont :

- Toute patiente ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre
- Parlant le français

Les critères d'exclusion sont :

- Les patientes mineures
- Patientes ne parlant pas le français

Les données des patientes ont été recueillies via un questionnaire papier distribué en suites de naissance à toutes les patientes correspondant aux critères d'inclusion. Le questionnaire comprend 24 questions, les patientes l'ont rempli et remis pendant le séjour en maternité.

2. Critères retenus comme facteurs de risque thromboembolique

Afin de cibler notre population et d'analyser leurs risques vasculaires et thromboemboliques, nous avons retenu les facteurs de risques suivants :

- Age supérieur à 35 ans
- Parité égale à 5 ou plus
- Indice de masse corporelle (IMC) > 30
- Hypertension artérielle

- Thrombophilie ou anomalie de la coagulation
- Maladie inflammatoire, lupus, syndrome des antiphospholipides
- Tabagisme actif > 10 cigarettes/jour
- Grossesse multiple
- Parcours de procréation médicalement assistée
- Immobilisation stricte ou mobilisation réduite pendant la grossesse
- Hypertension gravidique ou pré-éclampsie
- Antécédents personnels ou familial de MTEV

L'accouchement par césarienne, bien que considéré comme un facteur de risque dans la littérature n'a pas été retenu parmi nos choix tout comme l'hémorragie de la délivrance puisqu'ils ne constituent pas des risques prévisibles pendant la grossesse (à part la césarienne programmée).

3. Résultats chez les patientes

Au total, 169 questionnaires ont été distribués entre octobre et décembre 2017. 148 patientes ont répondu à ce questionnaire, ce qui correspond à un taux de 87,5%. Parmi les questionnaires, 3 d'entre eux ont été exclus de l'étude ; deux dont les réponses étaient incohérentes, un dont la patiente était mineure. L'échantillon étudié se compose donc de 145 patientes. Certaines patientes n'ont pas répondu à l'ensemble du questionnaire d'où un nombre n variable d'une question à l'autre.

Descriptif des patientes

L'âge moyen de la population est de 30,5 ans. La taille moyenne est de 165 cm et le poids pré-grossesse médian est de 60kg. L'IMC médian est de 22,1 kg/m². 75,7% des patientes ont accouché par voie basse et 24,3% par césarienne. 71% des patientes présentent une activité professionnelle et 29% sont sans activité, étudiantes ou au chômage. 89,6% des patientes vivent en couple et 10,4% seule.

Prescription de BMC

Sur les 145 patientes interrogées, 75 ont reçu une prescription de BMC soit **51,7%** d'entre elles.

1) Descriptif des patientes selon la prescription ou non de BMC

Tableau V: Descriptif des patientes selon la prescription ou non de BMC			
Groupes de patientes (n=145)		Avec prescription n=75 (%)	Sans prescription n=70 (%)
Age moyen (sd)		31,2 (5,8)	29,9 (6,2)
IMC médian (kg/m²) (intervalles interquartiles)		22,6 [20,3 :27,0]	21,6 [19,8 :25,0]
Parité	Primipares	42 (56)	32 (45,7)
	Multipares	33 (44)	38 (54,3)
Voie d'accouchement	Voie basse	54 (72)	56 (80)
	Césarienne	21 (28)	14 (20)

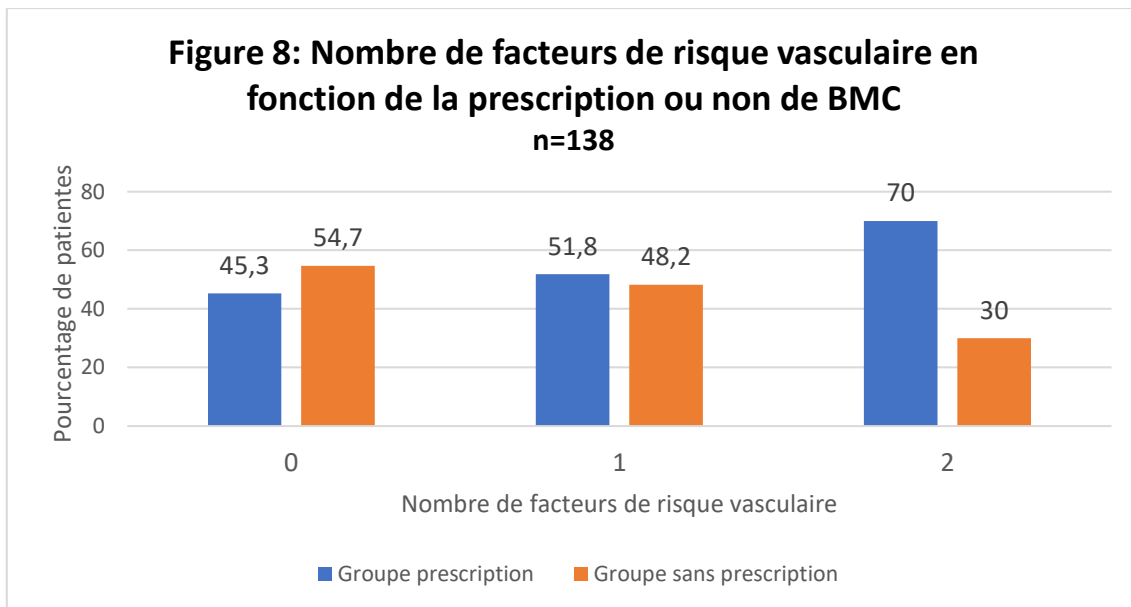
Le taux de primipares par rapport aux multipares est assez proche dans les deux groupes. Le mode d'accouchement n'est pas significativement différent dans les deux groupes (p=0,33).

2) Facteurs de risque vasculaire selon la prescription ou non de BMC

Tableau VI: Facteurs de risque vasculaire selon la prescription ou non de BMC			
Groupes de patientes		Avec prescription n=75 (%)	Sans prescription n=70 (%)
Facteurs de risque vasculaire n (%)	Hypertension artérielle	1 (1,3)	0 (0)
	Thrombophilie ou anomalie de la coagulation	7 (9,3)	0 (0)
	Maladie inflammatoire	0 (0)	1 (1,5)
	Tabac >10 cigarettes/jour	6 (8)	7 (10)
	Grossesse multiple	6 (8)	4 (5,7)
	Parcours de PMA	8 (10,6)	3 (4,3)
	Immobilisation stricte ou mobilisation réduite pendant grossesse	7 (9,3)	4 (5,7)
	Hypertension gravidique ou pré-éclampsie	1 (1,3)	1 (1,4)
	ATCD personnel ou familial de MTEV	7 (9,3)	0 (0)

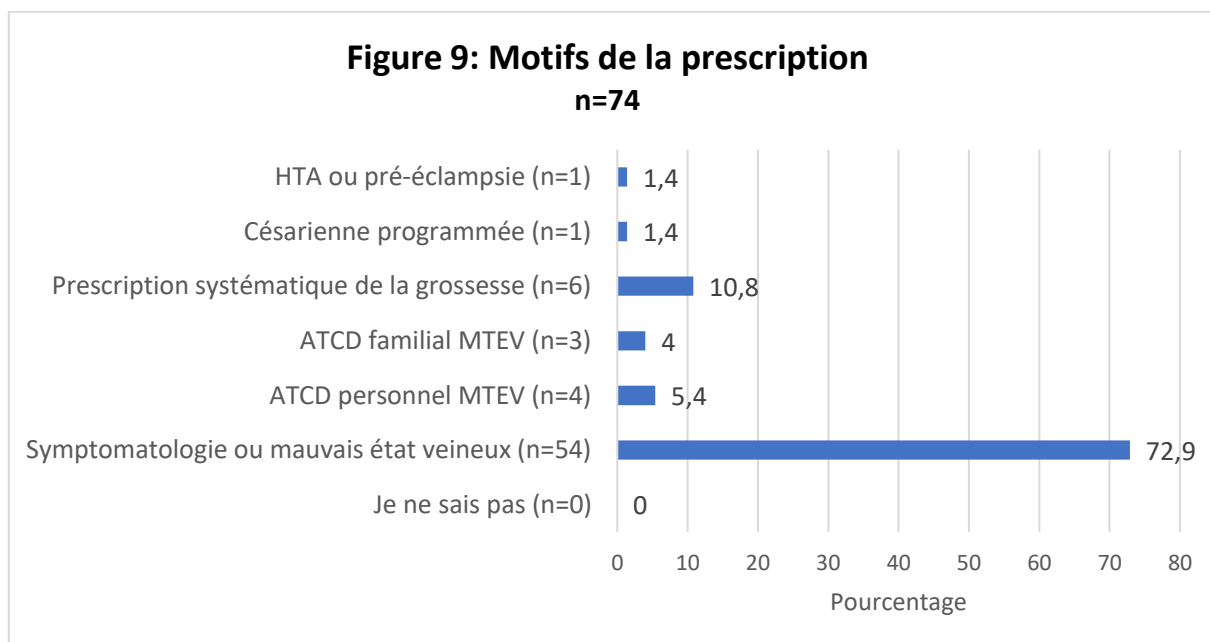
Toutes les patientes présentant une thrombophilie, coagulopathie ou un antécédent personnel de MTEV ont reçu une prescription de BMC.

3) Facteurs de risque vasculaire et prescription de BMC



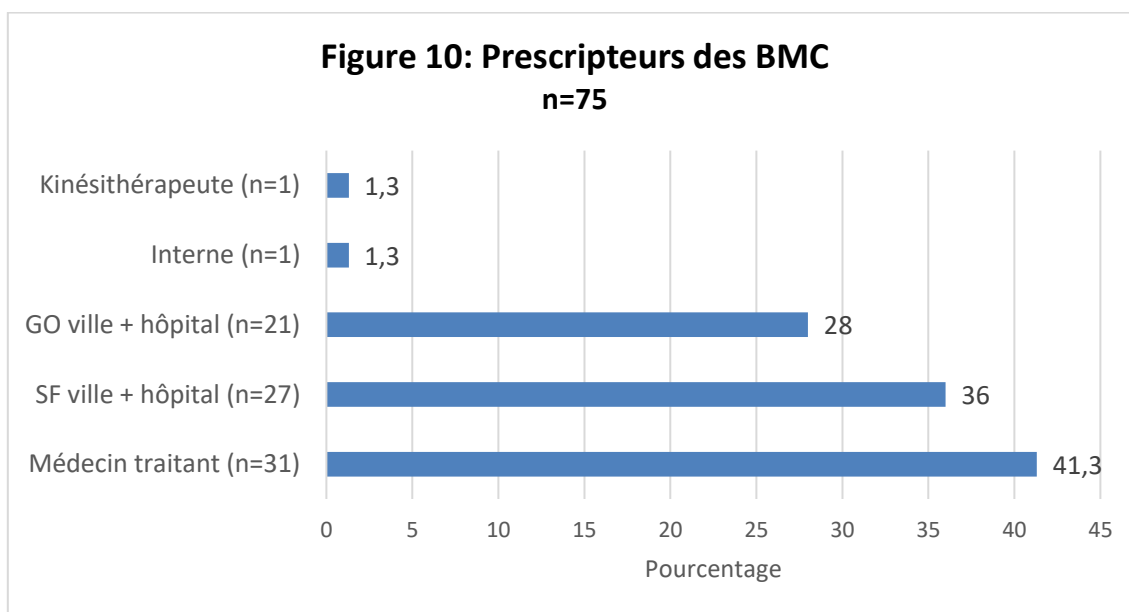
Il n’y a pas d’influence significative du nombre de facteurs de risques vasculaires sur la prescription ou non de BMC (p=0,15).

4) Motifs de la prescription



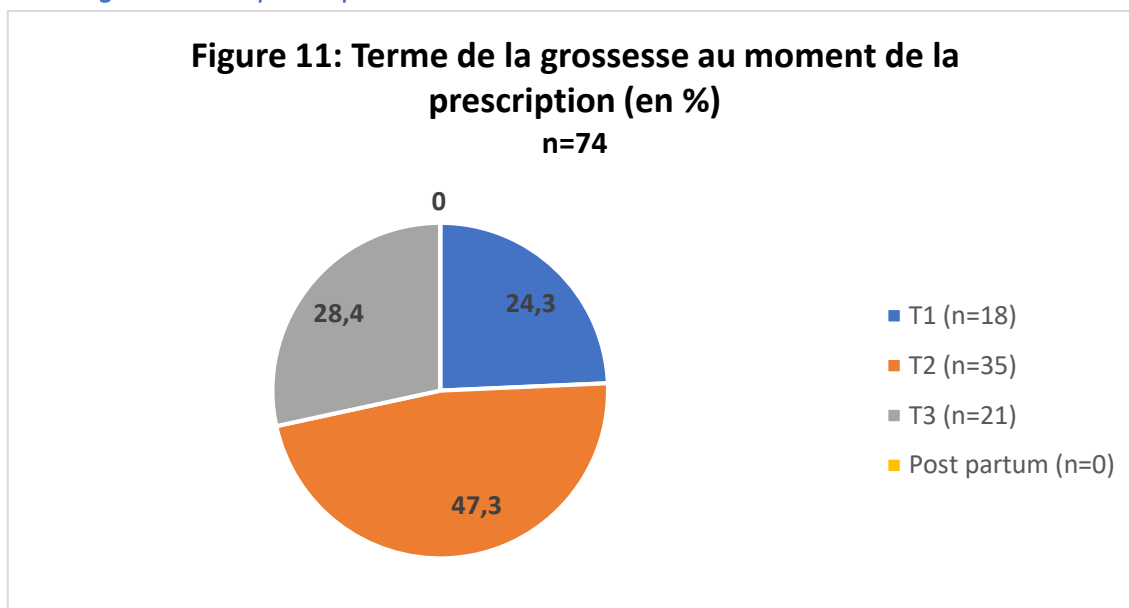
Une patiente n'a pas répondu à la question. Plusieurs réponses ont pu être cochées. Au total près de 73% des patientes ont reçu une prescription en rapport avec une symptomatologie veineuse des membres inférieurs ou un mauvais état veineux.

5) Praticiens ayant prescrit



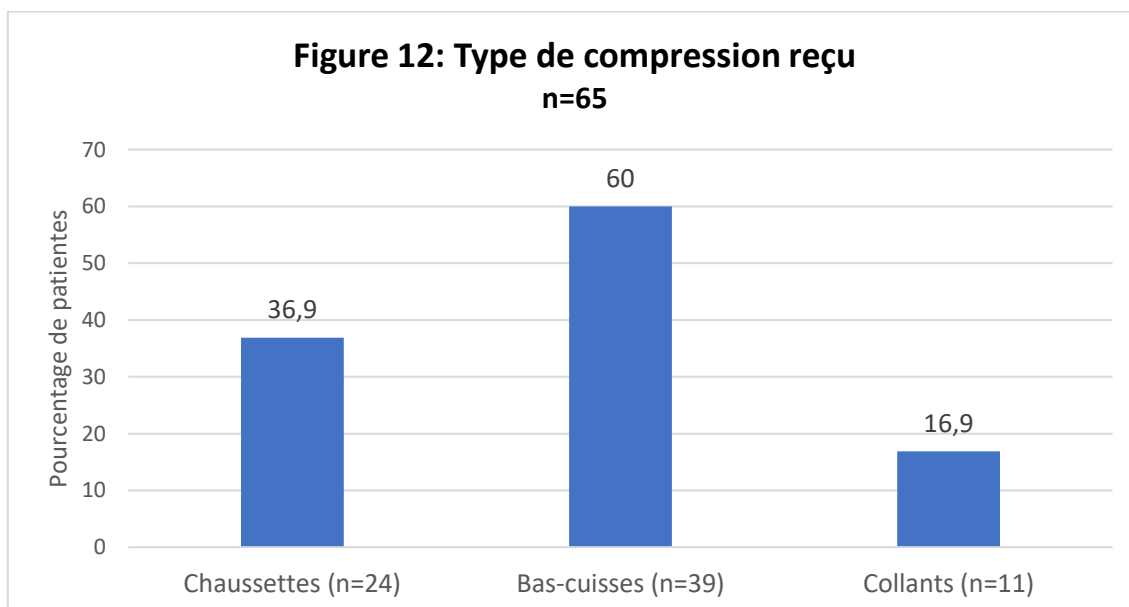
Plusieurs réponses ont pu être cochées. Le médecin traitant a prescrit les BMC chez 40% des patientes. 36% d'entre elles ont reçu une prescription par une sage-femme (SF) et 28% par un gynécologue-obstétricien (GO).

6) Terme de grossesse et prescription



La prescription a été reçue au deuxième trimestre de la grossesse pour 47% des patientes. Aucune patiente n'a reçu de prescription en post-partum.

7) Type de BMC



Les patientes ont parfois reçu plusieurs types de compression. Près de deux tiers des patientes ont reçu des bas-cuisses, plus d'un tiers des chaussettes.

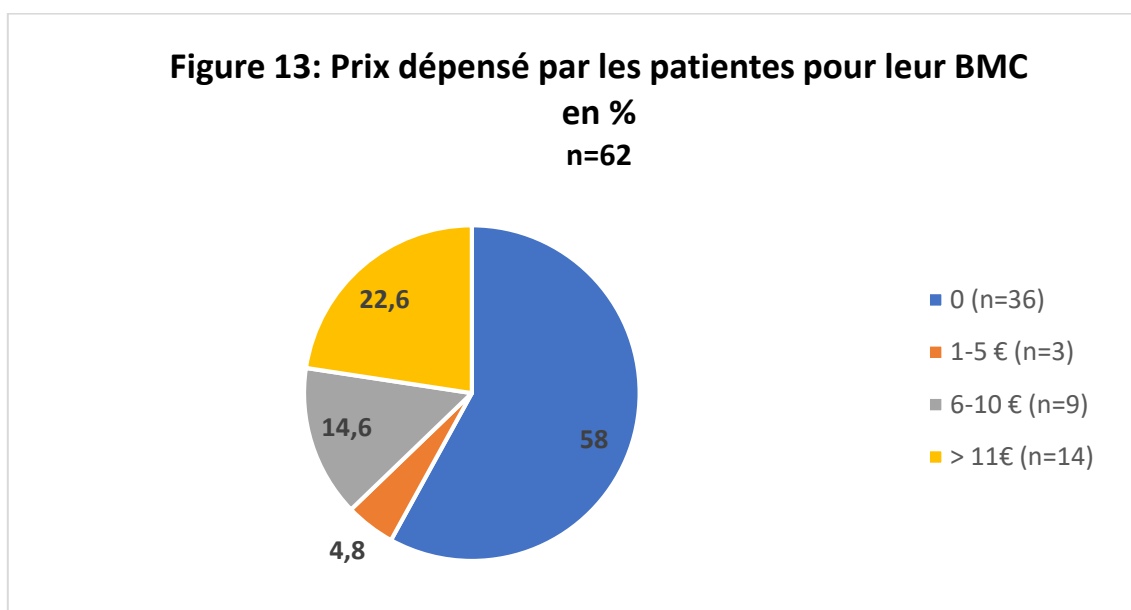
8) Choix du type

Le type de BMC a été choisi par 50 patientes sur les 65 ayant répondu à la question soit **76,9%** d'entre elles.

9) Achat des BMC

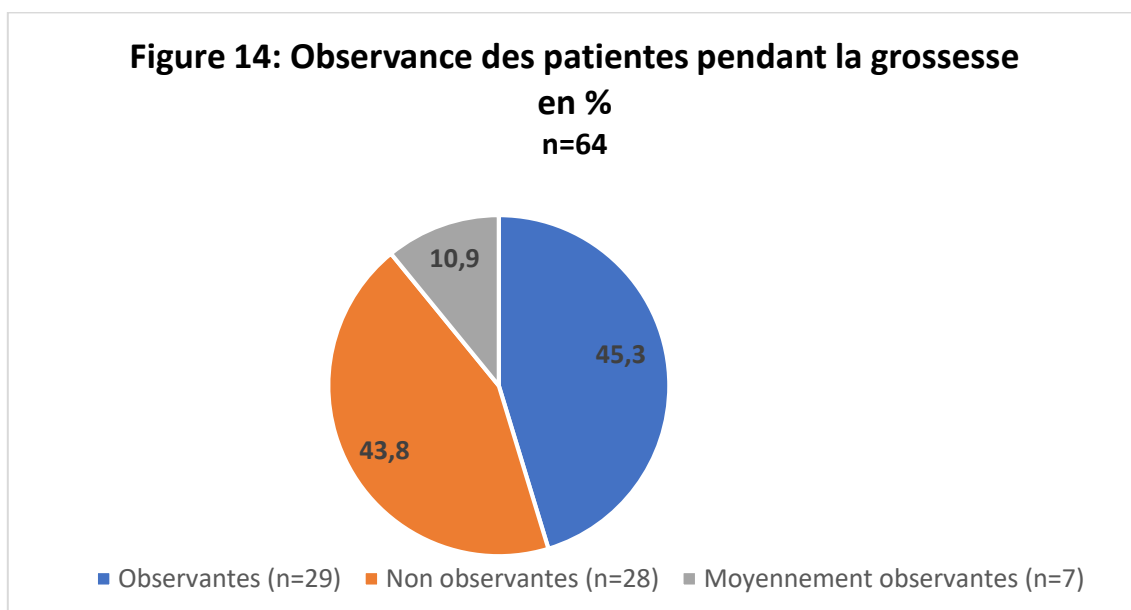
7 patientes (n=73) ne sont pas allées chercher les BMC à la pharmacie. Les raisons sont les suivantes : 2 patientes avaient déjà des BMC, une trouvait le prix trop élevé, une autre estimait ne pas en avoir besoin. Les trois autres n'ont pas répondu à cette question.

10) Prix moyen dépensé



58% des patientes n'ont rien dépensé pour leur BMC. Environ 20% des patientes ont payé plus de 11 euros.

11) Observance pendant la grossesse



Si l'on définit l'observance par le fait de porter ses bas tous les jours ainsi que le jour et la nuit, 45% des femmes ayant répondu sont observantes.

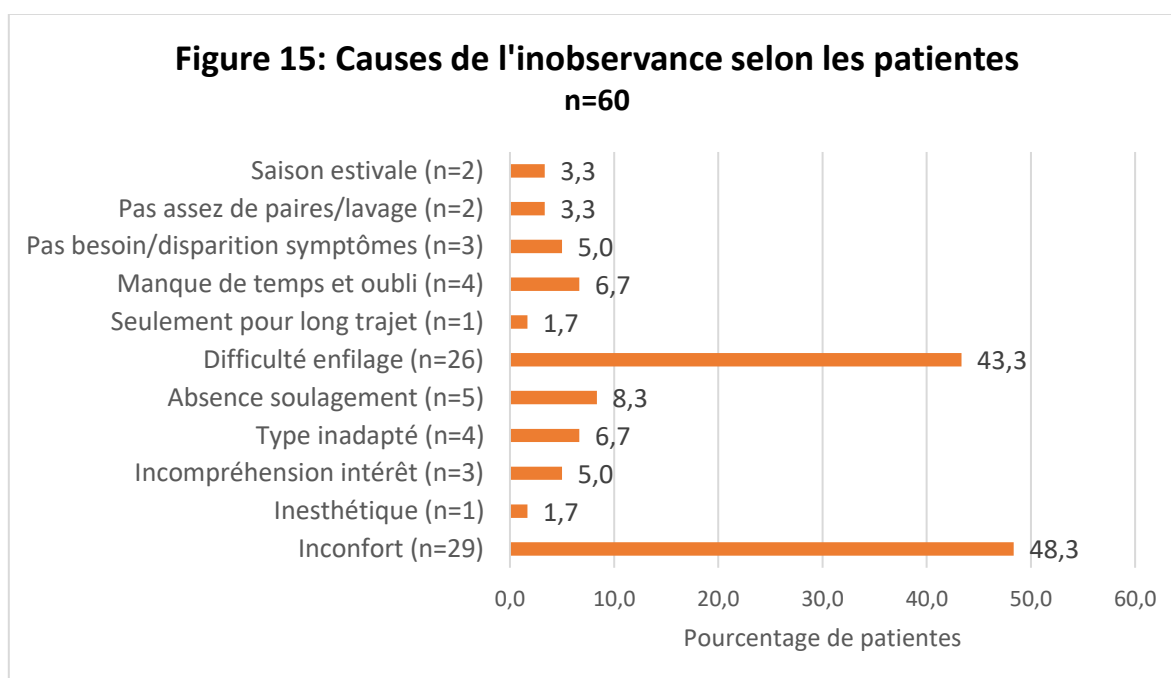
Presque autant de patientes ont porté leur bas très peu voire pas du tout et sont donc considérées comme « non observantes ».

12) Choix du type et observance

	Observantes n=29	Non observantes n=28	Moyennement observantes n=7
Choix du type			
Oui (n=50)	22 (75,9)	23 (82,1)	5 (71,4)
Non (n=15)	7 (24,1)	5 (17,9)	2 (28,6)

Les patientes ayant pu choisir le type de BMC ne sont pas significativement plus observantes que les autres (p=0,57).

13) Causes de l'inobservance

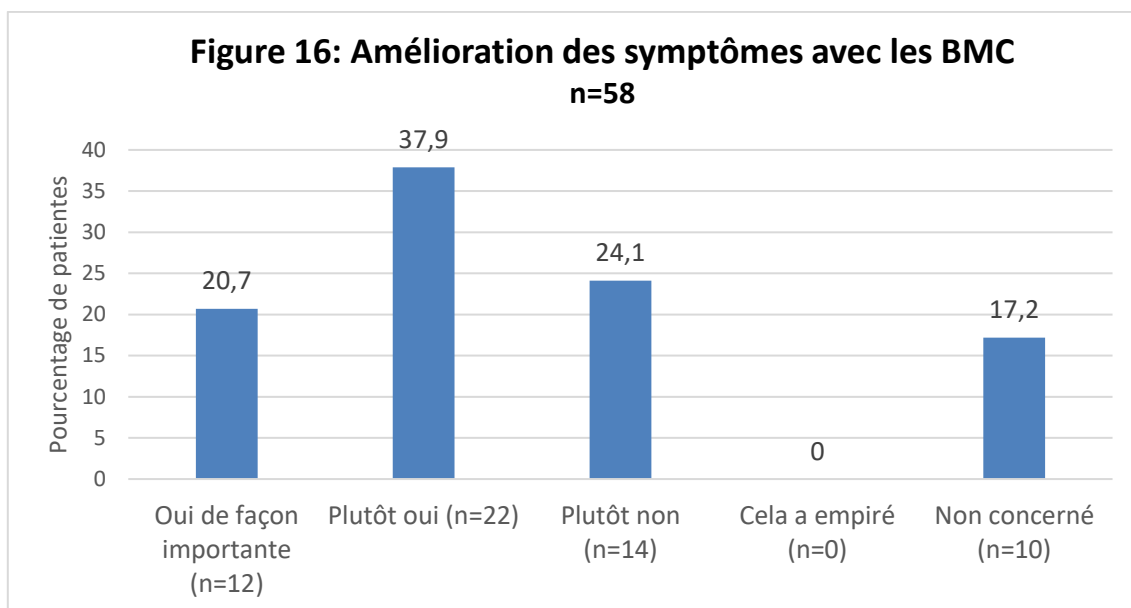


Les causes citées en priorité comme raisons du non-port des BMC par les patientes sont : l'inconfort et la difficulté d'enfilage.

14) Satisfaction des patientes

En prenant en compte le confort, la sensation de bien-être apportée par le port des BMC, la médiane de la note attribuée sur 10 attribuée par les patientes de l'échantillon est de **7,0 [5,0 ; 8,0]**.

15) Amélioration des symptômes

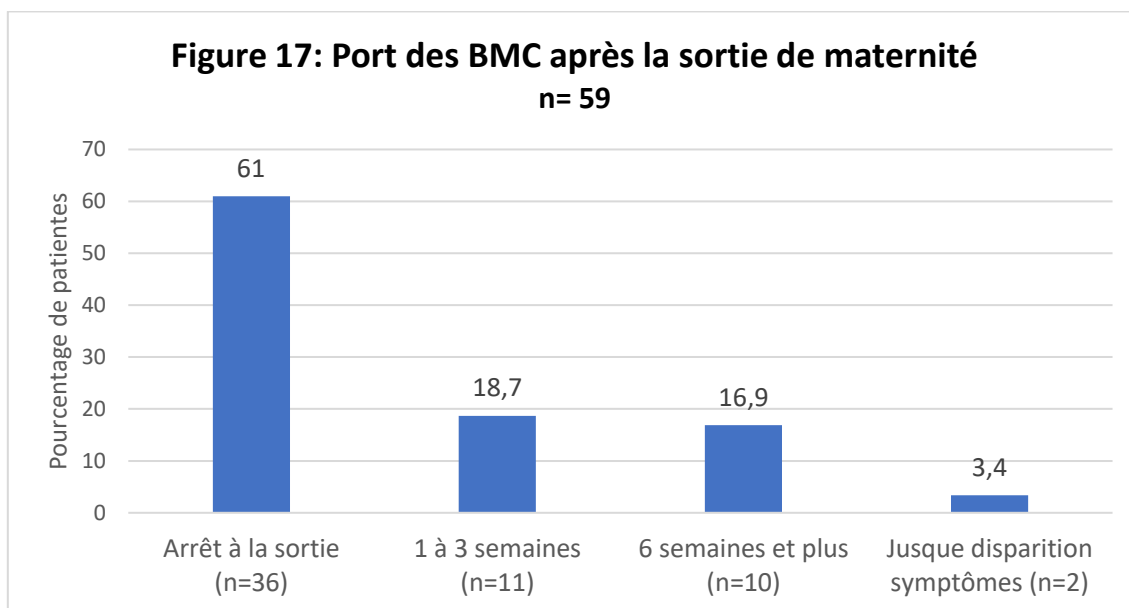


Les symptômes ont été améliorés chez 58% des patientes voire même améliorés de façon importante.

16) Port de la contention pendant l'accouchement

5 patientes ont porté leur BMC pendant l'accouchement, 4 ont accouché par voie basse et une patiente par césarienne. Deux patientes sur les 5 ayant porté leur BMC pendant l'accouchement présentaient un antécédent de thrombose.

17) Port à la sortie de maternité



Les deux tiers des patientes interrogées déclarent qu'en l'absence d'informations, elles ont l'intention d'arrêter de porter les BMC au moment de leur sortie de maternité.

18) Voie d'accouchement et port des BMC dans le post-partum

Tableau VIII : Voie d'accouchement et port des BMC dans le post-partum

n=57	Voie basse n=42	Césarienne n=15
Arrêt à la sortie	25 (59,5)	11 (73,3)
1-3 semaines	10 (23,8)	1 (6,7)
6 semaines et plus	7 (16,7)	3 (20)

Les patientes ayant accouché par césarienne ne portent pas significativement plus longtemps leurs BMC à la sortie de maternité par rapport aux patientes ayant accouché par voie basse ($p=0,39$).

4. Résumé des principaux résultats chez les patientes

- Environ la moitié des patientes a reçu des BMC pendant la grossesse
- Le motif principal de prescription est la symptomatologie veineuse
- 100% des patientes ayant une thrombophilie, coagulopathie et un antécédent personnel ou familial de MTEV a reçu une prescription de BMC
- Le principal prescripteur est le médecin traitant
- La prescription s'est faite au deuxième trimestre de grossesse pour la moitié des patientes
- Aucune patiente n'a reçu de prescription de BMC en post-partum
- Les bas-cuisses sont le type le plus reçu
- La majorité des patientes n'a rien dépensé pour ses BMC
- 50% des patientes sont observantes
- Les principales causes d'inobservance sont l'inconfort et la difficulté d'enfilage
- Seulement 5 patientes ont porté leur bas de contention pendant l'accouchement
- Les patientes arrêtent en majorité de porter leur BMC à leur retour de maternité
- Les patientes ayant accouché par césarienne ne portent pas plus longtemps les BMC en post partum

Troisième partie : Analyse et discussion

I. Analyse critique de l'étude

1. Points forts

Premièrement, le taux de participation maternelle est important puisque 87,5% des femmes interrogées ont remis le questionnaire ce qui constitue un point fort de cette étude. 145 femmes ont ainsi contribué à ce travail.

Ensuite, la double enquête à la fois auprès des professionnels et des patientes permet de mettre en parallèle les pratiques des professionnels et la mise en application par les patientes.

2. Points faibles

Le nombre de professionnels interrogés et ayant répondu est plutôt faible et constitue une limite de l'étude. En effet seuls 14 professionnels ont participé à l'étude. De plus, l'étude est unicentrique et menée dans le seul service des CPN. Une enquête plus élargie auprès des professionnels entourant la grossesse dans d'autres services de la maternité (comme les urgences obstétricales, la pathologie materno-fœtale ou les suites de naissance) ou bien auprès d'autres professionnels du réseau périnatal de la région incluant les médecins généralistes aurait été plus significative.

Enfin, pour les patientes qui déclaraient ne pas avoir acheté les BMC, une phrase du questionnaire indiquait que ce dernier était terminé. Or, certaines patientes ne les ont pas achetés car elles en possédaient déjà et ont arrêté de répondre au questionnaire, ce qui a diminué les réponses pour les questions numéro 16 jusqu'à la fin.

3. Biais

Tout d'abord, l'étude a été menée dans une maternité de type III qui réunit un nombre plus important de patientes ayant des facteurs de risques vasculaires, des pathologies veineuses ou thromboemboliques. Cela engendre un biais de sélection des patientes. Notre échantillon ne peut probablement pas être représentatif de la population générale.

Ensuite, il existe un biais de déclaration par les patientes dont l'authenticité ne peut être vérifiée. Les patientes peuvent avoir oublié qu'elles ont reçu une prescription ou omettre volontairement de le déclarer.

La distribution des questionnaires s'est faite régulièrement auprès des patientes présentes dans le service de suites de naissance et répondant aux critères d'inclusion, mais sans tenir compte du délai depuis l'accouchement. Ainsi les patientes ont été interrogées entre J0 et J15 post accouchement. Les patientes interrogées de façon précoce n'avaient peut-être pas encore reçu de prescription médicale induisant un biais dans le recueil du nombre de patientes ayant reçu une prescription de BMC.

II. Analyse des résultats

Les praticiens interrogés ne sont pas forcément ceux ayant suivi les patientes de notre étude. Cela nous permet d'élargir la vision des pratiques. Si nous ne pouvons pas confronter les résultats, nous pouvons tout de même en mettre certains en parallèle.

1. La prescription de BMC

Aucun des professionnels ne prescrit de manière systématique les BMC aux femmes enceintes (figure 1). La HAS préconise une compression veineuse à toute les femmes enceintes, selon ses recommandations de 2010 (17). La HAS, autorité publique indépendante créée en 2004 a comme objectif l'amélioration de la qualité des soins. Elle publie des recommandations de bonnes pratiques qui sont un guide pour les professionnels de santé dans leur stratégie de soins. Seuls 2 professionnels connaissent ces recommandations (tableau IV).

51,7% des patientes interrogées ont reçu une prescription de BMC au cours de leur grossesse soit un peu plus de la moitié. Dans le mémoire de sage-femme mené en 2016 dans les maternités de l'hôpital Nord de Marseille et à l'hôpital de Gap, sur 114 femmes enceintes, le taux de prescription de BMC était de 63,2% (23).

L'hypothèse n°1 stipulant que les praticiens ne prescrivent pas la contention veineuse systématiquement aux femmes enceintes est validée.

L'hypothèse n°2 indiquant que les professionnels sont peu nombreux à connaître les recommandations françaises sur la prescription de BMC est également validée.

Ces hypothèses sont vraies bien que nuancées par le faible nombre de professionnels interrogés.

Parmi les 70 femmes n'ayant pas reçu de prescription dans notre étude, 48,2% ont au moins un facteur de risque vasculaire et 30% en ont deux (figure 8). Les facteurs de risque vasculaire augmentent le risque de MTEV pendant la grossesse (7). Un facteur de risque est retrouvé dans au moins 50% des TVP survenues pendant la grossesse (11,14).

2. Motivations de la prescription

Si les professionnels ne prescrivent pas de façon systématique, les principales motivations à prescrire les BMC sont les antécédents personnels de MTEV et l'insuffisance veineuse (figure 2). 100% des patientes présentant des antécédents thrombotiques ont d'ailleurs reçu une prescription (tableau VI). L'antécédent personnel de MTEV est le premier facteur de risque de thrombose au cours de la grossesse (7,13–15). La littérature concernant l'utilisation des BMC dans la réduction du risque thromboembolique est plutôt en faveur d'une efficacité. En effet, « La méta-analyse du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) confirme l'efficacité de la compression par bas : utilisée seule, elle réduit de moitié le risque de survenue d'une TVP par rapport à l'absence de prophylaxie. En revanche, la compression par bas n'a pas d'efficacité sur la mortalité, ni sur la survenue d'une embolie pulmonaire » (14).

Les trois recommandations du NICE, du Scottish Intercollegiate Guidelines (SIGN) et de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) sont en faveur « d'une prévention de la thrombose par une compression dégressive avec une pression de 18 mmHg à la cheville pendant la grossesse. Le port de BMC est prolongé jusqu'à 6 mois après l'accouchement en cas de risque thromboembolique » (14). Les BMC diminueraient significativement le reflux sanguin dans la grande saphène selon une équipe suisse ayant travaillé en anténatal (24). Ainsi la stase veineuse serait réduite et le risque limité.

73% des patientes ont reçu une prescription par rapport à une symptomatologie veineuse ou un mauvais état veineux (figure 9). Concernant les affections veineuses chroniques, peu d'études démontrent un intérêt de la prévention par BMC. De même pour les télangiectasies et petites varices réticulaires, l'effet des BMC sur leurs évolutions n'a pas été prouvé (4). Il est tout de même admis qu'il est souhaitable de prescrire un moyen compressif pour freiner l'évolutivité de la symptomatologie veineuse (18).

Une autre étude randomisée menée en 2013 en Allemagne sur 21 femmes enceintes s'est intéressée aux œdèmes des membres inférieurs et aux symptômes cliniques avec ou sans BMC. Des mesures effectuées par

doppler et pléthysmographie avant l'accouchement et à 3 mois du post partum ont montré que la compression avait un rôle indiscutable sur la réduction des œdèmes. En parallèle, les BMC étaient plutôt bien tolérés par les femmes enceintes et avaient un effet d'amélioration des symptômes subjectifs. En conclusion le port de BMC n'était pas néfaste et devrait être intégré aux recommandations de prise en charge de la femme enceinte (25).

3. Terme de prescription

La majorité des professionnels de notre étude pense qu'il est utile de prescrire les BMC au troisième trimestre de grossesse et dans le post partum (figure 3). En effet, l'insuffisance veineuse est plus importante en fin de grossesse où la pression veineuse fémorale, en décubitus dorsal, est multipliée par trois. La vitesse d'écoulement du sang veineux dans les membres inférieurs est progressivement réduite jusqu'à être diminuée de moitié au troisième trimestre (8). De plus, le post-partum est une période particulière puisque le risque thromboembolique y est multiplié par 20 par rapport à une femme du même âge non enceinte contre 5 pendant la grossesse (13). L'incidence des MTEV augmente au cours des trois trimestres (26) au cours desquels la moitié des TVP est diagnostiquée (13). Une étude a été menée en 2007 à la maternité royale de Glasgow sur 17 femmes à un ou deux jours du post-partum d'un accouchement voie basse. Un même praticien a réalisé une analyse doppler des veines des membres inférieurs. Il a relevé une diminution significative du diamètre de la veine fémorale après port de bas de contention ainsi qu'une augmentation significative de la vitesse du flux sanguin toujours après port de BMC. Par déduction, ces résultats encouragent à penser que l'utilisation des BMC entraîne une diminution du risque de thrombose et leur port doit être poursuivi pendant la période du post-partum (27).

Dans notre étude, aucune patiente n'a reçu de prescription au cours du post-partum (figure 11). Ces résultats ne sont pas en accord avec la déclaration des professionnels interrogés. La prescription se fait peut-être au moment de la sortie de maternité or nous n'avons pas interrogé les patientes après la sortie pour des raisons pratiques.

La moitié des patientes interrogées a reçu la prescription au deuxième trimestre. Les trois quarts d'entre elles l'ont reçue avant le 7^{ème} mois (figure 11). Les recommandations de la HAS préconisent de porter des BMC « durant toute la durée de la grossesse » (17). Une étude comparative menée en Allemagne en 2015 sur 74 femmes en début de grossesse (entre 8 et 14 SA) a mesuré l'impact des BMC sur leur qualité de vie. Les résultats ont montré que les femmes ayant porté une compression avaient une nette amélioration des nausées, vomissements, malaises et douleurs des membres inférieurs en comparaison au groupe de femmes

n'ayant pas porté de compression (28). La contention aurait un intérêt dès le premier trimestre pour traiter les signes sympathiques de grossesse.

Alors que de nombreuses études s'allouent à dire que la prescription de BMC est conseillée pour les femmes enceintes, les preuves d'efficacité ne sont pas spectaculaires avec des études de faible niveau de preuve. Malgré tout, la collégiale scientifique est d'accord sur un point : si les BMC n'ont pas montré d'efficacité probante dans la prévention des risques thromboemboliques, leur utilisation reste préférable à l'abstention thérapeutique.

4. Type BMC prescrit

Les bas-cuisses sont le type de BMC le plus prescrit par les professionnels et également le plus reçu par les patientes interrogées (figure 4 et 12). Pour 6 professionnels sur 13, les bas-cuisses sont plus efficaces que les chaussettes, cela peut justifier qu'ils soient le type le plus prescrit (tableau I). La différence d'efficacité n'a pourtant pas été démontrée (17,29), la pression maximale se trouvant au niveau de la cheville.

Enfin, la majorité des praticiens tiennent compte de la préférence de la patiente pour le type de BMC ce qui contribue à investir les patientes dans leur prise en charge et participe à l'éducation thérapeutique. Malgré cela, le fait pour les patientes d'avoir pu choisir le type n'a pas influencé leur observance.

5. Observance pendant la grossesse

La majorité des professionnels de notre étude pense que les patientes sont observantes c'est-à-dire portent les BMC tous les jours (tableau II). 45% des patientes interrogées sont observantes pendant la grossesse et 11% les portent un jour sur deux et sont moyennement observantes (figure 14). Dans une étude menée auprès des femmes enceintes dans un service de CPN d'une maternité en Angleterre, sur 100 femmes, au total 47 d'entre elles portaient la compression tout le temps ou seulement la journée (30). Dans une autre étude italienne, sur 98 femmes enceintes ayant des symptômes veineux des membres inférieurs, deux tiers d'entre elles sont prêtes à accepter de porter une compression élastique après qu'on leur ait expliqué le bénéfice. Parmi ces femmes, 58,8% ont porté la compression tous les jours (9).

L'hypothèse n°3 stipulant que les patientes sont plutôt non observantes est vraie mais nuancée.

6. Causes de l'inobservance

Les deux raisons les plus citées par les patientes justifiant l'inobservance pour les BMC c'est-à-dire le fait de ne pas les porter sont l'inconfort et la difficulté d'enfilage (figure 15). Ce sont les mêmes raisons qui ont été citées par les professionnels de notre échantillon (figure 6). Plusieurs études se sont penchées sur la question. L'une interrogeant une centaine de femmes en CPN en Angleterre (30), une autre étude réalisée par l'institut de cardiologie d'Abidjan en Afrique a étudié l'observance pour les bas de contention de 200 patients ayant des problèmes veineux (31). Enfin, une étude conduite par 332 pharmaciens de France a interrogé plus de 2000 patients ayant une ordonnance de BMC (3). Parmi les facteurs responsables de l'inobservance des patients dans ces études, l'inconfort est cité en priorité (3,30,31) et la difficulté d'enfilage vient ensuite (3,31). Le manque d'informations sur la période pendant laquelle les patientes doivent porter leur BMC a été citée pour une majorité des patientes anglaises (30). L'existence d'un nombre insuffisant de paires de BMC à disposition a également été notifiée (3,30).

7. BMC et accouchement

Très peu de femmes portent leur BMC pendant l'accouchement puisqu'elles ne sont que 5 sur 75. Le caractère souillant de l'accouchement est possiblement en cause. Parmi elles, 2 ont des antécédents thrombotiques. Toutes les patientes ayant des antécédents thromboemboliques ne portent donc pas leur BMC pendant l'accouchement quelle que soit la voie. Le travail est pourtant souvent une période d'immobilisation prolongée et l'accouchement expose les femmes à un risque d'hémorragie, les deux étant associés à une augmentation du risque de thrombose.

Les recommandations du CNGOF de 2015 stipulent qu'une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose doit être portée le jour de l'intervention pendant au moins 7 jours pour une césarienne. Ces recommandations ne précisent pas si les BMC doivent être mis avant ou après l'intervention. Parmi les 5 patientes ayant porté la compression perpartum, 2 ont donné naissance par césarienne. Dans notre étude, 3 professionnels sur 14 connaissaient ces recommandations (tableau IV) dont 2 prescrivent en préopératoire d'une césarienne. Le faible nombre de professionnels connaissant ces recommandations peut expliquer leur faible taux d'adhésion.

Au-delà du risque thrombotique, des équipes s'intéressent à l'efficacité des BMC dans la prévention de l'hypotension pendant la césarienne. L'hypotension artérielle maternelle est la complication la plus fréquente de la rachianesthésie. Elle peut entraîner des vomissements maternels, une baisse du débit cardiaque et du débit utéroplacentaire à risque pour le fœtus. Une étude Turque montre que l'utilisation de bandes compressives associée à des méthodes médicamenteuses entraînait moins d'hypotension comparativement à des groupes avec des médicaments utilisés seuls (32). Une autre étude a comparé l'utilisation de BMC standard (c'est-à-dire ayant une pression d'environ 18mmHg à la cheville) à des BMC de fortes pressions (à 50-60mmHg) mis en place avant une rachianesthésie pour une césarienne sur la quantité d'éphédrine utilisée en peropératoire. L'éphédrine est un sympathicomimétique utilisé pour lutter contre l'hypotension. Les résultats montrent une diminution significative de la dose d'éphédrine utilisée chez le groupe avec des BMC de forte compression (33).

En outre, certains auteurs ont montré l'efficacité des BMC dans l'amélioration de la circulation maternelle au cours de la marche pour une équipe américaine (34). Une étude allemande a également montré une amélioration de la circulation maternelle et fœtale après le port d'une contention (35). Ces études, bien que plutôt anciennes peuvent interroger sur les effets possibles de la compression veineuse de la femme enceinte sur le rythme cardiaque fœtal, notamment pendant le travail et l'accouchement.

8. Connaissances des professionnels sur le remboursement et achat par les patientes

L'avis des professionnels sur le remboursement est hétérogène (tableau III). Deux tiers des patientes n'ont rien dépensé pour leur BMC (figure 13). Du début de la grossesse à la veille du 6^{ème} mois, l'assurance maladie rembourse les BMC à hauteur de 65% soit le remboursement de base, les 35% restant sont pris en charge par la mutuelle si la patiente en possède une. A partir du 6^{ème} mois jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement l'assurance maladie prend en charge les BMC comme tous les frais médicaux à 100% au titre de l'assurance maternité. Sur les 7 patientes n'ayant pas acheté leurs BMC suite à la prescription qu'elles ont reçue, une seule trouvait le prix trop élevé. Le prix ne semble pas être un frein à l'achat des BMC pour les patientes.

9. Satisfaction

La note médiane attribuée par les patientes au confort du port de BMC est de 7 sur 10 avec un écart type 5 à 8. Cette note indique que les BMC sont plutôt bien tolérés par les patientes. Ces résultats sont en

contradiction avec la déclaration que l'inconfort est une des principale cause d'inobservance. De plus, 58% des patientes ont vu une amélioration de leurs symptômes avec le port de BMC (figure 16). L'étude italienne sur l'acceptation des BMC par les femmes enceintes montre que le port journalier de compression médicale avait diminué l'impact de la maladie veineuse sur la qualité de vie et l'avait ainsi améliorée d'autant plus que l'observance était importante (9). Une étude randomisée allemande a montré que les BMC n'aggravaient pas la qualité de vie ni les symptômes mais qu'au contraire ils avaient tendance à les améliorer (25).

10. Port des BMC au retour de maternité

Deux tiers des patientes ont l'intention d'arrêter de porter les BMC au retour à domicile par manque d'informations sur le sujet (figure 17). Ce chiffre est alertant puisque le pic d'incidence de MTEV serait atteint dans la 1^{ère} semaine du post-partum et le risque persisterait jusqu'à 12 semaines après l'accouchement (36). De plus, l'EP, plus grave que la TVP, est plus fréquente en post-partum avec 65% pour 35% de TVP (13). L'information donnée par les professionnels à ce niveau semble être insuffisante.

III. Propositions

La compression veineuse apporterait de multiples bénéfices selon l'âge gestationnel. Au premier trimestre, il semble qu'elle diminue les symptômes tels que les nausées, vomissements et malaises. Au cours du deuxième jusqu'au post-partum tardif, elle améliore le flux sanguin et diminue la stase veineuse. Au troisième trimestre, elle est remboursée à 100%. Pendant l'accouchement, souvent longue période d'immobilisation, elle pourrait être à l'origine d'une amélioration de la circulation sanguine maternelle et fœtale. De plus, elle est plutôt bien tolérée par les patientes.

Informé les femmes sur ces bénéfices fait partie du rôle des sages-femmes, des médecins traitants et des obstétriciens dès le début du suivi de la grossesse. Les chaussettes de compression, plus facile à enfiler pourraient être prescrites en premier lieu. Les consultations prénatales ainsi que la préparation à l'accouchement sont des périodes privilégiées pour faire de la prévention. Elles permettraient aux professionnels d'expliquer l'intérêt de porter une compression veineuse et de donner des techniques sur comment bien enfiler ses BMC.

La durée d'une CPN classique est de 20 minutes, soit un temps relativement court pour aborder les éléments nécessaires au suivi de la grossesse. Ce temps ne permet peut-être pas de parler de l'aspect veineux. Un

encadré spécifique dans le dossier obstétrical pour préciser si le risque thromboembolique veineux a été abordé et/ou si une prescription de BMC a été faite pourrait permettre aux professionnels d'y penser plus facilement.

L'information sur l'intérêt du port des BMC pendant l'accouchement pourrait également être rappelée lors de la consultation prénatale du neuvième mois, en plus des consignes habituelles. Pour les patientes bénéficiant d'une césarienne programmée, une ordonnance de BMC pourrait leur être remise, joint à la convocation d'hospitalisation et précisant qu'ils sont à mettre le jour de l'intervention pendant au moins 7 jours.

Enfin, les suites de naissance permettent au praticien, à l'occasion de la surveillance clinique quotidienne d'avoir une approche différente de la patiente. C'est le moment opportun pour évaluer l'observance et préciser l'importance de continuer à porter la contention pendant une durée d'au moins 6 semaines voir 12 semaines.

Par ailleurs, aucune étude n'a jamais montré d'effet néfaste de la compression veineuse chez la femme enceinte, il semble même qu'ils soient à l'origine d'une amélioration de la qualité de vie. Finalement, aucun élément ne s'oppose à la prescription et au port de BMC pendant la grossesse et le post-partum. Par ailleurs, des études complémentaires sur l'effet des BMC chez la femme enceinte pourraient être effectuées afin d'envisager des modifications des prises en charge et des pratiques professionnelles.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) indique que la MTEV est la seule cause de mortalité maternelle pour laquelle le nombre de décès maternelle a augmenté significativement entre 2009 et 2014. Il précise également que l'on assiste à une recrudescence de maladies cardiovasculaires chez la femme jeune suite à une évolution des modes de vie et des comportements à risques depuis les 30 dernières années (tabagisme, alcool, sédentarité, stress, mauvaises habitudes alimentaires...). L'exposition hormonale tout au long de la vie est également mise en cause (contraception, grossesses tardives, procréation médicalement assistée, traitements hormonaux substitutifs...) (36). Ces chiffres doivent amener à une prise de conscience des professionnels et une attention particulière pour la prévention par compression mécanique, surtout en cas de facteurs de risques et ce au moins jusqu'à 10-12 semaines du post partum soit après la consultation post-natale.

Conclusion

La moitié des patientes de la maternité Jeanne de Flandre reçoit une prescription de BMC pendant la grossesse et parmi ces patientes, la moitié est observante. Finalement, seul un quart des patientes porte une compression veineuse pendant la grossesse comme le recommande la HAS mais arrête trop précocement en post-partum, par manque d'informations.

Les freins à porter la compression pour les patientes sont l'inconfort et la difficulté d'enfilage. Toutefois, la majorité d'entre elles ont vu une amélioration de leurs symptômes et la note de satisfaction médiane attribuée par l'ensemble des patientes est de 7 sur 10. Les bas-cuisses sont le type le plus prescrit, les chaussettes pourraient cependant être plus faciles à enfiler.

Du côté des professionnels, des connaissances incomplètes des recommandations officielles sur la prescription de bas de compression ont été mises en évidence. Un travail d'information et de sensibilisation sur les bénéfices des BMC pendant la grossesse et le post-partum ainsi que sur l'intérêt d'éduquer et d'informer les patientes paraît approprié. La compression aurait par ailleurs montré, en plus de la réduction du risque thromboembolique d'autres intérêts et ce au cours des différentes périodes de la grossesse. Il est nécessaire d'envisager des études complémentaires sur le sujet afin d'envisager un changement dans les pratiques professionnelles.

Enfin, si le bénéfice des BMC n'a toujours pas convaincu, aucune étude ne montre qu'ils sont néfastes pour la femme enceinte. C'est un dispositif peu coûteux, non-invasif, non médicamenteux et facile à mettre en place qui peut améliorer de nombreux symptômes voir réduire l'incidence des MTEV et donc avoir un impact en santé publique. Finalement, dans notre société qui est de plus en plus en quête d'une médicalisation raisonnée de la grossesse, les BMC semblent avoir leur place dans la prise en charge.

Bibliographie

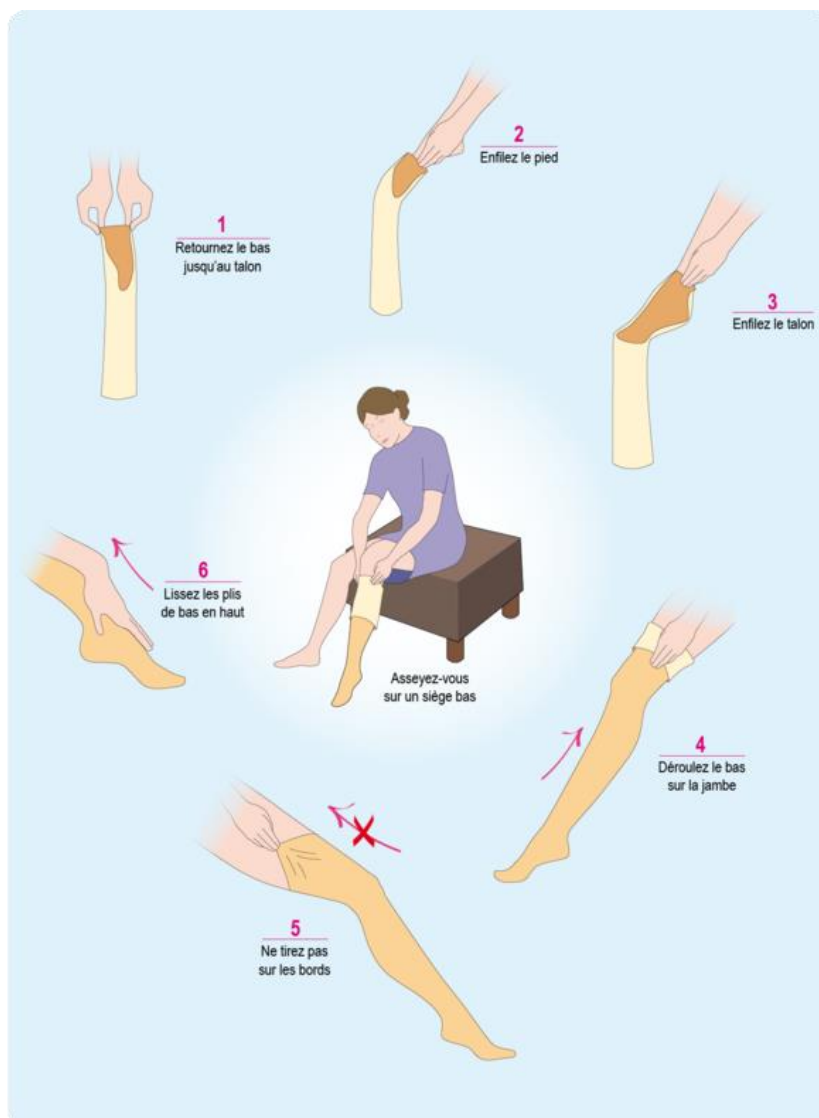
1. Gardon-Mollard C. 10 000 ans d'Histoire de la contention. Elsevier Masson. 2010.
2. Gardon-Mollard C. Ces Dieux qui ont créés la contention. *Phlébologie*. 2009;(62):68-76.
3. Allaert F-A. Éduquer le patient pour accroître l'efficacité de la compression veineuse. *Actual Pharm*. juin 2015;54(547):1-7.
4. Gardon-Mollard C., Ramelet A-A. La compression médicale. 2ème édition. 2005. (Abrégés).
5. Rastel D. Guide pratique de la compression par bas et bandes des affections veineuses des membres inférieurs. Lamazière; 2013.
6. Battu C. Accompagnement d'une femme enceinte présentant des troubles circulatoires. *Actual Pharm*. nov 2015;54(550):23-6.
7. Horellou M-H, Plu-Bureau G, Lepercq J. Maladie thrombo-embolique veineuse et grossesse. *Rev Médecine Interne*. mars 2015;36(3):219-24.
8. Boivin P. Varices au cours de la grossesse. *Lett Gynécologue*. juin 1998;(233).
9. Allegra C., Antignani P.L., Will K. et al. Acceptation, observance et effets des bas de compression élastique sur les symptômes veineux et la qualité de vie des femmes enceintes: Société Française de Phlébologie; 2014, 67, 4 p. 10-16.
10. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. :231.
11. Chauleur C, Gris J-C, Seffert P, et al. Actualités sur les facteurs de risque et la prévention des complications thrombotiques de la grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mai 2012;40(5):301-7.
12. Lacut K., La maladie thromboembolique veineuse au cours de la grossesse et du post partum. Les dossier de l'obstétrique, vol. 43, n° 462, 2016.
13. Lacut K. Physiopathologie et épidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse chez la femme enceinte. *Vocat Sage-Femme*. mars 2016;15(119):12-4.
14. Castaing N. Compression médicale et grossesse. 2011;24(numéro spécial 1).
15. Chauleur C, Raia T, Gris J-C. Thromboprophylaxie pendant la grossesse et le post-partum. *Presse Médicale*. sept 2013;42(9):1251-8.
16. Julien N. La fabrication des bas de contention : une exigence de qualité. *Actual Pharm*. févr 2016;55(553):33-6.
17. Haute Autorité de Santé. La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse, fiche de bon usage, Dec 2010.
18. Cornu-Thénard A, Benigni J, Uhl J, et al. Recommandations de la Société Française de Phlébologie sur l'utilisation quotidienne de la thérapeutique compressive. 2006;8.

19. Bates SM, Greer IA, Pabinger I, et al. Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy. *Chest*. juin 2008;133(6):844S-886S.
20. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. April 2015.
21. Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. Recommandations pour la pratique clinique. (texte court). 2005;25.
22. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Recommandation pour la pratique clinique. Post-partum (texte court). 2015. [en ligne] <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE> (consulté le 26/09/2017).
23. Campagnola C, Effets de la contention veineuse élastique et observance pendant la grossesse et le post-partum : revue de la littérature et étude prospective bi-centrique, Mémoire: sages-femmes: Marseille, 2016, 54p. [Internet]. [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370903/file/CAMPAGNOLA_BAS_DE_CONTENTION.pdf
24. Thaler E, Huch R, Huch A, et al. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. *SWISS MED WKLY*. (abdul):5.
25. Adamczyk A, Krug M, Schnabl S, et al. Compression therapy during pregnancy: boon or bane?: *Phlebologie*. 2013;42(6):301-7.
26. Abdul Sultan A, Tata LJ, Grainge MJ, et al. The incidence of first venous thromboembolism in and around pregnancy using linked primary and secondary care data: a population based cohort study from england and comparative meta-analysis. *PLOS ONE*. 29 juill 2013;8(7):e70310.
27. 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 Int J Obstet Gynaecol*. oct 2007;114(10):1292-4.
28. Mendoza E, Amsler F. A randomized crossover trial on the effect of compression stockings on nausea and vomiting in early pregnancy. *Int J Womens Health*. févr 2017;Volume 9:89-99.
29. Sajid MS, Tai NRM, Goli G, et al. Knee versus thigh length graduated compression stockings for prevention of deep venous thrombosis: a systematic review. *J Vasc Surg*. déc 2006;44(6):1373.
30. Gray G, Ash AK. A survey of pregnant women on the use of graduated elastic compression stockings on the antenatal ward. *J Obstet Gynaecol*. janv 2006;26(5):424-8.
31. Soya E, N'djessan JJ, Koffi J, et al. Facteurs de l'observance du port du bas de compression élastique dans une population noire africaine. *JMV-J Médecine Vasc*. juill 2017;42(4):221-8.
32. Kaya S, Karaman H, Erdogan H, et al. Combined use of low-dose bupivacaine, colloid preload and wrapping of the legs for preventing hypotension in spinal anaesthesia for caesarean section. *J Int Med Res*. sept 2007;35(5):615-25.
33. Iwama H, Furuta S, Tanigawa S, et al. Extra-strong graduated compression stocking reduces usage of vasopressor agents during spinal anesthesia for cesarean section. *Arch Gynecol Obstet*. 16 mai 2001;265(2):60-3.

34. Hobel CJ, Castro L, Rosen D, et al. The effect of thigh-length support stockings on the hemodynamic response to ambulation in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* juin 1996;174(6):1734-41.
35. Weber S, Schneider K, Bung P, et al., Huch R. Kreislaufwirkung von Kompressionsstrümpfen in der Spätschwangerschaft. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* juin 1987;47(06):395-400.
36. Mounier-Vehier C. Éditorial. Santé cardiovasculaire des femmes : il faut oeuvrer ensemble pour une prévention féminine individualisée. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(7-8):98-9.
http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_0.html. :57.

Annexes

Annexe I : Comment enfiler ses bas de contention



Source : Les bons gestes à adopter pendant l'enfilage de vos bas de contention, Mai 2017, [en ligne]

https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/bons-gestes/quotidien/utiliser-bas-collants-compression#text_8758.

Annexe II : Recommandations Haute Autorité de Santé, Décembre 2010

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

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

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

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

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

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

HAS

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

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

Décembre 2010

Annexe III : Recommandations de bonnes pratiques, Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France, 2015

CNGOF

Résumé

Objectif - Déterminer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en post-partum, que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou par césarienne.

Matériel et méthodes - Consultation de la base de données Medline, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères. Ce texte court ne met en exergue que les éléments nouveaux et/ou jugés fondamentaux par le groupe de travail.

Résultats - Parce qu'il est associé à une diminution de la morbidité néonatale (moindre fréquence de pathologies cardio-vasculaires, infectieuses, atopiques et d'obésité infantile) (NP2) ainsi qu' à un meilleur développement cognitif (NP2), un allaitement maternel exclusif et prolongé est recommandé (grade B) entre 4 et 6 mois (accord professionnel). Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet (grade A) et de promouvoir un allaitement maternel à la demande (grade B). Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation (accord professionnel). Les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne doivent pas être prescrits de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter (accord professionnel). La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves (accord professionnel). Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont les médicaments à privilégier (accord professionnel).

Quel que soit le mode d'accouchement, la réalisation d'une numération formule sanguine n'est pas systématique (accord professionnel). Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée (accord professionnel). Le seul traitement étiologique des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le blood-patch (NP2), celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 h (accord professionnel). Le statut vaccinal des femmes et de leur entourage est à évaluer (accord professionnel).

La surveillance postopératoire immédiate après césarienne (sous anesthésie loco-régionale ou générale), doit se dérouler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) à proximité de la salle de naissance (accord professionnel). Un protocole antalgique multimodal doit être élaboré par l'équipe médicale (accord professionnel). L'administration par voie orale des antalgiques doit être privilégiée et utilisée de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel). Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de

facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). La réhabilitation postopératoire précoce est encouragée (accord professionnel).

La consultation postnatale est recommandée et est à réaliser dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement (accord professionnel).

La stratégie contraceptive en post-partum immédiat (dans les 6 semaines) est la même que la femme allaite ou non (accord professionnel).

Il est recommandé de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée (grade B), et de la prescrire à la sortie de la maternité (accord professionnel). Compte tenu de l'augmentation du risque thromboembolique veineux après l'accouchement, il est recommandé de ne pas utiliser une contraception estroprogestative avant 6 semaines en post-partum (grade B).

La rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques à 3 mois n'est pas recommandée (accord professionnel). Elle est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C). La rééducation périnéale du post-partum n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C).

La durée optimale de séjour à la maternité pour le nouveau-né est fonction de l'organisation à la sortie, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (accord professionnel).

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important (NP3).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3).

Conclusion - Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant.

Mots clés : allaitement, post-partum, contraception, rééducation périnéale, dépression postnatale, césarienne, nouveau-né

Annexe IV : Autorisation de recherche à la maternité Jeanne de Flandre

17

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Enquête auprès des patientes

DATE de la demande d'autorisation : 1^{er} septembre 2017

Identification de l'ETUDIANT : 21201144

Nom : CREPIN

Prénom : Claire

Veuillez agraffer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données...)

THEME de la recherche :

La contention veineuse pendant la grossesse

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

Etude sur les habitudes de prescriptions, les connaissances des recommandations et les pratiques des professionnels de santé de consultation prénatale de l'hôpital Jeanne de Flandre.

Etude en parallèle sur le port de contention et l'observance des patientes pendant la grossesse et le post partum.

Questionnaires distribués en suites de naissance

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr Sophie Vanderschueren PH	<input checked="" type="checkbox"/> questionnaire <input type="checkbox"/> guide d'entretien <input type="checkbox"/> recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête :Hôpital.....Jeanne.....de.....Flandre.....

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Suites de naissance	septembre à décembre 2017	

Date et signatures :

Autorisations du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

Autorisation du Directeur de pôle :

Président du Comité de
Sages-femmes
18/09/17

Elisabeth TRECA
Sage-femme cadre supérieur

La recherche en école de sages-femmes : le mémoire de fin d'étude
Ecole de Sages-femmes du CHRU Lille

Partie 2 : « la méthodologie »
Version 2016-17

Annexe V : Questionnaire aux professionnels

Bonjour,

Je suis Claire Crepin, étudiante sage-femme en 5^{ème} année au CHRU de Lille. Je travaille dans le cadre du mémoire de fin d'étude sur la contention veineuse pendant la grossesse et le post partum. Votre implication est importante et nécessaire à mon travail, il vous suffit de remplir ce questionnaire de façon anonyme et sincère, il vous prendra environ 5 minutes.

Ce questionnaire est adressé à tous les professionnels de santé exerçant en consultation prénatale à la maternité Jeanne de Flandre.

Lorsque vous aurez répondu aux questions, vous pourrez le retourner dans la pochette jaune dédiée se trouvant au bureau des sages-femmes de CPN.

Merci beaucoup pour votre participation !

PS : Si vous êtes intéressé pour connaître les résultats de mon mémoire, vous pouvez m'envoyer un mail à claire.crepin@etu.univ-lille2.fr

1- Vous êtes :

- Un homme Une femme

2- Vous êtes

- Sage-femme Gynécologue-obstétricien Interne

3- Dans le cadre du suivi de grossesse, vous prescrivez la contention veineuse:

- Rarement (1x/mois ou moins)
 Parfois (au moins 1x/semaine)
 Souvent (au moins 1x/jour)
 Systématiquement

4- Si vous prescrivez systématiquement, vous pouvez passer à la question suivante, sinon, dans quelle(s) situation(s) la prescrivez-vous?

- Si symptômes/plaintes de la patiente (œdèmes, douleur, impatiences, crampes, lourdeur)
 Mauvais état veineux, varices
 En cas d'antécédents personnel de phlébite ou d'embolie pulmonaire
 En cas d'antécédents familial de phlébite ou d'embolie pulmonaire

- En préopératoire d'une césarienne
- Sur facteurs de risques vasculaires (HTA, pré-éclampsie)
- Pour certaines professions (sédentarité, station debout prolongée...)

5- En l'absence d'antécédents thrombotiques personnels de la patiente, à quelle période pensez-vous qu'il soit utile de la prescrire?

- T1
- T2
- T3
- En post partum

6- Quel type de contention prescrivez-vous généralement ?

- Chaussettes
- Bas cuisse
- Collants

7- Demandez-vous la préférence de la patiente pour le type de contention?

- Oui
- Non

8- En ce qui concerne l'efficacité, vous pensez :

- Que les chaussettes, bas cuisse ou collants ont une efficacité identique
- Que les chaussettes sont moins efficaces que les bas qui sont eux même moins efficaces que les collants

9- A propos de la contention, vous apportez des conseils à la patientes sur:
(cochez les cases correspondantes)

- | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - Leur utilité/fonction | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - La possibilité du choix des textures et coloris | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Informations sur le coût/remboursement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - La fréquence à laquelle les porter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Des conseils sur l'enfilage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10- Quel est votre position concernant la prescription de contention veineuse ?

- Je la prescris mais je suis peu convaincu de l'efficacité qu'elle apporte
- Je la prescris et je trouve cela utile

- Je la prescris peu, je trouve cela inutile
- Je n'ai pas d'avis

11- Si on considère qu'être bien observant correspond à porter ses bas tous les jours, vous pensez que les patientes sont :

- Plutôt observantes
- Plutôt peu observantes
- Je n'ai pas d'idée

12- Selon vous pourquoi une patiente ne serait pas observante ? (plusieurs réponses possibles)

- L'inconfort (chaleur, prurit, sensation d'être trop serrée)
- L'incompréhension de l'intérêt
- L'inesthétique
- La forme (bas, collants, chaussettes) ne lui convient pas
- La difficulté d'enfilage
- Le non-soulagement
- Le prix trop élevé
- Autre :.....

13- Connaissez-vous la part de remboursement prise en charge par la sécurité sociale pour les bas?

- 100% tout le temps
- 100% à partir du 6^{ème} mois de grossesse
- 65% (remboursement de base)
- 35%
- Aucune prise en charge pour ce type de dispositif

14- Portez-vous vous-même (même occasionnellement) une contention veineuse ?

- Oui
- Non

15- Vos connaissances actuelles sur la contention veineuse vous viennent de :

- La formation initiale
- La formation continue
- Par le biais des visiteurs médicaux et laboratoires
- Je n'ai pas eu de formation

16- Pensez-vous bien connaître le(s) mécanisme(s) d'action principale de la contention veineuse chez la femme enceinte ?

Oui Non

17- Dans sa publication de décembre 2010, la HAS recommande le port de contention veineuse pendant toute la durée de la grossesse et les 6 semaines du post partum pour un accouchement voie basse (6 mois pour une césarienne).

Connaissez-vous ces recommandations ?

Oui Non

18- Avez-vous entendu parler des recommandations du CNGOF de décembre 2015 suivantes « Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) »

Oui Non

Annexe VI: Questionnaire aux patientes

Bonjour Madame,

Je suis Claire Crepin, étudiante sage-femme en 5^{ème} année au CHRU de Lille. Je travaille dans le cadre du mémoire de fin d'étude sur la compression veineuse des jambes par « bas de contention » pendant la grossesse et le post partum. Votre implication est importante et nécessaire à mon travail, il vous suffit de remplir ce questionnaire de façon anonyme et sincère. Cela vous prendra environ 5 minutes.

Je vous remercie beaucoup pour votre participation !

1- Quel âge avez-vous ?

..... ans

2- Combien d'enfants avez-vous ?

1

2

3

4

5 et plus

3- Quelle est votre situation principale ?

Agricultrice/exploitante

Employées

Artisane/commerçante et chef
d'entreprise

Ouvrière

Cadre ou profession intellectuelle
supérieure

Mère au foyer

Profession intermédiaire

Etudiante

Chômage

Sans profession

4- Vous vivez :

Seule

En couple

5- Pour cette grossesse, vous avez accouché :

Par voie naturelle

Par césarienne

6- Quelle est votre taille : cm

7- Quel est votre poids d'avant grossesse (environ) :kg

- 8- En dehors de la grossesse, avez-vous : (cochez les cases correspondantes) :
- | | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Une hypertension artérielle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Une augmentation du risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire (thrombophilie ou anomalie de la coagulation) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Une Maladie inflammatoire (rectocolite hémorragique, crohn), lupus, syndrome des antiphospholipides | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 9- Pour cette grossesse, avez-vous eu:
- | | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Consommation de tabac > 10cigarettes/jour | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Grossesse multiple (gémellaire ou plus) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Parcours de Procréation médicalement assisté (PMA) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Immobilisation stricte ou mobilisation réduite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Hypertension gravidique ou pré-éclampsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 10- Vous a-t-on prescrit des bas de contention veineuse pour cette grossesse? (bas/collants/chaussettes confondus)
- Oui Non

- 11- Quel praticien vous les a prescrits ?

- Médecin traitant
- Sage-femme de ville
- Gynécologue de ville
- Sage-femme de l'hôpital
- Gynécologue de l'hôpital
- Interne
- Autre :.....

- 12- A quel moment de la grossesse vous les a-t-on prescrits ?

- Moins de 3 mois de grossesse
- Entre 3 et 6 mois de grossesse
- Entre le 6^{ème} mois et l'accouchement
- En suites de naissance

13- Pourquoi vous les a-t-on prescrits ?

- Je ne sais pas
- J'avais des problèmes de jambes : gonflement, douleur, impatiences, crampes, lourdeur
- J'ai un mauvais états veineux et/ou des varices sur les jambes
- J'ai déjà eu une phlébite et/ou une embolie pulmonaire
- Il y a un ou des cas de phlébite(s) et/ou d'embolie(s) pulmonaire(s) dans ma famille proche
- Cela fait partie des prescriptions systématiques pendant la grossesse
- Dans le cadre d'une césarienne programmée
- Dans un contexte d'hypertension artérielle de la grossesse ou de pré-éclampsie
- Par rapport à ma profession (position assise ou position debout prolongée)

14- Etes-vous allée les chercher en pharmacie ?

- Oui
- Non

15- Si non, pourquoi ?

- J'en avais déjà
- Cela coûte trop cher
- Je pense que je n'en avais pas besoin
- Il n'y avait pas ma taille
- Autre :

Le questionnaire se termine ici si vous avez répondu non à la question 14. Merci pour votre participation.

16- Combien cela vous a-t-il coûté environ? (de votre poche)

- 0€ cela était pris en charge complètement
- 1 à 5€ par paire
- 6 à 10€ par paire
- Plus de 11€ par paire

17- Quels types de contention vous a-t-on prescrit?

- Chaussettes
- Bas
- Collants

18- Avez-vous pu choisir le type (chaussettes, bas ou collants)?

- Oui
- Non, précisez pourquoi :
-
-

19- A quelle fréquence les avez-vous portés?

- Tous les jours
- Un jour sur deux
- Très peu portés
- Pas portés
- Pour aller en consultation
- Le jour et la nuit

20- Avez-vous porté vos bas pendant l'accouchement/la césarienne ?

- Oui
- Non

21- Lorsque vous ne portez pas vos bas de contention, quelles-en sont les raisons ?

- Je trouve cela inconfortable (chaleur, démangeaisons, bas trop serrés, réaction cutanée...)
- Je n'ai pas compris à quoi cela servait/je ne vois pas l'intérêt d'en mettre
- Je trouve cela peu esthétique
- La forme (collants, bas, chaussettes) ne me convient pas
- J'ai du mal à les enfiler
- Je ne suis pas soulagée par la contention
- Autre :.....

22- Pendant combien de temps pensez-vous continuer de les porter après votre sortie de maternité?

(suite à ce que l'on vous a conseillé ou non)

- On ne m'a rien dit je vais arrêter
- 1 semaine
- 3 semaines
- 6 semaines
- Trois mois
- Six mois

23- Quelle note de satisfaction sur 10 attribueriez-vous à la contention sur le confort, la sensation de bien-être qu'ils vous apportent ? (0, « pas satisfait » et 10, « très satisfait »)

...../10

24- Dans le cas où vous avez eu une prescription suite à des symptômes type douleurs, gonflements, lourdeurs des jambes : De façon globale, les bas de contention ont-ils amélioré vos symptômes ?

- Oui de façon importante
- Plutôt oui
- Plutôt non, ils n'ont rien changé
- Cela a empiré
- Non concerné

TITRE: Intérêt des bas de contention pendant la grossesse et le post-partum

RÉSUMÉ:

Objectif: Les bas de contention sont un dispositif médical indiqué dans la prévention des MTEV et recommandé durant toute la grossesse et le post-partum. Notre objectif est d'évaluer les pratiques et les connaissances des professionnels en termes de prescription de bas de contention pendant la grossesse et d'apprécier en parallèle la prescription reçue par les patientes ainsi que leur observance.

Méthodologie: Etude transversale descriptive unicentrique à la maternité Jeanne de Flandre. Etude auprès de 14 professionnels du suivi de grossesse en consultation prénatale et après de 145 femmes en suites de naissance.

Résultats: Aucun professionnel ne prescrit systématiquement les bas de contention comme le préconise les recommandations de la HAS. Seuls 2 professionnels sur 14 connaissent ces recommandations. Moins d'une femme sur deux (45%) est observante pour le port de contention et 61% des patientes déclarent avoir l'intention d'arrêter de porter leurs contentions après l'accouchement.

Conclusion: Les bas de contention semblent sous-utilisés pendant la grossesse et le post-partum alors que de nombreuses études seraient en faveur d'une efficacité. Un éveil de conscience de la part des professionnels semble nécessaire pour une amélioration de la prévention et envisager un impact en santé publique.

Mots-clés: bas de contention – prescription – connaissances des recommandations – observance des patients – thromboembolie veineuse

TITLE: Interest of compression stockings during pregnancy and postpartum period

ABSTRACT:

Objective: Compression stockings are medical devices indicated for prevention of venous thromboembolic disease and recommended during pregnancy and postpartum period. Our purpose is to evaluate professional practices, knowledge about prescription of compression stockings and in parallel, appreciate the prescription received by the patients and also their compliance.

Methodology: Transversal descriptive unicentric study consisting in a survey of 14 professionals from prenatal consultation and 145 postpartum women from the maternity service of Jeanne de Flandre.

Results: None of the interrogated professionals prescribe systematically compression stockings though recommended by the HAS. Only 2 professionals in 14 are aware of these recommendations. Less than half of responsive patients (45%) are compliant. Moreover after delivery, 61 % of women stop wearing them whereas it is the most at risk period.

Conclusion: Compression stockings seem underused during pregnancy and postpartum period despite many studies arguing efficiency. An awakening of consciousness of health professionals seems necessary to improve prevention and obtain an impact in public health.

Key words: compression stockings – prescription – knowledge of recommendations – patient's compliance – venous thromboembolism

Auteur : Claire CREPIN

Diplôme d'état de sage-femme 2018