

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2014-2018

Etude de la prévalence du port de compression
veineuse durant la grossesse : évaluation du
suivi des recommandations de la Haute
Autorité de Santé sur un échantillon de 200
femmes au CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

SELLAL Claire

Née le 26 juin 1995

Directeur de mémoire : Docteur Mathieu ARTIFONI

Remerciements

Au Docteur Mathieu ARTIFONI qui a accepté de travailler avec moi sur ce projet. Merci Monsieur pour votre grande disponibilité tout au long de ce travail, et pour votre attention.

A Madame Valérie PHILIPPE pour son encadrement, ses conseils et sa bienveillance.

A Mesdames ARAGOT et CARVALHO, cadres du service de suites de couches, qui m'ont permis de distribuer les questionnaires.

A mes parents pour leur présence et leur affection. Merci pour vos encouragements et votre aide.

A Carmine, Julie, Gwendoline et Nancy pour ces bons moments passés ensemble pendant ces années d'études.

A Justine, merci pour ton soutien et ton amitié depuis toutes ces années.

A ma famille, mes amis et aux personnes ayant contribué à ce travail.

Table des matières

I- Introduction	1
1. Historique.....	1
2. Réseau veineux des membres inférieurs.....	2
2.1. Rappels.....	2
2.1.1. Le réseau veineux superficiel.....	2
2.1.2. Le réseau veineux profond.....	3
2.2. Principe du retour veineux.....	4
2.3. Modifications physiologiques pendant la grossesse.....	6
2.3.1. Rappels de l'évolution physiologique de la coagulation pendant la grossesse.....	6
3. Epidémiologie.....	7
3.1. Insuffisance veineuse et MTEV dans la population générale.....	7
3.2. Insuffisance veineuse et MTEV pendant la grossesse.....	8
3.3. Facteurs de risque de MTEV.....	11
4. Compression veineuse.....	13
4.1. Principe général.....	13
4.2. Structure.....	14
4.3. Classification.....	15
4.4. Indications.....	17
4.4.1. En général.....	17
4.4.2. Pendant la grossesse.....	17
4.5. Contre-indications.....	18
4.6. Prescription.....	18
4.7. Prix et remboursement.....	19
4.8. Mesures nécessaires.....	20
4.9. Enfilage et entretien.....	21
II- Matériel et méthodes	22
1. Objectifs.....	22
2. Présentation du questionnaire.....	22
3. Méthodes statistiques.....	23
III- Résultats	23
1. Résultats.....	23
1.1. Données générales.....	23
1.2. Les antécédents.....	25
1.3. Suivi des patientes durant leur grossesse.....	27
1.4. Qualité de vie des patientes.....	33
2. Biais et limites.....	38
IV- Discussion	39
V- Propositions pour améliorer le port de compression veineuse	45
VI- Conclusion	51
Bibliographie	
Annexes	

Glossaire

AFNOR : Association Française de NORmalisation

AMP : Aide Médicale à la Procréation

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ATCD : Antécédent

AVK : Anti-Vitamines K

CMU : Complémentaire Maladie Universelle

EP : Embolie Pulmonaire

FDR : Facteur De Risque

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HTA : Hyper Tension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

IPS : Indice de Pression Systolique

IV : Insuffisance Veineuse

IVC : Insuffisance Veineuse Chronique

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MT : Médecin Traitant

MTEV : Maladie ThromboEmbolique Veineuse

OR : Odd Ratio

PP : Post-Partum

RR : Risque Relatif

SAPL : Syndrome des Anti-Phospholipides

SF : Sage-Femme

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

TVS : Thrombose Veineuse Superficielle

I- Introduction

En décembre 2010 la Haute Autorité de Santé (HAS) a préconisé le port de dispositifs permettant une compression veineuse pour toutes les femmes durant la grossesse et les six premières semaines du post-partum (PP). Ce délai passe à six mois dans le PP en cas de césarienne. [Annexe I]

Nous constatons cependant très régulièrement dans les services d'obstétrique que le port de cette compression veineuse n'est pas réalisé de manière systématique.

Nous nous sommes ainsi intéressés à évaluer, de manière objective, si les recommandations de 2010 de la HAS étaient réellement suivies.

Nous nous sommes aussi attachés à étudier :

- les causes du non-respect de ces recommandations. Est-ce un défaut d'information et de prévention venant du professionnel de santé et/ou bien une non observance de la part des patientes ?
- les caractéristiques des patientes bénéficiant de cette prise en charge (patiente avec des facteurs de risques (FDR) de maladie thromboembolique veineuse (MTEV))
- la tolérance des patientes au port de compression veineuse.

En préambule, nous allons faire quelques rappels sur la MTEV et ses modalités de prise en charge.

1. Historique

La contention médicale serait utilisée depuis la préhistoire en médecine humaine, avec des végétaux, puis des tissus. Durant l'Egypte ancienne, elle a servi à des fins funéraires sous forme de bandage. Pour cette civilisation la contention a tenu une place fondamentale dans le mythe d'Isis et d'Osiris, elle était alors perçue comme une pratique autant médicale que religieuse.

Au cours de la Grèce antique, puis dans la république de Rome, nos ancêtres exerçaient une pression manuelle sur une partie du corps douloureuse, gonflée, dans le but de l'apaiser, ou sur un saignement pour l'arrêter.

Jusqu'alors il ne s'agissait pas de compression mais bien de contention. C'est le caoutchouc découvert en 1735, qui permettra de développer à partir de 1920, des dispositifs de compression médicale. [1]

2. Réseau veineux des membres inférieurs

2.1. Rappels

Au niveau des membres inférieurs, le système veineux est composé de deux réseaux communiquant par les veines perforantes. [2]

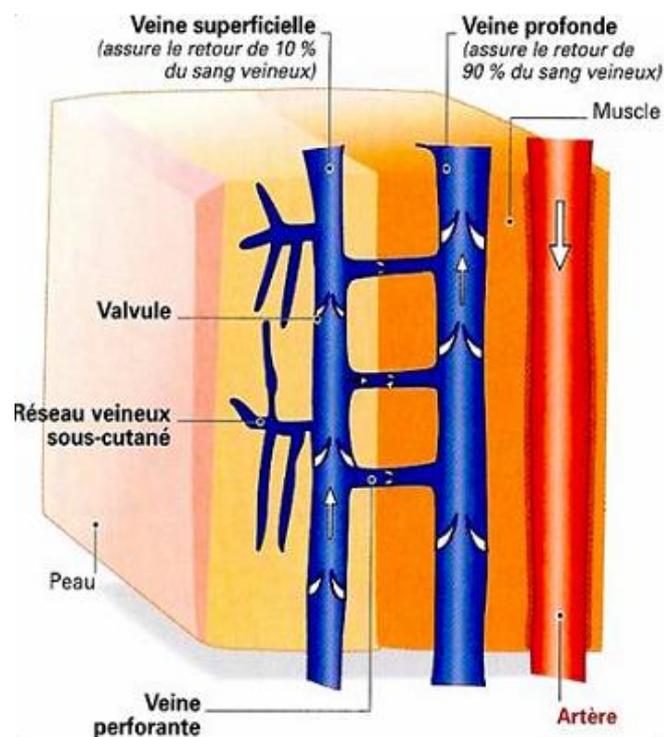


Schéma 1 : Les veines perforantes du système veineux [33]

2.1.1. Le réseau veineux superficiel

Le réseau veineux superficiel (schéma 2), situé entre la peau et le plan musculaire en profondeur assure 10% de la circulation veineuse des membres inférieurs, draine la peau et les tissus sous cutanés, et participe à la thermorégulation.

Les petites et grandes saphènes font partie de ce réseau.

La veine grande saphène (*vena saphena magna*), anciennement appelée veine saphène interne, est la plus grande veine de notre corps. Elle part de la face dorsale du pied, passe en avant de la malléole interne, puis au niveau de la face médiale du membre inférieur, avant de se jeter, en faisant un arc, dans la veine fémorale à hauteur du pli de l'aîne.

La veine petite saphène (*vena saphena parva*), appelée auparavant veine saphène externe, provient de la malléole externe. Son trajet passe ensuite à l'arrière du mollet jusqu'au creux poplité avant de se jeter, en dessinant une crosse, dans la veine poplitée.

La circulation veineuse superficielle n'a aucun obstacle à la dilatation.

2.1.2. Le réseau veineux profond

Le réseau veineux profond (schéma 2), localisé en dessous du plan musculaire, draine les muscles et les tissus profonds, ce qui contribue à 90% du retour veineux vers le cœur.

Il est constitué de plusieurs veines que sont :

- les veines du pied
- les veines tibiales antérieures et postérieures ainsi que les fibulaires
- la veine poplitée qui correspond à la confluence des veines tibiales et fibulaires
- la veine fémorale, étant la continuité de la veine poplitée quand celle-ci passe l'arcade du grand adducteur.

Au niveau du trigone fémoral ou triangle de Scarpa, la veine fémorale reçoit la crosse de la veine grande saphène. A hauteur du ligament inguinal, la veine fémorale devient la veine iliaque externe. Celle-ci avec la veine iliaque interne donne la veine iliaque commune puis la veine cave inférieure.

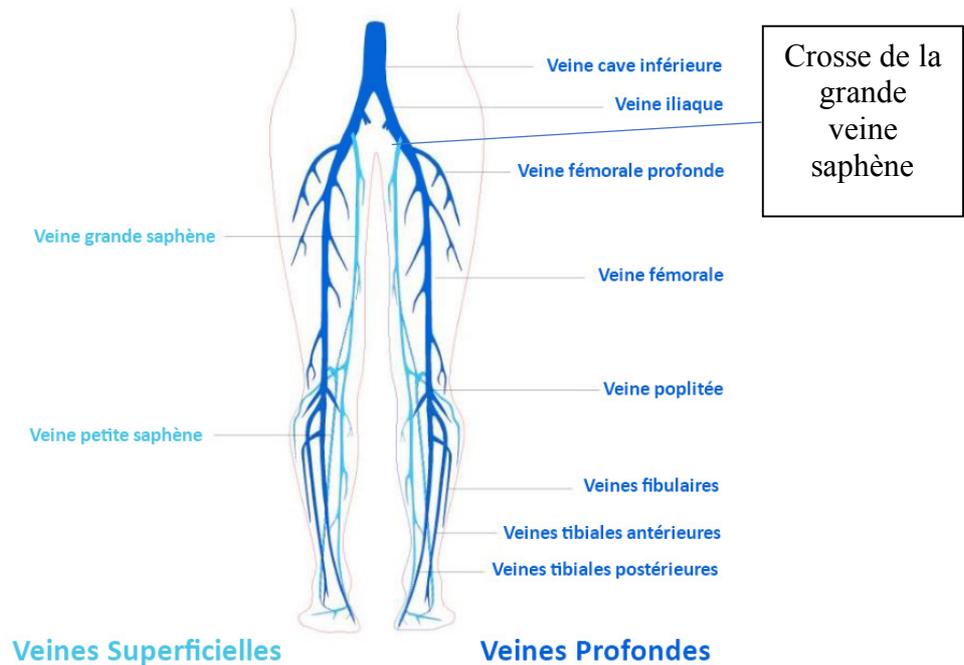


Schéma 2 : Les réseaux veineux profond et superficiel des membres inférieurs. La circulation veineuse superficielle rejoint la circulation profonde au niveau de la crosse de la saphène qui fait un angle droit (filtre naturel limitant l'embolie pulmonaire (EP)). [34]

2.2. Principe du retour veineux

Le retour veineux correspond à la remontée du sang pauvre en oxygène localisé au niveau des membres inférieurs, vers les poumons, en passant par le cœur, afin d'être oxygéné.

Plusieurs mécanismes concourent au bon retour veineux.

- Le système respiratoire (flux rythmé) :
 - Lors de l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, la cage thoracique s'étend, alors que la cavité abdominale est réduite de volume. La pression intra thoracique diminue, alors qu'elle augmente au niveau abdominal. En découle un phénomène de propulsion du contenu des veines abdominales en direction du thorax.
 - A l'inverse, durant la phase d'expiration, le diaphragme remonte dans la cage thoracique, entraînant une diminution de la pression intra abdominale ce qui va permettre de faire remonter le sang provenant des membres inférieurs vers la cavité abdominale relâchée durant cette phase.

- Le cœur joue aussi un rôle dans ce retour veineux : le pouls artériel, système actif, permet d'assurer en continu un flux sanguin spontané.
- De plus il existe un mécanisme important de pompe musculaire (schéma 3). Au niveau des membres inférieurs se déroule un phénomène passif par écrasement des plantes des pieds, puis une contraction musculaire des mollets (mécanisme le plus étendu) et des cuisses. Les muscles vont se contracter provoquant une propulsion du sang vers le cœur par l'intermédiaire de l'appui exercé sur les veines.

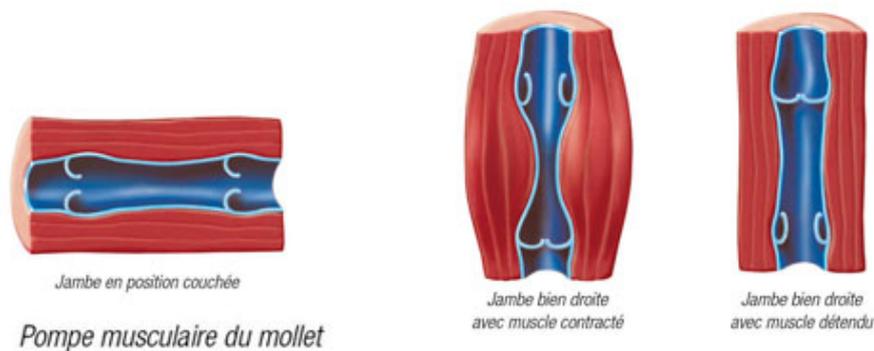


Schéma 3 : La pompe musculaire du mollet

- Au sein des veines, superficielles comme profondes, se trouvent des valvules que nous pouvons comparer à des clapets anti reflux (schéma 4). Ces derniers sont composés de deux replis endothéliaux pouvant s'ouvrir vers le haut et empêchant le retour en arrière du sang. Elles s'ouvrent pour laisser passer le sang, en sens unique, de bas en haut (vers le cœur) puis se referment. Les valvules sont plus nombreuses à mesure que les veines s'amincissent. Avec le temps elles perdent de leur continence (schéma 5) ce qui explique le risque augmenté de phlébites (constitution d'un thrombus sanguin dans une veine) avec l'âge. Lorsqu'elles sont altérées elles ne se reconstituent pas.

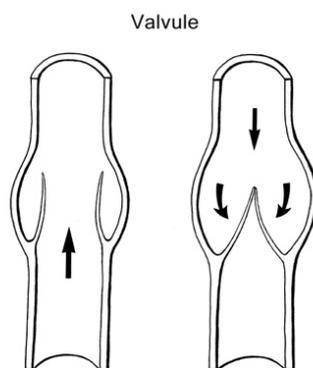


Schéma 4 : Les valvules de la paroi veineuse [2]

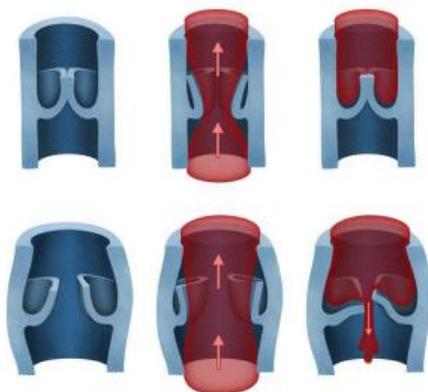


Schéma 5 : Le reflux veineux [35]

2.3. Modifications physiologiques pendant la grossesse

La physiopathologie de l'insuffisance veineuse (IV) durant la grossesse est en lien avec un état de stase sanguine liée à la compression des veines iliaques et de la veine cave inférieure par l'utérus gravide entraînant une baisse du flux. Cette compression est accentuée au dernier trimestre de la grossesse. La stase est également en lien avec une immobilisation engendrée par la grossesse, mais aussi une dilatation veineuse d'origine hormonale, étant donné que l'œstradiol et la progestérone entraînent une augmentation du calibre des veines.

2.3.1. *Rappels de l'évolution physiologique de la coagulation pendant la grossesse*

Durant la grossesse, des modifications physiologiques de l'hémostase apparaissent, conduisant à la triade de Rudolf Virchow. Celle-ci est composée d'altérations de la paroi veineuse, d'une

stase sanguine et de remaniements de l'hémostase. Ces facteurs favorisent les complications thromboemboliques.

Les altérations de la paroi veineuse endothéliale sont notamment en lien avec une compression veineuse pendant l'accouchement. Celle-ci est aggravée par une extraction instrumentale ou une césarienne, qui augmentent les dommages vasculaires.

L'augmentation de la volémie sanguine associée à une vasodilatation sont à l'origine d'un système valvulaire moins continent.

La grossesse est caractérisée par un état de stase sanguine (cf explications précédentes)

Enfin des modifications majeures de l'hémostase apparaissent pendant la grossesse amenant à un état d'hypercoagulabilité acquise. Ces modifications se traduisent par :

- une diminution de l'activité fibrinolytique (qui se corrige rapidement après la grossesse) en lien avec une augmentation des inhibiteurs de la fibrinolyse,
- une augmentation de la plupart des facteurs de la coagulation, un Temps de Céphaline Activée (TCA) court,
- une activation de la coagulation avec l'augmentation des D-dimères,
- une diminution des inhibiteurs de la coagulation que sont l'antithrombine et la protéine S, ainsi qu'une résistance acquise à la Protéine C activée. [3]

Les facteurs reviennent quasiment à la normale en six semaines après l'accouchement. Néanmoins le taux de risque de MTEV reste supérieur à celui précédant la grossesse.

Toutes ces modifications physiologiques préparent à l'accouchement, afin d'éviter une hémorragie massive du post-partum (HPP).

3. Epidémiologie

3.1. Insuffisance veineuse et MTEV dans la population générale

En France, l'insuffisance veineuse chronique (IVC) est un enjeu de Santé Publique, et représente 2,6% des dépenses de santé.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 1996, 18 millions de français affirmaient avoir des problèmes de circulation veineuse et 10 millions signalaient des varices. [4]

Les femmes sont globalement plus concernées par l'IV qui touche 50% d'entre-elles, contre 25% d'hommes.

Pour l'année 2016, l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) a comptabilisé en France entre 50 000 et 100 000 phlébites. L'EP (thrombus dans le réseau artériel pulmonaire), principale complication de ces phlébites, représente 40 000 cas, entraînant 10 000 à 20 000 décès. Il y aurait environ 250 000 phlébites superficielles chaque année. [5]

Une étude de 2005, montre une incidence pour l'EP de 60 à 111 pour 100 000 personnes et pour la thrombose veineuse profonde (TVP) de 120 pour 100 000 personnes en France. [6]

Le risque de récurrence est estimé à 10-30% dans l'année. Les phlébites provoquent de 20 à 50% de syndromes post-phlébitiques (symptômes et complications liés à l'insuffisance veineuse secondaire à une thrombose veineuse). [5]

3.2. Insuffisance veineuse et MTEV pendant la grossesse

L'IV toucherait une femme enceinte sur trois, et environ 15% présentent des varices durant leur grossesse [7]. Une IVC peut survenir chez 35% des femmes ayant fait une TVP pendant leur grossesse [8].

Avec un taux de 11,8%, la MTEV est la deuxième cause de mortalité maternelle directe en France [9]. Elle regroupe dans son entité la TVP et l'EP, cette dernière étant principalement la cause de ces décès.

80% des phlébites touchent le membre inférieur gauche [10]. Ce phénomène est potentiellement dû au syndrome de Cockett (schéma 6). Celui-ci correspond à la compression, majorée en fin de grossesse et dans le PP, de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque droite. Mais aussi de la compression par l'utérus gravide.

La localisation proximale ilio-fémorale prédomine pour 75% des cas. [11]

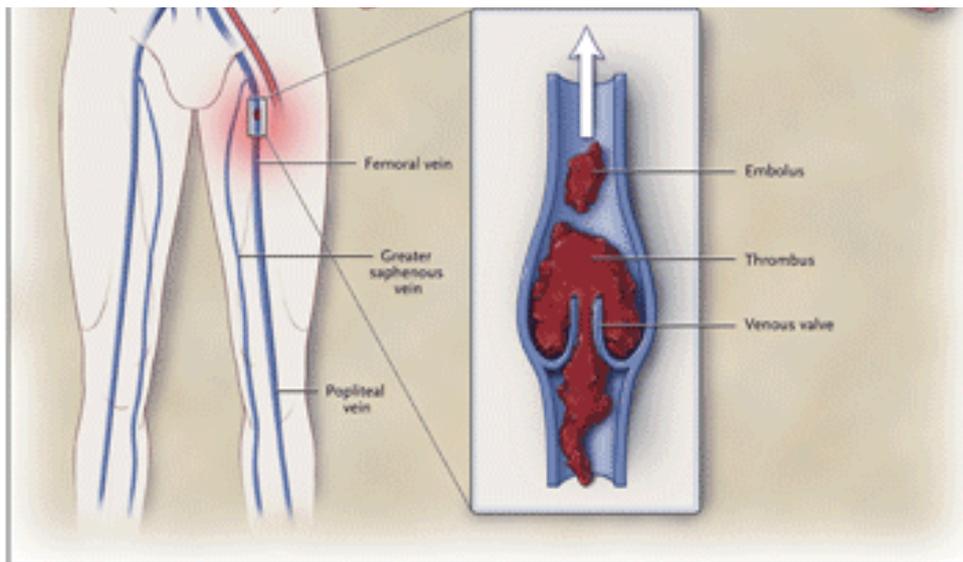


Schéma 6 : Le thrombus fibrino-cruorique de localisation ilio-fémorale gauche

Cependant chez la femme enceinte cette pathologie reste rare et difficile à évaluer.

Le diagnostic de cette maladie est plus compliqué à poser du fait des modifications physiologiques liées à cet état.

De plus, les anti-vitamines K (AVK), un des traitements de référence de la MTEV, sont contre indiqués chez la femme enceinte, du fait de leur caractère tératogène. Le traitement anticoagulant de choix pour la grossesse et le PP est l'héparine, du fait de son incapacité à passer la barrière placentaire.

La grossesse, comme la contraception hormonale, sont des FDR acquis de thrombophilie [12]. Cependant le risque est supérieur durant la grossesse. Il est multiplié par 5 par rapport aux femmes du même âge non enceintes [13]. En cas de césarienne ce risque est multiplié par 2 à 5. [14] Chez la femme enceinte l'incidence de la MTEV est d'environ 1 pour 1000 grossesses. [14]

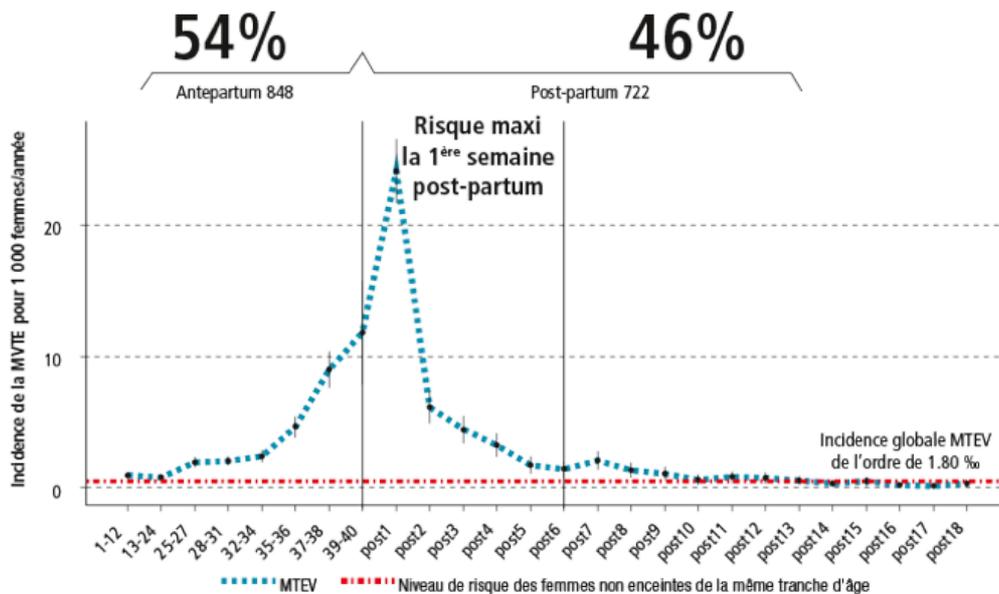
Dans la littérature, le risque de MTEV augmente au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse (schéma 7).

Des séquelles sévères sont observées dans 10% des cas.

Le PP est lui aussi une période à risque augmenté de MTEV [14], notamment en PP immédiat. D'après une méta-analyse, le taux d'incidents thromboemboliques est de 1,2 pour 1000 femmes durant la grossesse, alors qu'il passe à 4,2 pour 1000 femmes durant le PP. [15]

Le risque perdure jusqu'à la 6^{ème} semaine du PP. Cependant une étude récente montre un risque persistant, de manière faible mais significative, jusqu'à la 12^{ème} semaine du PP. [16]

Données sur 788 439 femmes ayant accouché en 2013, MTEV 1570 (âge moyen de 31 ans)



Données sur 788 439 femmes ayant accouché en 2013, MTEV 1570 (âge moyen de 31 ans)

Schéma 7 : Evolution de l'incidence de la MTEV hospitalisée au cours de la grossesse et dans les 18 semaines suivant l'accouchement, France, 2013 [17] [18]

Dans le cadre d'antécédents (ATCD) de MTEV antérieurs à la grossesse, le risque de récurrence est majoré lors d'une nouvelle grossesse, avec un risque relatif (RR) de 3,5. [19]

Durant la grossesse le risque de TVP est supérieur au risque de faire une EP, et inversement durant le PP. [14]

3.3. Facteurs de risque de MTEV

Il existe des facteurs de risque de thrombose qui peuvent être d'ordre :

- Généraux :
 - obésité = Indice de Masse Corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m²
 - âge maternel ≥ 35 ans
 - tabagisme

- Médicaux :
 - ATCD personnel ou familial de MTEV
 - présence de varices importantes signalant une insuffisance veineuse
 - maladies inflammatoires
 - insuffisance cardiaque
 - infections aiguës
 - cancers, hémopathies malignes
 - corticoïdes
 - contraceptifs oestro-progestatifs [20] [21]
 - anomalies de l'hémostase : déficit en protéine C ou S, en antithrombine III, mutation du facteur II, mutation du facteur V, syndrome des anti-phospholipides (SAPL).

- Chirurgicaux :
 - chirurgie pelvienne
 - chirurgie abdominale
 - chirurgie orthopédique surtout au niveau des membres inférieurs

- Obstétricaux :
 - multiparité
 - grossesses multiples
 - recours à l'aide médicale à la procréation (AMP) [21]
 - allitement prolongé (débatu)
 - infection systémique et/ou une chirurgie durant la grossesse ou dans les six premières semaines du PP
 - pré-éclampsie
 - durée de travail supérieure à 24h
 - césarienne (surtout en urgence)
 - extractions instrumentales par forceps
 - HPP (supérieure à 1 litre de sang ou nécessité de transfusion globulaire)

Ainsi l'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels chez la femme enceinte, afin d'évaluer le risque potentiel de survenue d'un épisode thromboembolique. Ceci dans l'objectif de réaliser une prise en charge adaptée, et si nécessaire des examens complémentaires.

Risque majeur	- Malades traitées définitivement par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de MTEV en rapport avec une thrombophilie - Déficit en AT symptomatique * - SAPL (clinique et biologique)
Risque élevé	- Antécédent de MTEV, sans facteur déclenchant, avec ou sans facteurs biologiques de risque - Les facteurs biologiques de risque suivants, asymptomatiques, dépistés dans le cadre d'une MTEV familiale : <ul style="list-style-type: none"> • statut hétérozygote pour le déficit en PC ou en PS • statut homozygote pour le facteur V Leiden • statut homozygote pour l'allèle 20210A du gène du facteur II • anomalies combinées
Risque modéré	- Antécédent de MTEV, avec facteur déclenchant et sans facteur biologique de risque - Les facteurs biologiques de risque suivants, asymptomatiques, dépistés dans le cadre d'une MTEV familiale : <ul style="list-style-type: none"> • statut hétérozygote pour le facteur V Leiden • statut hétérozygote pour l'allèle 20210A du gène du facteur II - Facteurs de risque tirés de la clinique : <ul style="list-style-type: none"> • césarienne (surtout en urgence) • âge > 35 ans • 1 ou plusieurs facteurs prédisposants cliniques : obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA • 1 ou plusieurs facteurs prédisposants obstétricaux : multiparité > 4, pré-éclampsie, allitement prolongé, etc.) • maladie thrombogène sous-jacente (syndrome néphrotique, MICI, infection, etc.)
Risque faible	- Âge < 35 ans - Sans autre facteur de risque associé

* Pour les formes asymptomatiques, l'évaluation du risque, majeur ou élevé, est établie au cas par cas selon notamment l'importance des antécédents familiaux.

Tableau 1 : Classification des risques de MTEV maternelle [22]

4. Compression veineuse

Les produits de santé utilisés pour la compression veineuse sont des dispositifs médicaux au sens de la directive européenne, de classe IIa. Ils ont pour objectif de prévenir l'apparition d'une thrombose veineuse. Ils permettent également dans certains cas d'apporter une meilleure qualité de vie aux patients souffrant d'IVC.

La prévention des varices et le traitement des œdèmes sont également des objectifs de la compression médicale.

4.1. Principe général

Au sein des dispositifs qui vont permettre de prendre en charge les patientes, il faut distinguer ceux destinés à assurer une compression (élastique), de ceux destinés à réaliser une contention (inélastique), plus rarement utilisés dans ces indications.

Cette dernière se fait à l'aide de bandes inélastiques ou peu élastiques, agissant contre l'augmentation du volume des membres inférieurs. L'action engendrée est passive. Elle est presque inexistante au repos, tandis qu'elle est présente à chaque contraction pendant la marche, qui génère une contraction musculaire, et une pression plus forte.

La compression veineuse exerce une pression au repos autant qu'en activité. La tension est active et permanente. Elle peut se faire par des bas (collants, bas-cuisses, chaussettes) ou bien par des bandes, utilisées pour une durée brève ; d'où l'emploi du terme « bas de compression » et non « bas de contention » qui est un mésusage.

La compression veineuse exerce une contre-pression externe tout le long de la jambe.

Cet équilibre est régi par la loi de LAPLACE : $P = T/R$ où P est la pression externe, T la tension du tissu élastique et R le rayon de courbure de la surface compressée.

La pression exercée est à son maximum au niveau de la cheville, puis diminue progressivement en remontant la jambe. Ce mécanisme permet d'améliorer la circulation sanguine au niveau des membres inférieurs, mais aussi de faciliter le retour veineux vers le cœur.

La compression veineuse réduit la dilatation et accélère la circulation sanguine, évitant la stagnation du sang et donc l'œdème. De plus, cette compression accentue le travail de pompe

musculaire au niveau du mollet lors de la marche. L'ensemble conduit à réduire la sensation de lourdeur et les douleurs au niveau des membres inférieurs.

Ce dispositif permet également d'améliorer les microcirculations cutanées et lymphatiques, par le biais d'un micro-massage lors de la marche.

4.2. Structure

Les systèmes de compression veineuse sont des dispositifs médicaux dont la structure doit respecter un cahier des charges comprenant la reproductibilité et la conformité du produit.

Les dispositifs de compression veineuse sont composés de fils élastiques et inélastiques.

Ils sont réalisés avec des fils de trame et des fils de maille (schéma 8). Cette dernière est la structure de base du bas. Elle est plus ou moins élastique, et permet l'extensibilité du produit dans sa longueur, tout en garantissant sa solidité.

La trame reste identique tout au long de la vie du dispositif. Cette partie élastique, perpendiculaire aux mailles, s'espace en remontant de la cheville vers la cuisse, en lien avec la pression dégressive. Elle permet d'appliquer la force de compression sur le membre.

La structure élastique est guipée par des fils inélastiques de manière hélicoïdale.

Ce guipage permet de contrôler la compression, de protéger les fils élastiques assurant une durée plus longue pour le dispositif et de protéger la peau avec un contact textile.

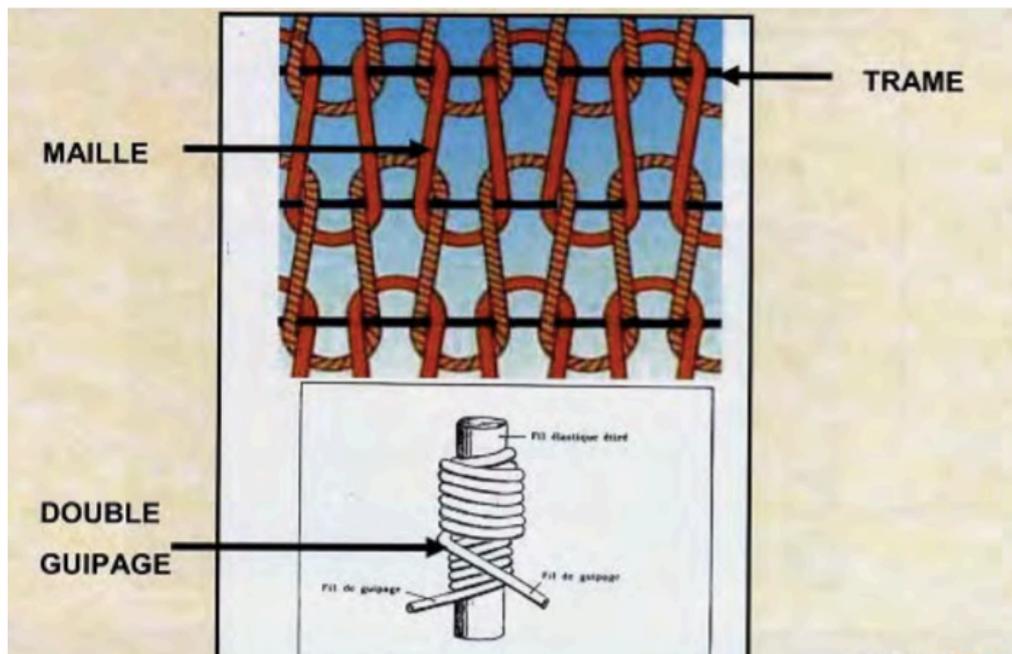


Schéma 8 : La structure des dispositifs médicaux de compression veineuse [36]

Une gamme variée de coloris est disponible pour des raisons esthétiques.

4.3. Classification

La compression veineuse se décline actuellement en trois formes et quatre classes de compression.

Les formes sont :

- les chaussettes, mi-bas ou bas jarret
- les bas appelés bas-cuisses (auto fixants ou non)
- les collants, dont un modèle spécial maternité peut s'adapter à l'évolution de la grossesse (ceinture réglable, culotte extensible). Il faut préciser que la partie culotte des collants n'a aucune propriété compressive.

Aucune différence d'efficacité n'a été retrouvée en prévention entre ces trois formes de dispositifs de compression chez la femme enceinte. [23]

Tous ces modèles existent aussi bien en pied ouvert que fermé.



Chaussettes, bas et collants de compression veineuse [37]

- les héli-collants composés d'un bas-cuisse et d'une fesse, ainsi qu'une ceinture

Il existe également des bandes de compression/contention.

Les classes de compression veineuse sont :

- classe I : pression de 10 à 15 mmHg
- classe II : pression de 15,1 à 20 mmHg
- classe III : pression de 20,1 à 36 mmHg
- classe IV : pression supérieure à 36 mmHg

Cette répartition est établie selon la classification française de type AFNOR (Association Française de NORmalisation), et ordonnée selon le niveau de pression exercée (en mmHg) au niveau de la cheville. [24]

La pression est dégressive le long du trajet entre la cheville et la cuisse (pour les bas-cuisse, collants (et héli-collants)) [24]. Elle varie en fonction de la classe, elle est, selon la pression exercée sur la cheville, au maximum de :

- 75% pour la classe I
- 70% pour la classe II
- 60% pour la classe III
- 40% pour la classe IV

Au niveau du mollet, la pression restante est au maximum de :

- 75% pour les classes I et II
- entre 50 et 80% pour les classes III et IV

4.4. Indications

4.4.1. *En général*

La classe I est prescrite en cas d'insuffisance veineuse légère, c'est à dire pour des douleurs modérées des membres inférieurs, des impatiences, des lourdeurs de jambes, des varicosités.

La classe II est la plus utilisée (en France) puisqu'elle représente 94% des prescriptions. Cette dernière est envisagée en cas de douleurs fortes, de voyage de longue durée, de varices supérieures à 3 mm, de grossesse, voire après sclérothérapie ou chirurgie des varices supérieures à 3 mm. Cette classe correspond à l'insuffisance veineuse chronique modérée.

La classe III est indiquée lors d'ulcères cicatrisés, de lymphœdèmes, de troubles trophiques, de thrombose veineuse superficielle et profonde, de varices supérieures à 3mm, d'œdèmes veineux chroniques, en prévention du syndrome post thrombotique, après sclérothérapie ou chirurgie des varices, et aussi en cas de grossesse s'il y a une insuffisance veineuse connue.

Elle est utilisée dans le cadre d'une insuffisance veineuse chronique forte.

Enfin la classe IV est prescrite pour des ulcères non cicatrisés, des troubles trophiques, des lymphœdèmes sévères et en prévention du syndrome post thrombotique. Cette classe est très rarement utilisée. Elle concerne l'insuffisance veineuse chronique sévère (et le lymphœdème) et se fait par l'intermédiaire d'une contention forte et non par des dispositifs de compression veineuse.

Ces trois dernières classes peuvent également être utilisées en superposition (avec la classe I), pour obtenir une pression supérieure.

Selon la HAS, la pression à retenir est la plus forte supportée par le patient.

4.4.2. *Pendant la grossesse*

En décembre 2010, les recommandations publiées par la HAS ont préconisé : [Annexe I] [25]

- une compression veineuse, exerçant une pression de 15 à 20 mmHg (ce qui correspond à la classe II), pour la grossesse et le post-partum.
- de passer à une classe supérieure, c'est-à-dire les classes III et IV selon la gravité de l'affection veineuse, en cas d'affection veineuse chronique.

« Les bandages ne sont pas indiqués chez la femme enceinte ou dans le post-partum, sauf en cas d'affection veineuse chronique associée ». [25]

Durant la période du PP, le port est conseillé durant six semaines, voire six mois en cas de césarienne.

4.5. Contre-indications

Les contre-indications absolues sont [25] :

- l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) avec indice de pression systolique (IPS) < 0,6,
- la microangiopathie diabétique évoluée lors d'une compression veineuse avec une pression > 30 mmHg,
- la *phlegmatia cærulea dolens* (phlébite bleue douloureuse avec compression artérielle = TVP + ischémie d'origine artérielle),
- la thrombose septique.

De plus des précautions d'emploi sont parfois nécessaires, le rapport bénéfice/risque doit être fréquemment revu en cas :

- d'AOMI avec IPS entre 0,6 et 0,9,
- de neuropathie périphérique évoluée,
- de dermatose suintante ou eczématisée,
- d'intolérance aux fibres utilisées.

4.6. Prescription

La prescription des moyens de compression veineuse relève d'un acte médical.

Les médecins, les kinésithérapeutes et les sages-femmes sont autorisés à prescrire les dispositifs de compression veineuse. Les infirmiers peuvent les prescrire uniquement dans le cadre d'un renouvellement identique au précédent. [26] [27] [28]

Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, une prescription est nécessaire. Celle-ci doit se faire « *sur une ordonnance séparée, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil* ».

De plus certains éléments doivent y figurer :

- la date de la prescription
- le nom et prénom du patient
- la forme désirée (chaussettes, bas, collants) ainsi que la pression
- la marque n'est pas obligatoire
- le nombre de paires à délivrer : « *La première prescription sera au maximum de 2 paires [...] renouvelable une fois pour 6 mois maximum [...]* » et portera la mention « *prescription initiale* ». « *Les prescriptions suivantes sont renouvelables un an au maximum* ». La mention « *renouvellement de prescription* » doit alors y figurer.
- « *les informations permettant une application correcte du dispositif* » [24]

4.7. Prix et remboursement

Les prix des dispositifs de compression veineuse sont le plus souvent fixés par les officines.

Une part de 60% du montant de remboursement est prise en charge par la sécurité sociale. Celle-ci est de 100% en cas d'affection de longue durée.

La mutuelle peut prendre en charge une partie ou tout le complément.

Dans le cadre de la grossesse, la prise en charge est de 100% à partir du 6^{ème} mois de grossesse et ce jusqu'au 12^{ème} jour du PP.

Les montants de remboursement de base pris en charge par la Sécurité Sociale pour la compression sont les suivants :

- chaussettes (classes I, II ou III) : 22,40 €
- bas (classes I, II ou III) : 29,78 €
- collants (classes I, II ou III) : 42,03 €

4.8. Mesures nécessaires

Il est nécessaire de prendre des mesures précises (à faire le matin) avant de délivrer un dispositif de compression veineuse, afin que celui-ci convienne au mieux au patient. Cette étape est primordiale pour que la compression s'adapte au membre et évite d'entraîner une gêne pouvant impacter la qualité de vie des patients.

Les mesures nécessaires selon le type de compression médicale sont (schéma 9) :

- Chaussettes :
 - hauteur : sol – 3 cm en dessous du pli du genou
 - tour de cheville : partie la plus fine = 3 cm au-dessus de la malléole
 - tour de mollet : partie la plus large = 3 cm sous le genou
 - pointure
- Bas :
 - hauteur : sol – entrejambe ou pli fessier
 - tour de cheville
 - tour de cuisse : partie la plus large = 5 cm sous le pli fessier
 - pointure
- Collants :
 - hauteur : sol – pli fessier
 - tour de cheville
 - tour de cuisse
 - tour de hanche : point le plus fort
 - tour de taille : en passant par le nombril
 - pointure

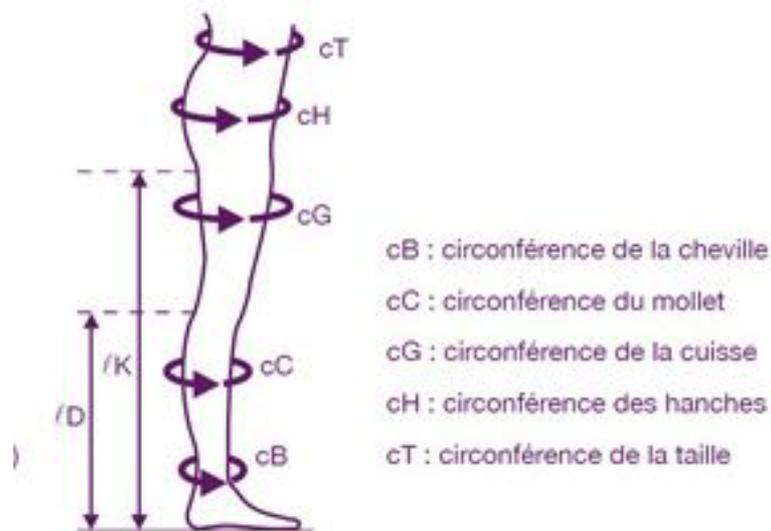


Schéma 9 : Mesures nécessaires pour les dispositifs médicaux de compression veineuse [38]

4.9. Enfilage et entretien

Le port des dispositifs de compression doit se faire si possible quotidiennement, dès le matin et ce jusqu'au soir. En effet durant la nuit, le décubitus réduit les phénomènes d'œdème et de stase sanguine. Il est donc important de mettre la compression veineuse dès la fin de la toilette ce qui facilitera la mise en place de la compression. La jambe doit être sèche, sans crème ni lait.

Il faut veiller à ne pas les filer pour des raisons fonctionnelles, et donc faire attention aux bagues, ongles, chaussures, callosités...

Pour faciliter l'enfilage il est conseillé de s'asseoir ou de s'allonger, voire d'utiliser un dispositif d'aide à l'enfilage.

Pour l'entretien, quelques conseils seront dispensés aux femmes. Les dispositifs sont lavables à l'envers, à la main ou en machine, entre 30°C et 40°C, sans adoucissant ni agent de blanchiment.

Le séchage se fait à plat, à l'abri d'une source de chaleur, et sans recours au sèche-linge.

Il ne faut pas les repasser, car la chaleur détériore les fibres élastiques.

Ainsi la prescription de deux paires minimum est conseillée pour permettre l'entretien quotidien.

II- Matériel et méthodes

1. Objectifs

L'objet de mon travail était d'évaluer si les recommandations 2010 de la HAS, concernant la compression veineuse, sont réellement suivies, par les femmes durant leur grossesse et le PP.

2. Présentation du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire adapté, en concertation avec une sage-femme et un médecin du service de médecine interne.

Auparavant, nous avons testé ce questionnaire sur des sujets en dehors de grossesse, pour qu'il ne dure pas plus de dix minutes et ainsi favoriser les réponses.

Il a été distribué dans le service de suites de couches du CHU de Nantes, à toutes les femmes ayant accouché (au deuxième jour du PP), après obtention de leur accord oral.

La distribution a commencé le 4 mai 2017 et s'est terminée le 16 juin 2017.

Le questionnaire est organisé en six parties [Annexe II] et détaille les caractéristiques cliniques de la patiente (données générales, antécédents, grossesse), la compression veineuse et les signes fonctionnels d'insuffisance veineuse.

Nous avons inséré des questionnaires provenant de l'étude CELEST (Compression Élastique – Evaluation du Syndrome post-Thrombotique), qui est un essai clinique destiné à l'évaluation de l'efficacité de la compression élastique dans la prévention du syndrome post thrombotique, chez des patients ayant eu une TVP proximale. [29]

Nous les avons utilisés [Annexe III] afin d'évaluer la qualité de vie de l'insuffisance veineuse chez les femmes, et les contraintes liées à la compression veineuse chez celles en ayant bénéficié pendant leur grossesse.

205 questionnaires ont été transmis aux patientes.

3. Méthodes statistiques

Les variables étudiées sont représentées en pourcentages.

Les tests utilisés pour la comparaison des pourcentages sont le test du χ^2 et le test de Fisher en fonction des effectifs. Le seuil de signification est présenté par un $p < 0,05$.

Le logiciel Excel (Microsoft) a été utilisé, ainsi que le site BiostaTGV.

III- Résultats

Sur les 205 questionnaires distribués, seules 5 femmes n'ont pas souhaité le remplir, soit un taux de réponse de 97,6%.

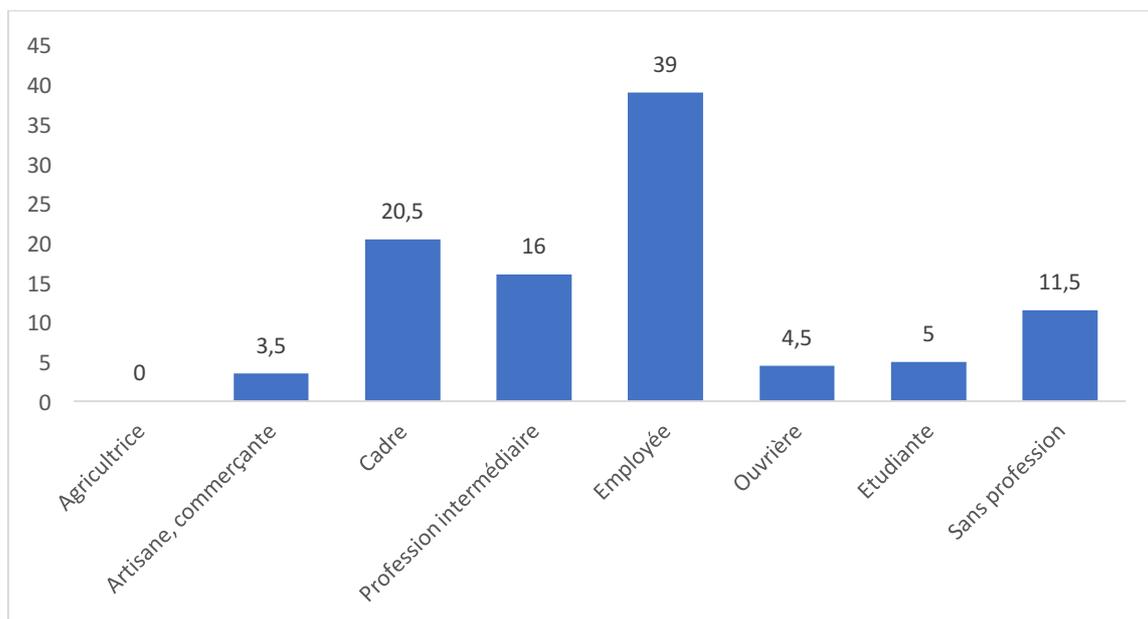
1. Résultats

1.1. Données générales

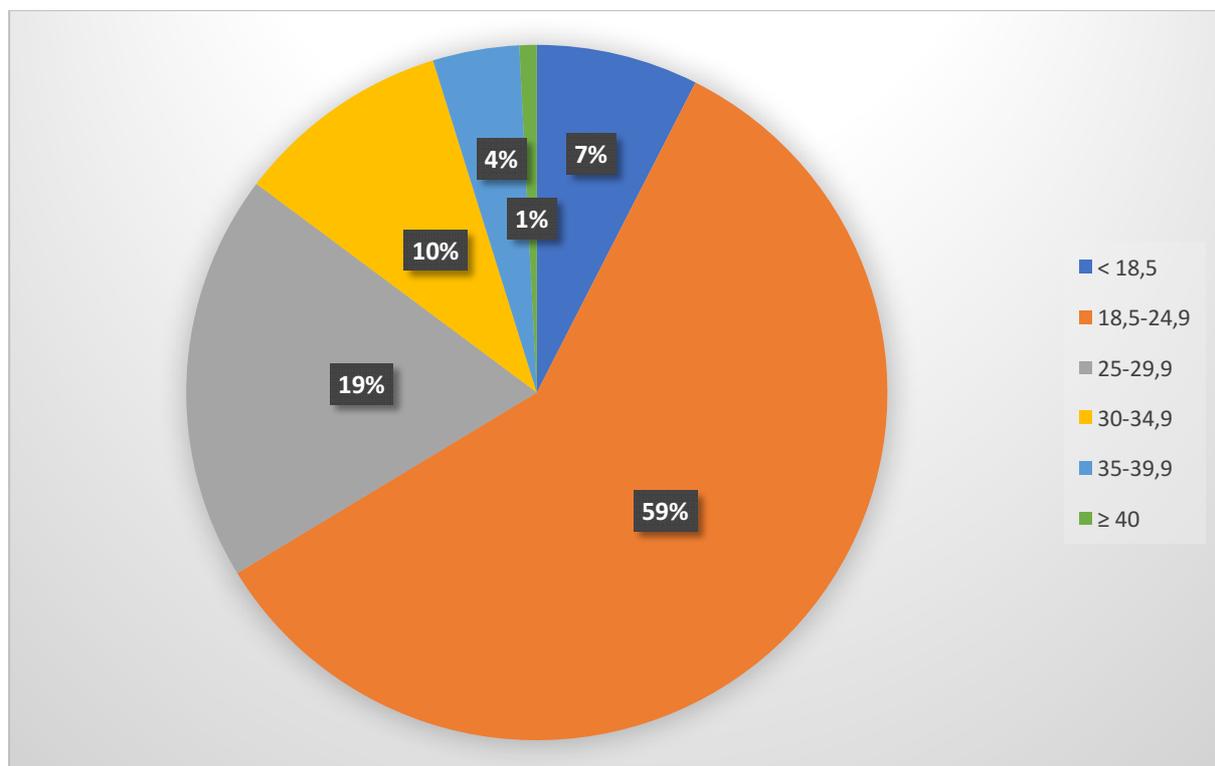
Caractéristiques maternelles	Nombre (%)
Patientes	200
Age maternel (ans)	
< 20 ans	4 (2)
20-29	75 (37,5)
30-34	79 (39,5)
≥ 35	42 (21)
Parité	
1	79 (39,5)
2	74 (37)
3	27 (13,5)
≥ 4	20 (10)
Niveau d'études	
≤ bac	82 (41)
> bac	118 (59)
IMC (kg/m²)	
< 30	171 (85,5)
≥ 30	29 (14,5)
Tabagisme avant la grossesse	66 (33)
Tabagisme durant la grossesse	32 (48,5)
Couverture sociale	200 (100)
Mutuelle	172 (86)

Tableau 2 : Caractéristiques générales des 200 femmes ayant répondu au questionnaire

Concernant les données générales des femmes, leur profession et la répartition des IMC sont représentées ci-dessous :



Graphique 1 : Profession des patientes



Graphique 2 : IMC antérieur à la grossesse (kg/m²)

L'IMC moyen est de 24,1 kg/m² avec une médiane à 22,7 kg/m², un minimum à 15,8 kg/m² et un maximum à 46,1 kg/m².

La prise moyenne de poids pendant la grossesse était de 12,7 kg avec une prise maximale de 34 kg, et une perte maximale de 5 kg.

Toutes les femmes interrogées sont affiliées à la sécurité sociale, dont 14,5% bénéficiant de la Complémentaire Maladie Universelle (CMU).

Cependant 14% des femmes n'ont pas de mutuelle.

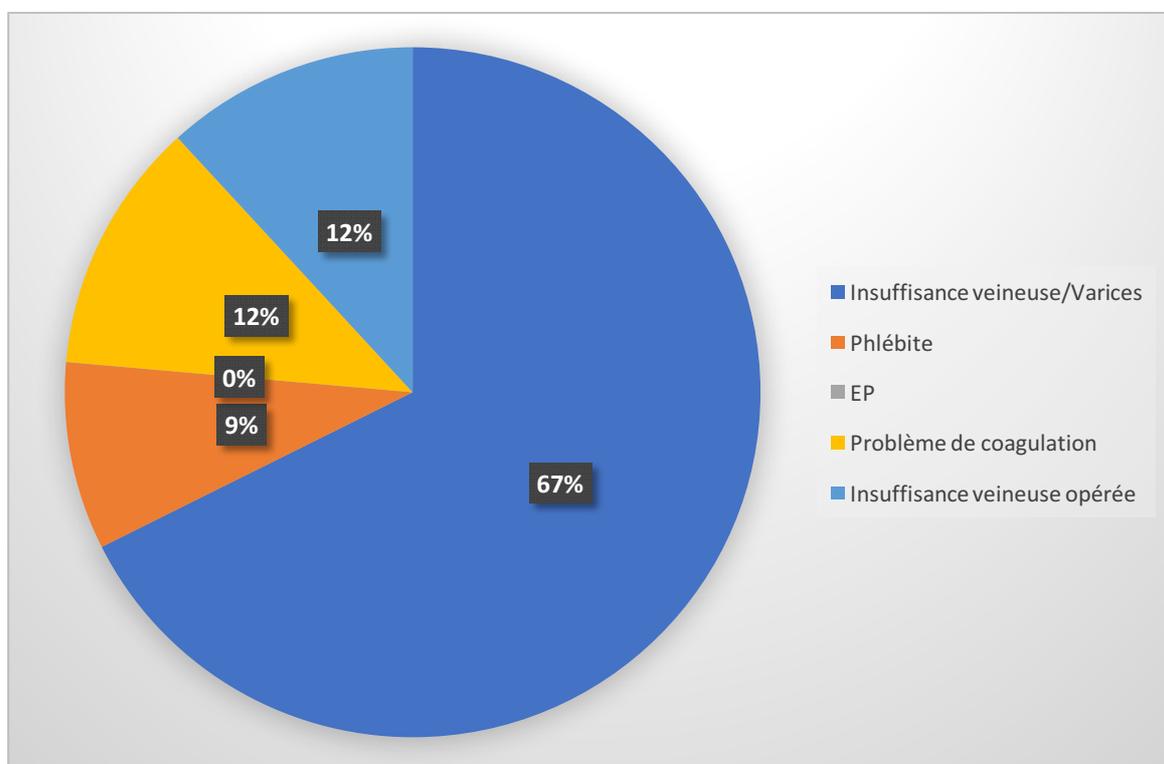
1.2. Les antécédents

Caractéristiques maternelles	Nombre (%)
ATCD personnels d'IVC	27 (13,5)
ATCD personnels de MTEV	3 (1,5)
ATCD familiaux de MTEV au 1er degré	24 (12)

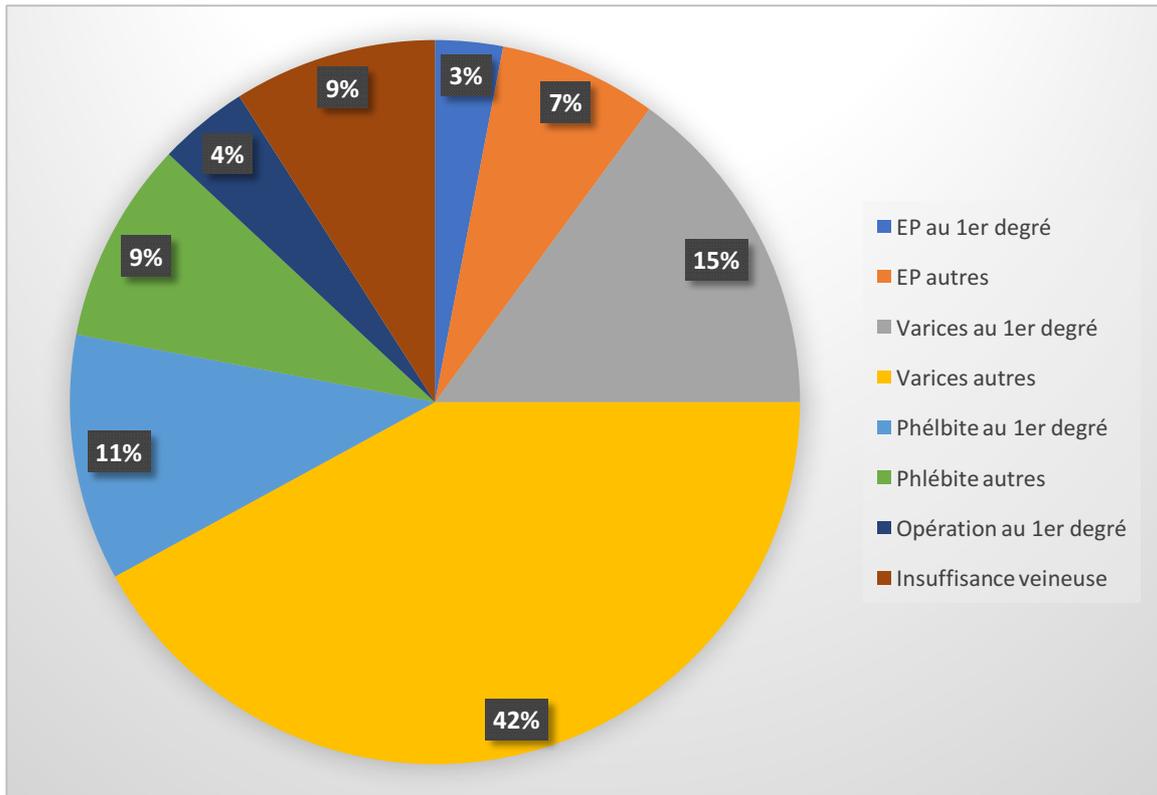
Tableau 3 : ATCD personnels et familiaux d'IVC et de MTEV des patientes

Parmi les patientes avec des ATCD personnels ou familiaux de MTEV et d'IV, différentes causes sont retrouvées (graphiques 3 et 4).

Nous pouvons remarquer dans les ATCD personnels une prédominance de l'IVC.

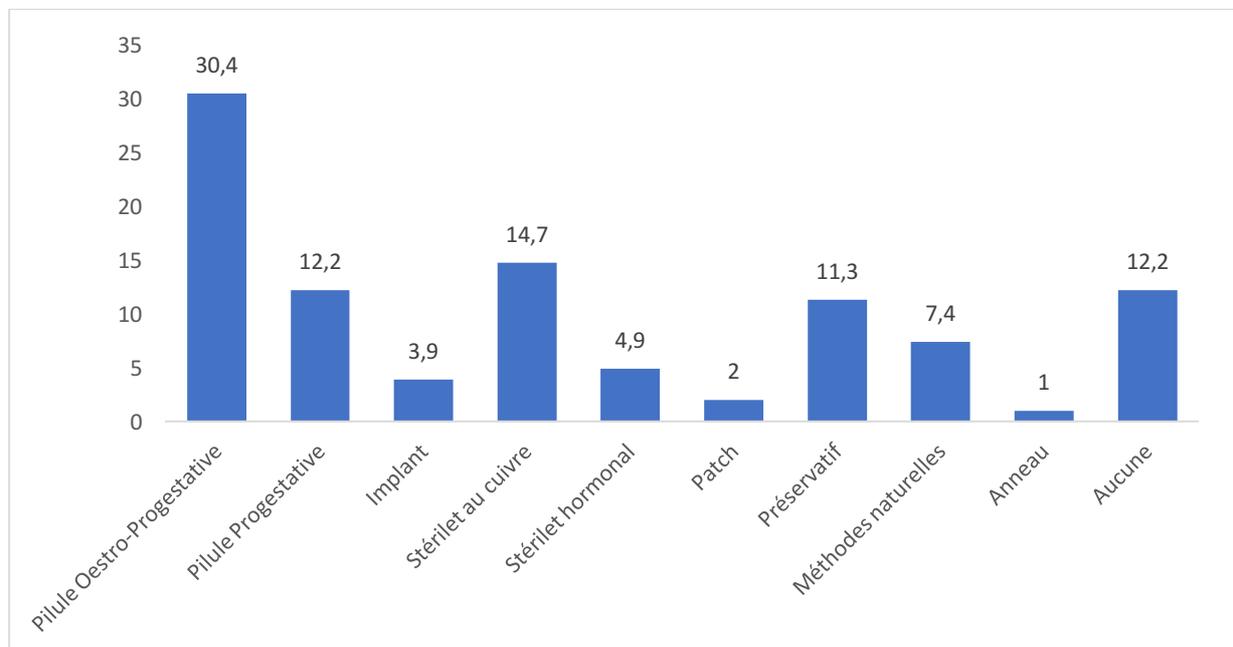


Graphique 3 : Ensemble des ATCD personnels



Graphique 4 : Ensemble des ATCD familiaux

Les moyens contraceptifs cités avant le projet de grossesse sont variés entre les patientes, avec une contraception hormonale utilisée chez plus de la moitié des femmes.



Graphique 5 : Méthodes contraceptives utilisées avant la conception

Caractéristiques maternelles	Nombre (%)
Contraception	
Hormonale	111 (54,4)
Autres	93 (45,6)
Suivi gynécologique	
Sage-Femme (SF)	18 (8,6)
Médecin Traitant (MT)	99 (47,4)
Gynécologue	92 (44)

Tableau 4 : Suivi gynécologique antérieur à la grossesse

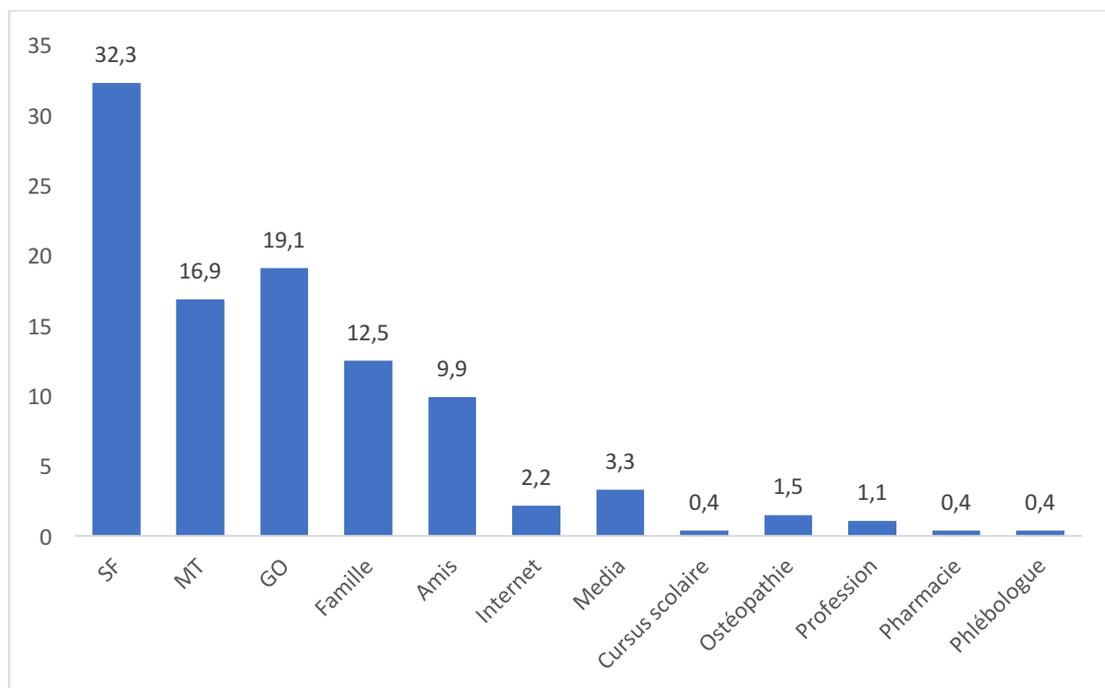
1.3. Suivi des patientes durant leur grossesse

Une information sur la compression veineuse a été donnée dans 83,5% des cas. 59% des patientes portent une compression veineuse.

Caractéristiques maternelles	Nombre (%)
Suivi de la grossesse	
SF	147 (45,2)
MT	78 (24)
Gynécologue Obstétricien (GO)	92 (28,3)
Autres	8 (2,5)
Informations sur la compression veineuse	167 (83,5)
Port de compression	118 (59)
Port antérieur	24 (12)
Signes d'IV pendant la grossesse	168 (84)
Grossesse	
Monofoetale	192 (96)
Multiple	8 (4)
Opération	23 (11,5)
Alitement	25 (12,5)

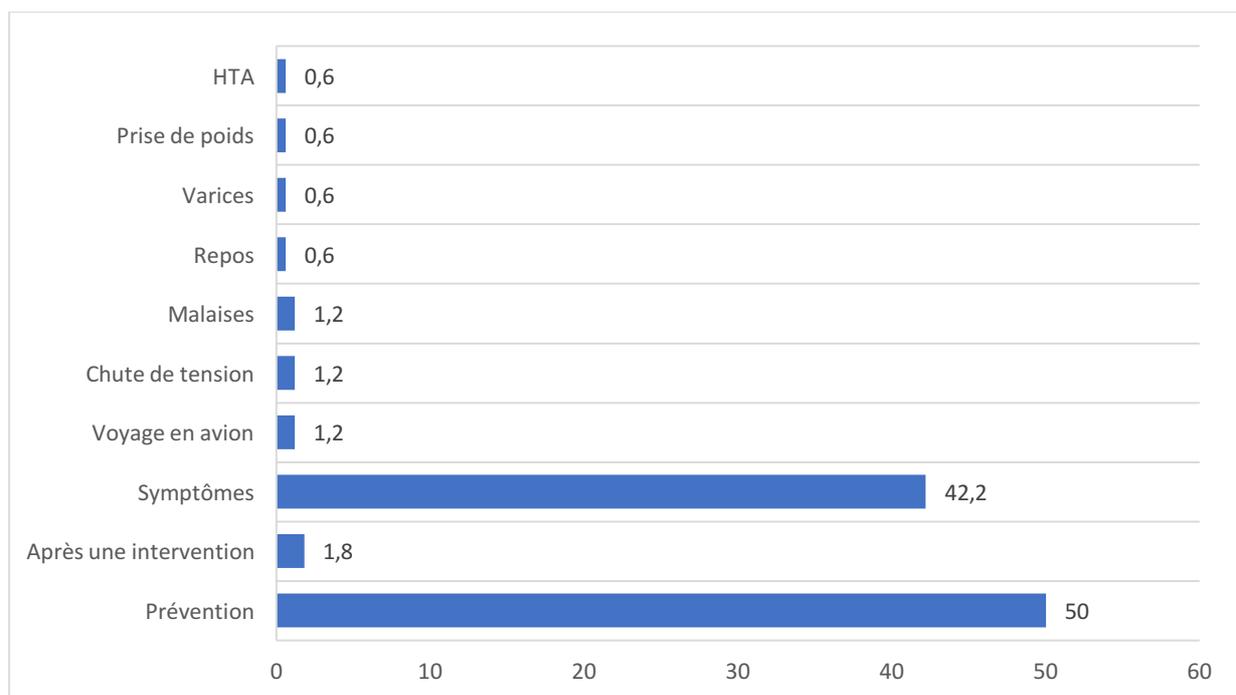
Tableau 5 : Suivi des patientes durant leur grossesse

Les informations concernant la compression veineuse proviennent de sources multiples, et dans près de 30% des cas il s'agit d'une source non médicale (graphique 6).

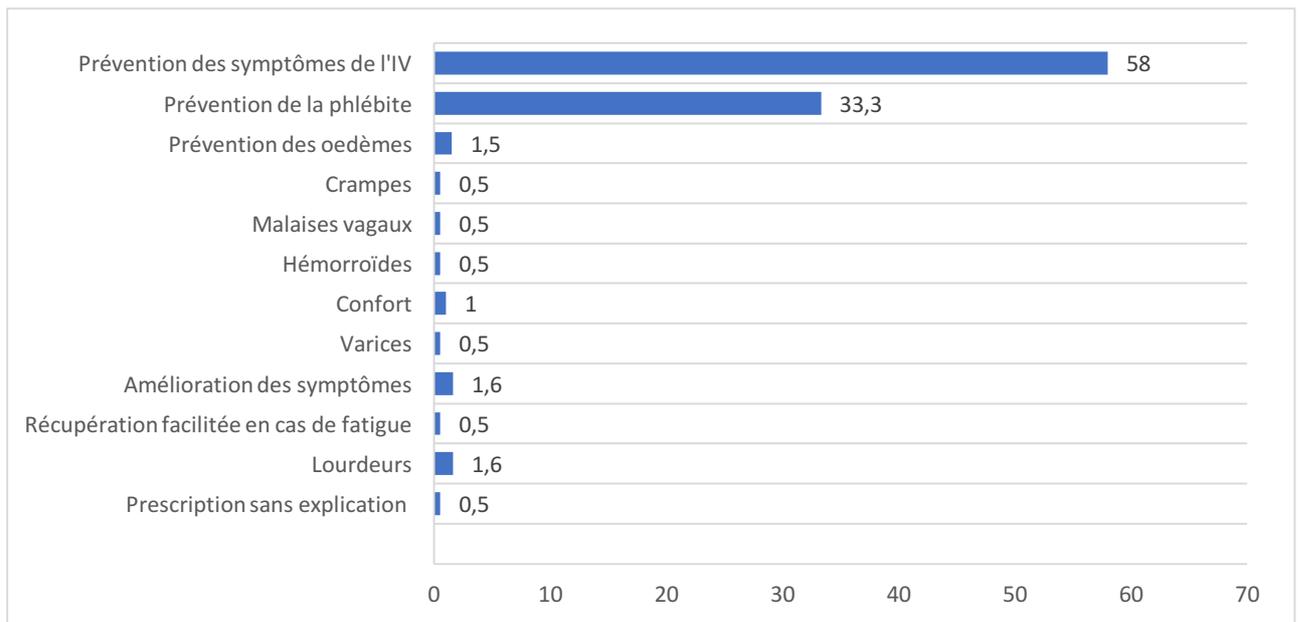


Graphique 6 : Informations fournies sur la compression veineuse

Les motifs et les arguments donnés aux patientes concernant le port de compression veineuse sont nombreux (graphiques 7 et 8).

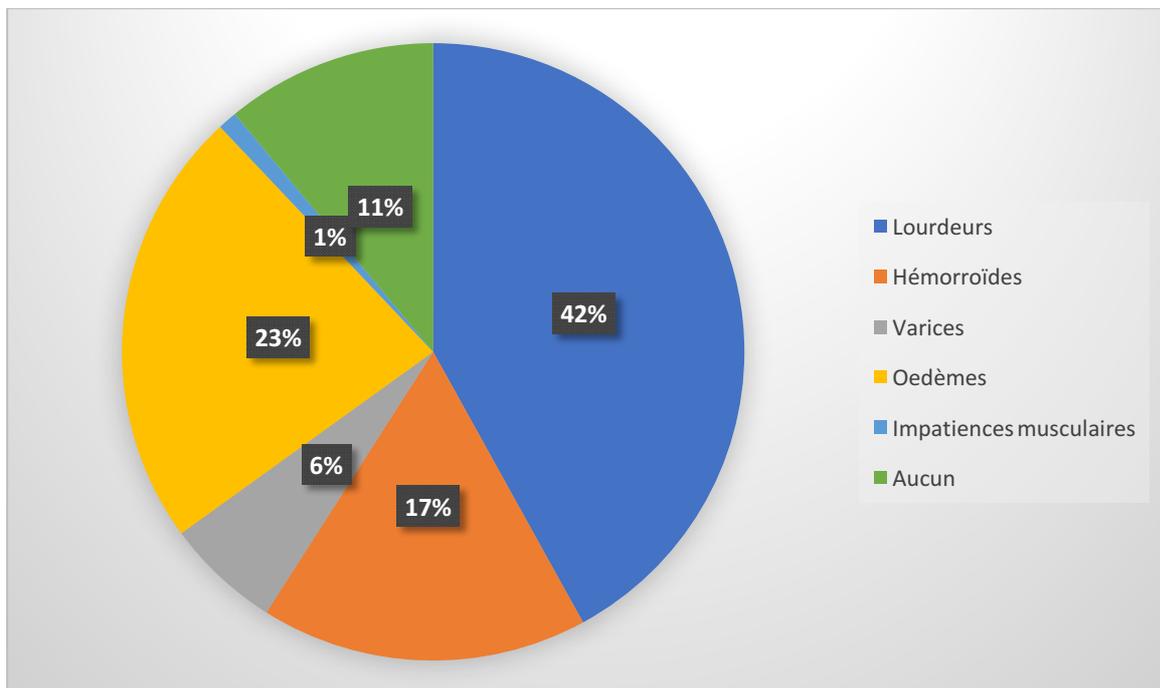


Graphique 7 : Motifs fournis aux patientes



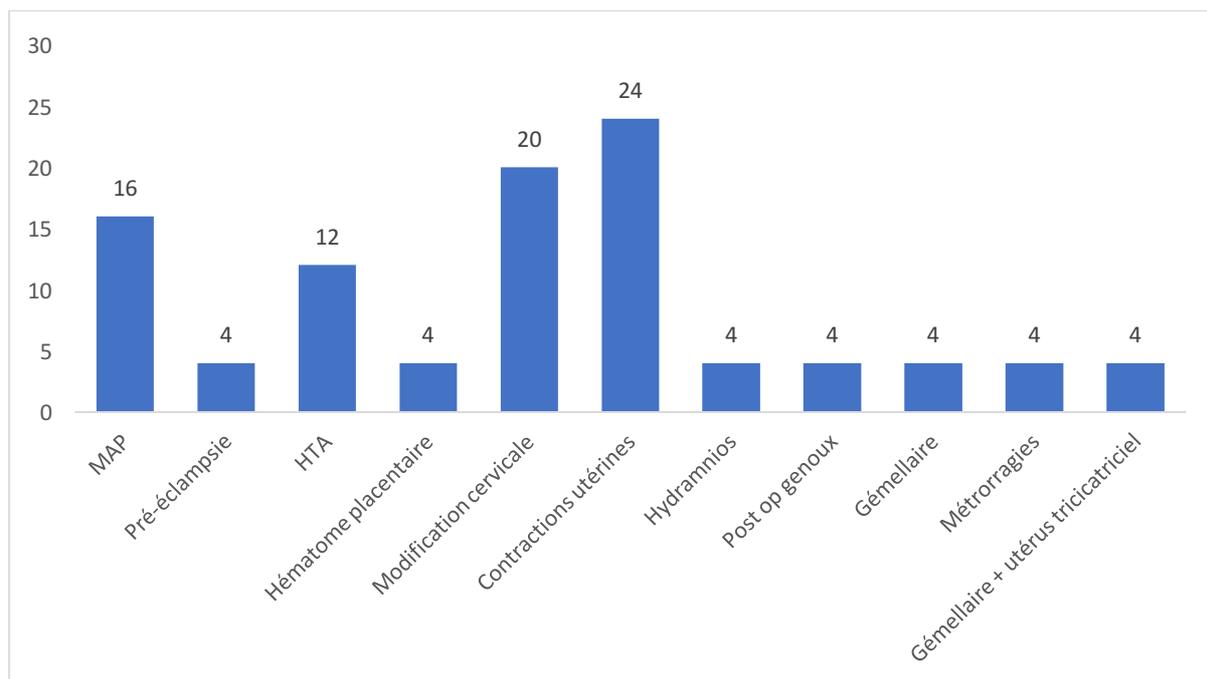
Graphique 8 : Arguments donnés aux patientes

Les patientes pendant leur grossesse ressentent principalement :



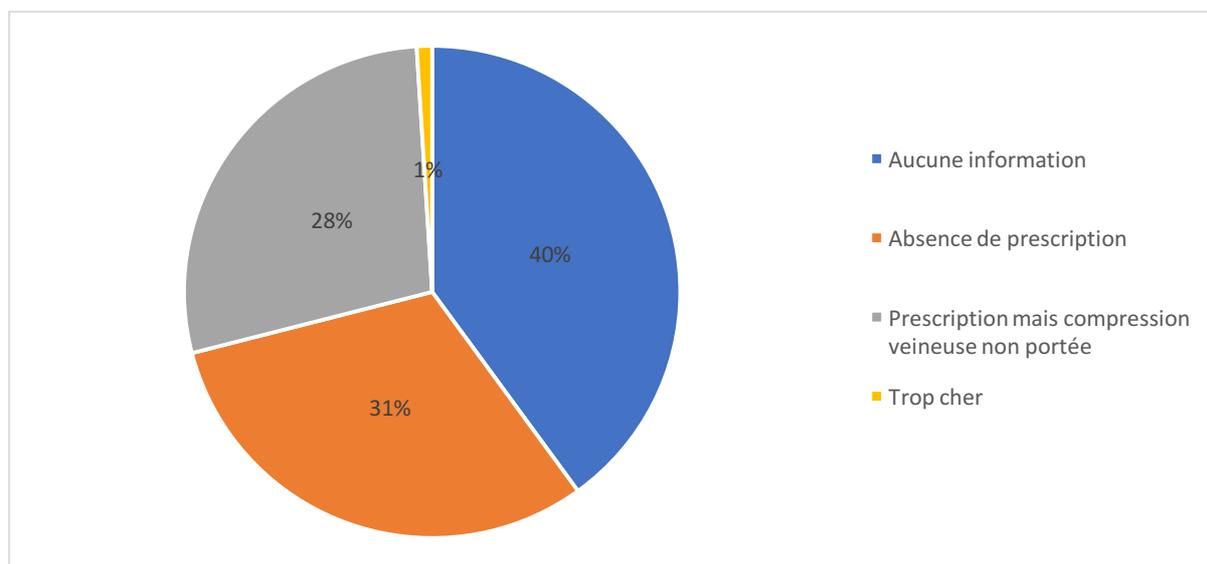
Graphique 9 : Signes d'insuffisance veineuse ressentis par les femmes durant leur grossesse

Les périodes d'alitement allaient de 7 jours à 4 mois, nous donnant une médiane à 1 mois et une moyenne de 38 jours. Les étiologies citées sont nombreuses (graphique 10).



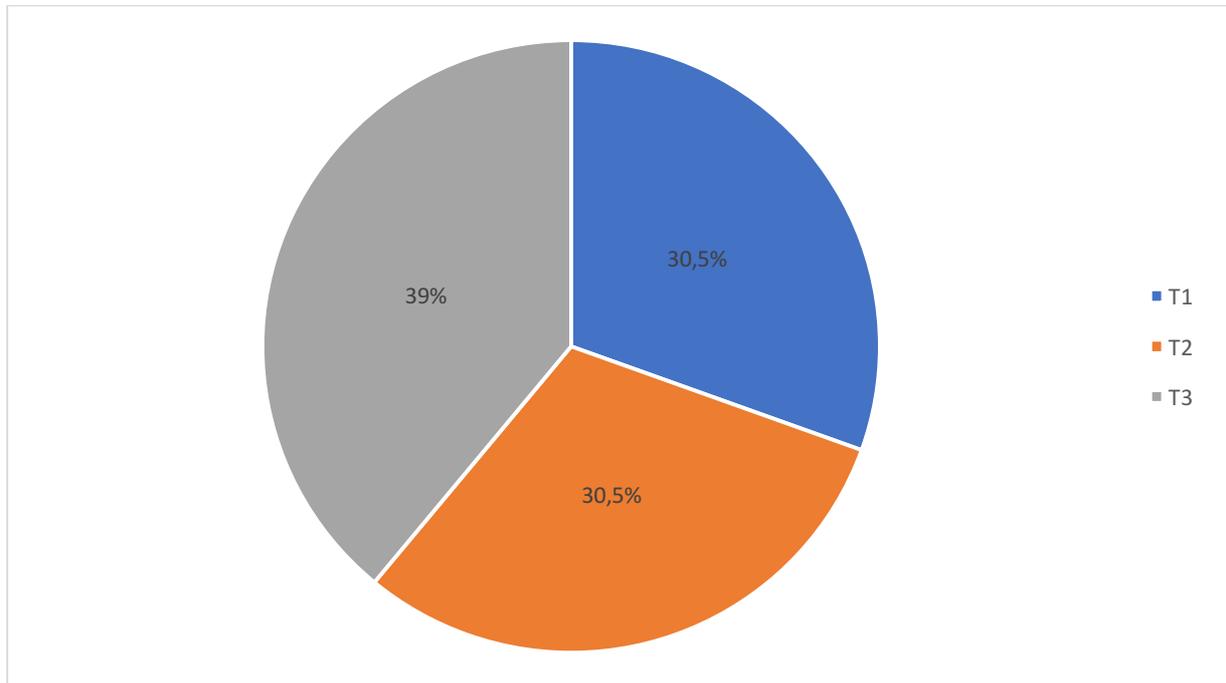
Graphique 10 : Causes d'alitement durant la grossesse

Les patientes rapportent diverses raisons pour ne pas porter de dispositif de compression (graphique 11).



Graphique 11 : Raisons expliquant le fait de ne pas porter de compression veineuse

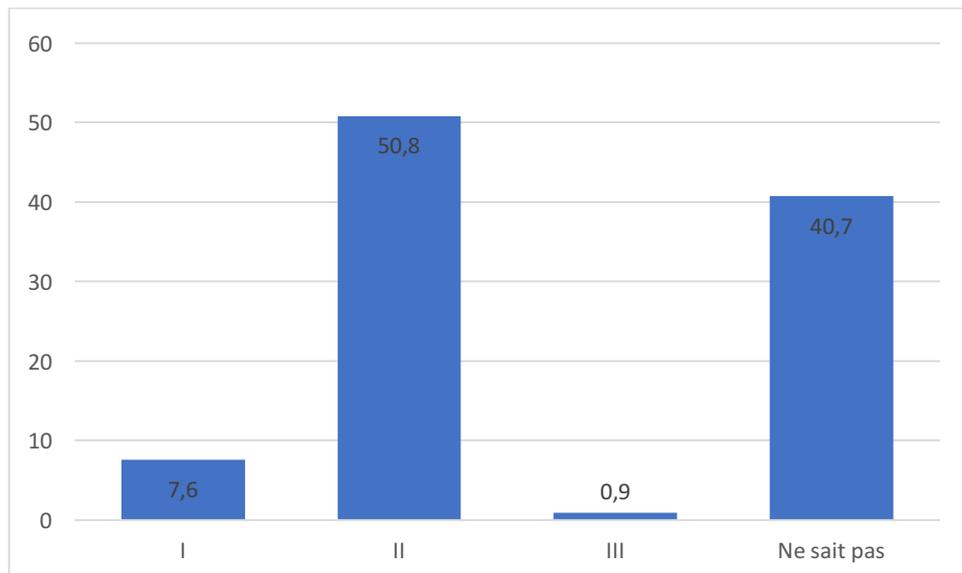
Sur les 200 patientes interrogées, 118 portaient un dispositif médical de compression soit 59%. La prescription reçue concerne tous les trimestres de la grossesse (graphique 12).



Graphique 12 : Trimestre de la prescription

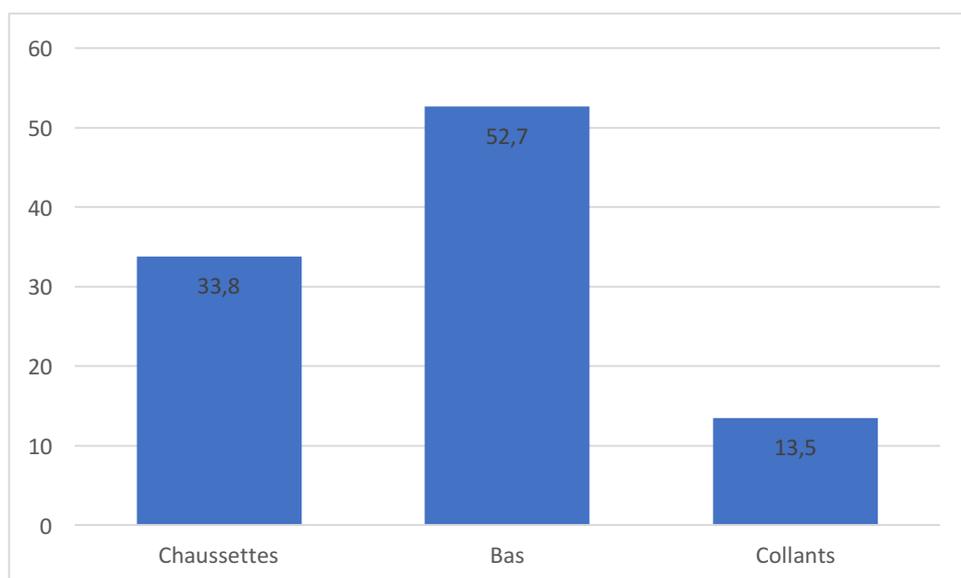
La compression veineuse préférentiellement prescrite est la classe II, et majoritairement sous forme de bas.

Les classes de dispositifs de compression veineuse prescrits sont illustrées ci-dessous :



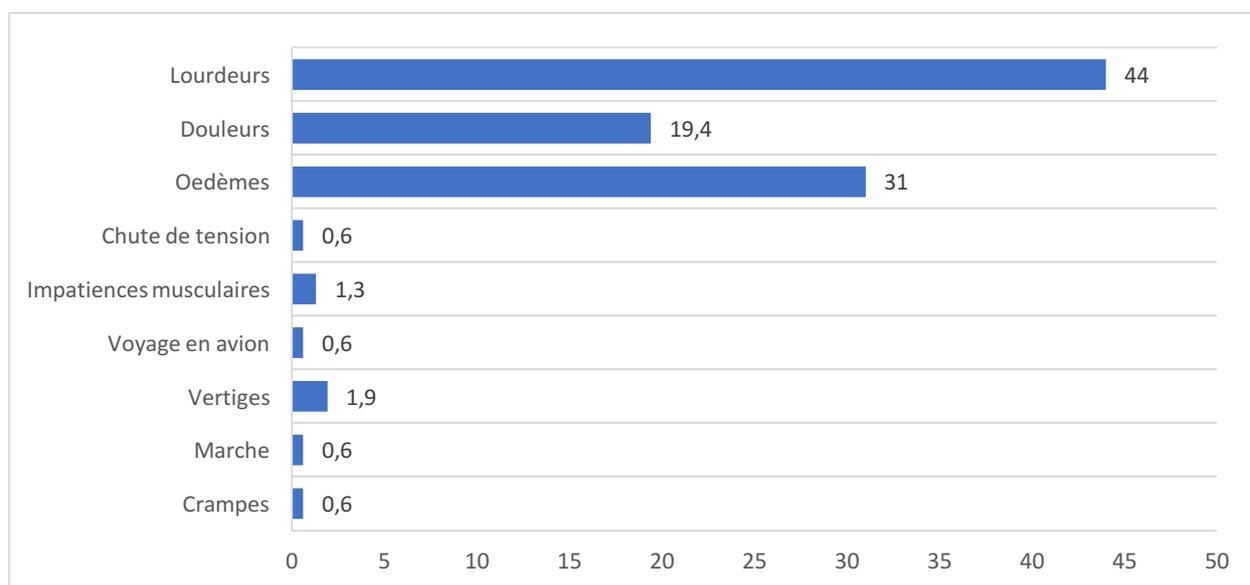
Graphique 13 : Classes de compression veineuse

Les formes de compression veineuse portées sont reportées ci-dessous :



Graphique 14 : Forme de la compression veineuse

Sur les 118 femmes ayant porté une compression veineuse durant leur grossesse, 85,6% ont ressenti un ou des bénéfice(s). Pour celles en ayant perçu, voici les axes sur lesquels elles ont noté des améliorations :



Graphique 15 : Bénéfices perçus en lien avec le port de compression veineuse

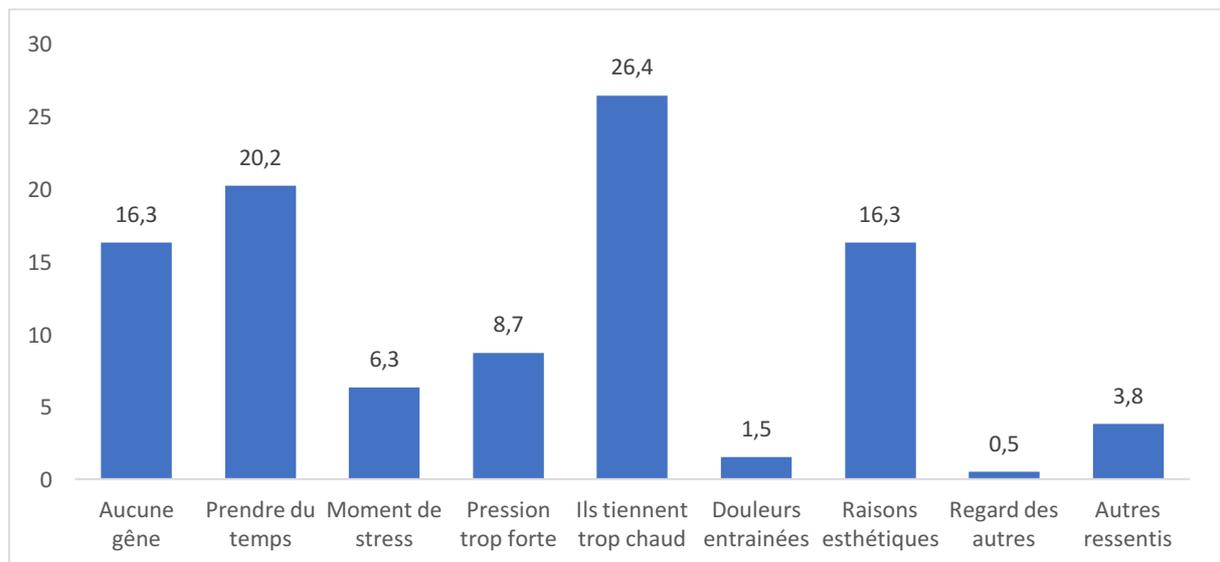
1.4. Qualité de vie des patientes

Le tableau 6 représente le score propre à chaque patiente, relatif aux répercussions des gênes des membres inférieurs. Ce score est établi selon les items du *Questionnaire extrait du Score CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency quality of life Questionnaire)* provenant de l'étude CELEST. Les détails concernant chaque proposition sont en annexe IV.

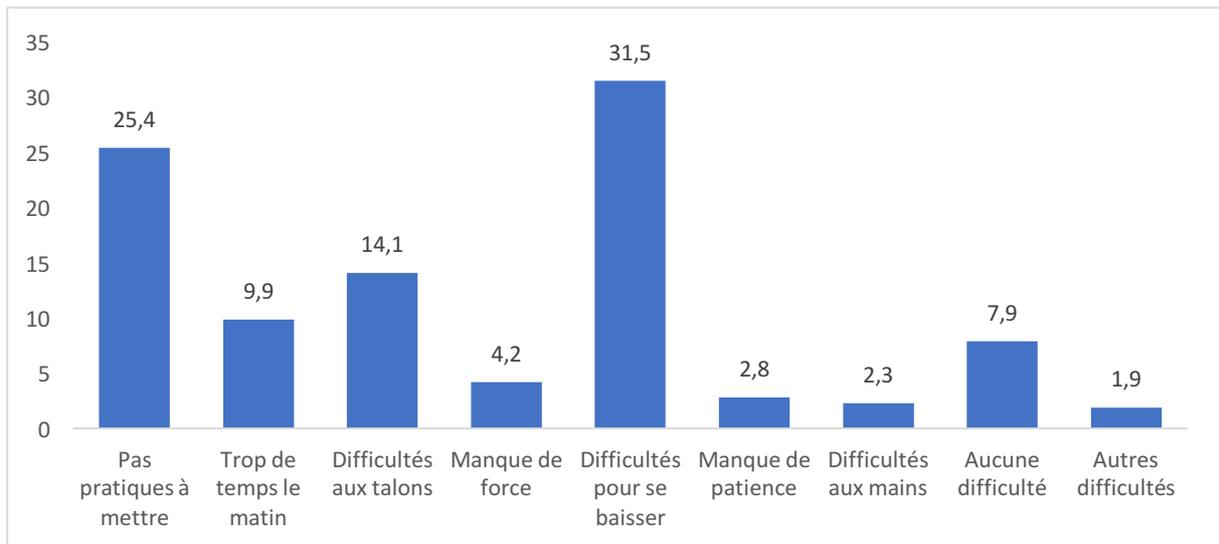
Score de 0 à 100	Port de compression veineuse	
	Oui	Non
n	118	82
10-20	5 (4,2)	9 (10,9)
21-30	17 (14,4)	19 (23,2)
31-40	37 (31,4)	22 (26,8)
41-50	26 (22)	14 (17,1)
51-60	23 (19,5)	13 (15,9)
61-70	4 (3,4)	4 (4,9)
71-80	6 (5,1)	1 (1,2)
81-90	0 (0)	0 (0)
91-100	0 (0)	0 (0)

Tableau 6 : Score d'évaluation de qualité de vie de l'insuffisance veineuse

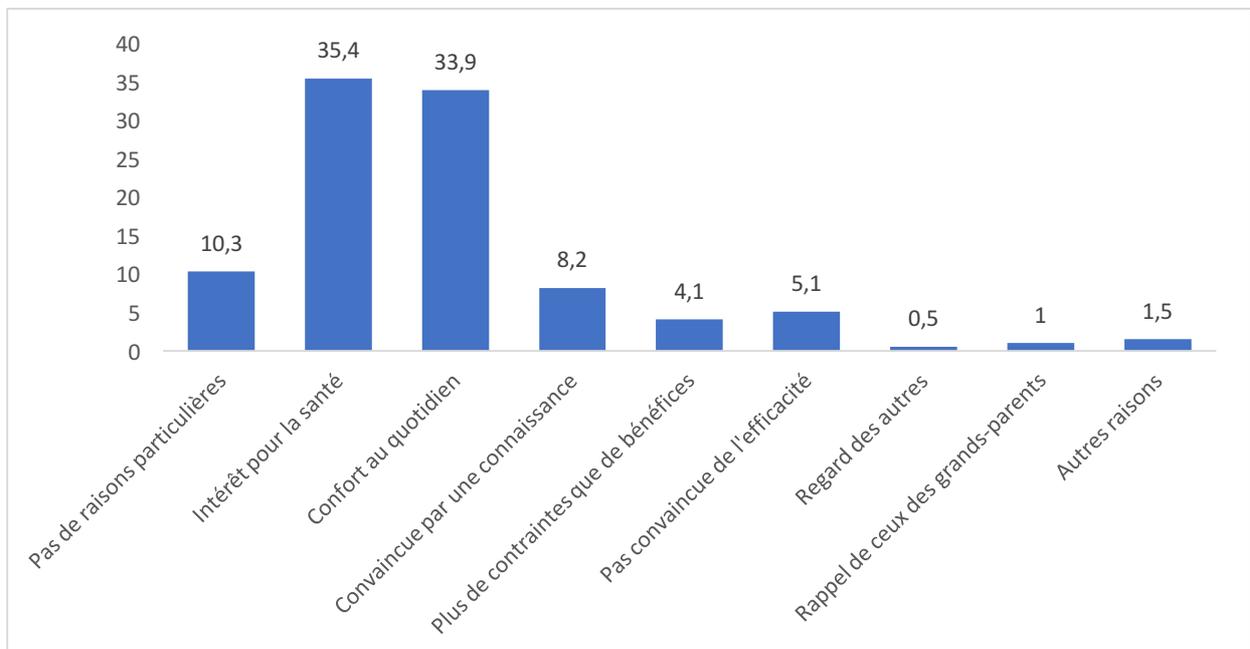
Voici les réponses des femmes, ayant porté un dispositif de compression veineuse, concernant leur qualité de vie :



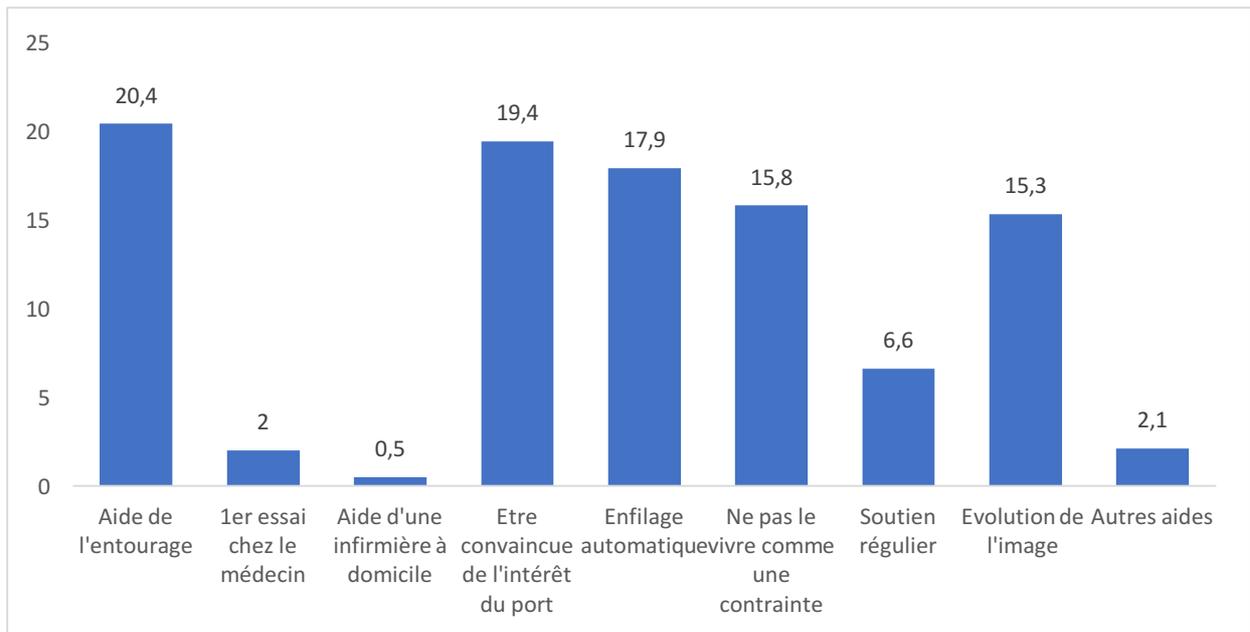
Graphique 16 : Le vécu du port de compression veineuse



Graphique 17 : Les difficultés rencontrées



Graphique 18 : Les raisons motivant le port de compression veineuse



Graphique 19 : Les aides encourageant un port quotidien

Le tableau ci-dessous (tableau 7) présente la différence entre le groupe de femmes ayant porté un dispositif de compression veineuse et les femmes n'en ayant pas porté.

Caractéristiques maternelles	Port de compression veineuse			p-value
	Oui (%)	Non (%)	Total	
Age maternel (ans)				
< 20 ans	0 (0)	4 (100)	4	0.10
20-29	44 (58,7)	31 (41,3)	75	
30-34	50 (63,3)	29 (36,7)	79	
≥ 35	24 (57,1)	18 (42,9)	42	
Parité				
1	48 (60,8)	31 (39,2)	79	0.95
2	44 (59,5)	30 (40,5)	74	
3	15 (55,6)	12 (44,4)	27	
≥ 4	11 (55)	9 (45)	20	
Niveau d'études				
< au bac	41 (50)	41 (50)	82	0.03
> au bac	77 (65,3)	41 (34,7)	118	
IMC (kg/m²)				
< 30	98 (57,3)	73 (42,7)	171	0.24
≥ 30	20 (69)	9 (31)	29	
Tabagisme avant la grossesse				
Oui	37 (56,1)	29 (43,9)	66	0.55
Non	81 (60,4)	53 (39,6)	134	
Tabagisme durant la grossesse				
Oui	16 (50)	16 (50)	32	0.34
Non	21 (61,8)	13 (38,2)	34	
Couverture sociale				
Oui	118 (59)	82 (41)	200	1
Non	0 (0)	0 (0)	0	
Mutuelle				
Oui	102 (59,3)	70 (40,7)	172	0.83
Non	16 (57,1)	12 (42,9)	28	
ATCD personnels d'IVC				
Oui	21 (77,8)	6 (22,2)	27	0.03
Non	97 (56,1)	76 (43,9)	173	
ATCD personnels de MTEV				
Oui	3 (100)	0 (0)	3	0.27
Non	115 (58,4)	82 (41,6)	197	

ATCD familiaux de MTEV au 1 ^{er} degré				
Oui	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0.94
Non	104 (59,1)	72 (40,9)	176	
Suivi gynécologique				0.21
SF	9 (50)	9 (50)	18	
MT Gynécologue	55 (55,6) 61 (66,3)	44 (44,4) 31 (33,7)	99 92	
Suivi de la grossesse				0.75
SF	88 (59,9)	59 (40,1)	147	
MT	45 (57,7)	33 (42,3)	78	
GO Autres	59 (64,1) 4 (50)	33 (35,9) 4 (50)	92 8	
Informations sur la compression veineuse				p < 0,0001
Oui	118 (70,7)	49 (29,3)	167	
Non	0 (0)	33 (100)	33	
Port antérieur				0.002
Oui	21 (87,5)	3 (12,5)	24	
Non	97 (55,1)	79 (44,9)	176	
Signes d'IV pendant la grossesse				p < 0,0001
Oui	112 (66,7)	56 (33,3)	168	
Non	6 (18,8)	26 (81,2)	32	
Grossesse				0.02
Monofœtale	110 (57,3)	82 (42,7)	192	
Multiple	8 (100)	0 (0)	8	
Opération				0.85
Oui	14 (60,9)	9 (39,1)	23	
Non	104 (58,8)	73 (41,2)	177	
Alitement				0.59
Oui	16 (64)	9 (36)	25	
Non	102 (58,3)	73 (41,7)	175	

Tableau 7 : Comparaison concernant le port de compression veineuse

2. Biais et limites

Ce travail représente la population du CHU de Nantes. Nous pouvons citer un biais de sélection possible car les femmes suivies au CHU sont plus nombreuses à avoir des pathologies. De même les CHU accueillent les femmes en situation de précarité. Ce qui ne permet pas d'extrapoler ce travail à la population nantaise générale.

Les recommandations de la HAS concernent autant la grossesse que le PP. Cependant le questionnaire étant distribué en suites de couches, il est limité à la période anténatale.

Pour la partie concernant l'âge, la parité et le suivi des patientes, la p-value obtenue compare l'ensemble des données. Elle ne permet pas de comparer précisément deux catégories entre elles.

Il faut citer un biais quant à la réponse des femmes à propos de la chirurgie. Celle-ci n'est pas interprétable, car certaines d'entre elles ont indiqué la césarienne comme chirurgie durant leur grossesse. La mauvaise compréhension de la question ne nous donne pas un taux exact, que ce soit de césariennes, ou d'actes chirurgicaux.

IV- Discussion

Avec 97,6% de taux de réponses, la participation à ce questionnaire est très satisfaisante (200 questionnaires récupérés sans aucune donnée manquante sur 205 questionnaires distribués). Le fort taux de réponses peut provenir de la présentation adaptée du questionnaire (moins de dix minutes comme nous l'avions testé avant sa distribution). De même, nous avons expliqué à chaque patiente le but de ce travail, et pris le temps de remplir le questionnaire avec certaines d'entre elles.

Les recommandations de la HAS demandent que toutes les patientes puissent disposer d'une compression veineuse. Or nous relevons que seules 59% des femmes de notre population en portent réellement, alors que 83,5% des patientes déclarent avoir reçu une information (de la part d'un professionnel de santé ou non) sur la nécessité du port de compression.

Dans notre population, environ 3/4 des patientes ont entre 20 et 35 ans. Les primipares représentent un tiers des femmes interrogées.

La plupart des femmes ont un niveau d'études supérieur au bac (tableau 2), et des métiers plutôt sédentaires (graphique 1).

Près de 60% des femmes ont un IMC dans la norme (18,5-25 kg/m²), 15% sont obèses, dont 1% présentent une obésité morbide (graphique 2).

Ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête du groupe de travail de la Société Française d'Angéiologie (SFA) [30]. Dans leur étude, ils ont inclus 136 femmes vues en médecine du travail durant leur grossesse ou lors de leur reprise en postnatal. 60,3% des patientes étaient des primipares. De plus, les femmes avaient pour 83,8% d'entre elles un IMC normal, 13,2% étaient en surpoids et 2,9% obèses.

Nous constatons que les recommandations de la HAS sont plus fréquemment suivies chez les patientes ayant un niveau d'études supérieur au bac ($p = 0,03$). Les femmes ayant des ATCD personnels d'IVC ($p = 0,03$) semblent être plus concernées par le port de compression veineuse, alors que la notion d'ATCD personnels de MTEV ($p = 0,27$) et d'ATCD familiaux au 1^{er} degré ($p = 0,94$) ne modifie pas la différence entre le groupe de femmes portant une compression et celles n'en portant pas. L'information reçue ($p < 0,0001$), le port antérieur ($p = 0,002$) la présence de signes d'IV durant la grossesse ($p < 0,0001$) et le type de grossesse ($p = 0,02$) ont également un impact positif.

A l'inverse, les recommandations sont moins suivies lorsque l'on s'intéresse à d'autres critères pourtant à risque d'IVC voire de MTEV, que sont l'âge maternel élevé ($p = 0,10$), la parité ($p = 0,95$), l'IMC important ($p = 0,24$), le tabagisme ($p = 0,55$), le fait d'avoir été opéré ($p = 0,85$) et l'alitement ($p = 0,59$).

Ces critères ne sont pas à négliger, selon Delluc et al, l'âge est un risque de TVP et d'EP 5 fois supérieur par rapport aux femmes du même âge non enceintes [21]. La parité et le tabac semblent liés et sont des facteurs conduisant à un risque multiplié par 2,7. Le surpoids participe également au risque de MTEV avec un odd ratio (OR) à 1,8, et l'immobilisation durant la grossesse augmente le risque de MTEV par 7,7. Or comme nous avons pu le voir, 36% des patientes interrogées ont été alitées sans pour autant porter un dispositif de compression. Les périodes d'alitement allant de 7 jours à 4 mois, avec une moyenne de 38 jours. Les étiologies citées sont nombreuses (graphique 10). L'association d'un surpoids et d'un alitement augmente le risque par 62,3, ce cas correspondant à 5% des femmes de notre population. [21]

Les résultats concernant l'adhésion à une mutuelle ($p = 0,83$), le suivi gynécologique antérieur à la grossesse ($p = 0,21$), et le suivi de la grossesse ($p = 0,75$) sont inférieurs au seuil de significativité. Cependant nous ne retiendrons pas ces derniers, car ce ne sont pas des FDR d'IVC et de MTEV.

Dans notre population, nous pouvons voir qu'aucune des femmes âgées de moins de 20 ans ne porte de dispositif de compression veineuse. Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est une tranche d'âge moins à risque, avec des patientes ayant un recul insuffisant sur la compression veineuse et l'IV. Une sensibilisation de ce groupe de femmes est à envisager, notamment si elles ont des FDR de MTEV. Effectivement une des jeunes patientes de notre population présente des ATCD personnels d'IV et des ATCD familiaux d'EP au 1^{er} degré.

Dans le tableau 7, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant l'IMC. Or les patientes étant en surpoids ou obèses devraient porter de manière systématique des dispositifs de compression, du fait de leur risque de thrombo-embolie.

Les patientes ont toutes une couverture sociale et la mutuelle ne semble pas entraîner une différence significative entre les deux groupes. Cependant 14% d'entre elles ne bénéficient pas de mutuelle. Pour les femmes concernées par cette situation, seize femmes, soit 57%, utilisent

un moyen de compression veineuse. Nous nous sommes donc demandés si les dispositifs leur avaient été prescrits à partir du 6^{ème} mois de grossesse, afin de bénéficier de la prise en charge à 100%. Pour ces seize patientes, deux ont porté leur compression veineuse dès le début de la grossesse, quatre à partir du 2^{ème} trimestre et dix le dernier trimestre. Ainsi pour quatorze d'entre elles nous supposons que la prescription est en lien avec la prise en charge à 100%.

Il semblerait que le suivi par un gynécologue (tableau 7) soit associé à un port de compression veineuse plus important. Il ne semble pas y avoir de différence notable entre les SF et les MT, concernant le port de compression veineuse. Ces résultats sont concordants avec l'étude de la SFA [30] dans laquelle les gynécologues sont également les prescripteurs prépondérants (47,5%), puis les MT (29,5%) et les SF (26,2%).

Or les femmes suivies durant leur grossesse par les GO sont souvent des femmes présentant plus de pathologies et donc plus à risque d'IV ou d'évènements thrombo-emboliques, ce qui peut expliquer en partie ce résultat.

Concernant les femmes avec des ATCD personnels de MTEV, il faut souligner que 100% d'entre elles portent un dispositif de compression. Le principal FDR est donc bien pris en compte, même s'il n'est pas significatif dans notre étude.

Les motifs donnés concernant le port de compression sont nombreux (graphique 7). Les principaux étant la prévention notée par 50% des patientes, et la survenue de symptômes dans 40% des cas.

Concernant les arguments fournis aux patientes (graphique 8), nous retrouvons chez plus de la moitié d'entre elles la prévention de l'IV, et la prévention de la phlébite dans un tiers des cas. La notion de prévention semble acquise pour une très grande majorité des professionnels de santé.

Selon l'enquête de la SFA [30], les principaux motifs de la prescription sont les symptômes (47,4%), puis la prévention de la TVP (10,5%). Cette dernière ayant une place moindre dans leur population analysée.

Les sensations ressenties par l'ensemble des femmes durant leur grossesse sont multiples pour une même patiente. Dans la majorité des cas il s'agit de problème de lourdeur des membres inférieurs, et une patiente sur cinq est concernée par un problème d'œdèmes.

Dans notre population, 11% des femmes ne déclarent aucune gêne. Cependant seulement 40% des patientes bénéficient d'une prescription de compression en rapport avec des symptômes. Nous pouvons nous poser les questions suivantes : les professionnels sont-ils convaincus de l'intérêt de la compression veineuse ? Et insistent-ils sur l'importance des dispositifs lorsqu'une femme déclare ne pas ressentir le besoin d'un dispositif de compression ?

12% des patientes disent avoir déjà porté un dispositif de compression veineuse avant leur grossesse, en lien pour certaines avec leur profession, ou bien depuis leur première grossesse pour d'autres. Cependant trois des femmes ayant déjà porté ces dispositifs n'en portaient pas durant cette grossesse. Pour deux d'entre elles, elles en portaient lors de leurs précédentes grossesses mais n'ont reçu pour la grossesse actuelle aucune information. L'autre patiente a bien reçu une prescription mais n'a pas porté les dispositifs. Nous pouvons souligner le fait que d'une grossesse à l'autre, les femmes n'étant pas forcément suivies par les mêmes professionnels de santé, leur prise en charge concernant le port de compression peut être différente. Ainsi il faut renouveler l'information chez les patientes multipares qui ne pensent pas toujours d'elle-même à porter de nouveau leur dispositif de compression.

Un point positif à soulever est que toutes les femmes présentant une grossesse gémellaire ont bénéficié d'un dispositif de compression veineuse.

Les résultats indiquent que le port de compression veineuse semble un point à améliorer dans la prise en charge d'une femme alitée, car il devrait y avoir une différence significative entre les deux groupes de patientes. Les femmes alitées étant plus à risque de phlébite (OR = 7,7) car l'immobilisation entraîne une stase veineuse ce qui favorise la formation d'un thrombus. [21]

Pour les patientes concernées par le port de compression veineuse durant leur grossesse, celles-ci sont plus nombreuses à avoir bénéficié d'une prescription de dispositif au dernier trimestre de la grossesse, même si les écarts de pourcentages entre les trimestres restent faibles.

Nous pouvons remarquer que la classe de compression veineuse la plus prescrite est la classe II pour la moitié des patientes (graphique 13). Néanmoins 40,7% des patientes ne connaissent pas la classe qui leur a été prescrite. Nous pouvons supposer qu'une majorité doit concerner la classe II, celle-ci étant la plus prescrite en France.

Concernant les formes, les bas sont portés par plus de la moitié des patientes, puis viennent les chaussettes portées par un tiers des femmes, puis les collants qui sont les formes les moins portées. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête de la SFA. [30]

Sur les 118 femmes portant un dispositif de compression veineuse, 85,6% ont perçu des bénéfices. Ces derniers concernent majoritairement les lourdeurs des membres inférieurs, les œdèmes et les douleurs. Ces bénéfices correspondent aux sensations prédominantes citées durant la grossesse par l'ensemble des femmes. Ainsi les femmes n'ayant pas porté de compression veineuse auraient pu ressentir un impact positif sur ces symptômes.

Allaert et al en 2013 ont présenté les résultats d'une étude portant sur 2 265 personnes utilisant des dispositifs médicaux de compression afin d'évaluer leur observance [31]. Selon leur analyse, 9,1% des femmes notifient l'absence d'amélioration. Ce résultat est relativement proche des 14,4% de femmes de notre échantillon n'ayant pas non plus perçu de bénéfices.

Pour les patientes ne portant pas de compression veineuse, différentes raisons sont mentionnées. Quatre patientes sur dix disent n'avoir reçu aucune information durant la grossesse, trois patientes sur dix n'ont pas bénéficié d'une prescription, alors qu'elles avaient reçu une information. Trois femmes sur dix ont quant à elles bénéficié d'une prescription, mais n'ont pas ressenti le besoin de les porter. Enfin une femme a trouvé le prix trop élevé, alors qu'elle bénéficiait d'une mutuelle. Cependant nous ne connaissons pas la hauteur de la prise en charge de sa mutuelle.

D'après les réponses au questionnaire CIVIQ (Annexe IV), seules 32,5% des patientes n'ont jamais ressenti de gêne en lien avec l'IV.

Nous pouvons voir que plus de la moitié des patientes ressentent une gêne dans leurs vies personnelle et professionnelle, les gênes au niveau des membres inférieurs ayant une répercussion sur leurs activités quotidiennes. Les principales causes sont la station debout et les trajets en voiture. Les efforts sont aussi des motifs de plaintes, mais ces derniers peuvent être autant dus à l'état gravidique, qu'à une réelle gêne des membres inférieurs.

En analysant le score propre à chaque patiente, relatif aux répercussions des gênes des membres inférieurs (tableau 6), nous remarquons qu'il y a très peu d'écart entre les femmes portant une compression veineuse et celles n'en ayant pas. De façon étonnante les femmes porteuses de compression veineuse évoquent davantage de gênes que les autres. Etait-ce dû à leur état initial ?

A propos de la qualité de vie des patientes portant un dispositif médical de compression veineuse (graphique 16), les principaux points négatifs sont la sensation de chaleur, la perte de temps pour les mettre, et les raisons esthétiques. Seulement 16,3% d'entre elles ne ressentent aucune contrainte en les portant.

De même, seulement 7,9% des patientes ne rencontrent aucune difficulté pour les enfiler (graphique 17) alors que selon Allaert et al [31], 23,8% des personnes ont des difficultés pour mettre leur dispositif de compression. La différence peut s'expliquer par le fait que les patientes de notre population sont concernées par un état gravidique, ce dernier pouvant accentuer les difficultés d'enfilage. Dans notre population, une patiente sur quatre ne les trouve pas pratiques. Les principaux soucis rencontrés sont la difficulté pour se baisser, en lien sûrement avec l'augmentation du volume utérin, mais aussi une difficulté à passer les talons, ainsi qu'un temps dédié à l'enfilage estimé trop long.

Pour les raisons motivant les patientes à porter leur dispositif (graphique 18), nous retrouvons majoritairement la compréhension de l'intérêt pour la santé, ainsi qu'un confort quotidien apporté par le port. Il existe plus de points positifs même si une patiente sur dix ne trouve pas de raison particulière, 5,1% des patientes ne sont pas convaincues de leur efficacité, et 4,1% constatent plus de contraintes que de bénéfices.

Enfin, concernant les aides motivant à un port quotidien, 20,4% avouent avoir besoin de l'aide de leur entourage pour l'enfilage (graphique 19), 6,6% d'entre elles espéreraient un soutien régulier, 15,8% aimeraient ne pas vivre ce geste comme une contrainte et 19,4% souhaiteraient être convaincues de l'intérêt de les porter. 15,3% soulignent l'intérêt d'une évolution de l'image au sein de la société ce qui rejoint la question précédente puisque pour 1% des femmes, les dispositifs leur rappellent ceux portés par leurs grands-parents. Il faut cependant leur expliquer que l'esthétique a évolué, avec une gamme variée aussi bien en couleurs, qu'en textures, afin qu'elles se sentent bien physiquement et psychologiquement en les portant.

V- Propositions pour améliorer le port de compression veineuse

Ce travail a permis de mettre en évidence que sur 200 patientes interrogées, 70,5% des patientes ont une prescription de compression veineuse, or seulement 59% utilisent un dispositif médical de compression veineuse durant leur grossesse, ce résultat étant loin des recommandations faites en 2010 par la HAS.

A l'inverse, l'enquête de la SFA, retrouve une prescription de dispositifs de compression durant la grossesse des femmes pour seulement 41,2% d'entre elles [30]. La période et la région de réalisation d'une telle enquête ont-elles un impact sur ses résultats ?

Dans notre population, les femmes présentant des FDR personnels de MTEV portent toutes des dispositifs de compression veineuse, ce qui est un élément acquis par les professionnels.

Il est important d'augmenter le taux de prescription chez les femmes présentant un risque de décompenser une IVC voire de déclarer une MTEV (ATCD familiaux, obésité, ...). La prescription est primordiale chez ces populations cibles.

Nous constatons qu'il faut insister sur l'information, notamment chez les femmes ayant des critères répondant à des FDR. Dans notre population 83,5% des femmes disent en avoir reçue durant la grossesse, néanmoins seulement 59% des femmes ont utilisé une méthode de compression veineuse durant leur grossesse. Le fait d'avoir reçu une information n'a pas été suffisant pour induire une prescription et encore moins son port. Non seulement cette information n'est pas systématique (puisque 16,5% des patientes n'en ont pas bénéficié) mais en plus elle n'est pas toujours efficace. Nous pouvons remarquer qu'une des patientes a mis en avant le fait d'avoir eu une prescription de compression veineuse sans aucune explication associée.

Les sources d'informations sont variées, et multiples pour soixante-seize d'entre elles. Cet impact est bénéfique au port d'une compression puisque 45,8% des patientes portant un dispositif ont reçu une information de différentes sources, alors qu'elles ne sont que 26,8% chez les femmes n'en portant pas.

Tous les acteurs de santé doivent se mobiliser, mais aussi les autres sources d'informations (entourage, internet, média, ...), ces dernières concernant 30% des patientes. Il faut donc majorer l'information ce qui favorisera l'adhésion des femmes.

Il faut également insister sur l'adhésion des professionnels de santé de l'intérêt du port de compression, et aux prescriptions qui en découlent.

Des patientes malgré une prescription n'ont pas souhaité porter les dispositifs (11,5% des femmes de notre population) la plupart n'en ressentant pas le besoin. Le rôle des professionnels dans ces situations est d'insister, d'expliquer et de promouvoir le port des dispositifs.

Il ne faut pas oublier le groupe de femmes n'ayant aucun FDR, chez qui la prévention reste tout de même importante.

Il semblerait intéressant d'encourager les femmes avec des FDR à assurer une bonne observance de leur compression veineuse, car selon l'étude de Allaert et al [31], seulement 36,6% des personnes ont porté leurs dispositifs tous les jours.

Une information précise sur les bénéfices et inconvénients, ainsi qu'un encouragement fréquent réalisé par les professionnels de santé et l'entourage, entraineraient une meilleure compliance du port des dispositifs de compression.

Il pourrait être intéressant de proposer une prise en charge à 100% dès le début de la grossesse afin que le coût des dispositifs de compression veineuse ne soit pas un frein à la prévention de la MTEV.

Comme nous l'avons vu (graphique 14), les bas sont les dispositifs les plus prescrits. Nous pouvons nous demander si leur difficulté d'enfilage est un frein. Dans ce cas les chaussettes pourraient être prescrites et favorisées, car elles sont tout aussi efficaces, plus faciles à enfiler et moins chères.

Effectivement il n'est pas toujours aisé d'enfiler les chaussettes, bas ou collants de compression, d'autant plus que durant la grossesse les femmes sont gênées par le volume de leur ventre. Le plus difficile semble être le passage du talon. Ainsi des informations voire des plaquettes explicatives (schéma 10) pourraient accompagner la prescription et la délivrance des dispositifs. Ils requièrent un geste quotidien pour maîtriser leur mise en place.

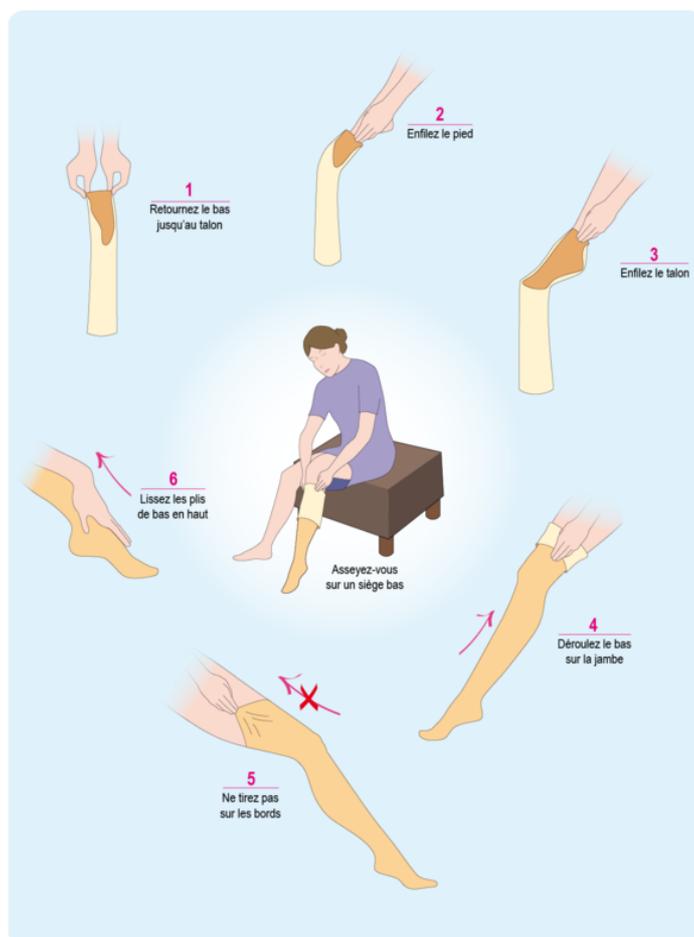
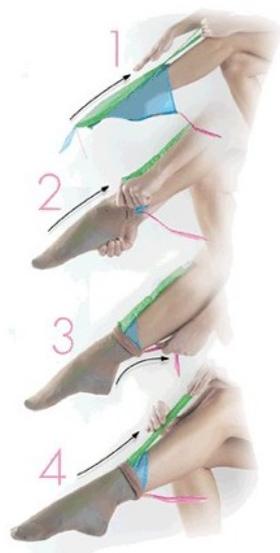


Schéma 10 : Plaquette explicative de l'enfilage des dispositifs de compression veineuse [39]

Des moyens d'aide à l'enfilage existent. Ils sont sensés améliorer l'observance du port, car ils font gagner du temps et réduisent les efforts, mais nous ne les avons pas analysés dans notre étude. Différents modèles d'enfile-bas existent. Ils peuvent être souples ou rigides, sans être traumatisants pour la peau ou pour le dispositif de compression. Cependant certains nécessitent une bonne maîtrise de leur utilisation. Leur prise en charge est possible s'ils accompagnent une prescription de classes III ou IV, et leur essayage est obligatoire avant la délivrance. [24]



Easy slide Caran [32]



Schéma 11 : L'enfile bas Sigvaris Rolly (permet aussi le retrait) [32]



Enfile bas RADIANTE ®

La patiente peut également se munir de gants synthétiques facilitant l'enfilage. Le retrait du dispositif peut lui aussi s'avérer compliqué pour certaines, comme le soulignent les résultats de Allaert et al [31] où 14,5% des patients ont du mal à ôter leurs bas. Des moyens existent comme des « retire-bas ».



Retire bas MEDI®

De même, pour améliorer leur qualité de vie, il est nécessaire de donner des conseils aux femmes pour promouvoir une bonne hygiène de vie. Par exemple : marcher régulièrement pour favoriser le mécanisme de pompe musculaire expliqué plus haut, surélever les membres inférieurs pour faire diminuer la pression, éviter le surpoids et la chaleur, ne pas rester trop longtemps sans mouvement dans la même position. Tous ces moyens concourent à un bon retour veineux.

Il pourrait être intéressant de distribuer aux patientes des plaquettes informatives sur les dispositifs de compression veineuse. Celles-ci permettraient de comprendre les bénéfices et de mieux accepter leur utilisation.

Les fabricants pourraient jouer un rôle dans la prévention à travers une communication renforcée envers les professionnels et le grand public.

Il serait intéressant de suivre les femmes à distance dans la période du PP pour évaluer l'observance de la compression veineuse durant les six semaines voire les six mois suivant la naissance en cas de césarienne. Les femmes sont peut-être plus sensibilisées à leur état veineux durant la grossesse qu'en postnatal, période durant laquelle elles ont d'autres préoccupations.

VI- Conclusion

La compression veineuse est un traitement de prévention utilisé depuis la préhistoire. La grossesse est une période privilégiée pour amorcer une prise en charge individuelle des femmes aussi bien au niveau curatif que préventif.

La MTEV bien qu'ayant une incidence faible, a des conséquences non seulement à court terme mais aussi à long terme avec de possibles séquelles.

Nous avons pu remarquer que le risque est présent durant la grossesse mais aussi au cours du PP, celui-ci perdurant de nombreuses semaines. Il semble donc primordial de continuer à suivre ce risque en postnatal.

A travers ce travail, il ressort que 70,5% des femmes de notre population bénéficient d'une prescription de compression veineuse durant leur grossesse, mais seulement 59% les portent. Nous notons que 16,5% n'ont reçu aucune information concernant ces dispositifs. Il est donc primordial d'intensifier celle-ci, en insistant sur les bénéfices, puisque 85,6% d'entre elles en ont perçu. L'information doit être répétée tout au long de la prise en charge des patientes, afin d'augmenter le taux d'observance.

L'adhésion des professionnels est probablement un point à améliorer. La multiplicité des objectifs du suivi de grossesse peut faire passer l'information concernant la compression veineuse au second plan.

Dans la population que nous avons étudiée, les recommandations de la HAS ne semblent avoir été appliquées qu'à la sous population des femmes ayant des FDR personnels de MTEV et à celles présentant une grossesse gémellaire, alors qu'elles sont toutes concernées.

Bibliographie

- [1] Gardon-Mollard C. Ces dieux qui ont créé la contention, ou l'autre histoire de la contention. *Phlébologie*. 2009; 62(3) : 68-76.
- [2] Maggisano R, Harrison A. Le système veineux. *TASPAAT*. Octobre 2004, mise à jour en janvier 2010.
- [3] Bremme KA. Haemostatic changes in pregnancy. *Best Practice and Research Clinical Haematology*. 2003; 16 : 153-68.
- [4] Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et de Chirurgie vasculaire. Insuffisance veineuse chronique, varices. Item 136. Juin 2010. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/medecine-vasculaire/poly-medecine-vasculaire.pdf>
- [5] Morange P. La thrombose veineuse (Phlébite). *Inserm*. Novembre 2015. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/thrombose-veineuse-phlebite>
- [6] Bénard E, Lafuma A, Ravaud P. Epidemiology of venous thromboembolic disease. *Presse Med*. 2005; 34(6) : 415- 9.
- [7] Cornu-Thenard A, Boivin P. Les affections veineuses chroniques au cours de la grossesse : intérêt de la compression médicale. *Société Française de Phlébologie*. 2012; 65(2) : 33-40.
- [8] Taylor J, Hicks C, Heller J. The hemodynamic effects of pregnancy on the lower extremity venous system. *Journal of Vascular Surgery : Venous and Lymphatic Disorders*. 2017 : 1-9.
- [9] Inserm. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2007-2009. *Inserm unité 953*, octobre 2013 : 33-35.
- [10] Horellou M-H, Plu-Bureau G, Lepercq J. Maladie thromboembolique veineuse et grossesse. *Hémostase*. Mars 2016; 329 : 17-25.
- [11] Vin F. Diagnostic et prise en charge d'une thrombose veineuse profonde proximale. *Réalités cardiologiques*. N°219, cahier 1, septembre 2006.
- [12] Appert-Flory A, Fischer F, Toulon P. Contraception orale estroprogestative et thrombophilie. *La lettre du gynécologue*. N°300, mars 2005.
- [13] Benhamou D. Maladie thromboembolique veineuse et grossesse. *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)*. 2010 : 169-180.
- [14] Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri opératoire et obstétricale. *Recommandations pour la pratique clinique. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 24. 2005 : 967-969.

- [15] Abdul Sultan A, Tata LJ, Grainge MJ, West J. 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*. 2013; 8(7) : e70310.
- [16] Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *New England Journal of Medicine*. 2014; 370 : 1307-15.
- [17] Olié V, Moutengou E, Barry Y, Deneux-Tharaux C, Pessione F, Plu-Bureau G. Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le post-partum, France, 2009-2014. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2016; (7-8) : 139-47. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_6.html
- [18] Sigvaris. Risque veineux et grossesse : une situation préoccupante pour les femmes. France, 2013.
- [19] Pabinger I, Grafenhofer H, Kyrle PA, Quehenberger P, Mannhalter C, Lechner K *et al*. Temporary increase in the risk for recurrence during pregnancy in women with a history of venous thromboembolism. *Blood* 2002; 100(3) : 1060-2.
- [20] Lidegaard O, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism : National follow-up study. *British Medical Journal*. 2009; 339 : b2890.
- [21] Delluc A, Le Moigne E, Mottier D. Risque de maladie veineuse thromboembolique chez la femme en âge de procréer. *mt* 2011; 17 (3) : 213-33.
- [22] Conférence de consensus Thrombophilie et Grossesse. Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires. ANAES. Mars 2003, Paris. Disponible sur : http://www.clubdeperifoetologie.fr/documents/conference_texte_court.pdf
- [23] Sajid M.S, Tai N.R, Goli G, Morris R.W, Baker D.M, Hamilton G. Knee versus thigh length graduated compression stockings for prevention of deep venous thrombosis : a systematic review. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2006; 32(6) : 730-6.
- [24] HAS. Dispositifs de compression médicale à usage individuel. Utilisation en pathologies vasculaires. Révision de la liste des produits et prestations remboursables. Septembre 2010. p 285-291.
- [25] HAS. La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse. Décembre 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_compression_medicale_en_prevention_de_la_thrombose_veineuse.pdf

- [26] Arrêté du 9 janvier 2006 du Code de Santé Publique fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF n°11 du 13 janvier 2006 page 532 texte n°33.
- [27] Arrêté du 27 juin 2006 du Code de Santé Publique fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, modifié le 29 décembre 2017.
- [28] Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JORF n°88 du 14 avril 2007, page 6861 texte n° 126.
- [29] Bosson JL. CELEST. Evaluation de l'efficacité de la compression élastique dans la prévention du syndrome post thrombotique. Grenoble. 2011. Disponible sur : <http://recherche-clinique.ujf-grenoble.fr/celest/lettreSFMV.pdf>
- [30] Cazaubon M, Phan Chan E, Allaert FA. Compliance à la compression veineuse médicale chez la femme dans le contexte de la grossesse/enquête auprès des médecins du travail. Groupe travail SFA, Journées internationales et francophones angéiologie. Société Française d'Angéiologie Paris, 2015. Disponible sur : <http://www.congres.eska.fr/pdf/JIFA%202015%20Cazaubon%20M.%20Phan%20Chan%20T%20he%20E.,%20Allaert%20FA..pdf>
- [31] Allaert F.A et al. Factors influencing compliance with compression stockings : an observational study in community pharmacies. American Venous Forum, 2013.
- [32] Benigni JP, Rastel D. Observance du port des bas de compression médicale. Société Française de Phlébologie. 2014; 67(2) : 58-63.
- [33] Airvein. Insuffisance Veineuse. [Internet]. Disponible sur : http://www.airvein.com/insuffisance_veineuse.html
- [34] Mes Jambes.com. Veines superficielles et veines profondes. [Internet]. Disponible sur : <https://mes-jambes.com/img/veines-profondes-superficielles.JPG>
- [35] Dr Hamid Channane. Fonctionnement des valves veineuses. [Internet]. Disponible sur : <http://www.channane-vasculaire.ma/varices-et-phlebologie/varices-des-membres-inferieurs/>
- [36] Sigvaris; groupe Ganzoni France.
- [37] Bas de contention.fr. [Internet]. Disponible sur : <http://www.basdecontention.fr/bas-de-contention/bas-de-contention-pour-les-femmes>
- [38] Venoflex Kokoon. [Internet]. Disponible sur : <https://www.mes-jambes.com/thuasne-venoflex/354-collants-de-contention-venoflex-kokoon-classe-2.html>
- [39] Ameli Santé. Comment utiliser et entretenir vos bas ou collants de compression ? Mai 2017. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/bons-gestes/quotidien/utiliser-bas-collants-compression> [consulté le 22 septembre 2017].

Annexes

Annexe I : La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse [25]

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.

Annexe II : Questionnaire distribué en suites de couches

Etude de la compression veineuse des membres inférieurs chez la femme enceinte

Bonjour, étudiante sage-femme en 4^{ème} année à Nantes, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur la compression veineuse pendant la grossesse. Ce questionnaire est anonyme.

Claire,
Etudiante sage-femme

I- Données générales :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- a. < 20 ans
 - b. 20-29 ans
 - c. 30-35 ans
 - d. >35 ans
- 2) En comptant cette naissance, combien d'enfants avez vous ? _____
- 3) Quel est votre niveau d'études ?
- a. Primaire/Collège
 - b. Lycée (enseignement général ou professionnel)
 - c. Etudes supérieures
- 4) Quelle profession exercez-vous ?
- a. Agricultrice
 - b. Artisane, commerçante
 - c. Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur, ...)
 - d. Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître, ...)
 - e. Employée
 - f. Ouvrière
 - g. Etudiante
 - h. Sans profession
 - i. Autre, précisez : _____
- 5) Quelle est votre taille ? _____ cm
- 6) Quel était votre poids avant la grossesse ? _____ kg
- 7) Combien de kilos avez-vous pris pendant cette grossesse ? _____ kg
- 8) Fumiez-vous avant la grossesse ?
- a. Non
 - b. Oui
- Si oui : Combien de cigarettes par jour ? _____
- Avez-vous continué pendant la grossesse ?
- o Non
 - o Oui Combien de cigarettes par jour ? _____
- 9) De quel organisme de sécurité sociale dépendez-vous ?
- a. CPAM
 - b. Sécurité sociale étudiant (SMEBA, LMDE)
 - c. CMU
 - d. Sans sécurité sociale
 - e. Autre, précisez : _____

- 10) Avez-vous une mutuelle (complémentaire)
- a. Oui
 - b. Non

II- Antécédents :

- 11) Avez-vous notion de varices, d'insuffisance veineuse, de phlébite, ou d'embolie pulmonaire dans votre famille ?
- a. Non
 - b. Oui précisez : _____
- 12) Antécédents personnels :
- a. Avez-vous des problèmes d'insuffisance veineuse, de varices importantes ?
 - Non
 - Oui
 - b. Avez-vous déjà eu :
 - une phlébite ?
 - Non
 - Oui
 - une embolie pulmonaire ?
 - Non
 - Oui
 - c. Avez-vous des problèmes de coagulation ?
 - Non
 - Oui
- 13) Avez-vous été opérée pour raison d'insuffisance veineuse (varices, ...) ?
- a. Non
 - b. Oui
- 14) Quelle contraception utilisiez-vous avant d'envisager votre grossesse ?
- a. Pilule oestro-progestative
 - b. Pilule progestative
 - c. Implant
 - d. Stérilet au cuivre
 - e. Stérilet hormonal
 - f. Patch
 - g. Préservatifs
 - h. Méthodes naturelles
 - i. Aucune
 - j. Autre, précisez : _____
- 15) Quel professionnel vous suivait sur le plan gynécologique avant la grossesse ?
- a. Sage-femme
 - b. Gynécologue
 - c. Médecin traitant

III- Compression pendant la grossesse :

- 16) Quel(s) professionnel(s) a(ont) suivi votre grossesse ?
- a. Sage-femme
 - b. Gynécologue/obstétricien
 - c. Médecin traitant
 - d. Autres, précisez : _____
- 17) Avez-vous entendu parler de compression veineuse ? Si oui par qui ?
- a. Corps médical :
 - Sage-femme
 - Gynécologue/obstétricien
 - Médecin traitant
 - Ostéopathe
 - b. Amis
 - c. Famille
 - d. Média
 - e. Internet
 - f. Autres, précisez : _____
- 18) Pendant la grossesse portiez-vous des chaussettes, bas ou collants de compression ?
- a. Si oui veuillez passer directement à la question n°19
 - Si non, pour quelle raison ?
 - Pas de prescription
 - Prescription mais non portés
 - Trop cher
 - Pas d'information reçue
 - Autres, précisez : _____
- SI vous avez répondu non veuillez passer à la question n°20
- 19) Si vous portiez des bas, chaussettes ou collants de compression :
- a. A partir de quand vous les a-t-on prescrits ?
 - 1^{er} trimestre
 - 2^{ème} trimestre
 - 3^{ème} trimestre
 - b. Quelle classe de compression veineuse avez-vous ?
 - Classe 1
 - Classe 2
 - Classe 3
 - Ne sais pas
 - c. Quel type de compression veineuse avez vous ?
 - Chaussettes
 - Bas
 - Collants
 - d. Avez-vous ressenti des bénéfices en les portant ?
 - Non
 - Oui lequel/lesquels ?

- i. Diminution des douleurs
- ii. Diminution des œdèmes
- iii. Diminution des lourdeurs
- iv. Autres, précisez : _____

- 20) Pour quels motifs vous les a-t-on prescrits ?
- a. Prévention
 - b. Après une intervention
 - c. Symptômes (rougeur, douleur, chaleur, gonflement, ...)
 - d. Autres, précisez : _____

- 21) Quels arguments vous a-t-on donnés ?
- a. Prévention des symptômes de l'insuffisance veineuse
 - b. Prévention de la phlébite
 - c. Autres, précisez : _____

- 22) En portiez-vous avant votre grossesse ?
- a. Oui
 - b. Non

- 23) Pendant votre grossesse, avez-vous eu :
- a. Des sensations de lourdeur des jambes
 - b. Des hémorroïdes
 - c. L'apparition de varices
 - d. Des œdèmes
 - e. Autres, précisez : _____

IV- Grossesse :

- 24) Cette grossesse était-elle :
- a. Mono fœtale
 - b. Multiple

- 25) Avez-vous été opérée pendant votre grossesse ?
- a. Non
 - b. Oui
- Si oui, quelle opération ? _____

- 26) Avez-vous dû être alitée ?
- a. Non
 - b. Oui
- Si oui pour quel motif ? _____
- Pour quelle durée ? _____

27) Autres évènements ou pathologies survenus pendant la grossesse ? _____

Souhaitez-vous ajouter un détail en rapport avec le sujet qui n'aurait pas été abordé à travers ce questionnaire ? _____

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire d'évaluation de qualité de vie de l'insuffisance veineuse :

Beaucoup de Français se plaignent d'avoir mal aux jambes. Nous cherchons à savoir quelle est la fréquence de ces problèmes de jambes, et en quoi ceux-ci peuvent affecter la vie quotidienne de ceux qui en souffrent.

Vous trouverez ci-après un certain nombre de symptômes, de sensations ou de gênes que vous pouvez ou non éprouver, et qui peuvent rendre la vie quotidienne plus ou moins pénible. Pour chaque symptôme, sensation ou gêne énoncés, nous vous demandons de répondre à la question posée :

Comment répondre ? Vous indiquerez si vous avez vraiment éprouvé ce que décrit la phrase, et si oui, avec quelle intensité. Cinq réponses sont prévues, vous devez entourer celle qui correspond le mieux à votre situation :

- 1** si vous ne vous sentez pas concernée(e) par le symptôme, ou la sensation ou la gêne décrite,
2, 3, 4 ou 5 si vous l'avez ressenti avec plus ou moins d'intensité.

1. Dans les quatre dernières semaines, avez-vous eu des douleurs dans les chevilles ou dans les jambes, et quelle a été l'intensité de ces douleurs ? (Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Aucune douleur	Douleurs légères	Douleurs modérées	Douleurs importantes	Douleurs intenses
1	2	3	4	5

2. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous senti gêné(e) dans votre travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de vos problèmes de jambes ?

(Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Aucune gêne	Un peu gêné(e)	Modérément gêné	Très gêné	Extrêmement gêné
1	2	3	4	5

3. Dans les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de mal dormir à cause de votre problème de jambe, et quelle fréquence ? (Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent	Toutes les nuits
1	2	3	4	5

Dans les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes de jambes vous ont-ils gêné(e) pour effectuer les gestes ou les activités indiquées ci-après ?
 (Pour chaque énoncé figurant dans la colonne de gauche du tableau ci-dessous, indiquez dans quelle mesure vous êtes gêné(e) en entourant le chiffre choisi)

	Aucune gêne	Un peu gêné(e)	Modérément gêné(e)	Très gêné(e)	Impossible à faire
4. Rester longtemps debout	1	2	3	4	5
5. Monter plusieurs étages	1	2	3	4	5
6. S'accroupir/s'agenouiller	1	2	3	4	5
7. Marcher d'un bon pas	1	2	3	4	5
8. Voyager en voiture	1	2	3	4	5
9. Effectuer certaines tâches domestiques (piétiner dans la cuisine, porter un enfant dans les bras, nettoyer sols ou meubles, bricoler...)	1	2	3	4	5
10. aller à des soirées, des fêtes, des cocktails, suivre une visite guidée...)	1	2	3	4	5
11. Pratiquer un sport, faire des efforts physiques importants	1	2	3	4	5

Les problèmes de jambes peuvent avoir également des effets sur le moral. Dans quelle mesure les phrases suivantes correspondent-elles à ce que vous avez ressenti au cours de ces quatre dernières semaines ?
 (pour chaque énoncé figurant dans la colonne de gauche du tableau ci-dessous, entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse).

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
12. Je me sens nerveux(se), tendu(e)	1	2	3	4	5
13. Je me fatigue vite	1	2	3	4	5
14. J'ai l'impression d'être un boulet	1	2	3	4	5
15. Je dois tout le temps prendre des précautions	1	2	3	4	5
16. Je suis gêné(e) de montrer mes jambes	1	2	3	4	5
17. Je suis facilement irritable	1	2	3	4	5
18. J'ai l'impression d'être handicapé(e)	1	2	3	4	5
19. J'ai des difficultés à me mettre en train le matin	1	2	3	4	5
20. je n'ai pas l'envie de sortir	1	2	3	4	5

Questionnaire extrait du Score CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency quality of life Questionnaire)

Si vous portiez des collants, bas ou chaussettes de contention pendant votre grossesse, veuillez répondre au questionnaire ci-dessous :

QUESTIONNAIRE EVALUANT LES CONTRAINTES LIEES AUX BAS DE COMPRESSION

COMMENT RÉPONDRE : Les questions qui suivent portent sur les difficultés que vous avez pu rencontrer avec vos bas de compression telles que vous les ressentez ou que vous les avez ressenties.

Ces informations nous permettront de mieux comprendre votre vécu au quotidien avec vos bas et les contraintes induites.

Pour chacune des questions, vous pouvez cocher plusieurs réponses

1- Comment vivez-vous le fait de porter des bas de compression actuellement ?

- Aucune gêne
- Gênant car obligation de prendre du temps chaque jour pour les enfiler
- Gênant car c'est toujours un moment de stress au moment de les mettre
- Difficile à garder sur soi car la pression est trop forte
- Difficile à garder sur soi car les bas tiennent trop chaud
- Difficile à garder sur soi car les bas entraînent trop de douleurs
- Difficile à garder sur soi pour des raisons esthétiques
- Difficile de supporter le regard des autres
- Autres ressentis : préciser le ou lesquelles :

2- Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous des difficultés à mettre vos bas de compression tous les jours ?

- Ils ne sont vraiment pas pratiques à mettre
- Cela me demande trop de temps le matin pour arriver à les enfiler
- Je n'arrive pas ou avec grande difficulté à passer mes talons
- Je n'ai pas assez de force pour les tirer
- J'ai des difficultés pour me baisser
- Quand ils « résistent », je n'ai pas la patience de recommencer plusieurs fois
- J'ai des difficultés au niveau des mains (arthrose, tremblements...) pour assurer une bonne prise des bas
- Autres difficultés : préciser la ou lesquelles :

QUESTIONNAIRE EVALUANT LES DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE

COMMENT RÉPONDRE : Les questions qui suivent portent sur les raisons qui vous donnent envie ou non de mettre vos bas de compression. Ces informations nous permettront de mieux comprendre ce qui peut vous aider à mettre régulièrement vos bas et à l'inverse ce qui peut vous gêner.

Pour chacune des questions, vous pouvez cocher plusieurs réponses

1- Quelle(s) sont la ou les raison(s) qui vous motive à mettre les bas de compression tous les jours ?

- Je n'ai pas de raisons particulières, j'ai confiance en mon médecin et j'applique sa prescription
- J'ai compris l'intérêt de les mettre pour ma santé
- Je trouve que mes bas m'apportent un confort au quotidien (mes jambes sont moins lourdes...)
- J'ai une connaissance (amis, collègues, famille..) qui en a déjà porté et m'a convaincu des bienfaits du port régulier des bas de compression
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je trouve qu'il y a plus de contraintes à les mettre que d'effet ressenti
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je ne suis pas convaincu de leur efficacité
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je n'arrive pas à faire abstraction du regard des autres
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car ils me rappellent trop ceux que portait ma grand-mère ou mon grand-père
- Autres raisons : préciser la ou lesquelles :

2- Pouvez-vous nous dire ce qui vous a aidé ou pourrait vous aider à mettre vos bas de compression chaque jour ?

- Avoir l'aide d'une personne de mon entourage
- Avoir essayé de les mettre une première fois chez mon médecin
- Avoir d'abord eu l'aide d'une infirmière à mon domicile pour m'entraîner et ensuite le faire seul(e)
- Etre convaincu(e) de l'intérêt de les porter
- Avoir pris l'habitude de les mettre en même temps que d'enfiler mes autres vêtements, le faire automatiquement
- Ne pas vivre ce geste comme une contrainte
- Avoir un soutien régulier d'un professionnel de santé et/ou d'un proche pour se remotiver à les mettre régulièrement
- Que l'image des bas de compression évolue dans la société (par la publicité par exemple)
- Autres aides : préciser la ou lesquelles :

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Etude CELEST
Compression Elastique – Evaluation du
Syndrome post-Thrombotique



**QUESTIONNAIRES D'AUTO-
EVALUATION A REMPLIR PAR LE
PATIENT**

Cadre réservé au médecin		
N° Centre __ __ __	N° Patient __ __ __	Initiales __ __ __
VISITE :	<input type="checkbox"/> 3 MOIS	<input type="checkbox"/> 12 MOIS <input type="checkbox"/> 24 MOIS
Date du jour de remplissage :	__ __ / __ __ / __ __	

N° Centre | ___ | ___ | ___ |

N° Patient | ___ | ___ | ___ |

Initiales | ___ | ___ | ___ |

AUTO QUESTIONNAIRES PATIENT**Questionnaire CIVIQ**

Beaucoup de Français se plaignent d'avoir mal aux jambes. Nous cherchons à savoir quelle est la fréquence de ces problèmes de jambes, et en quoi ceux-ci peuvent affecter la vie quotidienne de ceux qui en souffrent.

Vous trouverez ci-après un certain nombre de symptômes, de sensations ou de gênes que vous pouvez ou non éprouver, et qui peuvent rendre la vie quotidienne plus ou moins pénible. Pour chaque symptôme, sensation ou gêne énoncés, nous vous demandons de répondre à la question posée :

Comment répondre ? Vous indiquerez si vous avez vraiment éprouvé ce que décrit la phrase, et si oui, avec quelle intensité. Cinq réponses sont prévues, vous devez entourer celle qui correspond le mieux à votre situation :

- 1** si vous ne vous sentez pas concernée(e) par le symptôme, ou la sensation ou la gêne décrite,
2, 3, 4 ou 5 si vous l'avez ressenti avec plus ou moins d'intensité.

1. Dans les quatre dernières semaines, avez-vous eu des douleurs dans les chevilles ou dans les jambes, et quelle a été l'intensité de ces douleurs ? (Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Aucune douleur	Douleurs légères	Douleurs modérées	Douleurs importantes	Douleurs intenses
1	2	3	4	5

2. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous senti gêné(e) dans votre travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de vos problèmes de jambes ?

(Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Aucune gêne	Un peu gêné(e)	Modérément gêné	Très gêné	Extrêmement gêné
1	2	3	4	5

3. Dans les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de mal dormir à cause de votre problème de jambe, et quelle fréquence ? (Entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse)

Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent	Toutes les nuits
1	2	3	4	5

N° Centre | ___ | ___ | ___ |

N° Patient | ___ | ___ | ___ |

Initiales | ___ | ___ | ___ |

Dans les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos problèmes de jambes vous ont-ils gêné(e) pour effectuer les gestes ou les activités indiquées ci-après ?

(Pour chaque énoncé figurant dans la colonne de gauche du tableau ci-dessous, indiquez dans quelle mesure vous êtes gêné(e) en entourant le chiffre choisi)

	Aucune gêne	Un peu gêné(e)	Modérément gêné(e)	Très gêné(e)	Impossible à faire
4. Rester longtemps debout	1	2	3	4	5
5. Monter plusieurs étages	1	2	3	4	5
6. S'accroupir/s'agenouiller	1	2	3	4	5
7. Marcher d'un bon pas	1	2	3	4	5
8. Voyager en voiture	1	2	3	4	5
9. Effectuer certaines tâches domestiques (plétiner dans la cuisine, porter un enfant dans les bras, nettoyer sols ou meubles, bricoler...)	1	2	3	4	5
10. aller à des soirées, des fêtes, des cocktails, suivre une visite guidée...)	1	2	3	4	5
11. Pratiquer un sport, faire des efforts physiques importants	1	2	3	4	5

Les problèmes de jambes peuvent avoir également des effets sur le moral. Dans quelle mesure les phrases suivantes correspondent-elles à ce que vous avez ressenti au cours de ces quatre dernières semaines ?

(pour chaque énoncé figurant dans la colonne de gauche du tableau ci-dessous, entourez le chiffre correspondant à la bonne réponse).

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
12. Je me sens nerveux(se), tendu(e)	1	2	3	4	5
13. Je me fatigue vite	1	2	3	4	5
14. J'ai l'impression d'être un boulet	1	2	3	4	5
15. Je dois tout le temps prendre des précautions	1	2	3	4	5
16. Je suis gêné(e) de montrer mes jambes	1	2	3	4	5
17. Je suis facilement irritable	1	2	3	4	5
18. J'ai l'impression d'être handicapé(e)	1	2	3	4	5
19. J'ai des difficultés à me mettre en train le matin	1	2	3	4	5
20. Je n'ai pas l'envie de sortir	1	2	3	4	5

**VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI
UNE REPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS.**

N° Centre | ___ | ___ | ___ |

N° Patient | ___ | ___ | ___ |

Initiales | ___ | ___ | ___ |

Questionnaire EUROQOL

1 - Indiquez votre état de santé actuel en cochant la case qui décrit le mieux votre état pour les 5 thèmes ci-dessous

Meilleur état de santé imaginable

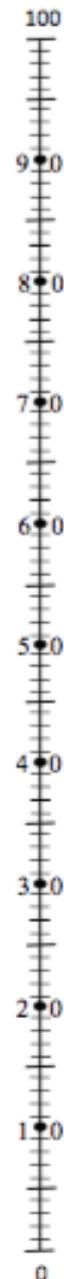
1. Mobilité
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour me déplacer à pied <input type="checkbox"/> Je suis obligé(e) de rester alité(e)
2. Autonomie de la personne
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) <input type="checkbox"/> Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)
3. Activités courantes <i>(exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)</i>
<input type="checkbox"/> Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes <input type="checkbox"/> Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes
4. Douleur/Gêne
<input type="checkbox"/> Je n'ai ni douleurs ni gêne <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) <input type="checkbox"/> J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)
5. Anxiété/Dépression
<input type="checkbox"/> Je ne suis ni anxieux (se) ni déprimé(e) <input type="checkbox"/> Je suis modérément anxieux (se) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> Je suis extrêmement anxieux (se) ou déprimé(e)

2 - Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

Cadre réservé au centre de coordination de l'étude

Valeur de l'EVA en mm : | ___ | ___ | ___ |



Pire état de santé imaginable

N° Centre | ___ | ___ | ___ |

N° Patient | ___ | ___ | ___ |

Initiales | ___ | ___ | ___ |

QUESTIONNAIRES OBSERVANCE

QUESTIONNAIRE DE MORISKY-GREEN

COMMENT RÉPONDRE : Les questions qui suivent portent sur votre connaissance de vos bas de compression et sur votre santé telle que vous la ressentez.

Ces informations nous permettront de mieux identifier les contraintes liées à la mise et au port de vos bas de compression.

1. Ce matin, avez-vous oublié de mettre vos bas de compression ? Oui Non
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous eu besoin de renouveler vos bas de compression ? Oui Non
3. Vous est-il arrivé de retarder dans la journée la mise de vos bas de compression ? Oui Non
4. Vous est-il arrivé de ne pas mettre vos bas de compression parce que certains jours vous pouvez les oublier ? Oui Non
5. Vous est-il arrivé de ne pas mettre vos bas de compression parce que certains jours vous avez l'impression que vos bas vous font plus de mal que de bien ? Oui Non
6. Pensez-vous que vous devez mettre trop souvent ou trop longtemps vos bas de compression ? Oui Non

D'après Girerd et al. Presse Med 2001 Jun 16-23;30(21):1044-8.

N° Centre |__|__|__|

N° Patient |__|__|__|

Initiales |__|__|__|

QUESTIONNAIRE EVALUANT LES CONTRAINTES LIEES AUX BAS DE COMPRESSION

COMMENT RÉPONDRE : Les questions qui suivent portent sur les difficultés que vous avez pu rencontrer avec vos bas de compression telles que vous les ressentez ou que vous les avez ressenties.

Ces informations nous permettront de mieux comprendre votre vécu au quotidien avec vos bas et les contraintes induites.

Pour chacune des questions, vous pouvez cocher plusieurs réponses

1- Comment vivez-vous le fait de porter des bas de compression actuellement ?

- Aucune gêne
- Gênant car obligation de prendre du temps chaque jour pour les enfiler
- Gênant car c'est toujours un moment de stress au moment de les mettre
- Difficile à garder sur soi car la pression est trop forte
- Difficile à garder sur soi car les bas tiennent trop chaud
- Difficile à garder sur soi car les bas entraînent trop de douleurs
- Difficile à garder sur soi pour des raisons esthétiques
- Difficile de supporter le regard des autres
- Autres ressentis : préciser le ou lesquelles :

2- Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous des difficultés à mettre vos bas de compression tous les jours ?

- Ils ne sont vraiment pas pratiques à mettre
- Cela me demande trop de temps le matin pour arriver à les enfiler
- Je n'arrive pas ou avec grande difficulté à passer mes talons
- Je n'ai pas assez de force pour les tirer
- J'ai des difficultés pour me baisser
- Quand ils « résistent », je n'ai pas la patience de recommencer plusieurs fois
- J'ai des difficultés au niveau des mains (arthrose, tremblements...) pour assurer une bonne prise des bas
- Autres difficultés : préciser la ou lesquelles :

**VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI
UNE REPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS.**

N° Centre |__|__|__|

N° Patient |__|__|__|

Initiales |__|__|__|

QUESTIONNAIRE EVALUANT LES DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE

COMMENT RÉPONDRE : Les questions qui suivent portent sur les raisons qui vous donnent envie ou non de mettre vos bas de compression. Ces informations nous permettront de mieux comprendre ce qui peut vous aider à mettre régulièrement vos bas et à l'inverse ce qui peut vous gêner.

Pour chacune des questions, vous pouvez cocher plusieurs réponses

1- Quelle(s) sont la ou les raison(s) qui vous motive à mettre les bas de compression tous les jours ?

- Je n'ai pas de raisons particulières, j'ai confiance en mon médecin et j'applique sa prescription
- J'ai compris l'intérêt de les mettre pour ma santé
- Je trouve que mes bas m'apportent un confort au quotidien (mes jambes sont moins lourdes...)
- J'ai une connaissance (amis, collègues, famille...) qui en a déjà porté et m'a convaincu des bienfaits du port régulier des bas de compression
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je trouve qu'il y a plus de contraintes à les mettre que d'effet ressenti
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je ne suis pas convaincu de leur efficacité
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car je n'arrive pas à faire abstraction du regard des autres
- J'ai du mal à trouver une raison de les mettre car ils me rappellent trop ceux que portait ma grand-mère ou mon grand-père
- Autres raisons : préciser la ou lesquelles :

N° Centre | ___ | ___ | ___ |

N° Patient | ___ | ___ | ___ |

Initiales | ___ | ___ | ___ |

2- Pouvez-vous nous dire ce qui vous a aidé ou pourrait vous aider à mettre vos bas de compression chaque jour ?

- Avoir l'aide d'une personne de mon entourage
- Avoir essayé de les mettre une première fois chez mon médecin
- Avoir d'abord eu l'aide d'une infirmière à mon domicile pour m'entraîner et ensuite le faire seul(e)
- Etre convaincu(e) de l'intérêt de les porter
- Avoir pris l'habitude de les mettre en même temps que d'enfiler mes autres vêtements, le faire automatiquement
- Ne pas vivre ce geste comme une contrainte
- Avoir un soutien régulier d'un professionnel de santé et/ou d'un proche pour se remotiver à les mettre régulièrement
- Que l'image des bas de compression évolue dans la société (par la publicité par exemple)
- Autres aides : préciser la ou lesquelles :

VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI
UNE REPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS.

FIN DES QUESTIONNAIRES

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe IV : Résultats du score CIVIQ des patientes interrogées

Voici la proportion de femmes (en %) concernées par des gênes ressenties au niveau des membres inférieurs et ayant une répercussion sur leur qualité de vie.

Douleurs des membres inférieurs au cours des quatre dernières semaines				
Aucune douleur	Douleurs légères	Douleurs modérées	Douleurs importantes	Douleurs intenses
28	35	25,5	11,5	0
Gêne au travail et/ou dans les activités au cours des quatre dernières semaines				
Aucune gêne	Un peu gênée	Modérément gênée	Très gênée	Extrêmement gênée
32	37,5	21	7,5	2
Problème de sommeil en lien avec les problèmes de jambes au cours des quatre dernières semaines				
Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent	Toutes les nuits
37,5	38	20	3	1,5

Voici la proportion de femmes (en %) concernées par des gênes au niveau des membres inférieurs et ayant une répercussion sur leurs activités quotidiennes.

	Aucune gêne	Un peu gênée	Modérément gênée	Très gênée	Impossible à faire
Rester longtemps debout	21,5	26	26,5	18,5	7,5
Monter plusieurs étages	33	26,5	20	16	4,5
S'accroupir/s'agenouiller	42,5	32,5	15,5	9	0,5
Marcher d'un bon pas	36	24	22	14,5	3,5
Voyager en voiture	47,5	29,5	19	4	0
Effectuer certaines tâches domestiques (piétiner dans la cuisine, porter un enfant dans les bras, nettoyer sols ou meubles, bricoler, ...)	33	31	23,5	12,5	0
Aller à des soirées, des fêtes, des cocktails, suivre une visite guidée	46,5	25,5	14	7,5	6,5
Pratiquer un sport, faire des efforts physiques importants	35	29,5	15	6	14,5

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
Je me sens nerveuse, tendue	57,5	23,5	13	5	1
Je me fatigue vite	21	16,5	25,5	26,5	10,5
J'ai l'impression d'être un boulet	56,5	18,5	12	11	2
Je dois tout le temps prendre des précautions	44,5	30,5	17	6,5	1,5
Je suis gênée de montrer mes jambes	60	19	13,5	4,5	3
Je suis facilement irritable	62	22,5	7,5	7,5	0,5
J'ai l'impression d'être handicapée	71,5	12,5	8	4,5	3,5
J'ai des difficultés à me mettre en train le matin	53	33,5	9	4	0,5
Je n'ai pas l'envie de sortir	50,5	30,5	12	3	4

Etude de la prévalence du port de compression veineuse durant la grossesse : évaluation du suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur un échantillon de 200 femmes au CHU de Nantes

Objectif : En décembre 2010 la Haute Autorité de Santé a préconisé le port de dispositifs permettant une compression veineuse pour toutes les femmes durant la grossesse et les six premières semaines du post-partum. Ce délai passe à six mois dans le post-partum en cas de césarienne. Nous nous sommes ainsi intéressés à savoir, de manière objective, si les recommandations de 2010 de la HAS étaient réellement suivies.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête par l'intermédiaire d'un questionnaire. Celui-ci était distribué le deuxième jour du post-partum, aux femmes du service de suites de couches du CHU de Nantes. La distribution s'est déroulée entre le 4 mai 2017 et le 16 juin 2017. Nous avons pu exploiter 200 questionnaires. Les tests utilisés pour la comparaison des pourcentages sont le test du χ^2 et le test de Fisher en fonction des effectifs.

Résultats :

Parmi les femmes interrogées, 83,5% ont reçu une information sur la compression veineuse durant leur grossesse, 70,5% ont bénéficié d'une prescription, mais seulement 59% ont porté leur dispositif de compression veineuse.

Nous notons que 16,3% ne ressentent aucune contrainte en les portant, et uniquement 7,9% des patientes n'ont aucune difficulté pour les enfiler.

Conclusion : Nous remarquons qu'il faut augmenter le taux de prescription des dispositifs de compression, et il semble important de renforcer l'information. Celle-ci doit être répétée afin d'améliorer l'observance des patientes au port de leurs dispositifs médicaux de compression.

Mots clés : Compression veineuse, maladie thromboembolique veineuse, information, prescription, observance.