

# UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2013

N° 031

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DES DE MEDECINE GENERALE**

Par

**Lucie BERNIER**

Née le 27 juillet 1982 à Chambray-Lès-Tours (37)

**Présentée et soutenue publiquement le 22 janvier 2013**

**COMPRESSION MEDICALE DANS L'INSUFFISANCE  
VEINEUSE CHRONIQUE NON COMPLIQUEE :  
EVALUATION DES OBSTACLES RENCONTRES PAR LES  
MEDECINS GENERALISTES**

**A partir d'un focus group de médecins du département de Loire Atlantique  
et de Vendée**

Président : Monsieur le Professeur Marc Antoine PISTORIUS

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Monsieur le Docteur JOSNIN MATTHIEU

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTES DES ABREVIATIONS</b> .....	p.5
<b>INTRODUCTION</b> .....	p.6
<b>PREAMBULE</b> .....	p.8
<b>I Insuffisance veineuse chronique</b> .....	p.8
1. Définitions.....	p.8
2. Physiopathologie.....	p.8
3. Facteurs de risques.....	p.9
4. Expression clinique.....	p.10
5. Étiologie de l'insuffisance veineuse.....	p.11
6. Prise en charge.....	p.14
<b>II Compression veineuse élastique</b> .....	p.15
1. Terminologie et Description des produits .....	p.15
2. Mode d'action et Physiopathologie simplifiée.....	p.16
3. Les mécanismes d'action thérapeutique.....	p.17
4. Type et classe en France.....	p.19
5. Indications .....	p.19
6. Contre-indication .....	p.21
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	p.22
<b>I La méthode : focus group</b> .....	p.22
<b>II Organisation des focus groups</b> .....	p.24
<b>III Méthode d'analyse</b> .....	p.28
<b>RESULTATS</b> .....	p.29

<b>DISCUSSION</b> .....	p.52
<b>I Discussion de la méthode</b> .....	p.52
<b>II Discussion des résultats</b> .....	p.56
<b>CONCLUSION</b> .....	p.66
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.68
ANNEXE 1.....	p.75
ANNEXE 2.....	p.76
ANNEXE 3.....	p.77
ANNEXE 4.....	p.79
ANNEXE 5.....	p.96
ANNEXE 6.....	p.114
ANNEXE 7.....	p.118
SERMENT D’HYPPOCRATE.....	p.124

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

CEAP : Clinique Etiologique Anatomique Physiopathologique

DMG : Département de Médecine Générale

ETP: Education Thérapeutique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPS : Index de Pression Systolique

LPPR : Liste des Prestations et des Produits Remboursables

MSU: Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

UMS : Unité Minimale de Signification

# INTRODUCTION

La compression veineuse est un moyen thérapeutique majeur, simple et efficace de la maladie veineuse chronique. C'est le traitement de base de l'insuffisance veineuse chronique, maladie qui est un véritable problème de santé publique. D'abord par son impact épidémiologique : selon l'INSEE, en France 18 millions d'adultes se plaignent de problèmes de circulation et 10 millions déclarent avoir des varices en 1996 (1,2). Selon l'étude SUVIMAX, la prévalence de la maladie veineuse chronique est de 14,6% chez l'homme et 33,6% chez la femme (3). Elle touche 30 à 40% de la population adulte des pays développés. Puis il ne faut pas omettre ses conséquences socio-économiques, aussi que son retentissement sur la qualité de vie des patients. Trois événements contribuent à l'augmentation de son incidence : la masculinisation de la maladie veineuse, l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population. (1-5).

La compression veineuse fait l'objet de recommandations (4,6,7) et permet d'éviter l'évolution vers des troubles trophiques graves. Néanmoins, son efficacité ne peut être effective que si sa prescription et son utilisation sont adaptées. La justesse de l'indication, la qualité initiale de la prescription et de l'éducation du malade au port de cette orthèse sont importantes, d'autant plus que l'on s'adresse à des malades chroniques (8).

On note pourtant à travers différentes études, un mésusage et une sous-utilisation de la compression veineuse. En effet, si les bas de compression veineuse sont considérés comme d'un apport majeur dans l'insuffisance veineuse, ils sont sous utilisés en partie du fait de problème d'observance : « ce n'est pas beau », « c'est dur à mettre », « c'est désagréable au porter », « ça gêne la circulation », « c'est trop chaud »... (4,9-14). On souligne un manque de rigueur, de la part du prescripteur, dans la rédaction des ordonnances, conduisant à une mauvaise adaptation de l'orthèse (15). On note également un problème de méconnaissance de la physiopathologie de la stase veineuse, des modes d'action et d'application des différents produits de compression (16), ainsi qu'un problème d'éducation des patients. (4,10,14)

Les difficultés de la prescription de la compression veineuse, dans le cadre de l'insuffisance veineuse chronique, n'ont été à ce jour abordées qu'avec des études quantitatives impliquant les prescripteurs de ces orthèses au sens large (médecins généralistes et autres spécialistes) ou à travers les difficultés d'observance rencontrées par les patients. Aucune enquête de terrain

évaluant les problèmes rencontrés par le médecin généraliste n'a été réalisée, leurs pratiques et leurs opinions ne sont pas étudiées. Pourtant le médecin généraliste constitue le premier maillon de la chaîne. Il apparaît indispensable de connaître les éventuelles difficultés rencontrées par le professionnel le plus impliqué.

Le but de cette étude est d'analyser les obstacles rencontrés par le médecin généraliste dans la prescription de la compression veineuse élastique (hors bandages), dans l'insuffisance veineuse chronique essentielle non compliquée (hors maladie thrombo-embolique et ulcère veineux), grâce à la méthode des focus group.

Après un rappel sur l'insuffisance veineuse chronique et la compression veineuse, nous développerons la mise en œuvre de cette étude et ces résultats.

# PREAMBULE

## I Insuffisance veineuse chronique

### 1. Définitions (2,4,7)

Le terme d'affections veineuses chroniques définit l'ensemble des anomalies morphologiques ou fonctionnelles des veines des membres inférieurs qui évoluent sur un mode chronique. Il est la traduction française de l'expression « *chronic venous disorders* » retenu lors de la révision en 2004 de la **classification Clinique Etiologique Anatomique Physiopathologique (CEAP) (annexe 1)**. Cette appellation recouvre la description de manifestations veineuses extrêmement diverses, pathologiques ou non, liées ou non à l'insuffisance veineuse chronique.

L'insuffisance veineuse chronique définit l'ensemble des manifestations cliniques (symptômes ou signes) consécutives à une dysfonction du retour veineux (stase veineuse) des membres inférieurs. Cette stase résulte soit directement d'une affection veineuse chronique, soit indirectement par défaut de compression des veines par le système musculo-aponévrotique (mollet essentiellement). Autrement dit, l'insuffisance veineuse chronique regroupe l'ensemble des manifestations fonctionnelles et les signes physiques cutanés secondaires à la stase veineuse.

### 2. Physiopathologie (2,5,17)

Le retour veineux des membres inférieurs se fait à 90% par le réseau veineux profond cheminant le long des artères, entre les muscles, et à 10% par le réseau veineux superficiel extra aponévrotique (des veines grande et petite saphènes). Le réseau veineux superficiel se draine dans le réseau profond par l'intermédiaire des veines perforantes et des crosses saphéniennes. Les veines des membres inférieurs sont pourvues de valvules qui empêchent le sang de refluer. Le retour veineux est assuré par trois systèmes successifs :

- la semelle plantaire de Lejars (qui dépend de la statique plantaire et du déroulement du pas, permettant l'amorçage de la dynamique veineuse par écrasement de la semelle veineuse plantaire),
- la pompe musculaire du mollet (compression des veines musculaires et profondes lors de la contraction musculaire propulsant le sang vers le cœur grâce à l'orientation des valvules),
- le système abdomino-diaphragmatique (la pompe respiratoire permet l'accélération de la vidange veineuse des membres inférieurs lors de l'expiration par chute de la pression intra abdominale).

En décubitus, la pression veineuse de la cheville est de l'ordre de 10 mmHg. En position debout immobile, elle est d'environ 80 mmHg au niveau de la cheville. A l'initiation de la marche, cette pression chute à moins de 30 mmHg grâce à la contraction musculaire via la semelle plantaire de Lejars, à la pompe musculaire du mollet, au système abdomino-diaphragmatique et au bon fonctionnement valvulaire.

L'insuffisance veineuse est la conséquence d'une défaillance du retour veineux qui va générer une stase et va contribuer à une hyperpression veineuse. Cette hyperpression veineuse prolongée engendre une inflammation chronique qui entraîne à long terme des troubles trophiques.

Trois mécanismes principaux contribuent à la défaillance du retour veineux et à la stase : la maladie variqueuse, la maladie post-thrombotique et l'insuffisance veineuse fonctionnelle (veines morphologiquement normales).

### **3. Facteurs de risques de l'insuffisance veineuse**

Ils sont nombreux : l'âge, les antécédents familiaux de varices, l'obésité et l'excès pondérale, la grossesse et le nombre de grossesses, les traitements hormonaux (les œstrogènes augmentent la capacité veineuse alors que la progestérone augmente la distension veineuse), la station debout prolongée, la grande taille, le sexe féminin (à cause d'un biais de recrutement avec des consultations plus fréquentes des femmes par rapport aux hommes qui consultent plus tard et à un stade plus évolué de la maladie veineuse), les conditions de vie et conditions de travail (station debout prolongée, piétinement intensif), la chaleur (2,3,17-19).

D'autres facteurs sont irrégulièrement observés dans les études : constipation, tabac, manques de fibres alimentaires, classe sociale, hypertension. (3,19)

On note également des facteurs de risques de progression de la maladie veineuse assez similaires aux précédents: âge, obésité, tabac, grossesse, sexe féminin, hypertension, hormones, la sensation de gonflement des jambes, la profession, la dysfonction de la pompe musculaire du mollet, des facteurs génétiques, humoraux... les veines variqueuses, l'œdème prenant le godet (18,20).

#### **4. Expression clinique de l'insuffisance veineuse** (2,4,5,17)

##### **4.1 Les signes fonctionnels**

Ils sont fréquents, variés et peu spécifiques : jambes lourdes ou douloureuses, crampes, démangeaisons.... Le caractère veineux de cette symptomatologie est évoqué devant leur majoration au cours de la journée, après station debout ou assise prolongée et par la chaleur, et leur amélioration avec l'exercice physique, la compression veineuse, la surélévation de membre et le froid. D'autres signes, moins connus, peuvent induire une confusion diagnostique : impatiences nocturnes (besoin impérieux de mobiliser les jambes, pouvant s'intégrer dans le cadre du syndrome des jambes sans repos), brûlures et rougeurs nocturnes (réveillant le malade et l'obligeant à rechercher le contact avec le froid, à différencier de l'érythermalgie vraie), claudication veineuse intermittente (lors d'une obstruction chronique de l'un des trois confluent veineux, avec une tension douloureuse de la jambe à la marche qui cède lentement après la mise en décubitus avec surélévation du pied).

##### **4.2 Les signes physiques**

Ils sont le reflet de l'hyperpression et de la stase veineuse. Ils sont à rechercher chez un malade en position debout. Ils sont accompagnés ou non de symptômes :

- les télangectasies : confluences de veinules intradermiques dilatées dont le calibre est inférieur à 1mm, réparties en têtes de méduses, en réseau, en bouquet, rouge ou bleutées ;
- les veines réticulaires : veines sous dermiques bleutées dilatées d'un diamètre de 1 à 3mm, disposées en maille ;

- les varices : veines sous cutanées bleutées dont le diamètre est supérieur à 3mm en position debout ;
- l'œdème du pied, blanc, mou, prenant le godet, initialement au niveau de la cheville et respectant l'avant pied. Il est à prédominance vespéral, et disparaît après surélévation de la jambe, sans redistribution vers d'autres territoires ;
- la couronne phlébectasique de la cheville et de l'arche plantaire, constituée de varicosités bleutés, évocatrice de risque d'évolution vers des troubles trophiques sévères ;
- la dermite ocre : coloration brunâtre de la peau traduisant le passage des hématies libérant leurs pigments ferriques ;
- l'eczéma : dermo-épidermite érythémato-squameuse prurigineuse, à différencier d'un eczéma de sensibilisation à l'application locale d'un topique ;
- la dermo-hypodermite de stase ou lipodermatosclérose : sclérose engainante et rétractile des tissus qui s'étend peu à peu en circonférence et en hauteur, donnant un aspect en mollet de coq. Elle marque un tournant évolutif de la maladie en altérant définitivement la dynamique du retour veineux. Cette lésion chronique est à différencier de l'érysipèle dermo-hypodermite aiguë d'origine infectieuse) ;
- l'atrophie blanche de Millian : plaque scléro-atrophique blanche. Dans sa variété ulcérée, elle peut être très douloureuse.
- l'ulcère veineux, stade ultime de la maladie, il est classiquement indolore, non creusant, à fond humide et péri malléolaire (zone d'hyperpression veineuse maximale).

## **5. Etiologie de l'insuffisance veineuse chronique**

### **5.1 Insuffisance veineuse superficielle : les varices**

#### Varices essentielles (2,4,5)

La maladie variqueuse a une définition purement anatomique, avec le constat de veines superficielles (sous cutanées), dilatées (diamètre supérieur ou égal à 4 mm), tortueuses et incontinentes. L'incontinence valvulaire entraîne une circulation pathologique avec reflux en position debout. La présence de varices est en rapport avec une compliance anormale du tissu conjonctif de la paroi veineuse.

Ce dysfonctionnement valvulaire superficiel relève de plusieurs facteurs favorisants : hérédité, âge, grossesse, obésité...cf ci-dessus.

### Les varices secondaires

Elles sont surtout d'origine hémodynamique dues à la répercussion sur la circulation superficielle d'anomalie de la circulation profonde par le biais des crosses de saphène ou des perforantes dont les valvules sont forcées par l'hyperpression veineuse.

## **5.2 Insuffisance veineuse profonde**

Elle est en général à l'origine de varices qualifiées de secondaires mais peut se manifester en dehors de présence de varices.

### Le syndrome post thrombotique (2,5,17,21)

Il complique 20 à 50 % des thromboses veineuses profondes. Il est à l'origine des insuffisances veineuses les plus sévères. Cette insuffisance veineuse est la conséquence d'une hyperpression veineuse profonde, liée à deux composantes : la destruction valvulaire, source de reflux, et la présence de séquelles occlusives (reperméabilisation plus ou moins incomplète). Ce risque augmente avec le caractère proximal de la thrombose et de son étendue, la récurrence homolatérale, l'absence de reperméabilisation de la veine dans les 6 premiers mois, l'existence d'un reflux persistant à 3-6-12 mois de l'épisode, l'âge, l'IMC, la mauvaise prise en charge initiale, le non-respect du port de la contention et de l'activité physique de façon prolongée .

### L'incontinence veineuse profonde primitive (17)

C'est une anomalie congénitale caractérisée par le défaut de coaptation des valvules, créant un reflux valvulaire profond. Les parois veineuses et les valvules sont altérées; la conséquence en est une hyperpression veineuse qui crée des désordres tissulaires

Elle peut s'associer à des varices. Les mêmes hypothèses physiopathologiques que pour les varices essentielles sont évoquées.

### Les dysplasies veineuses

Il s'agit d'anomalies embryologiques : insuffisances valvulaires profondes (agénésies, dysplasies), dysplasies veineuses localisées, angiodysplasies.

### Les syndromes compressifs

Citons par exemple le syndrome de Cockett (compression de la veine iliaque commune gauche par l'artère iliaque commune droite) ou le syndrome du soléaire.

### **5.3 Anomalie fonctionnelle du système veineux (2,4,5,22)**

L'insuffisance veineuse fonctionnelle est la conséquence d'un retour veineux défaillant malgré des veines morphologiquement normales. L'hyper pression veineuse peut être secondaire à :

- une défaillance de la pompe respiratoire : une altération de la dynamique diaphragmatique, souvent rencontrée chez le sujet âgé
- une défaillance de la pompe veineuse musculaire du mollet et/ou de la semelle veineuse plantaire: anomalie de la marche quelle qu'en soit la cause (défaut de marche par station debout prolongé, ankylose de la cheville, amyotrophie des muscles du mollet ...)

### **6. Prise en charge thérapeutique** (2,11,17,22)

En l'absence de symptômes et en présence de simples télangectasies, il n'y a pas d'indication formelle à la réalisation d'examen complémentaires. Dans les autres situations cliniques, on réalise un écho doppler pulsé afin de confirmer le diagnostic (mise en évidence d'un reflux pathologique) et d'en préciser le mécanisme.

L'objectif du traitement de l'insuffisance veineuse est de soulager les symptômes fonctionnels et de prévenir l'apparition de troubles trophiques. Dans tous les cas, des règles hygiéno-diététiques ainsi que le port d'une compression veineuse sont recommandés. Les autres traitements, comme les médicaments veinotoniques (dont le service médical rendu a été jugé insuffisant par la Commission de la Transparence pour une prise en charge par l'assurance maladie), les techniques de sclérothérapie, les techniques endoveineuses, les gestes

chirurgicaux se discutent au cas par cas et dépendent du mécanisme ayant généré l'insuffisance veineuse (ils ne seront pas abordés ici).

Les règles hygiéno-diététiques ont pour but de favoriser le retour veineux et sont fondamentales : lutte contre la sédentarité et le piétinement, éviter la position assise jambes pendantes, réduire toute surcharge pondérale, marche régulière en déroulant bien le pas, éviter l'exposition prolongée à la chaleur et le chauffage par le sol, privilégier les douches froides, surélever les jambes autant que possible la journée et la nuit en surélevant les pieds du lit de 15 cm environ (drainage postural favorisant le retour veineux et diminuant l'œdème), éviter les sports augmentant la pression abdominale (haltérophilie) ou avec à-coups et sollicitant violemment les valvules veineuses (tennis, foot, rugby). On privilégiera plutôt la course à pieds, la natation, le cyclisme. Il est important de privilégier un chaussage adapté avec des talons de 3-5cm, en corrigeant les appuis plantaires si nécessaire (orthèses plantaires adaptées). Bien sûr le port de bas de compression dès le matin avant le lever est recommandé.

Il faut garder en mémoire que le traitement proposé au patient n'est que palliatif, et que la maladie continue d'évoluer tout au long de la vie.

## II Compression veineuse élastique

### 1. Terminologie et description des produits (7,23)

#### 1.1 Compression – contention

Le terme de compression est utilisé en tant qu'appellation générale pour désigner tantôt la compression par un textile élastique, tantôt la compression par un textile inélastique (ou contention). Nous ne parlerons que de la compression élastique, mais il est important de différencier les deux thérapeutiques.

La contention est l'effet produit par une orthèse non élastique qui agit de manière passive sur un segment de membre. On parle de bandage non élastique. Au repos, cette bande exerce une pression faible, voire nulle. A l'effort, pendant la contraction musculaire, elle s'oppose à l'augmentation de volume du muscle qui vient « butter » sur la structure non élastique, la force de pression se trouve ainsi augmentée. Le membre est « contenu » il n'est pas « comprimé ». La contention est donc efficace et active à l'effort et quasiment *inactive au repos*. Cette contention est bien tolérée et autorise le port permanent même en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

La compression à l'inverse de la précédente, est la force exercée par une *orthèse élastique* sur un segment de membre, de manière *active au repos et à l'effort*. Ce sont les forces de rappel des fibres élastiques, plus ou moins puissantes, qui vont agir de manière active et constante sur le membre. A l'effort, l'effet de la compression se trouve augmenté par la contraction des masses musculaires. Au repos, une compression trop forte sera rapidement intolérable pour le patient alité ou inactif. Le membre est « comprimé » à la fois au repos et à l'effort. Elle est contre-indiquée en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs décompensée.

#### 1.2 Les différents dispositifs

L'appellation « bas de contention », communément utilisée paraît impropre compte tenu des définitions ci-dessus car les bas exercent une compression élastique. Elle est mise en place lorsque le volume du membre est stabilisé. Il recouvre :

- les chaussettes ou bas jarret ou mi-bas qui s'arrêtent en dessous du genou ;
- les bas-cuisses auto-fixants ou non ;
- les collants : constitués de 2 bas-cuisses réunis entre eux par une culotte
- les collants de maternité dont la culotte est adaptée aux modifications morphologiques de la femme enceinte ;
- les hémi-collants à une seule jambe de bas cuisse et une fesse, avec une ceinture pour le maintenir.

Ces dispositifs peuvent être réalisés en série ou sur-mesure.

Il n'existe pas de norme internationale, européenne ou française prescrivant les exigences et méthodes d'essai relatives aux bas médicaux. Seules sont disponibles des normes expérimentales publiées par l'agence française de normalisation (AFNOR) en 2001. Elles reproduisent intégralement les Prénormes européennes ENV12718:2001 et ENV12719:2001. Ces référentiels sont restés à l'état de projets et n'ont pas été adoptés par les participants à leur élaboration.

## **2. Mode d'action et physiopathologie simplifiée** (2,8,16,24,25)

Le but de la compression est d'exercer une contre pression afin de compenser l'augmentation pathologique des pressions de circulation dans la circulation de retour.

Trois points fondamentaux sont considérés pour la mise en place d'une compression :

- La pression à la cheville : la pression étant le principe actif de la compression. Elle est exprimée en millimètres de mercure (mmHg) ou en hectoPascal (hPa). Elle doit être adaptée au degré d'insuffisance veineuse, car il existe une corrélation entre le degré d'hyperpression veineuse et l'importance de l'insuffisance veineuse chronique.
- Le respect des pressions ponctuelles dans différents zones : la pression ponctuelle (P) réellement exercée par un tissu élastique en un point considéré, est proportionnelle à la tension (T) de ce tissu et inversement proportionnelle au rayon de courbure (r) de la surface à laquelle elle s'applique : c'est la loi de Laplace :  $P=T/r$ . Ainsi les saillies telles que le tendon d'Achille ou la crête tibiale, les pressions exercées sont plus fortes tandis

qu'au niveau des méplats et des concavités régions sous et rétro malléolaires les pressions sont plus faibles voir nulles.

- La dégressivité naturelle de la pression le long du membre : A tension élastique constante, cette pression sera naturellement dégressive de la cheville à la cuisse en raison de la morphologie du membre selon la loi de Laplace (diminution du rayon de courbure). Ainsi l'hémodynamique veineuse est améliorée du fait que la pression veineuse est plus élevée à la cheville qu'au mollet et que le sens circulatoire du retour veineux est centripète.

On comprend donc que la pression appliquée sur un segment de membre est influencée par la force de compression, la localisation anatomique et la forme du corps.

### **3. Les mécanismes d'action thérapeutique** (2,4,5,16,22,26)

#### **3.1 Action sur l'hémodynamique veineuse**

La compression veineuse s'oppose à l'hyperpression veineuse, elle diminue la pression veineuse à la marche en améliorant l'efficacité de la pompe musculaire du mollet.

Elle a un effet anti reflux en position debout, par diminution du reflux veineux et en réduisant le volume de sang résiduel dans le réseau veineux superficiel. En revanche son influence est moins nette sur l'hémodynamique du réseau profond.

#### **3.2 Action sur la coagulation** (5,10,28)

Le port d'une compression veineuse permettrait de :

- réduire le calibre des veines (de 50% le calibre des veines jumelles) diminuant ainsi les risques de lésions endothéliales à l'origine d'une thrombose,
- s'opposer à la stase veineuse par augmentation des vitesses circulatoires,
- d'augmenter le débit sanguin.

Elle agit donc sur deux des trois composantes de la triade de Virchow (hyper coagulation, stase veineuse, atteinte de la paroi).

### **3.3 Action sur les tissus**

La compression, en s'opposant à la pression hydrostatique intravasculaire, exerce :

- un effet positif sur la micro circulation cutanée (2,5)
- un effet anti œdémateux : lutte contre la formation de l'œdème et réduction de l'œdème existant, favorisant ainsi l'oxygénation tissulaire (2,4,5,16,22,25,27,28).

La pression extrinsèque nécessaire pour prévenir ou réduire l'œdème de fin de journée ainsi que les symptômes est supérieure à 10mmhg. (27,29,30).

### **3.4 Compression et ulcère veineux**

La compression veineuse aide à la cicatrisation de l'ulcère. Elle prévient également de la récurrence ulcéreuse, d'autant plus qu'elle est associée à la chirurgie (4,7,16,31,32).

### **3.5 Action dans le lympheoedème**

La compression permet d'augmenter la pression hydrostatique interstitielle et d'améliorer la microcirculation lymphatique. Elle favorise le drainage lymphatique et évite sa saturation. (2,5)

### **3.6 Action sur la qualité de vie des patients atteints de maladie veineuse chronique (5,27,30,33-35)**

La compression veineuse améliore la qualité de vie des patients insuffisants veineux par son effet antalgique. Il est observé une diminution des symptômes subjectifs et de l'œdème des membres inférieurs chez des patients au stade C0 à C3 (annexe 1), avec des pressions de cheville comprises entre 10 et 20 mmHg (absence d'effet si pression inférieure et pas plus d'amélioration au-delà).

Il existe une corrélation entre la diminution de la pression veineuse superficielle et le port d'une contention élastique sur le membre inférieur, l'importance, la durée de contention, et l'amélioration des symptômes de l'insuffisance veineuse chronique (8).

#### **4. Type et classe en France** (7,22)

Des mesures *in vitro* ont permis de définir des classes de compression en fonction de la pression théorique à la cheville. Déterminées avec des appareillages et des méthodes qui leur sont propres, ces classes sont différentes d'un pays à l'autre.

En France, les quatre classes, définies par la pression mesurée à la cheville sont remboursées par la sécurité sociale.

**Tableau 1 : Classe des compressions veineuses élastiques en France**

Classe de compression	Pression à la cheville
Classe 1	10-15mmHg
Classe 2	15-20mmHg
Classe 3	21-36mmHg
Classe 4	>36mmHg

#### **5. Indications et traitement curatif de l'insuffisance veineuse chronique**

Tout d'abord, les différents types de bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) n'ont pas de différence d'efficacité démontrée. La culotte, des collants de maternité n'a aucune efficacité compressive. Le choix se portera en général sur le type de bas le mieux accepté par le patient (6).

L'effet de la compression sur l'évolution de la maladie n'est pas démontré aux stades C0 et C1 lorsque ces troubles ne sont pas associés à des manifestations plus sévères (mais on note une amélioration de la qualité de vie lors de la présence de signes fonctionnels (8)).

Les indications de la compression veineuse en fonction de la situation clinique sont représentées dans le tableau 2. A noter que la pression à retenir est la plus forte supportée par le patient.

**Tableau 2 : Indication de la compression veineuse en fonction de la situation clinique**

Situation clinique	Dispositifs Modalités	Modalités
<b>Varices 3mm</b> (stade C2)	bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg	► Traitement au long cours
<b>Après sclérothérapie ou chirurgie des varices</b>	-bas indiqués pour les varices - ou bandes sèches à allongement Court	► 4 à 6 semaines
<b>Œdème chronique</b> (stade C3)	- bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg -ou bandes sèches à allongement court ou long	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfiques/risques
<b>Pigmentation, eczéma veineux</b> (stade C4a)	-bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg - ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court -ou bandes enduites	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfiques/risques
<b>Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche</b> (stade C4b)	- bandes sèches inélastiques ou à allongement court - ou bandes enduites - ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfiques/risques
<b>Ulcère cicatrisé</b> (stade C5)	- bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou > 36 mmHg - ou bandes sèches à allongement Court	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfiques/risques
<b>Ulcère ouvert</b> (stade C6)	-bandages multitypes en première intention -ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court -ou bandes enduites -ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg	Jusqu'à cicatrisation complète

Les recommandations concernant le traitement préventif de la maladie thrombo-embolique veineuse se trouvent en annexe 3.

La compression médicale admet d'autres indications, tel le traitement de la maladie thromboembolique veineuse, le lymphœdème, hypotension orthostatique...mais qui ne seront pas abordés ici.

#### **6. Contre-indication** : (7,22,31)

La compression veineuse élastique est contre indiquée dans certaines situations : artérite oblitérant sévère des membres inférieurs aux stades III et IV avec un IPS (Index de Pression Systolique)  $<0,6$ , dermohypodermite à la phase aiguë, thrombose veineuse ischémique, thrombose septique, micro angiopathie diabétique évoluée (pour une pression  $> 30\text{mmHg}$ ).

Elle nécessite une surveillance médicale régulière du rapport bénéfices risques si on se trouve devant une AOMI avec un IPS  $>0,6$  et  $<0,9$ , une neuropathie périphérique évoluée, une dermatose suintante ou eczématisée, une intolérance aux fibres utilisée.

# MATERIEL ET METHODE

## I La méthode : le focus group<sup>(36-45)</sup>

### 1. Description de la méthode (37-42,44)

Le focus group est une méthode de recherche fondée sur la communication de groupe. Il fait partie des techniques d'enquête qualitative. Basée sur un entretien collectif de 6 à 12 personnes, il met en avant les interactions et la dynamique de groupe afin d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. La discussion est libre mais focalisée sur le sujet étudié, elle est centrée sur une expérience vécue par l'ensemble des enquêtés. Pour atteindre ce double objectif, différentes méthodes peuvent être employées pour susciter la discussion (questions ouvertes, illustrations, affirmation devant laquelle ils doivent réagir).

Un modérateur (animateur) est chargé d'animer le groupe. Il veille à la libre expression de chacun avec le souci d'un équilibre de temps de parole entre les différents participants. Il encourage le groupe, l'anime mais ne cherche pas à contrôler les questions soulevées. Il explique que l'objectif est que chacun parle aux autres et non à lui. Il intervient pour renvoyer ce qui est dit à tous les participants et les amener à découvrir ensemble les liens ou les différences pouvant exister entre leurs interventions et à les commenter. Il cherche à trouver un équilibre entre la nécessité de maintenir le groupe centré sur la question et la liberté du groupe à orienter la discussion à son gré.

Un observateur peut être présent, il s'occupe des enregistrements audio des séances. Il est en retrait, regarde et note tout ce qu'il peut observer du comportement des participants et de l'animateur, les petits incidents, les interactions non verbales et tout ce qui se passe « en coulisses » hors de portée de tout enregistrement.

Les participants, tous volontaires, sont installés autour d'une table avec le modérateur. Le principe du focus group et le sujet de la réunion sont présentés en début de séance aux participants. Il leur est demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui se dit pour l'analyse ultérieure.

Toute la réunion est enregistrée, en respectant l'anonymat des personnes présentes. Les enregistrements sont ensuite retranscrits mot à mot pour l'analyse ultérieure.

## **2. Avantage de la méthode**

Cette méthode présente de nombreux avantages grâce à l'interaction et la dynamique de groupe (36,43,44) :

- elle facilite le recueil de la parole individuelle en réduisant les inhibitions de chacun par effet d'entraînement,
- elle facilite le travail de remémoration,
- elle facilite l'échange de points de vue, d'expériences, de connaissances et contribue à la divulgation de pratiques ou d'opinions généralement tenues sous silences grâce au groupe rassemblant des personnes caractérisées par une même expérience, ce qui crée un espace commun. Elle favorise la conversation ouverte et permet l'expression de la critique,
- elle prend en compte le contexte social à la différence des enquêtes quantitatives ou des entretiens individuels qui saisissent les individus isolément,
- elle permet de réduire l'impact de la hiérarchisation des questions que suppose le travail d'interrogation en réduisant le contrôle exercé par l'enquêteur. Elle introduit un transfert de son pouvoir vers le groupe,
- elle soulève des questions qui intéressent les enquêtés et pas seulement l'enquêteur, elle met en évidence des priorités des enquêtés,

Tout est valide, même une seule idée minoritaire, mais sans être généralisable. C'est une méthode économique en temps de recueil de données et peu coûteuse. L'échantillonnage du groupe est sans exigence de représentativité.

## II Organisation du focus group de l'étude

### 1. Le questionnaire = guide d'entretien

Nous avons centré le questionnaire sur trois questions. Des sous questions étaient prévues afin de stimuler la discussion voir recentrer sur le sujet si besoin. Les questions étaient posées les unes après les autres, après avoir annoncé le sujet de l'entretien et expliqué la méthode du focus group.

Le temps imparti à chaque question figure entre parenthèses.

*1-Première question* : elle visait à introduire le sujet et son contexte : **Souvenez-vous de la dernière fois où vous avez prescrit des bas de compression élastique, hors du cadre de l'ulcère veineux ou du syndrome post phlébitique. Quelle en était l'indication ? (15 minutes)**

- Par exemple, le patient rapportait-il des plaintes subjectives, des problèmes esthétiques (varices...).... ?
- Quelle place a pour vous la compression veineuse dans cette consultation ?

*2-Deuxième question* : **Quels sont les problèmes rencontrés dans votre prescription de compression élastique? Comment faites-vous face à ces difficultés ? (30 minutes)**

- Problème pour l'indication ? La rédaction de l'ordonnance (classe, chaussettes, bas....) ?
- L'information à délivrer au patient et son éducation ?
- L'observance du patient, son acceptation au traitement ?

*3-Troisième question* : **Que penseriez-vous d'un guide d'usage sur la compression veineuse (brochure médecin/patient) ? Quelles informations devrait-il contenir ? (15 minutes)**

## **2. Les participants**

### **2.1 Le recrutement des médecins**

Les médecins recrutés étaient ceux figurant sur la liste des médecins de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) et les MSU (Maitres de Stages Universitaires), du DMG (Département de Médecine Générale) de Nantes. La première prise de contact s'est faite par appel téléphonique. Je leur expliquais le principe du travail, sans révéler le sujet même de la discussion, et leur demandais s'ils étaient intéressés par le projet. Si une réponse positive à la participation du focus group émanait, je leur envoyais un mail expliquant plus précisément le déroulement du focus group (réunion de plusieurs médecins, avec des questions ouvertes portant sur le thème, enregistrement vocal de la discussion et études du discours pour en faire ressortir des réponses à la problématique, anonymat, lieu, durée...). Je leur proposais différentes dates pour l'entretien. Ils me faisaient part de leur disponibilité afin de convenir de la date. Le sujet même de la thèse n'était pas dévoilé afin de ne pas introduire en biais et de permettre une spontanéité du dialogue.

Il était décidé que nous mettions fin au recrutement à l'obtention d'au moins 8 médecins disponibles à la même date et la même heure.

### **2.2 Profil des participants**

Les participants issus des listes de SASPAS et MSU, exerçaient dans le département de Loire Atlantique ou de Vendée.

Un questionnaire était distribué en fin de séance, afin de préciser les caractéristiques des différents médecins. Ce questionnaire était anonymisé et figure dans le tableau 3.

A noter qu'un des questionnaires n'a pas été rempli par l'un des participants qui a quitté la séance avant la fin, en raison du bruit occasionné de son fils (dont la présence était méconnue).

**Tableau 3 : profil des participants**

	<u>Age</u> <u>(année)</u>	<u>Secteur</u> <u>d'activité</u>	<u>Type d'activité</u> <u>(prédominance particulière</u> <u>ou non)</u>	<u>Participation</u> <u>antérieur a</u> <u>un focus</u> <u>group</u>	<u>Sexe</u>
<u>M1</u>	54	Semi urbain	Précarité	Non	F
<u>M2</u>	64	Urbain	Prédominance d'immigrés	Oui	F
<u>M3</u>					H
<u>M4</u>	56	Urbain	Pas de prédominance	Oui	H
<u>M5</u>	58	Urbain	Sans prédominance	Oui	F
<u>M6</u>	54	Urbain	Gynécologie(planning)	Oui	F
<u>M7</u>	60	Rurale	Gériatrie	Oui	H
<u>M8</u>	56	Semi rural	Gériatrie/pédiatrie/ divers	Oui	H
<u>M9</u>	55	Rural	Sans prédominance	Oui	F

Les médecins participants au focus group, étaient tous impliqués dans le département de médecine générale de Nantes. Il existait donc un minimum d'homogénéité socioprofessionnelle permettant d'éviter les situations où l'aisance et la maîtrise des uns inhibent les autres, n'empêchant toute fois pas les phénomènes de domination.

Pour tenter de rester dans la logique d'échantillonnage, nous avons tenté une diversification sur le sexe (5 femmes et 4 hommes), ainsi que les types de pratique des professionnelles (urbaines = 4 ; semi-rurales = 2 ; rurales = 2), permettant de saisir des situations diverses. On notait une homogénéité sur l'âge des participants, avec un âge compris entre 54 et 64 ans. Malheureusement un questionnaire un questionnaire n'a pas été rempli.

### **3. Déroulement de la séance**

Elle se déroula le 5 janvier 2012 à Nantes, dans une salle de la faculté de médecine prêtée par le département de médecine générale. Elle dura 65 minutes. Les enregistrements étaient réalisés à partir de deux dictaphones numériques. Le modérateur ou animateur était le Professeur Lacaille, rompue à cette technique. Son objectif était de faire émerger les différents points de vue.

J'occupais le rôle d'assistant (observateur). Je m'occupais de l'enregistrement audio de la séance et notais les communicants non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors de la réunion.

Après une phase de présentation du sujet et un tour de table pour présenter chacun des participants, le focus commença.

Nous avons choisi de ne pas réaliser l'enregistrement vidéo qui est très controversé. Il nous a semblé être intrusif et refroidissant, entravant ainsi la spontanéité des prises de parole.

#### **4. La retranscription**

Même si le focus group était à considérer dans sa globalité, les retranscriptions sont les bases de l'analyse. Nous avons repris mot à mot tout l'enregistrement. Le texte était annoté des événements et des réactions des patients. Par respect de la confidentialité, chaque intervenant était désigné par la lettre M associé un chiffre (M1, ... M9). Les noms cités et lieux étaient également anonymisés. Cette retranscription fut réalisée grâce au logiciel Microsoft Word.

### **III Méthode d'analyse** (38,44,45)

Le but de ce travail est d'analyser **les obstacles rencontrés par le médecin généraliste dans la prescription de la compression veineuse élastique par bas, dans le cadre de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs (hors maladie post-phlébitique et ulcère veineux), avec la méthode des focus group.**

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, l'analyse a été centrée sur le contenu des opinions collectivement exprimées, tout en intégrant la manière dont elles étaient élaborées. Nous nous sommes intéressés non seulement au produit de la discussion (ce qui a été dit) mais aussi au processus de production (comment cela a été dit) et donc aux interactions sociales observables dans le groupe. Nous nous sommes penchés autant sur la production d'un sens partagé, qu'à l'expression de ce qui le sépare.

L'intégrité de l'entretien a été enregistré, puis retranscrit sous forme de verbatim. Les silences, les hésitations, les diverses manifestations des participants et du modérateur ont été é notés (annexe 3).

Notre analyse s'est déroulée en 3 grandes étapes:

1- Codage qualitatif : découpage du texte en groupe d'idées, qui sont des unités minimales de signification (UMS). Ces UMS sont des amas de données de différentes grandeurs : mots, phrases, paragraphes. Chaque UMS était attribué d'un code (terme ou concept). Il s'agit d'un mouvement de décontextualisation et de recontextualisation selon Tesch.

2- Catégorisation : regroupement des différents codes sous une matrice de signification. L'application des catégories d'analyse aux UMS permet d'articuler la problématique de la recherche au matériau recueilli.

3- Théorisation : regroupement des catégories en grands thèmes.

# RESULTATS

Les résultats de l'analyse du verbatim ont été présentés en trois parties qui correspondent aux grands thèmes dégagés de l'analyse. Chaque thème a été décliné en différentes catégories. Ces catégories sont issues du codage des UMS décrites précédemment. Pour plus de lisibilité, seuls les UMS ont été cités en illustration. L'ensemble se trouve en annexe de ce travail (annexes 4-7).

## **I Contexte de prescription**

### **1. Indications rencontrées par les médecins**

Les médecins ont abordé très distinctement deux grands cadres de leurs pratiques de prescription : le cadre de la prévention et le cadre du curatif.

#### **1.1 Compression veineuse et traitement préventif**

Les participants ont parlé de leur prescription dans la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse, lors de long voyage (avion, train, voiture) :

UMS 5 : « *la prévention d'accident (raclement de gorge) de thrombose en avion, donc en prévention chez les voyageurs qui font un long trajet en avion.* »

UMS 11 : « *et puis en prévention de phlébite quand elles voyagent en avion, même en train quelques fois ou en voiture.* »

UMS 18 - 24 - 31.

Ils ont dit prescrire la compression veineuse pour la prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques :

UMS 19 : « *et pour les gens qui ont des travaux en position debout : les infirmières, les coiffeuses* »

UMS 22 - 34.

Il a été également évoqué l'importance du port de la contention en prévention chez la femme enceinte :

UMS 39 : « *Et je dirais qu'on en parle de plus en plus aux jeunes femmes enceintes qui travaillent debout et qui cumulent un petit peu les risques.* »

UMS 43.

## **1.2 Compression veineuse et traitement curatif**

Les médecins ont dit délivrer la contention dans l'insuffisance veineuse, indication qu'un participant a associé au grand âge :

UMS 4 : « *Le souvenir dans d'autre cadre que l'insuffisance veineuse ou veino-lymphatique* »

UMS 3 : « *j'imagine que c'était une personne d'un certain âge(...)* ».

Ils la prescrivait aussi devant des plaintes fonctionnelles ou des signes objectifs d'insuffisance veineuse (varices, œdème), particulièrement chez la femme:

UMS 16 : « *c'est effectivement les douleurs des jambes d'origine veineuse* »

UMS 10 : « *des bas dans les symptômes fonctionnels d'insuffisance veino-lymphatique, en particulier chez les personnes plutôt de sexe féminin euh, en particulier quand elles ont une activité de piétinement* ».

UMS 23 : « *Autrement c'est des gens qui ont des varices* »

UMS 7 - 13 - 38 - 73.

Une autre indication a été évoquée par un médecin, celle de l'hypotension orthostatique UMS 15 - 44.

## **2. Fréquence et type de prescription**

La prescription de bas de contention a été qualifiée de fréquente par la majorité des médecins, estimée à plusieurs fois par semaines :

UMS 8 : « *Hier... (Soupir) euh... pratiquement tous les jours* »

UMS 14 - 21 - 26 - 30 - 35.

La prescription de bandes était moins fréquente UMS 9 - 25 - 40, mais un participant a dit en prescrire régulièrement UMS 6.

Il a été évoqué que cette fréquence de prescription était en lien avec l'importance de l'information :

UMS 33 : « *Autrement j'en prescris très souvent, plus souvent que quand j'étais jeune médecin installé. On avait peu d'information à ce niveau-là, alors que maintenant, c'est connu.* ».

Une exception cependant a été notée dans le groupe, l'absence de prescription liée au type d'activité médicale :

UMS 1 : « *Je n'en ai jamais prescrit... (Sourire d'un air gêné, en regardant le modérateur). [...]J'ai pas de clientèle attirée, je reçois des gens pour une durée de deux mois et ils arrivent souvent avec des prescriptions et moi je vais venir pour compléter les bilans médicaux. Mais c'est vrai que je n'ai jamais été amené dans ma pratique récente à...et puis...sinon je travaille au planning familial donc je n'ai pas eu besoin non plus de prescrire des bas de contention.* »

Les médecins ont rapporté qu'il s'agissait le plus souvent de renouvellement, plutôt que de primo prescription :

UMS 2 : « *Je n'ai pas un souvenir exact, mais je me souviens vaguement d'avoir dupliqué l'ordonnance sur mon ordinateur, d'avoir dupliqué pour un renouvellement de bas de contention euh, alors...* »

UMS 28 : « *(...) Beaucoup plus de renouvellement que de primo prescription.* »

UMS 12 - 36.

### **3. Prescription qui présentait un intérêt certain**

Il est ressorti de la discussion des effets bénéfiques de la contention, tout d'abord par son mécanisme d'action physiopathologique qu'a évoqué un des participants. Il a insisté sur les complications graves de l'insuffisance veineuse dues à l'absence de drainage veineux :

UMS 128 : « *Ensuite, l'affaire de savoir si oui ou non l'insuffisance veino-lymphatique a eu un impact sur l'économie de la jambe, quand même, je pense que là réellement, il suffit de*

*voir les dermites ocres, les eczémas variqueux, pour savoir qu'effectivement les troubles locaux d'oxygénation liés à l'absence de drainage euh, occasionnent d'une manière ou d'une autre, des dégâts quand même assez considérables ».*

Il a insisté également sur l'existence de la défaillance du retour veineux en position statique et les risques de varices chez les personnes prédisposées, rendant compte de l'importance de cette prescription :

*UMS 146 : « Euh pour ces raisons-là. Ensuite, en prévention primaire enfin, je pense que si aujourd'hui, on prescrit tous de la contention, c'est parce qu'on a bien la notion que en deçà de 15 pas réalisés, enfin, je ne sais plus exactement, ça a été calculé, le phénomène de retour veineux euh, organisé par le coussinet, enfin l'appui plantaire ne fonctionne pas, il faut donc effectivement un peu plus de 15 ou 20 pas pour obtenir le retour veineux efficace. Que donc les veines superficielles, que l'on est censé protéger et bien, elles vont devenir variqueuses chez certaines personnes qui ont une prédisposition ».*

Ces effets thérapeutiques ont été cités à plusieurs reprises, à travers le soulagement des symptômes, donc le soulagement des patients. Ses bénéfices commençaient dès les premières minutes de port, a précisé un médecin :

*UMS 130 : « Euh aujourd'hui, des chirurgiens portent de la contention pendant leur interventions (M9 acquiesce), la symptomatologie, pas tous mais il y en a qui le font, la symptomatologie, faut pas qu'ils soient artéritiques euh, la symptomatologie (rit) est quand même là, il y a un soulagement par la contention. »*

*UMS 91 : « Je dirais que le second problème, mais bon sachant qu'en portant une contention, de toute façon dès la première minute où on en porte, on gagne quelque chose. »*

*UMS 132 - 134 - 138.*

Les médecins se sont appuyés sur le renouvellement des ordonnances de leurs patients pour argumenter cet intérêt certain de la compression médicale. Ils ont décrit le renouvellement comme synonyme de soulagement donc d'efficacité, comme synonyme d'adhésion et satisfaction du patient au traitement :

*UMS 160 : « Je dirais que le renouvellement c'est pas réellement un problème. Ceux qui demandent à ce qu'on renouvelle, c'est qu'on a réussi à les convaincre de les mettre et que deuxièmement ils ont trouvé un bénéfice car ils nous en redemandent d'autres »*

*UMS 29 - 37 - 101.*

Certains ont renforcé l'argumentation avec l'impact positif de la suppression des veinotoniques pour expliquer l'utilité de la contention et les limites de la chirurgie dans le cadre de l'insuffisance veineuse, qui ne remplaçait les bas.

UMS 52 - 63 -102.

#### **4. Mais prescription ressentie comme problématique**

Si cette prescription a été décrite comme fréquente et utile, elle a été perçue comme problématique. Les médecins l'ont dit et ont reconnu les difficultés de cette prescription :

UMS 60 : « *c'est principalement ces trois problèmes qui...que l'on a.* »

UMS 126 : « *Alors, ça ne contourne pas tous les obstacles* ».

Ils ont associé cette prescription avec la notion d'aide UMS 27.

Cela a été un sujet où les médecins se sont accordés sur leurs réticences :

UMS 81 : « *Les mêmes réticences, les mêmes recettes* ».

L'entretien sur ce thème a fait émaner des discordances entre médecins, sources d'agacements voir d'incompréhension entre eux :

UMS 48 : « *M3 (coupe la parole). Mais on parle des difficultés* »

UMS 114 : « *Alors moi, je vais être un peu provocatrice parce que quand je vous entends tous dire qu'il faut qu'elles les portent l'été* »

UMS 206 : « *M5 parlait de la grossesse qui n'ait pas forcément une bonne indication. M5 : j'ai pas dit ça. M4 : Entre nous bon, ça fait rien, donc les indications, les contre-indications* ».

UMS 129 - 131 - 145 - 148 - 237.

## **II Les freins à la prescription**

### **1. Problème de la compliance du patient**

La compliance du patient au port de la compression veineuse a tenu une place importante dans les freins à la prescription :

UMS 95 : *« Mais bon je crois que c'est surtout le problème de la compliance qui se pose principalement »*

Cet obstacle a été décrit comme multifactoriel et complexe :

UMS 90 : *« Le problème principal c'est la compliance pour les personnes âgées, les personnes isolées, les personnes invalides. Je dirais que bon, c'est finalement très personnel, l'adhérence, l'adhésion ou pas à la pose de la contention. Ca dépend en fait du soulagement ressenti pour le ou la patiente, du contexte de port, de la saison euh et des situations de stress auxquelles sont sujettes les jambes et le degré insuffisance veino-lymphatique. »*

#### **1.1 Le problème d'observance lié aux caractéristiques physiques du patient**

Le problème du sujet âgé, moins agile, moins mobile, pour enfiler les bas, a été reconnu par tous les médecins :

UMS 49 : *« Je redis ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire qu'on a chez les personnes âgées, on a la mobilité, la souplesse des articulations qui fait que c'est un frein pour enfiler éventuellement des chaussettes ou des bas et que si on prescrit des bandes on se disant que dans ce cas-là, elles vont être plus souples, elles vont pas être bien mises. »*

UMS 53 - 61 - 68 - 108.

Certains ont déclaré qu'une aide infirmière était souvent nécessaire pour les personnes âgées :

UMS 45 : *« Chez les personnes qui sont très âgées, on se voit en fait parfois obligé de prescrire une aide de l'infirmière »*

UMS 50 - 58.

Le problème de l'obésité a été également rapporté, avec des risques d'effet garrot. Cet obstacle est apparu comme une impasse, car il n'était pas contourné par les bas sur mesure :

UMS 122 : « *La deuxième chose moi, c'est sur effectivement les personnes, alors là qui probablement en ont le plus besoin, obèses, alors on a un vrai problème. Même sur mesure, il y a un problème d'adaptation du bas à la personne qui est difficile, même sur mesure, même avec des gens qualifiés euh, surtout quand il s'agit de bas* ».

UMS 123 : « *Enfin, la partie en silicone là qui permet l'adhésion roulotte, fait compression et ça... je pense que c'est pas une bonne chose.* »

Plus globalement, les médecins ont souligné le problème de la morphologie de la jambe du patient, avec les tailles standards des bas qui ne sont pas toujours adaptées et l'effet garrot possible. Si les bas sur mesure ont semblé être une solution, ils apportaient d'autres contraintes par leur coût, leur moindre solidité et l'importance du délai d'obtention.

UMS 93 : « *le problème aussi de l'adaptation, l'adéquation entre le modèle prescrit par le pharmacien, les prises de mesures et la configuration anatomique de la jambe ne correspondent pas, il y a quand même de grandes divergences de jambes et il y a un grand...enfin les bandes sont relativement normatives* ».

UMS 92 : « *(...) quand il y a un problème de fourmillement(...)* »

UMS 94 : « *Après il y a toujours la possibilité d'une prescription sur mesure, mais ça coûte plus chère, ça prend du temps et ça pose aussi le problème de la longévité parce que je pense que quand on les prescrit sur mesure, elles durent moins longtemps en réalité et puis il suffit qu'il perde deux kilos pour qu'elles ne correspondent plus (rit).* »

La nécessité d'orienter le patient vers des pharmacies où il y a du choix et une disponibilité du personnel a été ajoutée, afin que le bas soit le mieux adapté à la personne UMS 106.

## 1.2 Le problème d'observance lié aux propriétés physique du dispositif

La difficulté de mise en place d'un bas de compression médical s'adressait à tout type de patient. Une aide possible a été évoquée : les enfiles bas, facilitant le passage du coup de pied :

UMS 79 : « *Mais moi, les difficultés majeures que je rencontre, c'est effectivement, l'incapacité des gens à les mettre* ».

UMS 125 : « *Oui bah, en fait pour le problème de contourner les difficultés de pose, il y a du matériel qui existe. Il y a des supports métalliques, des enfiles bas qui peuvent effectivement servir de châssis à l'enfilement du bas ou de la chaussette, enfin quel que soit son degré de contention.* »

UMS 127.

Un des médecins a insisté sur les phénomènes d'allergie et d'intolérance aux composants du bas :

UMS 96 : « *Un autre problème qui n'a pas été cité c'est celui de l'intolérance à certains composant des bas de contention (...) C'est un souci aussi les allergies, les intolérances.* »

Il a été aussi noté le problème de la force de la contention et de la diminution de l'observance :

UMS 42 : « *et que j'ai l'impression que l'observance est moins bonne pour un grade 3. Donc effectivement j'ai plus tendance à prescrire un grade 2.* »

Le problème de l'entretien des bas a été identifié comme un frein :

UMS 112 : « *Et puis moi j'ai un deuxième souci éventuellement là où je travaille, ça va être les problèmes d'hygiène hein... Puisque ces bas ou ces chaussettes il va falloir les laver, alors parfois à la main, ne pas les mettre à sécher près d'une source de chaleur pour qu'elles continuent à garder leur efficacité. Donc on voit aussi avec des personnes qui sont un peu en précarité, qui ont déjà du mal à garder de l'hygiène pour elles-mêmes, c'est pas forcément un moyen qui est forcément très simple à utiliser au quotidien. Mais moi, c'est vraiment très spécifique.* »

### 1.3. Le problème d'observance lié aux convictions des patients

Les médecins ont exposé leurs difficultés face aux jeunes et leurs préjugés au port de la compression veineuse. Ils jugeaient les bas inesthétiques, tout comme les hommes et d'autant plus qu'il s'agissait de bas cuisses :

UMS 51 : « *Chez les personnes jeunes, les difficultés c'est peut-être de faire accepter que c'est pas quelque chose que pour les personnes âgées, que c'est donné dans la prévention* »

UMS 55 : « *et puis les hommes aussi, refusent souvent de mettre ce genre de chose.* »

UMS 54 - 65 - 86.

Mais ces a priori ont pu être contournés grâce au progrès esthétique des nouveaux modèles ainsi que les échantillons de modèles qui ont été décrits comme convaincants :

UMS 97 : « *Voilà, quand à l'aspect esthétique, on peut effectivement aujourd'hui le contourner par la multiplicité des modèles proposés* »

UMS 82 : « *Les échantillons fournis par les laboratoires sont bien pratiques pour convaincre euh, les un peu coquettes* »

UMS 66 - 76 - 83.

Par contre, ils ont semblé se sentir impuissants face aux patients réfractaires, aux patients réticents difficiles à convaincre, voir qui n'adhèrent pas au concept :

UMS 64 : « *Il reste des personnes réticentes. Moi, pour ma part, j'en connais quelques-unes qui commencent par dire : «non, je veux pas», avant même de les avoir jamais essayés. Y en a qu'on arrive à convaincre et y en a qu'on n'arrive pas à convaincre. Y en a qui sont ressortis avec des ordonnances de bas, qui ne sont jamais allés les chercher ou qui ne les ont jamais mis, ils sont encore tout neufs.* »

UMS 104 : « *parce qu'il y en a on voulait leur proposer et effectivement ils sont dans le refus total de la contention, toutes sortes de raisons qui ne sont plus à mon sens, de nature esthétique exclusivement, ce qui était rédhibitoire avant ne l'ai plus aujourd'hui. Oui, il y a des problèmes d'adhésion au concept même voilà. (M9 acquiesce M3 d'un mouvement de tête)* ».

UMS 161 : « *c'est plus ceux qui ont une certaine réticence à priori, il est plus difficile de les convaincre. Le renouvellement (incompréhensible)* ».

UMS 175 : « *Pour les patients, quels patients ? Est-ce que c'est les patients qui ne sont pas convaincus et qu'on veut essayer de convaincre ou est-ce que c'est déjà les patients convaincus ?* ».

#### **1.4 Le problème d'observance lié à la période estivale**

Un des facteurs majorant les difficultés de compliance a été celui de la saison estivale où les patients ne voulaient pas porter une contention, période où pourtant l'insuffisance veineuse a été décrite comme à son apogée :

UMS 84 : « *Euh, on a plus de difficultés pour la période estivale, là où pourtant on a beaucoup de symptômes, parce que les patients n'imaginent pas porter une contention plus par exemple un jeans quand il fait chaud, ou alors une contention avec une jupe ou une robe alors qu'il fait chaud...* »

UMS 113.

Un des participants a précisé, d'après son expérience personnelle, que le phénomène de poussée veineuse était plutôt au réchauffement, au changement de saison UMS 137.

Cet obstacle, au port de la contention l'été, a été aggravé par les convictions personnelles négatives d'un médecin. Un des participants nous a fait part que ses propres recommandations étaient très militantes pour cette saison, et en a fait un frein à sa prescription.

UMS 115 : « *probablement que l'un des obstacles qu'il y a dans le port de bas de contention chez les jeunes femmes l'été, en ce qui me concerne, c'est que moi je ne me vois absolument pas porter des bas de contention l'été. D'autant plus que j'ai déjà beaucoup de mal à porter des bas normaux l'hiver, que ça me gave, effectivement je pense que mes propres recommandations sont très militantes pour l'été. (sourire de M9 M1 M2).* »

UMS 121.

Certaines remarques ont été faites sur les bandes de contention qui présentaient encore plus de difficultés pour le patient UMS 88 et nécessitaient en plus du personnel expérimenté UMS 89.

Un des participants a noté que ce problème de la compliance était non spécifique à la prescription de bas :

UMS 100 : « *mais est-ce que c'est pire que pour la compliance à d'autres prescriptions à laquelle nous sommes confrontés. Je ne suis pas certain* ».

## **2. Difficultés socio-économiques**

Beaucoup ont parlé des difficultés d'ordre socioéconomique dans la prescription de la contention, difficultés qui, bien sûr, avaient un retentissement sur l'observance du patient.

### **2.1 Le problème du coût et du remboursement**

La prescription de compression élastique a représenté un obstacle par coût, car ces orthèses n'étaient pas totalement remboursées par la sécurité sociale. De plus, ce remboursement n'était applicable que dans certaines indications, n'incluant pas celle de prévention.

UMS 99 : « *Le coût euh, c'est un souci* »

UMS 67 : « *L'autre problème, c'est le problème d'accès au soin parce que je pense que c'est pas complètement remboursé, et qu'il y a des gens qu'ont pas de mutuelle ou pas beaucoup d'argent qui peuvent avoir des difficultés à se les acheter. Mais je pense que les infirmières de l'hôpital peuvent les avoir gratuitement à la pharmacie de X. Voilà.* »

UMS 75 : « *dans la mesure où c'est de la prévention, qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Donc je le fais en acte non remboursable, effectivement. Donc ça pose forcément question, comme pour les voyages. Mais l'acceptabilité dans la mesure où souvent, enfin en terme de prévention sauf pour les voyages où c'est moi qui conseille, c'est souvent parce qu'elles se plaignent de symptômes au travail, sauf que c'est effectivement pas très difficile* ».

UMS 17 - 204.

## 2.2 Amplification du coût par différents facteurs

Ce coût a été amplifié par différentes notions : la nécessité de prescrire plusieurs paires, le surcoût des bas sur mesure, le problème de la longévité moindre de la contention esthétique et sur mesure, qu'il faudra donc renouveler plus souvent. Bien sur ce coût représentait un réel frein en situation de précarité, ce qui en a fait un traitement non accessible à tous :

UMS 110 : « *il faut au moins deux paires, car il faut en laver une pendant que l'autre est portée* »

UMS 107 : « *Malheureusement, ce sont effectivement comme l'on dit d'autres, les bas sur mesure sont plus chers, je sais s'ils sont moins solides, plus solides, ça je n'ai pas d'avis là-dessus. Voilà, donc problème de coût* »

UMS 109 : « *Donc moi, il y a quand même des personnes qui portent des bas de contention (sourit) dans les personnes précaires que je rencontre...Euh, hier j'ai été confronté à ce souci, une jeune femme qui n'a pas de revenu et à qui ont été prescrit des bas de contention. On a demandé à la pharmacie, ça a coûté 20 euros pour une paire, à ses frais, ce qui était impossible pour elle. Voilà ça c'est un vrai problème à mon avis, c'est-à-dire que 20 euros* ».

UMS 77 - 78 - 98 - 105 - 111 - 124.

## 2.3 Acte infirmier et prise en charge

Ces difficultés socioéconomiques ont été retrouvées lors de la prescription de l'aide infirmière, cette aide infirmière qui n'a pas été prise en charge, en l'absence de prescription d'autre soin. Les infirmières ne passaient donc pas mettre les bas. Pour contourner ce problème, un médecin a expliqué que des auxiliaires de vie pouvaient passer, un autre a parlé de la possibilité de programme d'aide du maintien à domicile des personnes âgées avec aides-soignantes pour mettre les bas.

UMS 69 : « *le problème du non remboursement des actes infirmiers est un problème* »

UMS 87 : « *Pour les personnes âgées, bon, souvent, on arrive à les faire rentrer dans un programme d'aide à domicile, du maintien, enfin oui, d'aide au maintien à domicile des personnes âgées, donc automatiquement les aides-soignantes donnent un coup de main et puis c'est compris dans le forfait sans euh, qu'il soit nécessaire de prescrire des soins infirmiers en pratique.* »

UMS 46 - 47 - 62 - 70 - 71 - 80.

### **3. Problème du temps de consultation**

#### **1.3 Une consultation qui prend du temps**

Les médecins se sont accordé pour dire que la consultation autour de la contention veineuse nécessitait du temps, en raison de à l'éducation thérapeutique à réaliser. Mais cette éducation thérapeutique a été considérée comme un acte important dans la consultation. Ils ont insisté sur le fait que l'éducation thérapeutique demandait du temps pour expliquer, pour que le patient comprenne, accepte et s'adapte au traitement, permettant donc de majorer la compliance :

UMS 56 : « *Mais après, ça demande euh, il faut prendre du temps* »

UMS 57 : « *il faut leur expliquer, et souvent euh même avec les jeunes, on arrive facilement à avoir une compréhension, une acception* »

UMS 136 : « *mais on gagne énormément à bien expliquer et à passer du temps. Et après, on a effectivement une meilleure compréhension, une meilleure adaptation du patient ou de la patiente à ce type de bas...* ».

UMS 157 : « *Mais en tout cas, effectivement, l'éducation thérapeutique a certainement une place importante* »

UMS 59 - 135 - 226.

Les médecins ont mis en avant qu'il fallait également faire de l'éducation sur les règles hygiéno-diététiques, ces mesures associées qui pour tous, ont été indissociables de la prescription de contention. Il a d'ailleurs été précisé que cette éducation à l'hygiène veineuse devait être rappelée lors des renouvellements. Mais cet enseignement aux règles d'hygiène de vie a été source de difficultés supplémentaires pour eux :

UMS 150 : « *mais je sais pas si c'est le lieu de la difficulté, mais ça représente une difficulté dans nos consultations que de prendre le temps de la faire et de s'assurer que les conseils, entre guillemets qu'on peut donner, sont acceptés, acceptables, acceptés ou de voir ce que la personne gère par ailleurs en dehors du port de bas de contention.* »

UMS 162 : « *Ce que j'ai entendu, c'est que, y a pas dans que dans cette pathologie-là, il n'y a pas que les bas de contention. C'est-à-dire qu'une obèse, qui met des bas de contention, peut-être qu'il faut aussi qu'on agisse sur autre chose que sur uniquement les bas de contention finalement. Et qu'effectiv... (Acquiescement de tête de la majorité) M2 : Même dans le renouvellement, Médecin 2 (rire), même quand il s'agit d'un renouvellement. M5 : Surtout quand il s'agit d'un renouvellement. M2 : Encore plus encore plus.* »

UMS 149 - 151 - 152 - 176.

Cette notion de manque de temps a été renforcé par le fait que ce sujet était abordé en fin de consultation, que c'était une plainte secondaire et pas le motif premier de la consultation : UMS 158 : « *mais c'est le troisième ou le quatrième motif, c'est renouvelez-moi mes bas de contention et on est en fin de consultation donc que* »

UMS 153 - 155.

Cette contrainte de temps a été inscrite dans la pratique quotidienne du médecin généraliste avec une charge de travail importante, au détriment du temps pour s'informer et se former.

UMS 210 : « *oui, bon dans un tout autre domaine, hier je devais poser un Nexplanon, qui est le nouvel Implanon et j'en avais jamais vu, j'ai pas eu le temps de me former.* »

UMS 133 - 230 - 235.

## **4. Doutes des prescripteurs**

### **4.1 Doute sur efficacité**

Si l'efficacité de la contention a été admise, certains ont fait part de leurs doutes dans une indication, celle de la prévention primaire dans les professions à risques :

UMS 116 : « *Ma deuxième limitation, c'est que je le redis, j'en prescrit parce que je pense que ça peut faire du bien, mais je suis pas sûre, j'ai rien lu sur le préventif, j'ai pas lu d'étude, donc je sais pas quand je propose à tout le monde, au tout venant, parce qu'elles ont une profession à risque, je ne sais pas si je leur rends service ou pas. C'est probablement ça aussi, qui fait que je suis...fin que j'en, j'essaie au moins d'être convainquante* »

UMS 72 - 118 - 140.

Mais il a bien été précisé que ce doute ne concernait pas l'efficacité de la contention quand il existait une plainte :

UMS 141 : « *Oui je te remercie, parce que c'est bien ça ce dont on parle. Il y a des gens qui se plaignent de quelque chose et là, on est plus dans la prévention, on est dans la réponse à une plainte et là, je parle-moi, systématiquement, en fonction de la profession, de proposer ou non le port. Ce qui me semble différent, je sais pas si c'est efficace ou pas, ça l'est peut-être, mais c'est autre chose.* »

UMS 143.

La distinction entre la prévention primaire, où le patient ne présentait aucun symptôme, et le traitement d'une plainte a été importante à discerner en raison de sa source d'ambiguïtés  
UMS 139.

Ce doute n'a pas été sans conséquence. Il a remis en cause les réelles bonnes indications et le service rendu aux patients :

UMS 167 : « *Bon. Qu'est-ce qu'on doit y trouver ? (silence) En ce qui me concerne moi comme médecin, probablement les indications (silence). Les indications est-ce que dans certains...est-ce, est ce qu'il y a des bonnes indications ? Est-ce qu'il y a un réel service rendu aux patients ? Euh ou est-ce que c'est simplement ce que j'imagine ?* ».

UMS 205.

Un des participants a expliqué l'impact de ce doute. Il a créé un manque de conviction dans sa prescription et un sentiment d'imposer son traitement au patient:

UMS 117 : « *Si j'étais intimement persuadée, avec des données à l'appui, qu'il y avait un rôle important dans la prévention des complications veineuses, je serais probablement plus...plus insistante, j'en porterais pas pour autant, mais peut-être plus insistante, parce que je sais si, parce que j'ai pas de données.* »

UMS 119 : « *Donc je me dis, de quel droit imposer aux infirmières aujourd'hui ça* »

UMS 120.

Cet écueil a interloqué un des médecins présent, qui n'a absolument pas compris pas ce doute en prévention primaire, en raison du rôle démontré dans la prévention de la maladie thrombo-

embolique et les facteurs de risques de l'insuffisance veineuse. Il lui a paru licite de proposer la contention aux personnes exposées à des risques.

UMS 144 : « *Alors euh voilà (ton ironique) en prévention primaire, on a quand même la prévention de la thrombo phlébite dans le voyage aérien. Donc c'est effectivement qu'il y a un rôle préventif qui est démontré sinon on s'amuserait pas à faire porter des bas de contention à des personnes qui font des voyages intercontinentaux.* »

UMS 147.

#### **4.2 Choix du grade de compression :**

Certains des médecins ont évoqué un malaise par rapport au choix de la force de contention. Un participant est intervenu « timidement » sur le fait qu'il a prescrit parfois le grade, un autre a répondu clairement qu'il ne les connaissait pas et orientait sa prescription pour une meilleure observance, en prescrivant toujours des grade 2 :

UMS 41 : « *Grade...M9 (timidement) [] Des fois, on prescrit le grade de contention. [] M6 : On parlait de prescrire des chaussettes de contention aux hommes en particulier, parce qu'on en parle pas souvent ...c'est toujours grade deux. M5 : L'efficacité des grades, l'efficacité du grade...euh moi, je les connais pas particulièrement, tout ce que je sais c'est que dans ces cas-là, c'est un grade 2 pour une observance meilleure, parce que les grades 3 ils ont quand même beaucoup de mal à les enfiler* ».

Cette notion a été retrouvée à travers l'évocation d'un guide où devrait figurer la force de contention par pathologie UMS 203.

#### **5. Problème de communication avec le patient**

L'entretien a fait ressortir la présence de difficultés dans la communication avec le patient à travers la notion du guide. En effet, les médecins ont vu un guide pour aider à la communication avec le patient, comme moyen de communication avec le patient. Un des médecins a parlé de guide pour rappeler les messages importants aux patients, susceptibles d'être oubliés parmi la densité d'information à transmettre sur le sujet :

UMS 179 : « *Ça permet une communication d'ailleurs du médecin au patient* »

UMS 182 : « *Donc en théorie je serais relativement pour, parce que c'est un moyen de communication pour expliquer tranquillement et efficacement, à notre patientèle les bienfaits et les techniques de mise en place. Par contre dans la pratique, c'est souvent plus problématique.* »

UMS 229 : « *ça peut permettre de lui rappeler certains messages important parce qu'il y a une somme d'informations dans cette consultation-là, il a le droit d'avoir oublié une partie, donc ça nous permet de rappeler les messages importants mais ça doit rester que ça.* »

## **6. Ethique médicale...**

Les médecins ont rappelé que ces obstacles et leurs éventuelles solutions devaient s'accorder avec des principes éthiques où l'autonomie de la personne doit être respectée. Ils ont évoqué le respect du choix du patient, l'importance de la demande du patient dans cette maladie chronique. Ils ont exprimé le fait qu'on ne pouvait pas forcer les gens à s'informer.

UMS 85 : « *Mais là, elles font ce qu'elles veulent hein...* »

UMS 103 : « *C'est une maladie chronique donc, c'est une maladie qu'il faut effectivement traiter bah, en trait d'union, selon la demande aussi du patient, de de d'être soulagé.* »

UMS 197 - 199.

# **III Améliorations des pratiques**

## **1. Utilité d'un guide**

### **1.1 Un guide pour les patients**

Lors de l'évocation d'un éventuel guide d'usage sur la compression veineuse (brochure médecin/patient), la majorité des médecins s'est accordée pour dire qu'elle y voyait une utilité pour le patient, mais pas pour les médecins :

UMS 178 : « M8 : *En pratique je suis d'accord, j'y vois un intérêt particulièrement si c'est bien fait, et que c'est fait pour le patient.* »

UMS 166 - 170 - 189.

Un médecin a argumenté que l'intérêt était seulement pour ceux qui ont rédigé le guide, que bien souvent peu de chose concernait finalement la pratique en médecine générale :

UMS 165 : « *J'en ai marre des guides (rires de plusieurs participants). J'en ai rédigé beaucoup, ça me gave. Alors c'est probablement, c'est utile pour ceux qui l'écrivent, moi j'ai toujours appris beaucoup de choses quand j'ai rédigé des guides patients. J'en ai fait quelques-uns pour un cas et pour la haute autorité de santé. Alors moi j'ai appris beaucoup de chose, je suis pas sûre que mes confrères y apprennent grand-chose. Je suis pas sûre qu'ils aient le temps de les lire, parce qu'il y a souvent beaucoup de choses qui ne concernent pas notre pratique.* »

D'autres ont rétorqué que ce guide n'était pas sûr d'être lu par les médecins. Que de plus, un guide médecin serait un guide perdu parmi tant d'autre, et il fallait donc savoir-faire sans.

UMS 174 -181- 227.

### **1.2 Type de support :**

Si un guide devait être fait, la notion de guide court a semblé être un des critères majeurs :

UMS 177 : « *En tout cas il faudrait que ce soit certainement succinct.* »

UMS 171 - 202.

Le support internet pourrait convenir, permettant d'obtenir une information rapide :

UMS 201 : « *Moi je renvoie sur mon site internet, j'ai un site internet dévolu à cette information en ligne. Si les gens y vont, on a gagné la partie et s'ils n'y vont pas bah tant pis. Mais aujourd'hui à l'heure de l'internet effectivement c'est dépassé, c'est dépassé.* »

UMS 183 - 212 - 216.

Le guide papier a été considéré non seulement comme désuet, moins ludique et qu'il allait finir perdu parmi tant d'autres :

UMS 184 : « *Et peut-être des choses certainement plus ludiques qu'une simple feuille et qui pourra aborder d'autres problèmes comme le poids, l'hygiène aussi. Il y a d'autres moyens que le petit papier, comme disait M8 où on ne sait jamais où on l'a mis.* »

UMS 192 - 195 - 200.

Bien sûr ils n'ont pas omis qu'un support informatique allait limiter l'accès à certains patients comme les personnes âgées UMS 193.

Les intervenants ont insisté pour que ce « guide patient » soit ludique pour mieux retenir, avec, par exemple, des vrais/ faux, des schémas, des dessins, voir des vidéos pratiques : UMS 187 - 211.

Il a aussi été proposé de réaliser un support internet avec information téléchargeable pour donner un exemplaire au patient :

UMS 209 : « *Ensuite éventuellement éditer un exemplaire pour le patient hein. Ça me paraît utile oui effectivement.* »

UMS 196 - 207.

### **1.3 Fiabilité et accessibilité de l'information apportée**

Les médecins ont attaché une importance particulière à la source de l'information, à savoir qui faisait le guide :

UMS 185 : « *Je, d'abord je demanderais qui le fait, qui l'écrit hein, tout dépend si ça émane des fabricants des bas de contention ou si ça émane de médecins qui sont spécialistes. Donc on réfléchit à la question. »*

UMS 188.

Ils ont mis en avant le souci de la pertinence et la fiabilité de l'information via internet. Ils ont précisé que l'information issue des laboratoires ou du fabricant n'était pas des plus fiables. Ils recommandaient donc d'orienter le patient vers des sites pertinents :

UMS 194 : « *et puis après ils tombent sur des forums où là il y a des trucs... tout et rien. Donc à réfléchir. Mais pas faire n'importe quoi pour que ce soit utile. »*

UMS 213 - 214 - 217 - 220 - 221 - 224.

Un d'entre eux a proposé que ce guide soit fait par les médecins généralistes qui connaissent mieux leurs patients UMS 191.

Un autre critère a été souhaité, celui de l'accès au guide à tout type de population (analphabètes, étrangers), pour ceux qui ont un faible niveau d'étude UMS 190 - 215.

#### **1.4 Objectif de ce support**

Le guide patient a représenté une éventuelle aide, non seulement pour le patient mais aussi pour le médecin, car il serait le support d'informations pratiques sur la contention (intérêt, indications, types de bas, durée du port, aides à la pose) :

USM 180 : « *pour expliquer des images ou par exemple, sur les techniques de mise, de mise en place, l'enfile bas par exemple. L'intérêt et aussi différentes possibilités de lutter contre l'insuffisance veino-lymphatique expliqué par le médecin 7. »*

UMS 168 : « *Et puis probablement, effectivement y trouver euh, les conseils concernant la durée du port, s'il y a effectivement une efficacité si on les porte 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ? Si le port 2 heures par jour a une efficacité quelconque, pour les patients ça, pour qu'ils se rendent compte. »*

UMS : 169 - 173 - 223.

Le guide pourrait aider à l'éducation thérapeutique autour de la contention, en expliquant les règles hygiéno-diététiques dans l'insuffisance veineuse, afin d'impliquer plus le patient dans sa maladie:

UMS 172 : « M6 : Alors l'intérêt d'un guide ce serait déjà que le médecin puisse en parler avec le patient, pour pas lui donner le papier comme ça, et donc bien justement de rediscuter de tout ce qui est nécessaire pour améliorer l'insuffisance veineuse. Donc tous les autres petits moyens, à part les bas de contention. Et euh, c'est vrai que ça pourrait être intéressant, donc que qu'est ce qui pourrait y avoir d'autre ? »

UMS 218 : « Alors euh, concernant un document, qui soit papier ou informatique, ça veut quand même dire, que c'est pas effectivement ce qu'a dit madame, un document que l'on va balancer, ça veut dire qu'il va falloir quand même envisager une séance d'éducation thérapeutique avec le patient. Le document étant que le support à cette séance ».

UMS 186 - 225 - 236.

Mais il a été clairement dit que ce guide ne remplacerait pas le rôle du médecin aussi bien dans l'information délivrée que dans le soutien apporté au patient. Ce ne serait qu'un support de fin de consultation pour l'éducation thérapeutique et non de substitution du rôle du médecin :

UMS 222 : « Dans ce travail de thèse, il était bien dit que, en fait le soutien (bruit de chaise), le soutien apporté par le médecin, était quand même supérieur à celui apporté par internet »

UMS 228 : « Donc je crois que ça peut être qu'un support qu'on donne à la fin de la consultation. Qu'on explique devant, mais ça ne dispense pas, la solution de facilité c'est pas de donner ça et puis va te faire voir avec ça. Ça suffit. Ça va passer 30 secondes, que ce soit pour un diabète, un cholestérol ou une insuffisance veineuse. Il y a toute une éducation du patient ».

UMS 198 - 219.

## **2. Perceptive d'amélioration**

### **2.1 Renforcer les connaissances**

Un des médecins a été demandeur d'informations avec des preuves scientifiques sur l'efficacité de la contention dans la prévention des patients asymptomatiques exposés aux professions à risques :

UMS 232 : *« Mais l'éducation thérapeutique, je peux la faire que si je suis persuadée que ce que je fais va être utile au patient. Parce que je vais pas, parce que j'ai l'impression qu'il faut le faire. Enfin je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. Moi quand on me dit j'ai l'impression que ça, non je dire que moi aussi j'ai l'impression. Mais s'il faut que je passe 40 minutes d'éducation thérapeutique pour avoir une impression qui, alors que ça a pas, rien n'est prouvé là-dessus, on ferait mieux de faire autre chose, vous voyez ? Il y a surement d'autres domaines où l'on sera plus efficace. »*

UMS 234.

Il a également demandé une formation afin d'améliorer sa prescription. Un autre a fait part de son besoin de rappel sur les recommandations.

UMS 233 : *« Donc je crois vraiment donc, enfin, peut-être que je vais demander une séance de formation dans mon groupe ».*

UMS 208 : *« enfin on peut déjà se rafraîchir la mémoire sur les recommandations. »*

### **2.2 Mieux gérer le temps**

Il a été discuté d'un projet de consultation spécifique, comme cela arrivait parfois, pour pouvoir faire de l'éducation thérapeutique :

UMS 154 : *« Il faut peut-être demander à ce qu'on les revoie dans un temps spécifique pour parler de ça, parce que probablement que tout ce qui est éducation thérapeutique, dans ce domaine-là, à ce moment-là, est trop rapidement abordé »*

UMS 159 : *« en tout cas moi, au jour d'aujourd'hui si la plainte était pas la douleur dans les jambes je ne, je ne prenais pas le temps de dire il faudra un temps spécifique pour ça. »*

*Modérateur : Donc ce sera peut-être quelque chose... M5 : Ce sera peut-être quelque chose nécessaire oui. »*

UMS 32 - 156 - 164 - 231.

Il a été également souligné de ne pas se contenter que du port de la contention, mais favoriser l'éducation thérapeutique, au long cours, même lors du renouvellement :

*UMS 163 : « Effectivement, ça prouve qu'il y a une bonne observance, mais en t'entendant, je me disais, oui mais effectivement, moi aussi je renouvelle, mais j'aborde plus le problème parce que je suis contente parce qu'elle les porte, peut-être que, c'est peut-être pas la solution. »*

### **2.3 Impliquer les médecins du travail**

Dans le cadre de la prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques, il a été noté la nécessité d'impliquer les médecins du travail dans la prescription de contention veineuse :

*UMS 142 : « Si ça l'est, je pense, je leur conseille fortement de faire pression auprès de l'entreprise et de la médecine du travail pour que...ça, c'est de la médecine du travail, qui doit informer de ça. Moi, je sais pas. »*

UMS 20 - 74.

# DISCUSSION

## I Discussion de la méthode

### 1. Choix de la méthode (42)

A notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude sur le sujet en soins primaires utilisant la méthode de recherche qualitative, il nous a donc semblé pertinent de l'employer.

Le focus group est apparu comme une méthode idéale pour recueillir l'expérience ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Si nous avions utilisé un questionnaire fermé de type quantitatif, nous aurions testé l'adhérence des médecins généralistes aux idées déjà établies sur la compression élastique. Nous aurions perdu de l'information. Le focus group, par sa libre expression, est la méthode la plus appropriée pour collecter les points de vue en s'affranchissant de ceux des grands principes établis.

Les médecins n'ont pas eu connaissance du thème de la discussion avant le début de la séance, ce qui a permis un discours spontané.

La dynamique de groupe donne lieu, lorsque celle-ci est positive, à l'émergence de nouveaux points de vue. Ceux-ci peuvent être discutés, dans le même temps, par les protagonistes. Cela n'aurait pas été le cas avec des entretiens individuels ou encore un questionnaire fermé. En effet le groupe va permettre d'aider les interlocuteurs à explorer et clarifier leur point de vue. Bien qu'autonome, elle peut être complémentaire d'une technique quantitative.

De plus, dans les discussions de *focus groups*, les interactions se déroulent simultanément sur plusieurs plans. Les participants interagissent les uns avec les autres, ainsi qu'avec l'animateur, en même temps que des arguments, des idées interagissent, au sein de la situation en question et dans un contexte socioculturel plus large. En intégrant ces interactions entre professionnels, cette méthode permet l'évaluation du pourquoi et du comment de leur mode de réflexion. Elle a donc représenté une opportunité pour les médecins généralistes d'étudier certains aspects de leur pratique.

## **2. Limites du focus group** (36,38,44)

La dynamique de groupe et les interactions entre les participants peuvent détourner l'entretien du thème discuté (tâche du modérateur de discuter les interactions parasites). De plus des relations de hiérarchie, voire de conflits peuvent exister. Ceci a été le cas si l'on reprend l'UMS 148 :« M5 (coupe la parole de M3) : Je suis désolée, mais je vais pas vous répondre parce que [ ] Je suis désolée, mais c'est un peu désagréable parce que je polémique pas, on sort hein, c'est pas du tout (en même temps le modérateur parle : on sort un peu du sujet) comme on peut pas répondre je crois qu'il y a une question, faut qu'on y réponde, faut qu'on réponde à la question précise que tu nous as posée ».

Il peut y avoir également des réticences à exprimer des idées personnelles, à se dégager des normes de groupes source de blocage et d'effet censure. On peut par exemple citer M9 dans UMS 41 qui a dit « *timidement* » que les médecins prescrivaient parfois le grade.

Le contexte demeure artificiel, l'attitude de l'animateur peut affecter la dynamique de groupe et les réponses de certains participants. Lors de l'entretien, nous n'avons pas ressenti de phénomène d'entraînement de la part du modérateur, orientant à mauvais escient les réponses des participants.

La relation entre la problématique et les résultats tiennent compte du caractère unique de la situation étudiée (les participants ne sont pas représentatifs de la population source c'est-à-dire des médecins généralistes de l'agglomération nantaise membres du DMG) et donc les résultats obtenus ne peuvent être comparés qu'à des situations similaires. Les résultats sont donc non généralisables.

## **3. Critique de la réalisation**

### **3.1 Le manque d'expérience dans cette technique**

Malgré les lectures de références, la pratique du focus group garde une part aléatoire. Celle-ci est d'autant plus importante que la technique n'est pas totalement maîtrisée. En effet il s'agissait de la première expérience pour ma part.

### **3.2 L'énoncé des questions (46)**

Une question mal formulée peut conduire à des réponses non attendues. Lors de la présentation du thème du focus group, nous avons omis de préciser l'exclusion des bandes de contention élastiques, cadre qui a été évoqué dans les réponses aux questions 1 et 2. De même, l'évocation de la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse, non attendue, a pu s'expliquer car la présentation du sujet précisait seulement l'exclusion de la maladie post-thrombotique. La prescription de bas dans le cadre de l'hypotension orthostatique, a été également citée à notre surprise. Mais cette indication a paru importante pour les médecins interrogés.

### **3.3 Le degré d'interconnaissance entre certains participants (44)**

Certains médecins se connaissaient et connaissaient le modérateur. Il y avait donc un risque que la discussion se soit déroulée dans l'implicite, et que nous n'ayons pas pu en saisir le sens.

Cette interconnaissance avec le modérateur, ici appartenant au même groupe socio-professionnel, le DMG, a pu générer une diminution de la cohésion du groupe (les médecins interrogés), et orienter les réponses des participants, à ce qui serait attendu par un professionnel de la médecine adhérent au DMG. Un modérateur extérieur aurait pu éviter une orientation des réponses. Mais ceci a permis de parler d'un sujet compris et connu de chacun.

D'autre part, le fait que les participants se connaissaient avant et surtout s'ils ont été amenés à se fréquenter après la discussion, les risques d'autocensure ont été plus forts. La divulgation d'expériences et d'opinions intimes, sensibles ou conflictuelles ont pu peser sur les relations interpersonnelles après l'entretien. Au contraire, certains ont pu se sentir à « l'aise », mais parfois trop, s'exprimant librement sans retenue, au détriment du temps de parole des autres, pouvant également inhiber certains participants. Cela a été notamment le cas de M3 et M5 qui tendaient à vouloir imposer sur leurs opinions, créant une tension susceptible d'inhiber l'intervention de certains. Ce phénomène était prévisible car le recrutement des médecins s'est fait à partir des listes de médecins de SASPAS et maitres de stage universitaire (MSU) qui ont des formations et réunions communes au sein du département de médecine générale de Nantes.

### **3.4 Caractéristiques des participants**

Les participants avaient tous un certain degré d'implication dans la formation et la transmission des connaissances. On pouvait donc penser que cette «élite» de médecins généralistes ne parlerait que de certains obstacles. Mais cela a permis de donner une homogénéité au groupe, facilitant alors l'échange de points de vue, d'expériences, en rassemblant des personnes caractérisées par une même expérience, ce qui crée un espace commun.

Un des participants était accompagné de son fils, âgé tout au plus de 4 ans. Celui-ci a sûrement créé la surprise des autres participants et gêné la concentration durant l'enregistrement en raison de ses bruits de fond. De plus, il a anticipé le départ de son père, un des participants du focus group, qui a jugé que l'on avait tout dit sur le sujet et qui a voulu arrêter le désagrément occasionné par son fils.

### **3.5 Le nombre de focus group**

Un seul focus group est insuffisant pour arriver à saturation des idées générées par la problématique. La réalisation de plusieurs focus groups n'a pas été possible en raison du temps nécessaire à son analyse. Cela limite la validité des résultats. Il serait donc intéressant de reproduire ce travail.

Enfin l'analyse des résultats est personnelle. Une autre personne comprendrait peut être différemment le sens des réponses ou l'analyserait différemment.

## **II- Discussion des résultats**

Le focus group mené sur les 9 médecins généralistes a permis d'identifier certains obstacles dans la prescription de la compression veineuse élastique (hors bandages), dans l'insuffisance veineuse chronique essentielle non compliquée (hors maladie thrombo-embolique et ulcère veineux).

### **1. Les principaux freins à la prescription de la compression veineuse**

#### **1.1 Le problème de la non observance des patients**

Les médecins ont insisté sur le problème d'observance des patients, qu'ils ont expliqué par cinq facteurs principaux :

- L'état local des membres inférieurs : la morphologie des jambes étant très variable, comme par exemple le sujet obèse, elle ne répondait pas trop aux normes standards et à la confection de bas sur-mesure. Il existait donc des risques d'effet garrot.
- L'état général du patient : le sujet âgé ayant du mal à se mouvoir, il se trouvait face à des difficultés d'enfilage.
- Le bas lui-même : tout d'abord par son effet compressif thérapeutique, qui le rendait difficile à enfiler et ce d'autant plus que la classe augmentait. Secondairement, le textile du bas a été parfois source d'intolérance voir d'allergie vraie. Puis, pour garder son efficacité, il était nécessaire que le patient lave le bas à la main, ce qui demandait une certaine minutie.
- Les préjugés des patients qui voyaient les bas comme « moches », « ringards », « féminins » ou « inutiles ». Certains patients étaient totalement réfractaires au concept.
- La période estivale incompatible avec le port d'une compression soit par son in-esthétisme, soit par son effet « chaleur ».

Les études qui relatent des problèmes d'observance signalés par le patient au port de la compression veineuse soulignent les mêmes freins : inefficacité du bas, difficulté à la mise en place, nécessité d'une aide, sensation de garrot, de blocage de la circulation, sensation de

chaleur, de douleur, problème d'ordre esthétique, l'intolérance cutanée, le coût (abordé dans une autre partie) ... (4,9-14).

Certaines causes de non usage sont rapportées par les patients et n'ont pas été cités par les médecins du focus group. Dans l'étude de Raju S et al, parue dans les annales de chirurgie vasculaire en 2007, il est évoqué la notion de manque d'auto discipline du patient, de symptômes plus marqués avec le port de la compression et la non utilisation liée au travail (10).

Des solutions pour contourner certains freins ont été évoquées, comme l'esthétisme des nouveaux modèles, les bas sur mesures, les aides humaines (infirmière, aide à domicile...), les aides techniques (l'enfile bas).

Certaines techniques pour améliorer l'enfilage n'ont pas été citées et nous semblent importantes à connaître. Il ne faut pas oublier que plus la maladie est avancée plus la posologie de pression nécessaire est élevée. Paradoxalement, l'observance serait moins bonne, conduisant parfois à prescrire une classe inférieure à celle idéalement nécessaire. Il faut savoir que l'on peut superposer plusieurs bas pour l'obtention d'une pression efficace (9). La technologie F.I.P (Foot Improved Profile), en particulier pour les bas de classe II et III, abaisse la pression au dos et au coup de pied sans perdre l'efficacité de la pression délivrée à la cheville. Bien sûr, on peut avoir recours au système d'enfilage mécanique, semi-rigide ou souple (il assiste le passage de l'avant pied et ont moins d'intérêt au moment du passage du coup de pied qui reste la région où les bas sont les plus difficiles à manipuler. (9,47)

Pour la saison estivale, les bas de compression « pieds ouverts » pourraient pallier à cet effet chaleur, et aider ceux qui ne supportent pas d'avoir les orteils comprimés.

Mais certains obstacles semblent rester incontournables : la personne obèse pour qui les bas sur-mesure ne sont pas toujours adaptés, l'entretien des bas qui nécessite un lavage à la main, les patients non adhérents au concept, impossibles à convaincre. Il serait intéressant de faire une estimation de l'importance de ces freins dans l'inobservance des patients, voir quelle est la part de ces obstacles pour l'instant intangibles.

## 1.2 Problème d'ordre socio-économique

### 1.2.1 Remboursement en fonction des indications

Les médecins ont expliqué l'importance du coût de cette prescription à travers le coût du bas, qui n'est remboursé que dans certaines indications. En effet, les bas (et collants) pris en charge en France par l'assurance maladie doivent être inscrits à la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) en vigueur, qui ne répond qu'à certaines indications de prescription : les jambes lourdes, les stases veineuses avec ou sans œdème, le lymphœdème et l'éléphantiasis. Les tarifs fixés par la LPPR pour les différents bas (chaussettes, bas cuisses collants sur mesure ou non) sont précisés dans le tableau 4. (48)

**Tableau 4 : Tarifs et nomenclature de la compression veineuse inscrite dans la LPPR prévu par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale (Titre II, Chapitre I)**

NOMENCLATURE	TARIF EN EUROS
Orthèse élastique en un sens -bas jarret -bas cuisse	9.81 à 21.52 en fonction du tricotage 22.55 à 42.50 en fonction du tricotage
Supplément pour collant	12.25
Majoration pour les bas sur mesure	Non précisé
Majoration pour les orthèse de classe IV aux mesures du patient et en série	+ 5%

Le prix de vente est souvent plus élevé que la base du remboursement et il peut varier d'une pharmacie à l'autre. La différence est à la charge du patient. Certaines mutuelles la prennent en charge.

A noter que de nouvelles perspectives dans la révision de la nomenclature des produits inscrits sur la LPPR est en discussion : les bas de compression entre 10 et 15 mmHg (classe I) ne devraient être remboursés que s'ils sont superposés à des bas de classe supérieure pour

obtenir une compression efficace dans les indications retenues, lorsque l'enfilage est difficile pour le patient. La commission ne propose pas le remboursement des dispositifs de compression médicale dans les indications suivantes lorsqu'elles ne sont pas associées à d'autres manifestations des affections veineuses chroniques : symptômes (douleurs, jambes lourdes, impatiences, prurit, sensation d'œdème vespéral), les télangiectasies et varices réticulaires (< 3 mm). Les indications telles que la prévention et le traitement de la thrombose veineuse, la grossesse devraient peut-être être inscrits. (7)

### **2.1.2 Remboursement des aides techniques et humaines**

Les aides techniques (enfile bas) ont représenté des frais supplémentaires car elles ne sont pas remboursées quelle que soit l'indication. (7,47)

L'aide à la pose d'une contention veineuse par l'infirmière n'est pas prise en charge, car cet acte n'est pas inscrit dans le libellé de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Il faut donc y associer un autre acte comme la réalisation de pansements. (49)

Paradoxalement pour les médecins, la notion de contention veineuse apparaît sous trois formes dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) :

- une note qui s'adresse à tous les actes thérapeutiques de la subdivision : "*Les actes thérapeutiques sur les veines des membres inférieurs incluent la contention veineuse*", ne précisant pas les caractéristiques de la contention veineuse, et concerne toute modalité de contention veineuse ;
- un codage (le libellé EQBP001) pour la pose d'une contention veineuse isolément (en dehors de tout contexte chirurgical des membres inférieurs notamment), par un médecin qui réaliserait une contention veineuse par mise en place de bandes collantes ou cohésives ;
- une note qui s'adresse à tous les actes thérapeutiques de la subdivision : "*avec ou sans contention veineuse*", ne précisant pas les modalités de contention utilisées et concerne toute modalité de contention veineuse.

Il existe donc un codage qui ne concerne que les bandes de contention et seulement lorsqu'elles sont mises en place par un médecin.

### **2.1.3 Sans oublier ....**

Ce coût augmente bien sûr avec la nécessité de prescrire plusieurs paires, si l'on prescrit des bas sur mesure, des collants.... Le problème de la longévité moindre de la contention esthétique s'y ajoute.

### **1.3 L'éducation thérapeutique et le temps nécessaire**

L'éducation thérapeutique a été bien précisée comme indispensable par les médecins du focus group, permettant une meilleure observance du patient. Ce lien entre l'éducation thérapeutique et l'observance des patients est retrouvé dans la littérature. Dans l'article *Recommandations basées sur les preuves scientifiques* paru dans le *Journal des Maladies Vasculaires* en 2009, une des causes de non compliance des patients est l'absence d'éducation et de compréhension des patients sur leur pathologie (4). Certains arguent dans d'autres études que la mauvaise compliance du patient est due leur mauvaise éducation (étude basée sur des patients atteints d'ulcère de jambes (50), utilisation de compression dans le cadre de la thrombose veineuse profonde (14)).

Il est clair que l'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladie chronique et leur entourage. Elle permet de comprendre la maladie et le traitement, de coopérer avec les soignants, le but étant de maintenir ou améliorer leur qualité de vie, d'améliorer l'efficacité des soins et de permettre de réduire la fréquence et la gravité des complications.

Cette éducation thérapeutique (ETP), acte clé de la prescription de la compression veineuse, a été pourtant une des difficultés rencontrée. Elle s'est inscrite dans une contrainte de temps et demandait un investissement important. Les médecins ont exprimé l'importance de réaliser non seulement l'éducation au port de la compression mais aussi aux règles d'hygiène de vie autour de la pathologie veineuse. Dans l'étude ETHICCAR (51), il est démontré que la mise en place d'une démarche éducative ambulatoire chez les patients à risque cardiovasculaire demande une participation active des médecins généralistes. Mais cette éducation rencontre plusieurs types de difficultés :

- des contraintes organisationnelles : le système de distribution des soins en France n'est actuellement pas propice au développement de l'ETP ambulatoire. La charge de travail et le sentiment d'épuisement professionnel limitent l'investissement des

médecins dans une démarche d'ETP. Le poids de l'activité curative réduit la place d'une approche préventive.

- des problèmes culturels : la relation médecin-patient reste sur un mode descendant, qui ne favorise pas la responsabilisation du patient. L'ETP nécessite de reconsidérer le rôle du médecin dans le suivi des maladies chroniques, en passant d'une posture de soignant à celle d'accompagnant.

Le Haut Conseil de la Santé Publique tout comme les médecins interrogés dans notre focus group, évoque la nécessité de consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (sensibilisation, information, aide à l'acquisition de compétences, soutien psychosocial, évaluation...). (52)

#### **1.4 Pertinence de la prescription en prévention primaire de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques**

Si l'efficacité de la compression a été admise, certains ont fait part de leurs doutes dans la prévention primaire pour les professions à risques, quand le patient ne présentait aucun symptôme. Ces doutes ont engendré un manque de conviction, le sentiment d'imposer le traitement au patient.

Concernant les patients asymptomatiques, leur réticence a été légitime. En effet, la plupart des publications aboutissent à des conférences de consensus et des recommandations en faveur de l'utilisation de la compression médicale aux stades C0s et C1s, c'est-à-dire pour des patients symptomatiques (sur la base d'avis d'experts, la pression recommandée est comprise entre 10 et 21 mmHg). Elles sont donc centrées sur l'effet positif de la contention veineuse lors de la présence de symptômes veineux tels que lourdeurs, douleurs ou sensations de gonflement et crampes même sans signe clinique (4,7,27,53,54).

Concernant les patients exposés à une profession à risque, des études montrent la satisfaction des travailleurs utilisant des compressions élastiques pour éviter l'inconfort résultant d'un travail en position prolongée debout. Il s'agit d'études de grade B (présomption scientifique) et qui ne précisent pas de l'éventuelle prévention chez les patients C0 ou C1 asymptomatiques. (53)

Une seule publication évoque le stade C1A des affections veineuses chroniques et le bénéfice d'une compression veineuse, mais les auteurs de cette recommandation considèrent que les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'utilisation de la compression au long cours (55).

Globalement, les recommandations dans le cadre des professions à risque ne sont pas clairement établies, même si la tendance est en faveur du port de la compression veineuse. Selon une publication du Département de chirurgie Vasculaire de de l'Université de Tel Aviv, la pression hydrostatique seule ne suffit pas pour créer une insuffisance veineuse. La défaillance de la pompe musculaire et l'obstruction de l'écoulement veineux, sont aussi des facteurs importants comme l'augmentation de la pression veineuse (56). Une étude polonaise récente met en évidence que la station prolongée debout ou assise au travail augmente le risque de développer une maladie veineuse chronique (avec un risque significativement plus élevé de maladie pour les personnes qui travaillent dans une posture debout). Ces travailleurs doivent donc faire l'objet d'interventions prophylactiques spécifiques (57). Une étude italienne à travers une analyse détaillée et systématique de la littérature de 1964 à 2011 montre qu'il existe une relation importante entre la position debout au travail et la maladie veineuse. La position orthostatique prolongée implique une veinostase à haute pression avec des risques de formation de caillots sanguins et de thrombose. De plus chez les travailleurs debout, on observe une augmentation de la perméabilité. Mais les auteurs doivent définir plus précisément la population, le travail effectué, le temps de repos au travail, la position debout exacte et le temps d'orthostatisme, car de nombreux facteurs de risques interviennent. (58)

En connaissance de la physiopathologie de l'insuffisance veineuse avec ses facteurs de risques, et le mécanisme thérapeutique de la compression, il paraît cohérent de prescrire la compression dans les professions à risques, même chez des patients sans plainte fonctionnelle. Si l'on rappelle la mortalité à la suite d'une maladie veineuse, les coûts sociaux élevés liés à la perte de jours de travail, aux soins médicaux et l'invalidité résiduelle, la demande d'études avec un niveau de preuve suffisant semble légitime. Des études de bonne qualité sont attendues pour argumenter la prescription de la compression médicale dans les professions à risques chez des patients asymptomatiques. Une attention particulière devrait être accordée à la prévention dans ce cadre.

## **1.5 Force de contention**

Certains des médecins ont évoqué un malaise par rapport au choix de la « force » de contention. Le « grade 2 » a semblé être le plus prescrit selon un participant, choix motivé non pas par la connaissance de l'indication, mais pour obtenir une meilleure observance de ses patients.

Ce manque de précision dans la rédaction des ordonnances, est retrouvée dans l'étude de Vignes S et Fournier J, qui dénonce les prescripteurs au sens large (médecins généralistes en majorité, dermatologues, angéiologues...). Ils expliquent les conséquences de cette méconnaissance de la force de contention à savoir une mauvaise adaptation de l'orthèse et donc un facteur de mauvaise observance (15).

Cette même étude interpelle les prescripteurs sur l'inhomogénéité dans des termes employés pour définir « la force de compression ». Si certains utilisaient le terme correct de « classe », d'autres prescrivaient en « force », « grade », « type », « numéro » pouvant entraîner des erreurs de délivrance. Dans le focus group, les participants ont utilisé les termes de « grade » ou « force » mais ce manque d'homogénéité n'a été pas perçu comme un frein.

## **1.6 Des obstacles non spécifiques à la prescription de la compression veineuse**

Il a été évoqué des difficultés dans la communication avec le patient ainsi que le souci permanent de rester éthique dans sa prise en charge. Ces notions n'étant pas spécifiques de la prescription de la compression médicale, nous avons choisi de ne pas les développer.

## **2. Volonté d'amélioration et implication pratique**

### **2.1 Renforcer les connaissances**

Dans le cadre des professions à risques, certains médecins ont demandé des preuves sur l'efficacité et l'intérêt de la compression médicale pour les personnes asymptomatiques UMS 232-234. Des études scientifiques à fort niveau de preuves sont attendues. Cela permettrait

de renforcer les convictions des prescripteurs et de favoriser une pratique d'éducation thérapeutique.

Il a été également demandé des formations pratiques avec des rappels sur les recommandations.

En effet il a bien été dit que la fréquence de prescription était en lien avec l'importance de l'information UMS 33.

Le renforcement des connaissances et des compétences dans le domaine de la compression veineuse pourraient être proposées au cours de séances de formations médicales continues.

## **2.2 Projet de consultation spécifique**

La nécessité d'une consultation spécifique semble incontournable pour réaliser l'éducation thérapeutique. Les médecins ont insisté sur le fait que l'éducation thérapeutique ne se résume pas à une seule consultation, mais qu'elle doit être faite cette au long cours UMS 163.

Ces consultations spécifiques sur l'ETD pourraient être améliorées par un guide pour les patients. Un guide court, ludique, type vidéo pratique avec une information téléchargeable à remettre au patient pourrait être intéressante.

La fiabilité de l'information apportée devra être vérifiée. Toute fois ce guide ne resterait qu'une aide et ne remplacerait pas le rôle du médecin généraliste.

On pourrait éventuellement réfléchir à une structure telle que l'école de l'asthme afin d'aider les professionnels de santé dans l'éducation au port et à la prescription d'une compression veineuse. Cette dernière permettrait de soutenir les médecins dans leurs missions d'information et de soutien aux patients avec mise à disposition de brochures, de guides adaptés à cet effet.

## **2.3 Impliquer les médecins du travail**

Dans le focus group, il a été demandé à plusieurs reprises, une implication des médecins du travail dans les professions à risques : « c'est de la médecine du travail » ; « mais je leur conseille aussi de demander à leur médecin du travail de faire une prescription » ; « je leur conseille fortement de faire pression auprès de l'entreprise et de la médecine du travail »

UMS 20-74-142. Ces remarques soulignent un manque de prise en charge de la part de ces professionnels.

L'étude « Venous disease and ergonomics of female employment » (59), parue dans la revue *International Angiology* compare les conditions de travail des femmes présentant une insuffisance veineuse des membres inférieurs par rapport aux femmes de même âge, sans insuffisance veineuse. La position debout ou assise prolongée, l'exposition à des sources de chaleur au niveau des membres inférieurs, le port de vêtements comprimant l'abdomen sont des facteurs de risques indéniables fortement représentés dans la population des ouvrières, des employées de commerces (vendeuses) et des employées administratives (secrétaires...). Ces résultats soulignent l'importance du rôle que devrait avoir le médecin du travail.

De même dans l'enquête VENUS, le rôle de la médecine du travail est sollicité dans les populations à risques identifiées telles que les ouvrières, les artisantes-commerçantes, les femmes exerçant une profession debout immobile (60).

L'implication des médecins du travail pourrait être bénéfique considérant les conséquences socio-économiques que cette pathologie implique.

## CONCLUSION

Le rôle du médecin généraliste dans la prescription de la compression médicale dans le cadre de l'insuffisance veineuse essentielle est fondamental. Il est souvent le premier récipiendaire des plaintes veineuses très fréquentes telles que les lourdeurs de jambes.

Si beaucoup d'études relatent des difficultés d'observance du patient, peu évaluent les obstacles rencontrés par les prescripteurs. Notre focus group réalisé avec 9 médecins des Pays de Loire Atlantique et de Vendée, a permis de mettre en évidence des freins à cette prescription. Bien sûr le problème d'observance du patient est retrouvé, celui-ci étant conditionné par l'état générale du patient, l'état local des membres inférieurs, mais aussi les a priori sur le sujet, le bas lui-même et la saison estivale. Des obstacles d'ordre socioéconomique étaient identifiés tels que le coût du bas, remboursé seulement dans certaines indications ou le coût des aides (humaines et techniques) parfois nécessaires. Un problème de temps pour effectuer une consultation de bonne qualité était également évoqué. La consultation devant être le lieu non seulement de l'éducation au port de la compression avec également de l'éducation à l'hygiène veineuse. Les prescripteurs semblent convaincus des bénéfices de la compression médicale pour les patients symptomatiques, mais paraissent remettre en cause son efficacité dans les professions à risques chez les patients asymptomatiques. Le grade de compression et son indication représentent d'autres difficultés rencontrées.

Des perspectives d'avenir ont été évoquées : la mise en place de consultation spécifique pour pratiquer plus d'éducation thérapeutique. Ces séances pourraient être aidées d'un guide de type support informatique avec une information téléchargeable à remettre au patient. Dans le cadre de la prévention des professions à risques, des études à fort niveau de preuve sont attendues, montrant l'intérêt de la compression chez les sujets asymptomatiques. La médecine du travail devrait être plus souvent impliquée dans ces professions avec notamment une investigation dans le domaine de la prévention. Une demande de formation sur la compression était également réclamée.

On pourrait éventuellement réfléchir à une structure telle que l'école de l'asthme afin d'informer et soutenir les patients, ainsi que les professionnels de santé dans l'éducation au port et à la prescription d'une compression veineuse. Cette dernière permettrait de soutenir les médecins dans leurs missions d'information des patients (mise à disposition de brochures, posters, journaux...) et de promotion à l'éducation thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Allaert FA. La maladie veineuse et l'économiste de la santé. Médecine Thérapeutique. 2000;6(9):710-1.
2. Galanaud JP, Quéré I. Insuffisance veineuse chronique. Varices. La Revue du Praticien. mars 2010;60(3):407-412.
3. Allaert FA, Cazaubon M. Épidémiologie médico-sociale de la maladie veineuse chronique : connaissances actuelles et outils d'évaluation. Angiologie. 2007;59(4):76-87.
4. Nicolaidis A, Allegra C, Bergan J, Bradbury A, Cairols M, Carpentier P, et al. Prise en charge des affections veineuses chroniques des membres inférieurs: Recommandations basées sur les preuves scientifiques. Journal des Maladies Vasculaires. 2009;34(4):1-56.
5. Collège des Enseignants de médecine Vasculaire. Thème 136 – Insuffisance veineuse chronique. Varices. [Internet]. [cité 26 nov 2012]. Disponible sur: <http://cemv.vascular-e-learning.net/poly/136.pdf>
6. Haute Autorité de Santé - La compression médicale dans les affections veineuses chroniques et limitées - Fiche BUTS [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1046328/la-compression-medicale-dans-les-affections-veineuses-chroniques-et-limitees-fiche-but](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1046328/la-compression-medicale-dans-les-affections-veineuses-chroniques-et-limitees-fiche-but)
7. Haute Autorité de Santé - Evaluation des dispositifs de compression médicale à usage individuel – Utilisation en pathologies vasculaires [Internet]. [cité 29 sept 2012]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_937492/evaluation-des-dispositifs-de-compression-medicale-a-usage-individuel-utilisation-en-pathologies-vasculaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937492/evaluation-des-dispositifs-de-compression-medicale-a-usage-individuel-utilisation-en-pathologies-vasculaires)
8. Mollard JM, Lance G. Contention/compression élastique. EMC-Cardiologie-Angéiologie. 2005;2(4):547-56.

9. Thiney G, Becker F, Ouchene A. Observance et compression veineuse élastique : Étude de la facilité d'enfilage et des sensations au porter précoces. *Phlébologie*. 2007;60(3):293-302.
10. Raju S, Hollis K, Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy. *Annals of vascular surgery*. 2007;21(6):790-5.
11. Deatrick KB, Wakefield TW, Henke PK. Chronic venous insufficiency: current management of varicose vein disease. *Am Surg*. feb 2010;76(2):125-132.
12. Ziaja D, Kocelak P, Chudek J, Ziaja K. Compliance with compression stockings in patients with chronic venous disorders. *Phlebology*. Aug 2011;26(8):353-360.
13. Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stücker M. Quality of life and patients' view of compression therapy. *International angiology*. oct 2009;28(5):385-93.
14. Kahn SR, Elman E, Rodger MA, Wells PS. Use of elastic compression stockings after deep venous thrombosis: a comparison of practices and perceptions of thrombosis physicians and patients. *J. Thromb. Haemost.* mars 2003;1(3):500-506.
15. Vignes S, Fournier J. Analyse qualitative des prescriptions de compressions élastiques pour pathologies veineuses et lymphatiques des membres inférieurs. *Journal des maladies vasculaires*. 2008;33(1):12-16.
16. Becker F, Quere I, Guilmot JL. Contention-compression élastique, plaidoyer et proposition pour une utilisation raisonnée. *Journal des maladies vasculaires*. 2006;31(5):247-251.
17. Boccalon H, Fauvel J. Enseignement Deuxième Cycle-136-insuffisance veineuse chronique.Varices [Internet]. [cité 21 déc 2012]. Disponible sur: <http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/internat.html>

18. Carpentier PH, Maricq HR, Biro C, Ponçot-Makinen CO, Franco A. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France. *Journal of vascular surgery*. oct 2004;40(4):650-9.
19. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Annals of epidemiology*. 2005;15(3):175-84.
20. Neglen P, Eklöf B, Kulwicki A, Davies A, Deschamps T, Garcia M, et al. Prevention and treatment of venous ulcers in primary chronic venous insufficiency. *J. Vasc. Surg.* nov 2010;52(5 Suppl):15S-20S.
21. Partsch H. Le rôle de la compression dans la prévention du syndrome post- après thrombose veineuse aiguë : revue de la littérature. *Phlébologie*. 2008;61(2):161-167.
22. Bénigni J, Gobin J, Uhl J. Stratégie thérapeutique de première intention de la maladie veineuse chronique superficielle. *Encycl Méd Chir. Angéiologie*. Paris: Elsevier. 2003;19-2090.
23. Masson Sophie. Contention vasculaire : revue bibliographique et étude d'observance [mémoire]. Nantes; 2003.
24. Liu R, Kwok YL, Li Y, Lao TTH, Zhang X, Dai XQ. Objective evaluation of skin pressure distribution of graduated elastic compression stockings. *Dermatologic surgery*. 2005;31(6):615-24.
25. Hirai M, Nukumizu Y, Kidokoro H, Hayakawa N, Iwata H, Nishikimi N, et al. Effect of elastic compression stockings on oedema prevention in healthy controls evaluated by a three-dimensional measurement system. *Skin Research and Technology*. 2006;12(1):32-5.
26. Zajkowski PJ, Proctor MC, Wakefield TW, Bloom J, Blessing B, Greenfield LJ. Compression stockings and venous function. *Archives of Surgery*. sept 2002;137(9):1064.
27. Partsch H, Winiger J, Lun B. Compression stockings reduce occupational leg swelling. *Dermatologic surgery*. 2004;30(5):737-43.

28. Vayssairat M, Ziani E, Houot B. Efficacité versus placebo de la contention classe 1 dans l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. *Journal des Maladies Vasculaires*. oct 2000;25(4):256-262.
29. Chauveau M, Fullana JM, Gelade P, Vicaut E, Flaud P. Simulation numérique de l'oedème veinolymphatique et des effets de la compression. *jmv*. 2010;36:9-15.
30. Amsler F, Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. mars 2008;35(3):366-372.
31. Chaby G. TRAITER, ÉDUQUER, CONSEILLER: Prise en charge d'un ulcère de jambe. *La Revue du praticien*. sept 2010;60(7):970-4.
32. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, Chant T, Foy C, Earnshaw JJ, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335(7610):83.
33. Andreozzi G, Cordova R, Scomparin M, Martini R, D'eri A, Andreozzi F. Effects of elastic stocking on quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *Int Angiol*. 2005;24(4):325-9.
34. Benigni J, Sadoun S, Allaert F, Vin F. Efficacy of Class 1 elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease: A comparative study. *International angiology*. 2003;22(4):383-92.
35. Vayssairat M, Ziani E, Houot B. Efficacité versus placebo de la contention classe 1 dans l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. *Journal des maladies vasculaires*. oct 2000;25(4):256-262.
36. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du praticien. Médecine générale*. Mars 2004;(645):382-4.

37. Hadrouf B. Projet de construction d'une maison de santé à Vizille (Isère, 38) : étude qualitative par la technique des focus groups des attentes des patients vizillois [doctorat en médecine]. [faculté de médecine de grenoble]: Joseph Fourier; 2007. 257p.
38. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. 2009;28(1):133-148.
39. Marková I. Langage et communication en psychologie sociale: Dialoguer dans les focus groups. Bulletin de psychologie. 2004;57(3):231-236.
40. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N, others. Qu'est-ce que les focus groups? Bulletin de psychologie. 2004;57(3):237-44.
41. Jovchelovitch S. Contextualiser les focus groups: comprendre groupes et cultures dans la recherche sur les représentations. Bulletin de psychologie. 2004;57(3):245-52.
42. Adelsward V, Linell P, Wibeck V. Comprendre la complexité : les focus groups comme espace de pensée et d'argumentation à propos des aliments génétiquement modifiés. Bulletin de psychologie. 2004;57(3):253-261.
43. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. Bmj. 1995;311(7000):299-302.
44. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif. Armand Colin; 2008.
45. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory ; pour innover ? Recherches Qualitatives. 2006;26(1):32-50.
46. Birot E. Ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile. A partir d'un focus group de l'agglomération nantaise [thèse de doctorat en médecine]. [Nantes]; 2008. 56p.
47. Le Magrex J, Thiney G, Essaid M, Becker F, Ouchene A. Amélioration de la mise en place des bas de compression veineuse élastique (20-36 mm Hg/27, 1-48 hPa; classe III française) par la technologie Foot Improved Profile®(FIP®): étude sensorielle, prospective, comparative, randomisée, en double aveugle. Angéiologie. 2008;60(2):22-9.

48. ameli.fr - Liste des produits et prestations (LPP) [Internet]. [cité 13 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/nomenclatures-et-codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/liste-des-produits-et-prestations-lpp/consultation-et-telechargement-de-la-lpp.php>
49. ameli.fr - Nomenclature générale des actes professionnels - NGAP [Internet]. [cité 13 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/ngap-et-lpp/ngap.php>
50. Moffatt CJ. Factors that affect concordance with compression therapy. *J Wound Care*. juill 2004;13(7):291-294.
51. Gay B, Demeaux J-L, Marty M-L. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : L'étude ETHICCAR : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine*. 5(1):42-46.
52. Haute Autorité de santé publique. L'éducation thérapeutique Intégrée aux soins de premier recours [Internet]. paris; 2009. Disponible sur: [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edthsoprre.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprre.pdf)
53. VIN F. Conférence Internationale de Consensus sur la Compression. *Phlébologie*. 2003;56(4):315-367.
54. Cornu-Thenard A, Flour M, Benigni JP, Partsch H, Rabe E. Bas médicaux compressifs: indications reconnues en 2008. Recommandations internationales pour les futurs essais cliniques. *Phlébologie*. 63(2):37-42.
55. Agus GB, Allegra C, Antignani PL, Arpaia G, Bianchini G, Bonadeo P, et al. Guidelines for the diagnosis and therapy of the vein and lymphatic disorders. *International Angiology*. 2005;24(2):107.
56. Bass A. [The effect of standing in the workplace and the development of chronic venous insufficiency]. *Harefuah*. sept 2007;146(9):675-676, 734-735.

57. Sudoł-Szopińska I, Bogdan A, Szopiński T, Panorska AK, Kołodziejczak M. Prevalence of chronic venous disorders among employees working in prolonged sitting and standing postures. *Int J Occup Saf Ergon*. 2011;17(2):165-173.
58. Sancini A, Tomei G, Schifano MP, Nardone N, Andreozzi G, Scimitto L, et al. [Phlebopathies and occupation]. *Ann Ig*. avr 2012;24(2):131-144.
59. Causse C, Allaert FA, Cazaubon M, Le Teuff G, Lecomte Y, Urbinelli R. Maladie veineuse et ergonomie du travail féminin. *Angéiologie*. 2003;55(1):51-58.
60. Benigni JP, Allaert FA, Cazala-Telingue I. Maladie veineuse chronique chez la femme active: Résultats de l'enquête Vénus. *Phlébologie*. 2006;59(1):29-34.
61. Perrin M. La CEAP « Nouvelle ». *Journal des Maladies Vasculaires*. 2005;30(2):103-106.

## ANNEXE 1 : Classification CEAP basique

La classification CEAP est la classification des affections veineuses chroniques, qui comprend toutes les anomalies morphologiques et fonctionnelles du système veineux du membre inférieur. Elle permet de classer différents stades évolutifs de la maladie veineuse chronique en fonction de critères cliniques, anatomiques, étiologiques, et physiopathologiques. Le terme d'insuffisance veineuse chronique, enraciné dans la littérature, a été utilisé pour une anomalie de la fonction veineuse. Il est réservé aux patients à partir du stade C3. Cette classification est réservée en pratique à la recherche clinique et permet d'avoir des critères objectifs de comparaisons entre les études (2,4,61).

### Classification CEAP basique

C clinique	E étiologie	A anatomique	P physiopathologie
C0 : pas de signe visible ou palpable de la maladie	Ec : congénitale	As : système veineux superficiel	Pr : reflux
C1 : télangectasies ou veines réticulaires	Ep : primitive		Po : obstruction
C2 : veines variqueuses		Ad : système veineux profond	
C3 : œdème	Es : secondaire (post thrombotique)	Ap : veines perforantes	Pr,o : obstruction et reflux
C4 : atteinte cutanée C4a : dermite ocre et/ou eczéma veineux C4b : hypodermite scléreuse et/ou atrophie blanche	En : pas d'étiologie retrouvée	An : pas de lésion anatomique identifiée	Pn : pas de mécanisme physiopathologique identifié.
C5 : ulcère cicatrisé			
C6 : ulcère ouvert, non cicatrisé			
Chaque classe doit être complétée par :			
A : asymptomatique			
S : symptomatique			

La classification CEAP élaborée est plus détaillée et plus précise, l'affection pouvant être localisée dans un à 18 segments anatomiques tels qu'ils sont définis dans le A.

## **ANNEXE 2 : Aspect socio-économique**

L'impact des affections veineuses chroniques est considérable en raison du grand nombre d'individus qui présente cette pathologie, du coût des examens, de la prise en charge et de la morbidité, ce qui se traduit par une détérioration de la qualité de vie, et un absentéisme au travail. De plus les affections veineuses chroniques sont progressives et récidivantes ce qui complique la situation. Les manifestations les plus importantes et les plus coûteuses des affections veineuses chroniques sont les varices, avec ou sans altérations cutanées et les ulcères veineux.

Le coût de cette maladie se répartit en coût direct (médecins, soins infirmiers et autres auxiliaires médicaux, examens, traitements), en coût indirect avec les arrêts de travail. Sur le plan humain, il existe un coût en termes de qualité de vie. En France en 1991, 2,4 milliards ont été dépensés pour les affections veineuses chroniques soit 2,6% du budget total de la santé. On comptait à cette époque 6,4 millions de jours d'arrêts de travail.

Le coût en termes de souffrance humaine est réel, et une association entre la qualité de vie et la sévérité de la maladie veineuse en fonction de la classe clinique de la classification CEAP existe.

A l'heure actuelle, il n'y a aucun moyen de prévenir efficacement la survenue de varices mais leurs répercussions notamment trophiques avec l'enjeu économique qui en découle, doit faire l'application de mesures préventives afin de prévenir la survenue d'ulcère dont on connaît les conséquences sur le plan individuel et collectif (4).

## **ANNEXE 3 : Traitement préventif de la maladie thrombo-embolique veineuse**

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

Indications du port de la compression dans le cadre de la prévention :

**1/Contexte médical à risque thrombo-embolique**, notamment en cas d'alitement (infections avec fièvre prolongée, cancers à risque de thrombose, insuffisances cardiaques, antécédents de thrombose veineuse). En revanche, l'utilisation d'une compression après un accident vasculaire cérébral (AVC) n'a pas démontré son intérêt. La compression est utile en complément du traitement anticoagulant ou seule lorsque ce traitement n'est pas indiqué.

**2/Contexte chirurgical à risque thrombo-embolique veineux**, en association au traitement anticoagulant ou seule lorsque ce traitement est contre-indiqué.

**3/Voyages en avion de plus de 7 heures**

**4/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. 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. Port de bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 mmHg (plus si affection veineuse associée) durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois en cas de césarienne).

Les bas doivent également satisfaire à un référentiel technique précis élaboré par l'association pour la promotion de l'assurance qualité dans la filière textile-habillement (ASQUAL), pour

être inscrits à la liste LPPR. Il existe d'autres référentiels nationaux en Allemagne et en Grande-Bretagne par exemples. Leurs principales caractéristiques sont :

- leur mode de fabrication et les caractéristiques des matériaux qui les composent ;
- la pression qu'ils exercent à la cheville, mesurée in vitro et classée en 4 niveaux ;
- le pourcentage de dégressivité de cette pression de la cheville vers la cuisse, selon la loi de Laplace ;
- leur résistance à un test de comportement à l'usage.

Il faut noter que les bas anti-thromboemboliques (bas ATE) ne font l'objet d'aucune définition. Leurs modes de fabrication et leurs profils de pression sont donc très variables.

Des bas de compression dite « progressive » sont également sur le marché. Ils ne font l'objet d'aucun référentiel. Ces bas ne sont pas pris en charge. Ils doivent faire l'objet d'études cliniques montrant leur efficacité et leur intérêt thérapeutique.

(6)

## ANNEXE 4 : le verbatim

Modérateur : Donc on va s'attaquer à la première question : souvenez-vous de la dernière fois où vous avez prescrit des bas de compression élastique, hors du cadre de l'ulcère veineux ou du syndrome post phlébitique, quelle en était l'indication? M1, si tu veux commencer?

M1 : Je n'en ai jamais prescrit... (*sourit d'un air gêné, en regardant le modérateur*)

Modérateur : Est-ce que tu... (*rires de M1*) pourquoi? L'occasion ne s'est pas présentée?

M1 : J'ai pas de clientèle attirée, je reçois des gens pour une durée de deux mois et ils arrivent souvent avec des prescriptions et moi je vais venir pour compléter les bilans médicaux. Mais c'est vrai que je n'ai jamais été amené dans ma pratique récente à...et puis ...sinon je travaille au planning familiale donc je n'ai pas eu besoin non plus de prescrire des bas de contention.

Modérateur : Nous allons passer à M2.

M2 : Je n'ai pas un souvenir exact, mais je me souviens vaguement d'avoir dupliqué l'ordonnance sur mon ordinateur, d'avoir dupliqué pour un renouvellement de bas de contention euh, alors...je ne sais plus à qui, j'imagine que c'est une personne d'un certain âge, euh, si voilà maintenant ça y est, je me souviens, qui a une insuffisance veino-lymphatique (*silence court*) dans le cadre d'un renouvellement. Ancien ...elle en a depuis longtemps.

Modérateur : Aucun... Aucune autre indication là, qui te revient à l'esprit?

M2 : D'autres personnes?

Modérateur : Oui, en dehors des exclusions qu'on a faites, l'ulcère et le syndrome post phlébitique.

M2 : Le souvenir dans d'autre cadre que l'insuffisance veineuse ou veino-lymphatique, c'est la prévention d'accident (*raclement de gorge*) de thrombose en avion, donc en prévention chez les voyageurs qui font un long trajet en avion.

Modérateur : Ok, médecin 3.

M3 : Alors, pour ce qui est des bandes de contention, hein, on ne parle pas des collants... des bandes de contention veineuse étalonnées, j'en prescris effectivement, bah plus régulièrement que M1, M2. La dernière fois, c'était il y a deux jours chez une personne âgée qui présentait effectivement un œdème des membres inférieurs de stase lié à une certaine sédentarité sur un terrain prédisposant quoi, sans contexte d'insuffisance cardiovasculaire sous-jacent qui aurait pu éventuellement être sujet à un autre type de traitement que la contention bien sûr. Mais oui, ça m'arrive. C'était la dernière fois, et puis je dirais que ça m'arrive une ou deux fois par trimestre facilement.

Modérateur : M4

M4 : Hier... (*Soupir*) euh... pratiquement tous les jours, je prescris pas souvent des bandes mais plutôt des collants, des bas dans les symptômes fonctionnels d'insuffisance veino-lymphatique euh, en particulier chez les personnes plutôt de sexe féminin euh, en particulier quand elles ont une activité de piétinement et puis en prévention de phlébite quand elles voyagent en avion, même en train quelques fois ou en voiture.

Modérateur : M5

M5 : Bah moi, c'est ce matin. J'ai fait un renouvellement, chez une dame pour euh, effectivement des signes fonctionnels d'insuffisance veino-lymphatique. J'en ai prescrit, je prescris je pense plus d'une fois par semaine. Les indications que, pour lesquelles je les prescris, c'est les hypotensions orthostatiques, c'est effectivement les douleurs des jambes d'origine veineuse, je les prescris en remboursés. En non remboursés je les prescris pour les voyageurs et pour les gens qui ont des travaux en position debout : les infirmières, les coiffeuses. Je leurs conseille au moins de demander à leur médecin du travail de leur en fournir.

Modérateur : M6

M6 : Moi je prescris très souvent aussi, la dernière fois c'était ce matin, une dame qui m'a appelée pour me demander s'il fallait qu'elle prenne un rendez-vous ou bien si je pouvais lui faire par téléphone (*voix amusée*) euh, donc c'est souvent pour des gens qui travaillent : soit coiffeuse, pareil ou euh. Elle, elle fait des ménages donc voilà donc en prévention. Autrement c'est des gens qui ont des varices et en prévention aussi et les voyages en avion, ça m'arrive aussi très souvent.

Modérateur : M7

M7 : Je prescris pas beaucoup de bandes sauf sur une période très courte, par contre les bas à varices, oui plusieurs fois par semaine, surtout sur des insuffisances veineuses avec plus ou moins d'aide. J'ai une clientèle âgée rurale, donc il y a peu de voyage en avion. La dernière fois que j'en ai prescrit, je crois que c'est lundi ou mardi. J'ai le souvenir avec l'interne qu'au moment où la dame allait partir, elle a demandé un renouvellement. Beaucoup plus de renouvellement que de primo prescription. Ça veut aussi quelque part dire, que c'est rentré dans les mœurs, que les gens une fois qu'ils en ont, ils les gardent et ils en demandent des nouveaux quand ils commencent à s'abîmer.

Modérateur : M8

M8 : Alors, je dirais plusieurs fois par semaine, j'ai le souvenir récent, il y a 48 heures, chez une jeune fille de 25 ans qui partait faire un voyage avec une durée en avion assez longue et qui voulait d'ailleurs, c'était la raison de la consultation, c'était plus la demande de bas de contention. Autrement j'en prescris très souvent, plus souvent que quand j'étais jeune médecin installé. On avait peu d'information à ce niveau-là, alors que maintenant, c'est connu. Et principalement les travailleurs debout et station pénible, et tout le traitement, prévention de l'insuffisance veineuse bien sûr, comme les autres confrères.

Modérateur : M9

M9 : Je crois que j'en ai prescrit deux ou trois depuis le début de la semaine. Une dame, le même cas, qui renouvelait, c'est une dame qui travaillait debout tout le temps donc elle a pris l'habitude de les avoir et elle demandait son renouvellement de prescription pour un an. Et autrement, les habitudes de prescription, c'est les femmes enceintes, dès qu'elles me disent

qu'elles sont à leur deuxième grossesse ou troisième grossesse et qu'elles me disent « oh mes jambes, mes petites varices, elles sont moins belles qu'avant » donc on prescrit et je dirais qu'on en parle de plus en plus aux jeunes femmes enceintes qui travaillent debout et qui cumulent un petit peu les risques. Et je prescris surtout des bas ou collants et très peu de bandes.

Modérateur : Donc sur cette première question, prescription de bas, collants, bandes, dans des indications d'insuffisance veineuse, de métiers à risques, piétinement euh, de station debout prolongée, et en prévention dans les voyages en position assise, que ce soit en voiture ou train, est-ce que quelqu'un, dans le groupe, veut rajouter quelque chose dans ces indications et la prescription que vous faites? J'ai bien dit, vous avez cité, bas, collants et bandes.

M9 : Grade...M9 (*timidement*)

Modérateur : M9

M9 : Des fois, on prescrit le grade de contention.

Modérateur : M6

M6 : On parlait de prescrire des chaussettes de contention aux hommes en particulier, parce qu'on en parle pas souvent ...c'est toujours grade deux.

M5 : L'efficacité des grades, l'efficacité du grade...euh moi, je les connais pas particulièrement. Tout ce que je sais c'est que dans ces cas-là, c'est un grade 2 pour une observance meilleure, parce que les grades 3 ils ont quand même beaucoup de mal à les enfiler et que j'ai l'impression que l'observance est moins bonne pour un grade 3. Donc effectivement j'ai plus tendance à prescrire un grade 3.

Modérateur : M8

M8 : Oui, je voulais revenir sur la femme enceinte, je suis toujours étonné que quand on leur en parle, elles aient peu d'information. J'insiste sur le nécessité de prescrire des bas de contention pour les femmes enceintes.

Modérateur : Est-ce que l'on a fait le tour de la prescription et de l'indication ?

M5 : Bah moi, j'en prescris dans l'hypotension de la personne âgée, j'en prescris assez régulièrement.

Modérateur : M9

M9 : Chez les personnes qui sont très âgées, on se voit en fait parfois obligé de prescrire une aide de l'infirmière, qui n'est pas toujours pris en compte et qui rentre dans un parcours de soins, si l'infirmière vient pas euh, régulièrement ou n'est pas, vient pas pour d'autre soin, c'est une prescription qui, je pense, passe à la trappe. Parce que s'il y a personne pour aider, même un grade 2, chez certaines personnes âgées, c'est difficile.

M3 (*coupe la parole*) : Mais nous on parle des difficultés (*incompréhensible*).

Modérateur : On va peut-être pas ce, parce que c'est l'objet de la deuxième question, donc je propose que nous passions à la deuxième question : **quels sont les problèmes rencontrés dans votre prescription de compression élastique et comment faites-vous face à ces**

**difficultés ?** Donc je propose de commencer le tour un petit peu dans le sens inverse et ça va être M9.

M9 : (*enchaine directement*) Je redis ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire qu'on a chez les personnes âgées, on a la mobilité, la souplesse des articulations qui fait que c'est un frein pour enfiler éventuellement des chaussettes ou des bas et que si on prescrit des bandes en se disant que dans ce cas-là, elles vont être plus souples, elles vont pas être bien mise. Donc on a besoin des infirmières. Chez les personnes jeunes, les difficultés c'est peut-être de faire accepter que c'est pas quelque chose que pour les personnes âgées, que c'est donné dans la prévention. Et avec le déremboursement de tout ce qui était veino-tonique, on arrive peut-être à faire plus avancer les choses maintenant, en disant : « Et bien écoutez le déremboursement, ça prouve quand même qu'il y a une utilité sur le long terme, à la prévention de insuffisance veineuse ».

Modérateur : M8

M8 : Oui, c'est la même problématique chez la personne âgée, le problème physique, l'arthrose pour enfiler les bas. Les jeunes, sur le côté esthétique qui ne voient pas du tout l'intérêt de mettre des bas et puis les hommes aussi, refusent souvent de, de mettre ce genre de choses. Mais après, ça demande euh, il faut prendre du temps, il faut leur expliquer, et souvent euh même avec les jeunes, on arrive facilement à avoir une compréhension, une acception. Chez les personnes âgées effectivement, on est obligé de prescrire quelques fois des soins infirmiers pour pouvoir résoudre le problème. Chez les hommes c'est aussi la discussion, bien leur expliquer comment ça fonctionne, et l'intérêt de la prévention pour eux. Voilà, c'est principalement ces trois problèmes qui... que l'on a.

Modérateur : M7

M7 : Même problème hein, les personnes âgées et les difficultés techniques avec les mains déformées, les hanches, le dos pas très souple. Ils ont des difficultés pour les enfiler. Moi je pense que ce n'est pas inscrit à la nomenclature des infirmières donc, c'est généralement pas pris en charge, ce qui peut constituer un obstacle. Je dirais qu'à contrario la suppression des veino-toniques nous a aidé parce que les patients préféreraient peut-être prendre des médicaments, nous c'était peut-être la solution de facilité de prescrire du veino machin plutôt que d'essayer de convaincre ceux n'étaient pas convaincu. Donc on a peut-être plus été moins convaincu et pris le temps de les convaincre. Il reste des personnes réticentes. Moi, pour ma part, j'en connais quelques-unes qui commencent par dire : «non, je veux pas », avant même de les avoir jamais essayés. Y en a qu'on arrive à convaincre et y en a qu'on arrive pas à convaincre. Y en a qui sont ressortis avec des ordonnances de bas, qui ne sont jamais aller les chercher ou qui ne les ont jamais mis, ils sont encore tout neufs.

Modérateur : M6

M6 : Donc moi, j'ai peu de personnes âgées, j'ai plutôt des personnes jeunes et donc des infirmières, des coiffeuses et tout. Donc leur problème c'est plutôt esthétique. Donc j'essaie de voir avec elles euh, en leur montrant qu'il y a des choses de couleur, il y a des jolis bas. Elles peuvent mettre des couleurs chair en mettant d'autres petits collants fins par-dessus, donc en expliquant un peu des techniques comme ça, ça peut les aider à accepter. L'autre problème, c'est le problème d'accès au soin parce que je pense que c'est pas complètement remboursé, et qu'il y a des gens qu'ont pas de mutuelle ou pas beaucoup d'argent qui peuvent avoir des difficultés à ceux les acheter. Mais je pense que les infirmières de l'hôpital peuvent les avoir gratuitement à la pharmacie de X. Voilà.

Modérateur : M5

M5 : Je pense que les difficultés avec les personnes âgées ont été dites. Le problème du non remboursement des actes infirmiers est un problème, d'autant plus que, chez nous, elles ne passent pas mettre les bas de contention. Il y a des aides de vie qui peuvent passer de temps en temps, euh moi je, en matière de prévention, je propose tout le temps mais (*silence*) c'est de la prévention (*silence*) alors euh (*silence*). Pour ma gouverne, je ne me suis pas penchée sur des études prouvant l'efficacité en matière de prévention, systématique j'entends, du port de bas de contention chez les travailleurs debout. Alors je ne sais pas si c'est utile ou pas utile, en tout cas quand les gens ne disent qu'elles ont les jambes lourdes à leur travail, je leur conseille de mettre des bas de contention. Mais je leur conseille aussi de demander à leur médecin du travail de faire une prescription parce ce c'est acte, un produit... Dans la mesure où c'est de la prévention, qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Donc je le fais en acte non remboursable, effectivement. Donc ça pose forcément question, comme pour les voyages. Mais l'acceptabilité dans la mesure où souvent, enfin en terme de prévention sauf pour les voyages où c'est moi qui conseille, c'est souvent parce qu'elles se plaignent de symptômes au travail, sauf que c'est effectivement pas très difficile. Mais quand on a un échantillon de modèles, pas de bas mais quand... les laboratoires donnent des échantillons de tissus et qu'on montre aux messieurs parce que les chaussettes c'est encore plus près des chaussettes natures que ... que ce que ça peut être un bas de contention en fait ... ils sont pas trop réticents. Le deuxième aspect de la chose qui est assez favorable, c'est que des bas de contention ou des chaussettes de contention durent beaucoup plus longtemps que les collants chez les dames, qui coûtent aussi très chères. Avant qu'un collant de contention euh soit changé, on peut compter 6 mois. En hiver des collants il y en a plus d'une paire pour 6 mois, c'est un des arguments. Mais moi, les difficultés majeures que je rencontre, c'est effectivement, l'incapacité des gens à les mettre et l'absence de remboursement, quand on parle de soins en particulier.

Modérateur : M4

M4 : Les mêmes réticences, les mêmes recettes. Les échantillons fournis par les laboratoires sont bien pratiques pour convaincre euh, les un peu coquettes, que les nouveautés en matière de bas et de collants sont tout à fait portable avec une tenue classique. Euh, on a plus de difficulté pour la période estivale, là où pourtant on a beaucoup de symptômes, parce que les patients n'imaginent pas porter une contention plus par exemple un jeans quand il fait chaud, ou alors une contention avec une jupe ou une robe alors qu'il fait chaud... Mais là, elles font ce qu'elles veulent hein... Pour les garçons, effectivement la difficulté c'est peut-être de les faire passer de la chaussette au bas. Mais bon, si déjà ils portent les chaussettes on diminue l'importance du risque. Pour les personnes âgées, bon, souvent, on arrive à les faire rentrer dans un programme d'aide à domicile, du maintien, enfin oui, d'aide au maintien à domicile des personnes âgées, donc automatiquement les aides-soignantes donnent un coup de main et puis c'est compris dans le forfait sans euh, qu'il soit nécessaire de prescrire des soins infirmiers en pratique... Alors je ne prescris pas beaucoup de bandes parce que, bon vous savez bien que les bandes, si elles sont mal appliquées, bon si elles ne sont pas suffisamment tendues, c'est pas efficace et si elles sont trop tendues, c'est délétère. Et quelques fois les personnes âgées ne voient pas les carreaux sur les hein..., qui permettent de dire : j'ai bien posé ma bande ou j'ai mal posé ma bande. Et donc, ça peut être très dangereux, et donc je m'en méfie quand même un peu. Et même, elles n'ont pas la souplesse, elles n'ont pas l'agilité, pour bien poser les bandes de contention.

Modérateur : médecin 3

M3 : Oui et bien, je dirais qu'à propos justement des bandes étalonnées, c'est vrai qu'il y a des problèmes, même avec les infirmières (*rigole*) qui confondent le rectangle avec le carré, et que les techniques de pose peuvent poser problème effectivement. En générale, les bandes sont réservées à des situations où on a un personnel fiable, qui est capable de les poser correctement. Généralement on peut faire un feed back en recontrôlant la pose des bandes. Le problème principal c'est la compliance pour les personnes âgées, les personnes isolées, les personnes invalides. Je dirais que bon, c'est finalement très personnel, euh l'adhérence, l'adhésion ou pas à la pose de la contention, dépend en fait du soulagement ressenti pour le ou la patiente, du contexte de port, de la saison euh et des situations de stress auxquelles sont sujettes les jambes et le degré insuffisance veino-lymphatique. Je dirais que le second problème, mais bon sachant qu'en portant une contention, de toute façon dès la première minute où on en porte, on gagne quelque chose. Bon, si elles les portent en matinée, bon c'est ce que je leur dis, portez-les ce que vous pouvez supporter et ma foie vous les enlevez quand il y a un problème de fourmillement, parce que parfois ça pose ce genre de problème. C'est que des phénomènes de, en fonction de la configuration des jambes, le problème aussi de l'adaptation, l'adéquation entre le modèle prescrit par le pharmacien les prises de mesures et la configuration anatomique de la jambe ne correspondent pas. Il y a quand même de grandes divergences de jambes et il y a un grand...enfin les bandes sont relativement normatives. Après il y a toujours la possibilité d'une prescription sur mesure, mais ça coûte plus chère, ça prend du temps et ça pose aussi le problème de la longévité parce que je pense que quand on les prescrit sur mesure, elles durent moins longtemps en réalité et puis il suffit qu'il perde deux kilos pour qu'elles ne correspondent plus (*rit*). Mais bon je crois que c'est surtout le problème de la compliance qui se pose principalement. Un autre problème qui n'a pas été cité c'est celui de l'intolérance à certains composants des bas de contention, notamment tout ce qui est polyamide et lycra. Pas mal de femmes vont installer, enfin je parle de femmes car c'est plus souvent leur cas, des eczêmas ou des lésions qui ne sont pas des eczêmas liés à l'insuffisance veino-lymphatique mais vraiment hein, une dermite de contact. Et là bon, maintenant on a des bas effectivement à base de bambou, je ne les ai pas encore testé, mais (*rigole*) je doute qu'on ait effectivement une tolérance optimisée pour ces personnes-là. Et donc ça, c'est un souci aussi les allergies, les intolérances. Voilà, quand à l'aspect esthétique, on peut effectivement aujourd'hui le contourner par la multiplicité des modèles proposés. Alors se pose le problème de la longévité, alors je dirais au plus esthétique au moins durable. Euh donc, ça c'est une problématique aussi. Le coût, c'est un souci. Mais est-ce que c'est pire que pour la compliance à d'autres prescriptions à laquelle nous sommes confrontés. Je ne suis pas certain. En attendant effectivement il y a des demandes de renouvellement, il y a des demandes de prolongation de traitement, c'est qu'il y a un soulagement et qu'il y a une efficacité. Bon sachant que dans l'insuffisance veino-lymphatique la chirurgie n'est quand même pas la panacée, que de toute manière les néoformations vasculaires enfin veineuses, on se retrouve tôt ou tard confronté à la résurgence du problème, à la nécessité de la reproduire. C'est une maladie chronique donc, c'est une maladie qu'il faut effectivement traiter bah, en trait d'union, selon la demande aussi du patient, d'être soulagé. Parce qu'il y en a on voulait leur proposer et effectivement ils sont dans le refus total de la contention, toutes sortes de raisons qui ne sont plus à mon sens, de nature esthétique exclusivement, ce qui était rédhibitoire avant ne l'est plus aujourd'hui. Oui, il y a des problèmes d'adhésion au concept même voilà.

(M9 acquiesce M3 d'un mouvement de tête)

Modérateur : Médecin 2

M2 : Je ... Je vais pas reprendre tout ce qui a été dit. Moi, j'ai pas beaucoup de personnes âgées dans ma patientèle, plutôt des personnes en précarité et donc, le coût là, qu'évoquait le médecin 6, rentre en jeu. Et alors, moi j'ai une préférence pour prescrire quand la personne le peut, lui demander plutôt d'aller faire délivrer ces bas de contention, chaussettes de contention, dans un magasin particulier, où je sais qu'il y a une variété, du sur mesure proposé, ou pas sur mesure mais qui a plus de choix et où le temps pris à la prise de mesure et au choix du produit, ça va être plus soigné que, il me semble, que dans une pharmacie où il y a un peu des tailles standards, et où les pharmaciens prennent pas forcément autant de temps pour voir quels sont les bas adaptés. Malheureusement, ce sont effectivement comme l'on dit d'autres, les bas sur-mesure sont plus chers, je sais pas s'ils sont moins solides, plus solides, ça je, je n'ai pas d'avis là-dessus. Voilà, donc problème de coût et problème de, effectivement, pour des personnes âgées et comment les mettre mais, ça je ne reviendrai pas sur ce qui a déjà été dit.

Modérateur : Médecin 1

M1 : Donc moi, il y a quand même des personnes qui portent des bas de contention (*sourit*) dans les personnes précaires que je rencontre. ..Euh, hier j'ai été confronté à ce souci, une jeune femme qui n'a pas de revenu et à qui ont été prescrit des bas de contention. On a demandé à la pharmacie, ça a coûté 20 euros pour une paire, à ses frais, ce qui était impossible pour elle. Voilà ça c'est un vrai problème à mon avis, c'est-à-dire que 20 euros, il faut au moins deux paires, car il faut en laver une pendant que l'autre est portée. C'est pour ça que pour ces personnes c'est quasiment impossible d'avoir recours. Donc il existe des structures comme la « MIEC »...qui vous avance éventuellement l'argent mais on voit bien que ce n'est pas possible pour tout le monde. Et puis moi j'ai un deuxième souci éventuellement là où je travaille, ça va être les problèmes d'hygiène hein... Puisque ces bas ou ces chaussettes il va falloir les laver, alors parfois à la main, ne pas les mettre à sécher près d'une source de chaleur pour qu'elles continuent à garder leur efficacité. Donc on voit aussi avec des personnes qui sont un peu en précarité, qui ont déjà du mal à garder de l'hygiène pour elles-mêmes, c'est pas forcément un moyen qui est forcément très simple à utiliser au quotidien. Mais moi, c'est vraiment très spécifique.

Modérateur : Merci. Est-ce que le groupe voudrait revenir un petit peu sur, euh comment vous faites face aux difficultés rencontrées et quelles solutions proposez-vous, peut-être un petit peu plus en détail ? Qui veut prendre la parole ? Médecin 9.

M9 : Je rebondis sur ce que disait M4, qui parlait justement de la contention l'été qui est plus difficile à faire accepter. Et c'est vrai, moi je leur dis toujours, on est dans une région tempérée, donc on se lève rarement, même au mois de juillet, avec des températures à 20-25 degrés dehors, et que quand il fait 10 ou 14 ou 15, on peut mettre les bas ou des chaussettes et que dans ces cas là quand elles sentent que l'été, que au cours de la journée elles sont gênées, que ça serre ou justement, parce qu'il y a des démangeaisons à cause de la chaleur, de les enlever et de les porter en fait le plus longtemps possible. C'est ce que j'explique pour qu'elles adhèrent au traitement au courant de l'été, c'est moins problématique l'hiver.

Modérateur : médecin 5

M5 : Alors moi, je vais être un peu provocatrice parce que quand je vous entends tous dire qu'il faut qu'elles les portent l'été, probablement que l'un des obstacles qu'il y a dans le port de bas de contention chez les jeunes femmes l'été, en ce qui me concerne, c'est que moi je ne me vois absolument pas porter des bas de contention l'été. D'autant plus que j'ai déjà beaucoup de mal à porter des bas normaux l'hiver, que ça me gave, effectivement je pense

que mes propres recommandations sont très militantes pour l'été. (*sourire de M9 M1 M2*). Ma deuxième limitation, c'est que je le redis, j'en prescris parce que je pense que ça peut faire du bien. Mais je suis pas sûre, j'ai rien lu sur le préventif, j'ai pas lu d'étude, donc je sais pas quand je propose à tout le monde, au tout venant, parce qu'elles ont une profession à risque, je ne sais pas si je leur rends service ou pas... C'est probablement ça aussi, qui fait que je suis enfin que j'en, j'essaie au moins d'être convainquante. Si j'étais intimement persuadée, avec des données à l'appui, qu'il y avait un rôle important dans la prévention des complications veineuses, je serais probablement plus... plus insistante. J'en porterais pas pour autant, mais peut-être plus insistante, parce que je sais si, parce que j'ai pas de données. J'ai l'impression que toutes les infirmières qui travaillaient auparavant, qui faisaient des nuits, elles ont pas toutes des problèmes veineux à la retraite. Donc je me dis, de quel droit imposer aux infirmières aujourd'hui ça, s'il y a pas eu de preuve de son efficacité. Ça c'est un vrai, c'est un vrai obstacle pour moi, pour conseiller le port, pour être rigoureux au niveau du port. Ça vient de moi ça, je crois que c'est... alors que j'en prescris. Parce que, 18 degré ou 14 degrés euh, quand on part avec des petites chaussures, des petites sandales c'est quand même, même si elles sont jolies maintenant, c'est quand même un peu moins esthétique que l'hiver quoi, ça je crois que c'est (*M2 sourit, M4 regarde en l'air*)... La deuxième chose moi, c'est sur effectivement les personnes, alors là qui probablement en ont le plus besoin, obèses, alors on a un vrai problème. Même sur-mesure, il y a un problème d'adaptation du bas à la personne qui est difficile, même sur mesure, même avec des gens qualifiés euh, surtout quand il s'agit de bas. Enfin, la partie en silicone-là qui permet l'adhésion roulotte, fait compression et ça... je pense que c'est pas une bonne chose. Donc il y a des gens qui ont renoncé et qui ont effectivement payé très chère des bas à varices, des bas de contention sur mesure.

Modérateur : médecin 3

M3 : Oui bah, en fait pour le problème de contourner les difficultés de pose, il y a du matériel qui existe. Il y a des supports métalliques, des enfiles bas qui peuvent effectivement servir de châssis à l'enfillement du bas ou de la chaussette, enfin quel que soit son degré de contention. Alors, ça ne contourne pas tous les obstacles, mais ça permet finalement de contourner la grosse difficulté qui est de passer le coup de pied. Quand on a son enfile bas bien monté, on arrive à faire passer la difficulté du coup de pied et donc on peut progresser plus facilement vers le haut à partir de là. Donc ça, c'est déjà une première solution. Ensuite, l'affaire de savoir si oui ou non l'insuffisance veino-lymphatique a eu un impact sur l'économie de la jambe, quand même, je pense que là réellement, il suffit de voir les dermites ocres, les eczéma variqueux, pour savoir qu'effectivement les troubles locaux d'oxygénation lié à l'absence de drainage euh, occasionnent d'une manière ou d'une autre, des dégâts quand même assez considérables (*M5 fait des mouvements de lèvres*). Euh aujourd'hui, des chirurgiens portent de la contention pendant leurs interventions (*M9 acquiesce*), la symptomatologie, pas tous mais il y en a qui le font, la symptomatologie, faut pas qu'ils soient artéritiques euh, la symptomatologie (*rit*) est quand même là, il y a un soulagement par la contention. Bon notre, en fait, faut quand même pas se voiler la face (*sur un ton incisif*). 90% de notre activité médicale, elle est d'abord de soulager, elle n'est pas forcément de traiter, le traitement est une utopie. Enfin, il faut dire que nos patients finissent tous, d'une manière ou d'une autre (*sourit*), par mourir. Donc euh, nous ne faisons que soulager dans la majeure partie et je pense que la maladie veino-lymphatique fait partie de ces pathologies comme je disais, chroniques incurables et pour laquelle ont été organisé des prises en charge plus ou moins efficaces mais qui conduisent à un soulagement du patient. Alors est-ce que ça retarde la survenue des ulcères (*silence*) je n'en sais rien, effectivement peut-être que ça existe dans des études et qu'on a peut-être pas le temps de se pencher sur le sujet. Est-ce que la sclérose veineuse entrave euh la dégénérescence tissulaire secondaire ? Je n'en sais rien non

plus. (*M4 regarde toujours en l'air*). Est-ce que les veino-toniques avaient un rôle quelconque ? On prêtant que non, mais moi j'ai pas mal de patientes qui continuent à en prendre malgré tout, parce qu'elles se sentent soulagées de leur symptomatologie. Je pense que l'on est dans la même situation avec, euh, la contention veineuse et bon, comme dans toute chose, si on le prescrit suffisamment tôt, on gagne certainement en confort, peut être pas forcément en longévité, mais ça, voilà quoi. Je pense que c'est d'abord un soulagement.

Modérateur : Merci. Est-ce que quelqu'un veut rajouter sur comment faire face à ces difficultés ? Je pense qu'on a fait le tour de la question...M8

M8 : Il faut quand même passer du temps à expliquer au patient. (*M7 acquiesce de la tête*) Bon, c'est la partie chronophage, mais on gagne énormément à bien expliquer et à passer du temps. Et après, on a effectivement une meilleure compréhension, une meilleure adaptation du patient ou de la patiente à ce type de bas. Et puis je reviendrai sur le fait que, les gros problèmes veineux, on les a plutôt au changement de saison, plutôt que quand il fait très chaud. C'est quand la chaleur arrive que l'insuffisance veineuse, que la poussée veineuse va être la plus importante, c'est là, à ce moment-là, qu'il faut mettre les bas pendant quelques jours. (*M9 acquiesce de la tête*) Effectivement après, quand la chaleur est là, elle est présente, enfin moi, je l'ai remarqué dans ma pratique, je sais pas si c'est marqué dans la littérature, mais effectivement là les personnes s'en plaignent moins. Et puis pour revenir au médecin 5, qui parlait de la non de la preuve que ça marche, moi la seule preuve que je vois moi, c'est le retour même chez les jeunes, qui me demandent des paires nouvelles. Elles trouvent qu'elles ont moins mal aux jambes, qu'elles ont moins de douleur. Je pense que c'est quelque part ce n'est pas une validation mais au moins un point positif.

Modérateur : médecin 2

M2 : (*rigole*) Je rebondis là-dessus, parce que l'on parle de prescription en prévention, c'est plus de la prévention, c'est du traitement de confort pour des femmes qui se plaignent. On en a parlé aussi tout à l'heure médecin euh, je ne sais plus quel est ton numéro, M5 parlait plutôt de prévention primaire. Quand on parle de conseiller le port du bas de contention, à des infirmières, des aides-soignantes, des vendeuses, qui sont tout le temps debout, on est en prévention primaire. Et là, je suis comme médecin 5, j'ignore tout à fait si on a un effet préventif sur l'évolution ultérieure avec un inconfort voir des complications. (*M1 hoche la tête*)

Modérateur : médecin 5

M5 : Oui je te remercie, parce que c'est bien ça ce dont on parle. Il y a des gens qui se plaignent de quelque chose et là, on est plus dans la prévention, on est dans la réponse à une plainte et là, je parle-moi, systématiquement, en fonction de la profession, de proposer ou non le port. Ce qui me semble différent, je sais pas si c'est efficace ou pas, ça l'est peut-être, mais c'est autre chose. Si ça l'est, je pense, je leur conseille fortement de faire pression auprès de l'entreprise et de la médecine du travail pour que...ça, c'est de la médecine du travail, qui doit informer de ça. Moi, je sais pas. Donc en prévention, je ne le fais pas systématiquement. Quand il y a une plainte, effectivement, c'est autre chose !

Modérateur : médecin 3

M3 : Alors voilà, en prévention primaire, on a quand même la prévention de la thrombo-phlébite dans le voyage aérien. Donc c'est effectivement qu'il y a un rôle préventif qui est démontré sinon on s'amuserait pas à faire porter des bas de contention à des personnes qui

font des voyages intercontinentaux. (*M1 soupire, M5 regarde en l'air et se touche la bouche avec agacement*). Euh pour ces raisons-là. Ensuite, en prévention primaire enfin, je pense que si aujourd'hui, on prescrit tous de la contention, c'est parce qu'on a bien la notion que en deçà de 15 pas réalisés, enfin, je ne sais plus exactement, ça a été calculé, le phénomène de retour veineux euh, organisé par le coussinet, enfin l'appui plantaire ne fonctionne pas, il faut donc effectivement un peu plus de 15 ou 20 pas pour obtenir le retour veineux efficace. Que donc les veineuses superficielles, que l'on est censé protéger et bien, elles vont devenir variqueuses chez certaines personnes qui ont une prédisposition. Effectivement, je pense que c'est peut-être une extrapolation que de dire qu'il faut mettre à toutes infirmières une contention veineuse, mais de proposer à toutes infirmières ou toutes personnes qui a un métier statique, une contention par rapport à ces antécédents personnels ou familiaux, par rapport au temps qu'elles passent debout, et à l'inconfort qu'elle a pu déjà rencontrer même si on a pas objectivement des signes de souffrance veineuse, ça me paraît licite sans...

M5 (*coupe la parole de M3*) : Je suis désolée, mais je vais pas vous répondre parce que...

Modérateur : M5

M5 : Je suis désolée, mais c'est un peu désagréable parce que je polémique pas, on sort hein, c'est pas du tout (*en même temps le modérateur parle* : « on sort un peu du sujet ») comme on peut pas répondre, je crois qu'il y a une question, faut qu'on y réponde, faut qu'on réponde à la question précise que tu nous as posé.

Modérateur : Voilà.

M3 : D'accord.

Modérateur : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose sur comment faire face à ces difficultés comment vous vous y prenez ?

M2 : Je sais pas si c'est à ce moment d'en parler, mais pour le moment, on a pas évoqué tout ce qui est de l'ordre de l'éducation à la bonne gestion, justement de la prévention de problèmes veineux en dehors des bas de contention. Il y a quand même beaucoup de chose à discuter avec les personnes sur leur activité physique, etc... tous les conseils, voilà (*beaucoup de gestuelles des mains en parlant*). On n'en a pas parlé, mais je sais pas si c'est le lieu de la difficulté, mais ça représente une difficulté dans nos consultations que de prendre le temps de la faire et de s'assurer que les conseils, entre guillemets, qu'on peut donner sont acceptés, acceptables, acceptés ou de voir ce que la personne gère par ailleurs en dehors du port de bas de contention.

Modérateur : Quelqu'un veut reprendre ce qu'a dit médecin 2 ? Oui médecin 1.

M1 : Moi je dirais que je travaille principalement cet axe-là, c'est euh... c'est la prévention au quotidien avec les petits moyens que l'on peut se donner. Mais j'ai la chance d'avoir du temps. On a parlé du temps, j'ai la chance d'avoir du temps, donc je peux prendre du temps avec chaque personne de parler de tous les petits moyens autres que les bas de contention, pour lutter contre l'insuffisance veineuse.

Modérateur : M5

M5 : Pour rebondir, effectivement, sur ce que j'ai dit, c'est un des motifs, des plaintes, en consultation, enfin j'ai l'impression en consultation de médecine, enfin dans ma consultation à moi en tout cas, que cette plainte-là est rarement une plainte première. C'est-à-dire que les

gens viennent pour autre chose, et parle de ça aussi, et c'est effectivement que peut-être d'accepter de parler de ça au cours d'une consultation pour autre chose, euhh, est peut-être préjudiciable. Il faut peut-être demander à ce qu'on les revoie dans un temps spécifique pour parler de ça, parce que probablement que tout ce qui est éducation thérapeutique, dans ce domaine-là, à ce moment-là, est trop rapidement abordé puisque ce n'est pas le motif premier de la consultation. Moi jusqu'à présent je ne le faisais pas, mais peut être que c'est ce qui faudra faire. Mais en tout cas, effectivement, l'éducation thérapeutique a certainement une place importante mais (M4 se frotte les yeux), mais c'est le troisième ou le quatrième motif, c'est renouvez-moi mes bas de contention et on est en fin de consultation donc. En tout cas moi, au jour d'aujourd'hui si la plainte était pas la douleur dans les jambes, je ne prenais pas le temps de dire il faudra un temps spécifique pour ça.

Modérateur : Donc ce sera peut-être quelque chose...

M5 : Ce sera peut-être quelque chose de nécessaire oui.

Modérateur : Médecin 7.

M7 : Je dirais que le renouvellement c'est pas réellement un problème. Ceux qui demandent à ce qu'on renouvelle, c'est qu'on a réussi à les convaincre de les mettre et que deuxièmement ils ont trouvé un bénéfice car ils nous en redemandent d'autres. C'est plus ceux qui ont une certaine réticence à priori, il est plus difficile de les convaincre. Le renouvellement (incompréhensible)

M5 : Non, mais ce que j'ai entendu

Modérateur : Médecin 5

M5 : Ce que j'ai entendu, c'est que, y a pas que dans cette pathologie-là, il n'y a pas que les bas de contention. C'est-à-dire qu'une obèse, qui met des bas de contention, peut-être qu'il faut aussi qu'on agisse sur autre chose que sur uniquement les bas de contention finalement. Et qu'effectiv... (*acquiescement de tête de la majorité*)

M2 : Même dans le renouvellement, Médecin 2 (rire), même quand il s'agit d'un renouvellement.

M5 : Surtout quand il s'agit d'un renouvellement.

M2 : Encore plus, encore plus.

M5 : Effectivement, ça prouve qu'il y a une bonne observance, mais en t'entendant, je me disais, oui mais effectivement, moi aussi je renouvelle, mais j'aborde plus le problème parce que je suis contente parce qu'elle les porte, peut-être que, c'est peut-être pas la solution.

Modérateur : Est-ce que vous voyez encore des choses à rajouter, hein ? Je vous rappelle on est toujours : les difficultés, comment faire face à ces difficultés. Hein, on a vu que finalement que ça prenait du temps, et que c'était une des difficultés et que peut-être il fallait avoir des consultations pour ça et un temps dédié à ça. Est-ce que on a fait le tour et on passe à la dernière question ? Alors la dernière question : que penseriez-vous d'un guide d'usage sur la compression veineuse (brochure médecin /patient), que devrait on y mettre ? Alors on va commencer le tour un petit peu au milieu pour changer. Médecin 5 tu as la parole. Donc un guide d'usage sur la compression, brochure médecin/patient, et surtout que devrait-on y mettre ?

M5 : J'en ai marre des guides (*rires de plusieurs participants*). J'en ai rédigé beaucoup, ça me gave. Alors c'est probablement, c'est utile pour ceux qui l'écrivent, moi j'ai toujours appris beaucoup de choses quand j'ai rédigé des guides patients, j'en ai fait quelques-uns pour un cas et pour la haute autorité de santé. Alors moi j'ai appris beaucoup de chose, je suis pas sûre que mes confrères y apprennent grand-chose. Je suis pas sûre qu'ils aient le temps de les lire, parce qu'il y a souvent beaucoup de choses qui ne concernent pas notre pratique. Probablement qu'un certain nombre de patients y trouvent leur compte, lisent des choses. Bon. Qu'est-ce qu'on doit y trouver ? (*silence*) En ce qui me concerne moi comme médecin, probablement les indications (*silence*). Les indications est-ce que dans certains... est-ce qu'il y a des bonnes indications ? Est-ce qu'il y a un réel service rendu aux patients ? Euh ou est-ce que c'est simplement ce que j'imagine ? Et puis probablement, effectivement y trouver euh, les conseils concernant la durée de de de durée du port, s'il y a effectivement une efficacité si on les porte 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ? Si le port 2 heures par jour à une efficacité quelconque, pour les patients ça, pour qu'ils se rendent compte. Et aussi trouver toutes les autres méthodes qui ont une efficacité sur cette maladie-là. Et puis aussi, probablement une présentation des aides à la pose de bas de contention, qui existent. Je crois que pour les patients oui, ce serait bien. En tout cas, si c'était un guide, moi je voudrais que ce soit un guide qui soit sur une page A4, qui ne soit pas sur 15 pages et qui ... voilà et qui ne soit pas un outil de plus qui...qui... un classement verticale. Et je pense que je fais partie des gens qui lisent pas mal les choses quand même, mais il y a un moment où (*souffle*). (*Les participants sourirent*)

Modérateur : Médecin 6 peux-tu nous donner ta...je vous rappelle hein, ce que tu penses d'un guide d'usage sur la compression veineuse et qu'est-ce qu'on devrait y trouver ?

M6 : Alors l'intérêt d'un guide se serait déjà que le médecin puisse en parler avec le patient, pour pas lui donner le papier comme ça, et donc bien justement de rediscuter, de tout ce qui est nécessaire pour améliorer l'insuffisance veineuse. Donc tous les autres petits moyens, à part les bas de contention. Et euh, c'est vrai que ça pourrait être intéressant, donc que qu'est ce qui pourrait y avoir d'autre ? C'est ce que je disais tout euh les aides, tout ce qui existe en bas, en chaussettes, l'intérêt de tout ça, les indications. Enfin voilà. (*haussement d'épaule*) (*silence*)

Modérateur : On va finir le tour, médecin 7.

M7 : Alors un guide pour qui ? pour les médecins ou pour les patients ? Pour les médecins certainement très très succinct parce que je partage l'avis de M5, je crois qu'il risque de finir en classement verticale. Pour les patients, quels patients ? Est-ce que c'est les patients qui ne sont pas convaincus et qu'on veut essayer de convaincre ou est-ce que c'est déjà les patients convaincus ? En tout cas moi, je dirais que s'il y a un message important, c'est de leur expliquer que l'insuffisance veineuse c'est multifactoriel et qu'il ne suffit de prendre un veino-tonique ou de prendre ces bas à varices, ça s'inscrit dans toute une démarche euh, d'hygiène de vie, euh, prise en charge globale des facteurs de risques, d'activité physique, de tenue vestimentaire, de lutte contre l'excès de poids, pour enfile pour parler de tel bas même s'il y a pas vraiment un action direct sur les veines parce que je pense que c'est important. Moi je vois ça comme ça. En tout cas il faudrait que ce soit certainement succinct.

Modérateur : Médecin 8.

M8 : En pratique je suis d'accord, j'y vois un intérêt particulièrement si c'est bien fait, et que c'est fait pour le patient. Ça permet une communication d'ailleurs du médecin au patient pour expliquer des images ou par exemple, sur les techniques de mise en place, l'enfile bas par

exemple. L'intérêt et aussi différentes possibilités de lutter contre l'insuffisance veino lymphatique expliquée par le médecin 7. Par contre en pratique, là c'est la théorie, en pratique, ce genre de fascicule quand on en a vraiment besoin on ne sait pas où on l'a mis et ça c'est quelque chose qui revient assez fréquemment. Parce que l'on reçoit un nombre de documents diverses et variés, des laboratoires et l'HAS et autres ressources... et j'ai remarqué que souvent quand on en a besoin et bien, on ne les a plus à disposition, ils sont rangés dans un endroit qui va être chronophage pour au moins les retrouver. Donc en théorie je serais relativement pour, parce que c'est un moyen de communication pour expliquer tranquillement et efficacement, à notre patientèle les bienfaits et les techniques de mise en place. Par contre dans la pratique, c'est souvent plus problématique.

Modérateur : médecin 9

M9 : Je sais pas si j'ai quelque chose à rajouter sur ce qui a été dit. Sur la théorie c'est bien. C'est vrai que l'insuffisance veineuse dans ces cas-là aussi, un autre moyen, et on se rend compte que nos patients, ils vont souvent sur internet et c'est vrai ça peut-être un relais éventuellement en leur disant et bien voilà, ou on leur donne un papier et on voit la catégorie de personnes à laquelle on s'adresse, et leur dire : bien vous voyez sur internet, bah à cet endroit vous allez voir peut-être l'intérêt de où en est votre insuffisance veineuse et quels sont les moyens peut-être qu'à ce moment-là. Il y a plus de portes sur ce qui est autre chose que la contention veineuse. Et peut-être des choses certainement plus ludiques qu'une simple feuille et qui pourra aborder d'autres problèmes comme le poids, l'hygiène aussi. Il y a d'autres moyens que le petit papier, comme disait M8 où on ne sait jamais où on l'a mis.

Modérateur : intéressant. M1

M1 : Je, d'abord je demanderais qui le fait, qui l'écrit hein, tout dépend si ça émane des fabricants des bas de contention ou si ça émane de médecins qui sont spécialistes. Donc on réfléchit à la question. Et puis, s'il devait y avoir quelque chose, ce serait plutôt à type de questions qu'on peut se poser, soit des vrais/faux soit des euh, que les gens, les patients se sentent interpellés par le guide en fait hein. Ils se posent des questions ou ça va les interpeler sur certaines choses : Est-ce que c'est utile pour moi ? pas pour moi. Le système des vrais/faux, qui est un peu un système de magazine, qui est un système que l'on trouve dans les magazines, qui souvent permettent que les gens retiennent mieux de quoi il est question. Quelque chose de plus ludique, oui quelque chose comme ça. Après ce qu'il y a dedans oui, est ce que c'est utile ? Quels types de contention existent, des schémas, des dessins, des choses comme ça. Après ma première question, j'y reviens, c'est qui le fait.

Modérateur : M2

M2 : Moi je suis d'accord avec l'idée de faire une fiche pour les patients, qui tient en une page A4 avec beaucoup de schémas, de façon à ce que les patients qui, lisent mal ou qui ne lisent pas le français, puissent en tirer bénéfice aussi et puis pour que ce soit attrayant. Que ce soit fait évidemment pas par le marchand de matériel, mais les spécialistes peut-être pas, les généralistes (*ton d'affirmation*) (*rire collectif*) et puis parce que l'on connaît mieux nos patients et on sait mieux leur besoin que les spécialistes qui les voient pas dans leur contexte. Maintenant je suis assez d'accord que quand on cherche les papiers en cause, on trouve pas. Un support informatique aussi, mais les gens ne vont pas aller forcément pouvoir voir internet. Autant pour les jeunes, c'est facile de donner des adresses de sites, autant pour les personnes âgées en général, c'est moins facile. Et puis après ils tombent sur des forums où là il y a des trucs... tout et rien. Donc à réfléchir. Mais pas faire n'importe quoi pour que ce soit utile.

Modérateur : Médecin 3

M3 : Moi je dirais surtout pas un guide papier, de support papier, ça sert à rien. Moi je ne m'en sers absolument pas. Je les refuse ou je les jette à la poubelle dès réception, y compris les reco de l'HAS que je consulte sur internet pour ma part. Je trouve d'un point de vue logique actuelle, cela me paraît complètement dépassé. En revanche un document PDF qui peut être imprimable sur un site internet pourquoi pas. Parce que je dirais que c'est les mêmes personnes qui vont sur internet que celles qui vont chercher à accéder à l'information. Et que celles qui ne liront pas la brochure sont celles qui de toute façon, que ce soit support papier ou support autre ne liront rien. En plus, bon bah pour de ce qui est de l'information, on a le temps dans cette pathologie-là, on a, enfin ce sont des patients, enfin je l'espère pour la plupart d'autre nous, que l'on revoit régulièrement et donc on a le temps de pointer du doigt, de revenir sur ce genre de pathologie, de remettre euh, je dirais de remettre le couvert à chaque fois, et ces petites brochures d'information ne servent strictement à rien. (*M5 soupire*). Moi, ça fait 25 ans que je les vois défiler sur mon bureau et que je ne les emploie pas, un peu comme la contention que madame ne porterait pas. Moi je ne vois vraiment pas pourquoi j'imposerais ce genre de chose. Sachant aussi qu'on ne les trouve pas non plus en temps et en heure lorsque l'on en a besoin, et que l'on a en plus des espaces limités dans nos bureaux, que si on commence pour l'insuffisance veino-lymphatique, on n'en finit plus on a la (incompréhensible), la prévention cardiovasculaire, la dyslipidémie, le cholestérol, le diabète et j'en passe. Moi je renvoie sur mon site internet, j'ai un site internet dévolu à cette information en ligne. Si les gens y vont, on a gagné la partie et si ils n'y vont pas bah tant pis. Mais aujourd'hui à l'heure de l'internet effectivement c'est dépassé, c'est dépassé.

Modérateur : M4

M4 : Un guide oui, mais recto verso, mais rédigé, on va dire de façon télégraphique, avec les indications euh, par pathologie, la force de contention par pathologie et puis aussi le remboursement par indication. J'aimerais y voir aussi les contre-indications et les mauvaises indications hein. M5 parlait, de la grossesse qui n'ait pas forcément une bonne indication.

M5 : j'ai pas dit ça.

M4 : Entre nous bon, ça fait rien, donc les indications, les contre-indications. Alors euh, le format, je garde soigneusement dans un carton les recommandations HAS. Je préfère aller les télécharger, mais c'est pas toujours facile de télécharger sur le site de l'HAS. On a pas une accessibilité forcément très rapide, immédiate, donc il faut savoir un peu manipuler le site. Mais c'est bien quand on peut donner un exemplaire, enfin on peut déjà se rafraîchir la mémoire sur les recommandations. Ensuite éventuellement éditer un exemplaire pour le patient hein. Ça me paraît utile oui effectivement.

Modérateur : Alors si je résume bien, il y a des pours, des contres. Présentation d'une brochure sur un format extrêmement court, plusieurs ont cité en A4 recto verso qui doit contenir les indications, les taux de remboursement, la classe, des schémas pour montrer comment on l'enfile euh, tout ça recto verso en A4 et pour ne pas savoir finalement ou on l'a mis au bon moment. Une autre piste intéressante a été citée, l'internet parce qu'effectivement on a parlé de brochure mais il y a peut-être d'autres supports. Est-ce que certains auraient peut-être d'autres idées. On a vu sur internet sur l'HAS. Est-ce que s'il y a un support que l'on met par exemple sur l'ordinateur où on identifie comment enfile. Est-ce qu'il y a d'autres idées qui émergeraient dans ce sens-là ?

M4 : Je veux bien oui.

Modérateur : M4

M4 : M4 oui, bon dans un tout autre domaine, hier je devais poser un Nexplanon, qui est le nouvel Implanon et j'en avais jamais vu, j'ai pas eu le temps de me former. Bon, je suis allé voir sur You Tube malheureusement, c'était une démo d'Implanon et c'était pas une démo (*rit*) de Nexplanon. Donc et bien ma foi avec mon interne, on a regardé le matériel avec des gros yeux. Mais oui, c'est très agréable de pouvoir immédiatement, de pouvoir maintenant avec l'internet, avoir, un renseignement, euh bien sûr sur une source fiable. L'HAS me semble pour l'instant la moins mauvaise des sources même si, ces derniers temps, j'ai trouvé son attitude un peu excessive et parfois équivoque à propos de certaines recommandations. Je parlais du diabète, des médicaments, mais bon, en tout cas je trouve que l'attitude de l'HAS est moins excessive que celle de prescrire et bien entendu, c'est quand même plus fiable que la publicité que nous procurait le laboratoire pharmaceutique, le fabricant de la contention.

Modérateur : M2 et puis ensuite M1.

M2 : M4 a fait noter ça, prescrire fait donc des fiches info patients, je ne sais pas s'il y en a une sur le sujet mais c'est aussi une façon d'aller voir. Il y a quand même beaucoup de fiches info patients. Moi je ne m'en sers pas vraiment parce qu'elles me paraissent être faites un peu pour des gens qui ont fait des études au moins jusqu'au bac. Voilà. C'est le niveau, mais j'en ai pas vu assez pour avoir un jugement définitif. (*M1 se balance sur sa chaise*) C'est une autre source de validi...enfin...sérieuse de fiche info patient.

Modérateur : M1

M1 : Sur le site Univadis aussi, il y a beaucoup de reco. Il y a des recommandations et puis beaucoup de FMC et de vidéos de démonstration. C'est un site, alors je sais pas du tout, moi je n'en sers pas mal, je sais pas s'il y a pignon sur rue comme on dit (*rit*). Mais c'est aussi un endroit, un endroit où on peut vraiment aller chercher de l'information. Il y a des Vidals, Vidal reco en tout cas en ligne et gratuitement. Je le signale parce que c'est intéressant aujourd'hui de voir ça.

Modérateur : Oui M4

M4 : Il me semble qu'Univadis est un site financé par les laboratoires pharmaceutiques.

M1 : D'accord

M3 : Oui, oui, tout à fait donc il faut le savoir. On peut l'utiliser, mais il faut le savoir.

Modérateur : M5

M5 : Alors, concernant un document, qui soit papier ou informatique, ça veut quand même dire, que c'est pas effectivement ce qu'a dit madame, un document que l'on va balancer, ça veut dire qu'il va falloir quand même envisager une séance d'éducation thérapeutique avec le patient. Le document étant que le support à cette séance. Concernant l'informatique, j'ai été amené à relire une thèse sur le soutien social des sites internet auprès des patients versus les médecins. Je crois que ce serait bien qu'il y a un, s'il y a un guide en tout cas, qu'on recommande un certain nombre de sites fiables au patient. C'est-à-dire de site, non seulement indépendant, mais qui font une analyse fiable du sujet pas forcément de ...oui du sujet. Alors, ça existe pour les migraines (*bruit de chaise*)

M3 : *se lève, récupère son fils*. Je vais m'absenter

Modérateur : On termine

M3 : Oui, comme on a fait 90% du travail (*bruit de chaise*). Ça vous évitera certains inconforts. Bon après-midi. (*M3 se lève et récupère son fils dans sa poussette*)

M5 : Oui je pense que ça peut être un service rendu pour les patients qui savent aller sur internet et qui peuvent faire et de les orienter vers des sites qui évitent effectivement... Dans ce travail de thèse, il était bien dit que, en fait le soutien (*bruit de chaise*), le soutien apporté par le médecin, était quand même supérieur à celui apporté par internet. Mais si ça peut faciliter notre travail de dire il y a des sites internet que l'on recommande, parce qu'ils ont une bonne éthique, ça peut quand même, pour le patient être aussi une aide. Je pense, et je pense que sur toutes les fiches et les guides, il devrait y avoir effectivement un certain nombre de sites, en précisant que ce n'est pas exhaustif, mais qui sont des sites a priori...je dirais honnêtes, c'est pas le mot enfin euh...

Modérateur : Recomman...

M5 : Recommandables. Les sites recommandables n'étant pas toujours faits par des médecins bien sûr.

Modérateur : Il nous reste 5 minutes pour ...médecin 8

M8 : Je suis tout à fait d'accord avec médecin 5 sur l'intérêt du support, qui permet après de bien expliquer, passer du temps, être très informatif et mieux guider la patiente dans les difficultés, les différentes thérapeutiques qu'elles peut utiliser dans les problèmes techniques de mise en place des bas de contention. Mais c'est vrai que c'est chronophage, c'est quand même un temps qu'il faut consacrer, j'insiste un petit peu.

Modérateur : On revient à ce qui a été dit antérieurement, ça peut-être un support dans l'éducation thérapeutique du patient. Médecin 7.

M7 : Je redis la même chose, je pense que depuis fort longtemps, on a été inondé de prospectus, de tout ce qu'on veut, de petits guides dans toutes les pathologies, le diabète, le cholestérol, des guides de cuisine, de machins, j'en ai un plein placard si vous voulez hein, que je n'ouvre quasiment jamais et dont je ne me sers pas. Donc je crois que ça peut être qu'un support qu'on donne à la fin de la consultation. Qu'on explique devant, mais ça ne dispense pas, la solution de facilité c'est pas de donner ça et puis va te faire voir avec ça. Ça suffit. Ça va passer 30 secondes, que ce soit pour un diabète, un cholestérol ou une insuffisance veineuse. Il y a toute une éducation du patient, ça peut permettre de lui rappeler certains messages importants parce qu'il y a une somme d'informations dans cette consultation-là, il a le droit d'avoir oublié une partie, donc ça nous permet de rappeler les messages importants mais ça doit rester que ça.

Modérateur : Qui veut rajouter, médecin 5.

M5 : Ce que je voulais dire quand même que, une séance, enfin je ne sais pas comment vous êtes, mais dans notre travail quotidien moi je, mon objectif, c'est pas d'augmenter mon temps de travail, actuellement ça va donc. Mais par contre mon objectif, c'est de faire de plus en plus d'éducation thérapeutique. Mais l'éducation thérapeutique, je peux la faire que si je suis persuadée, que ce que je fais va être utile au patient. Parce que je vais pas, parce que j'ai l'impression qu'il faut le faire. Enfin, je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. Moi quand on me dit j'ai l'impression que ça, non je veux dire que moi aussi j'ai l'impression. Mais s'il faut que je passe 40 minutes d'éducation thérapeutique pour avoir une impression

qui, alors que ça a pas, rien n'est prouvé là-dessus, on ferait mieux de faire autre chose, vous voyez ? Il y a sûrement d'autres domaines où l'on sera plus efficace. Donc je crois vraiment donc, enfin, peut-être que je vais demander une séance de formation dans mon groupe. Mais je crois vraiment que dans ce guide il faudrait vraiment que, pour les médecins en tout cas, qu'il y ait un minimum de données qui prouvent que en terme de santé pour l'individu et en terme de santé public, que ça a une réelle nécessité et efficacité. Parce que, moi en tout cas, il y a tout le côté humain, c'est autre chose. Mais en tout cas je pense qu'on a tellement de chose à faire, qu'il faut bien faire des choix dans ce qu'on fait et que l'inutile n'est pas forcément nécessaire. Voilà.

Modérateur : Médecin 6, tu voulais rajouter quelque chose ?

M6 : Moi j'ai quelques fiches sur des points qui me paraissent importants, sur le bureau de mon ordinateur et qui sont rangées dans les choses à donner au patient et que je sors quand j'ai besoin de leur expliquer en particulier les oublis de pilules, enfin bon des choses...la toxoplasmose. Enfin des choses précises comme ça, donc je sais où c'est. Après une fiche comme ça, c'est vrai que je suis pas sûre du tout que je l'a mette dedans. Mais ça pourrait être à l'endroit où ça pourrait être, à aider à l'éducation thérapeutique des patients j'ai quelques fiches très importantes comme ça, à disposition. Voilà.

Modérateur : On a normalement fait le temps imparti, quelqu'un veut-t-il une dernière fois rajouter quelque chose sur la dernière question ?

M5 : Juste quand même, je n'ai pas dit que ça ne servait à rien chez les femmes enceintes, il n'a pas compris. J'ai dit qu'on avait écrit la recommandation et qu'on avait pas parlé de ça. C'est pas du tout la même chose hein, donc je lui ai dit qu'on avait oublié de parler de ça. (*Sourit*)

M4 : D'accord oui (*sourit*).

Modérateur : Donc plus personne ne veut rajouter. On va clore le focus group. Nous avons mis une heure 5 pour être précis. Je vous remercie en tout cas d'avoir participé et d'avoir bien (incompréhensible) le déroulement du focus group. (*Bruit*)

## ANNEXE 5 : Unités Minimales de Significations

Le sigle [] correspond à une partie du texte non utilisée, en rapport avec l'intervention de l'animateur ou la désignation des intervenants. Ces parties non utilisées permettent plus de clarté sans modifier le sens de l'analyse.

UMS 1 [] M1 : Je n'en ai jamais prescrit... (*Sourit d'un air gêné, en regardant le modérateur*)  
Modérateur : Est-ce que tu... (*rires de M1*) pourquoi? L'occasion ne s'est pas présentée? M1 : J'ai pas de clientèle attirée, je reçois des gens pour une durée de deux mois et ils arrivent souvent avec des prescriptions et moi je vais venir pour compléter les bilans médicaux. Mais c'est vrai que je n'ai jamais été amené dans ma pratique récente à...et puis ...sinon je travaille au planning familiale donc je n'ai pas eu besoin non plus de prescrire des bas de contention.

UMS 2 [] M2 Je n'ai pas un souvenir exact, mais je me souviens vaguement d'avoir dupliqué l'ordonnance sur mon ordinateur, d'avoir dupliqué pour un renouvellement de bas de contention euh, alors...

UMS 3 je ne sais plus à qui, j'imagine que c'est une personne d'un certain âge euh, si voilà maintenant ça y est je me souviens, qui a une insuffisance veino-lymphatique (*silence court*) dans le cadre d'un renouvellement. Ancien ...elle en a depuis longtemps. []

UMS 4 M2 : Le souvenir dans d'autre cadre que l'insuffisance veineuse ou veino-lymphatique

UMS 5 la prévention d'accident (*raclement de gorge*) de thrombose en avion, donc en prévention chez les voyageurs qui font un long trajet en avion. []

UMS 6 M3 : Alors, pour ce qui est des bandes de contention, hein, on ne parle pas des collants... des bandes de contention veineuse étalonnées j'en prescris effectivement, bah plus régulièrement que M1, M2. La dernière fois, c'était il y a deux jours

UMS 7 chez une personne âgée qui présentait effectivement un œdème des membres inférieurs de stase lié à une certaine sédentarité sur un terrain prédisposant quoi, sans contexte d'insuffisance cardiovasculaire sous-jacent qui aurait pu éventuellement être sujet à un autre type de traitement que la contention bien sûr. Mais oui, ça m'arrive. C'était la dernière fois, et puis je dirais que ça m'arrive une ou deux fois par trimestre facilement. []

UMS 8 M4 : Hier... (*Soupir*) euh... pratiquement tous les jours

UMS 9 je prescris pas souvent des bandes mais plutôt des collants,

UMS 10 des bas dans les symptômes fonctionnels d'insuffisance veino-lymphatique, en particulier chez les personnes plutôt de sexe féminin euh, en particulier quand elles ont une activité de piétinement

UMS 11 et puis en prévention de phlébite quand elles voyagent en avion, même en train quelques fois ou en voiture. []

UMS 12 M5 Bah moi, c'est ce matin. J'ai fait un renouvellement

UMS 13 chez une dame pour euh, effectivement des signes fonctionnels d'insuffisance veino-lymphatique

UMS 14 J'en ai prescrit, je prescris je pense plus d'une fois par semaine.

UMS 15 Les indications que, pour lesquelles je les prescris, c'est les hypotensions orthostatiques,

UMS 16 c'est effectivement les douleurs des jambes d'origine veineuse,

UMS 17 je les prescris en remboursés, en non remboursés

UMS 18 je les prescris pour les voyageurs

UMS 19 et pour les gens qui ont des travaux en position debout : les infirmières, les coiffeuses

UMS 20 Je leurs conseille au moins de demander à leur médecin du travail de leur en fournir. []

UMS 21 M6 : Moi je prescris très souvent aussi, la dernière fois c'était ce matin,

UMS 22 une dame qui m'a appelée pour me demander s'il fallait qu'elle prenne un rendez-vous ou bien si je pouvais lui faire par téléphone (*voix amusée*) euh, donc c'est souvent pour des gens qui travaillent : soit coiffeuse, pareil ou euh. Elle, elle fait des ménages donc voilà donc en prévention.

UMS 23 Autrement c'est des gens qui ont des varices

UMS 24 et en prévention aussi et les voyages en avion, ça m'arrive aussi très souvent. []

UMS 25 M7 : Je prescris pas beaucoup de bandes sauf sur une période très courte,

UMS 26 par contre les bas à varices, oui plusieurs fois par semaine

UMS 27 surtout sur des insuffisances veineuses avec plus ou moins d'aide

UMS 28. J'ai une clientèle âgée rurale, donc il y a peu de voyage en avion. La dernière fois que j'en ai prescrit, je crois que c'est lundi ou mardi. J'ai le souvenir avec l'interne qu'au moment où la dame allait partir, elle a demandé un renouvellement. Beaucoup plus de renouvellement que de primo prescription.

UMS 29 Ça veut aussi quelque part dire, que c'est rentré dans les mœurs, que les gens une fois qu'ils en ont, ils les gardent et ils en demandent des nouveaux quand ils commencent à s'abîmer. []

UMS 30 M8 Alors, je dirais plusieurs fois par semaine, j'ai le souvenir récent, il y a 48 heures,

UMS 31 chez une jeune fille de 25 ans qui partait faire un voyage avec une durée en avion assez longue et qui voulait d'ailleurs,

UMS 32 c'était la raison de la consultation, c'était plus la demande de bas de contention.

UMS 33 Autrement j'en prescris très souvent, plus souvent que quand j'étais jeune médecin installé. On avait peu d'information à ce niveau-là, alors que maintenant, c'est connu.

UMS 34 Et principalement les travailleurs debout et station pénible, et tout le traitement, prévention de l'insuffisance veineuse bien sûr, comme les autres confrères. []

UMS 35 M9 : Je crois que j'en ai prescrit deux ou trois depuis le début de la semaine.

UMS 36 Une dame, le même cas, qui renouvelait,

UMS 37 c'est une dame qui travaillait debout tout le temps donc elle a pris l'habitude de les avoir et elle demandait son renouvellement de prescription pour un an.

UMS 38 Et autrement, les habitudes de prescription, c'est les femmes enceintes, dès qu'elles me disent qu'elles sont à leur deuxième grossesse ou troisième grossesse et qu'elles me disent « oh mes jambes, mes petites varices, elles sont moins belles qu'avant » donc on prescrit

UMS 39 Et je dirais qu'on en parle de plus en plus aux jeunes femmes enceintes qui travaillent debout et qui cumulent un petit peu les risques

UMS 40 Et je prescris surtout des bas ou collants et très peu de bandes. []

UMS 41 :M9 : Grade...M9 (*timidement*) [] Des fois, on prescrit le grade de contention. [] M6 : On parlait de prescrire des chaussettes de contention aux hommes en particulier, parce qu'on en parle pas souvent ...c'est toujours grade deux. M5 : L'efficacité des grades, l'efficacité du grade...euh moi, je les connais pas particulièrement, tout ce que je sais c'est que dans ces cas-là, c'est un grade 2 pour une observance meilleure, parce que les grades 3 ils ont quand même beaucoup de mal à les enfiler

UMS 42 et que j'ai l'impression que l'observance est moins bonne pour un grade 3. Donc effectivement j'ai plus tendance à prescrire un grade 2. []

UMS 43 M8 Oui, je voulais revenir sur la femme enceinte, je suis toujours étonné que quand on leur en parle, elles aient peu d'information. J'insiste sur le nécessité de prescrire des bas de contention pour les femmes enceintes. []

UMS 44 M5 : Bah moi, j'en prescris dans l'hypotension de la personne âgée, j'en prescris assez régulièrement. []

UMS 45 M9 : Chez les personnes qui sont très âgées, on se voit en fait parfois obligé de prescrire une aide de l'infirmière

UMS 46 qui n'est pas toujours pris en compte et qui rentre dans un parcours de soins,

UMS 47 si l'infirmière vient pas euh, régulièrement ou n'est pas, vient pas pour d'autre soin, c'est une prescription qui, je pense passe à la trappe. Parce que s'il y a personne pour aider, même un grade 2, chez certaines personnes âgées, c'est difficile.

UMS 48 M3 (*coupe la parole*) : Mais nous on parle des difficultés (*incompréhensible*). []

UMS 49 M9 : (*enchaine directement*) Je redis ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire qu'on a chez les personnes âgées, on a la mobilité, la souplesse des articulations qui fait que c'est un frein pour enfiler éventuellement des chaussettes ou des bas et que si on prescrit des bandes en se disant que dans ce cas-là, elles vont être plus souples, elles vont pas être bien mises.

UMS 50 Donc on a besoin des infirmières.

UMS 51 Chez les personnes jeunes, les difficultés c'est peut-être de faire accepter que c'est pas quelque chose que pour les personnes âgées, que c'est donné dans la prévention.

UMS 52 Et avec le déremboursement de tout ce qui était veino-tonique, on arrive peut-être à faire plus avancer les choses maintenant, en disant : « et bien écoutez le déremboursement, ça prouve quand même qu'il y a une utilité sur le long terme, à la prévention de insuffisance veineuse ».

UMS 53 M8 : Oui, c'est la même problématique chez la personne âgée, le problème physique, l'arthrose pour enfiler les bas.

UMS 54 Les jeunes, sur le côté esthétique qui ne voient pas du tout l'intérêt de mettre des bas

UMS 55 et puis les hommes aussi, refusent souvent de mettre ce genre de choses.

UMS 56 Mais après, ça demande euh, il faut prendre du temps,

UMS 57 il faut leur expliquer, et souvent euh même avec les jeunes, on arrive facilement à avoir une compréhension, une acception.

UMS 58 Chez les personnes âgées effectivement, on est obligé de prescrire quelques fois des soins infirmiers pour pouvoir résoudre le problème.

UMS 59 Chez les hommes c'est aussi la discussion, bien leur expliquer comment ça fonctionne, et l'intérêt de la prévention pour eux.

UMS 60 Voilà, c'est principalement ces trois problèmes qui... que l'on a. []

UMS 61 M7 : Même problème hein, les personnes âgées et les difficultés techniques avec les mains déformées, les hanches, le dos pas très souple. Ils ont des difficultés pour les enfiler.

UMS 62 Moi je pense que ce n'est pas inscrit à la nomenclature des infirmières, donc c'est généralement pas pris en charge, ce qui peut constituer un obstacle.

UMS 63 Je dirais qu'à contrario la suppression des veino-toniques nous a aidé parce que les patients préféreraient peut-être prendre des médicaments, nous c'était peut-être la solution de facilité de prescrire du veino machin plutôt que d'essayer de convaincre ceux n'étaient pas convaincus. Donc on a peut-être plus été moins convaincu et pris le temps de les convaincre.

UMS 64 Il reste des personnes réticentes. Moi, pour ma part, j'en connais quelques-unes qui commencent par dire : «non, je veux pas », avant même de les avoir jamais essayés. Y en a qu'on arrive à convaincre et y en a qu'on arrive pas à convaincre. Y en a qui sont ressortis avec des ordonnances de bas, qui ne sont jamais aller les chercher ou qui ne les ont jamais mis, ils sont encore tout neufs. []

UMS 65 M6 Donc moi, j'ai peu de personnes âgées, j'ai plutôt des personnes jeunes et donc des infirmières, des coiffeuses et tout. Donc leur problème c'est plutôt esthétique.

UMS 66 Donc j'essaie de voir avec elles euh, en leur montrant qu'il y a des choses de couleur, il y a des jolis bas. Elles peuvent mettre des couleurs chairs en mettant d'autres petits collants fins par-dessus, donc en expliquant un peu des techniques comme ça, ça peut les aider à accepter.

UMS 67 L'autre problème, c'est le problème d'accès au soin parce que je pense que c'est pas complètement remboursé, et qu'il y a des gens qu'ont pas de mutuelle ou pas beaucoup

d'argent qui peuvent avoir des difficultés à se les acheter. Mais je pense que les infirmières de l'hôpital peuvent les avoir gratuitement à la pharmacie de X. Voilà.

UMS 68 M5 : Je pense que les difficultés avec les personnes âgées ont été dites.

UMS 69 Le problème du non remboursement des actes infirmiers est un problème,

UMS 70 d'autant plus que, chez nous, elles ne passent pas mettre les bas de contention.

UMS 71 Il y a des aides de vie qui peuvent passer de temps en temps.

UMS 72 Euh moi je, en matière de prévention, je propose tout le temps mais (*silence*) c'est de la prévention (*silence*) alors euh (*silence*). Pour ma gouverne, je ne me suis pas penchée sur des études prouvant l'efficacité en matière de prévention, systématique j'entends, du port de bas de contention chez les travailleurs debout. Alors je ne sais pas si c'est utile ou pas utile,

UMS 73 en tout cas quand les gens ne disent qu'elles ont les jambes lourdes à leur travail, je leur conseille de mettre des bas de contention.

UMS 74 Mais je leur conseille aussi de demander à leur médecin du travail de faire une prescription parce ce c'est acte, un produit...

UMS 75 Dans la mesure où c'est de la prévention, qui n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Donc je le fais en acte non remboursable, effectivement. Donc ça pose forcément question, comme pour les voyages. Mais l'acceptabilité dans la mesure où souvent, enfin en terme de prévention sauf pour les voyages où c'est moi qui conseille, c'est souvent parce qu'elles se plaignent de symptômes au travail, sauf que c'est effectivement pas très difficile.

UMS 76 Mais quand on a un échantillon de modèles, pas de bas mais quand... les laboratoires donnent des échantillons de tissus et qu'on montre aux messieurs parce que les chaussettes c'est encore plus près des chaussettes nature que ...que ce que ça peut être un bas de contention en fait ...ils sont pas trop réticents.

UMS 77 Le deuxième aspect de la chose qui est assez favorable, c'est que des bas de contention ou des chaussettes de contention durent beaucoup plus longtemps que les collants chez les dames, qui coûtent aussi très chères.

UMS 78 Avant qu'un collant de contention euh soit changé, on peut compter 6 mois euh, en hiver des collants il y en a plus d'une paire pour 6 mois, c'est un des arguments.

UMS 79 Mais moi, les difficultés majeures que je rencontre, c'est effectivement, l'incapacité des gens à les mettre

UMS 80 et l'absence de remboursement, quand on parle de soins en particulier. []

UMS 81 M4 : Les mêmes réticences, les mêmes recettes.

UMS 82 Les échantillons fournis par les laboratoires sont bien pratiques pour convaincre euh, les un peu coquettes

UMS 83 que les nouveautés en matière de bas et de collants sont tout à fait portable avec une tenue classique.

UMS 84 Euh, on a plus de difficultés pour la période estivale, là où pourtant on a beaucoup de symptômes, parce que les patients n'imaginent pas porter une contention plus par exemple un

jeans quand il fait chaud, ou alors une contention avec une jupe ou une robe alors qu'il fait chaud...

UMS 85 Mais là, elles font ce qu'elles veulent hein...

UMS 86 Pour les garçons, effectivement la difficulté c'est peut-être de les faire passer de la chaussette au bas. Mais bon, si déjà ils portent les chaussettes on diminue l'importance du risque.

UMS 87 Pour les personnes âgées, bon, souvent, on arrive à les faire rentrer dans un programme d'aide à domicile, du maintien, enfin oui, d'aide au maintien à domicile des personnes âgées, donc automatiquement les aides-soignantes donnent un coup de main et puis c'est compris dans le forfait sans euh, qu'il soit nécessaire de prescrire des soins infirmiers en pratique ...

UMS 88 Alors je ne prescris pas beaucoup de bandes parce que, bon vous savez bien que les bandes, si elles sont mal appliquées, bon si elles ne sont pas suffisamment tendues, c'est pas efficace et si elles sont trop tendues, c'est délétère. Et quelques fois les personnes âgées ne voient pas les carreaux sur les hein..., qui permettent de dire : j'ai bien posé ma bande ou j'ai mal posé ma bande. Et donc, ça peut être très dangereux, et donc je m'en méfie quand même un peu. Et même, elles n'ont pas la souplesse, elles n'ont pas l'agilité, pour bien poser les bandes de contention. []

UMS 89 M3 : Oui et bien, je dirais qu'à propos justement des bandes étalonnées, c'est vrai qu'il y a des problèmes, même avec les infirmières (*rigole*) qui confondent le rectangle avec le carré, et que les techniques de pose peuvent poser problème effectivement. En générale, les bandes sont réservées à des situations où on a un personnel fiable, qui est capable de les poser correctement. Généralement on peut faire un feed back en recontrôlant la pose des bandes.

USM 90 Le problème principale c'est la compliance pour les personnes âgées, les personnes isolées, les personnes invalides. Je dirais que bon, c'est finalement très personnel, l'adhérence, l'adhésion ou pas à la pose de la contention. Ça dépend en fait du soulagement ressenti pour le ou la patiente, du contexte de port, de la saison euh et des situations de stress auxquelles sont sujettes les jambes et le degré insuffisance veino-lymphatique.

USM 91 Je dirais que le second problème, mais bon sachant qu'en portant une contention, de toute façon dès la première minute où on en porte, on gagne quelque chose.

USM 92 Bon, si elles les portent en matinée, bon c'est ce que je leur dis, porté les ce que vous pouvez supporter et ma foie vous les enlevez quand il y a un problème de fourmillement parce que parfois ça pose ce genre de problème. C'est que des phénomènes de, en fonction de la configuration des jambes,

UMS 93 le problème aussi de l'adaptation, l'adéquation entre le modèle prescrit par le pharmacien les prises de mesures et la configuration anatomique de la jambe ne correspondent pas. Il y a quand même de grandes divergences de jambes et il y a un grand... enfin les bandes sont relativement normatives.

UMS 94 Après il y a toujours la possibilité d'une prescription sur mesure, mais ça coûte plus chère, ça prend du temps et ça pose aussi le problème de la longévité parce que je pense que quand on les prescrit sur mesure, elles durent moins longtemps en réalité et puis il suffit qu'il perde deux kilos pour qu'elles ne correspondent plus (*rit*).

UMS 95 Mais bon je crois que c'est surtout le problème de la compliance qui se pose principalement.

UMS 96 Un autre problème qui n'a pas été cité c'est celui de l'intolérance à certains composants des bas de contention, notamment tout ce qui est polyamide et lycra. Pas mal de femmes vont installer, enfin je parle de femmes car c'est plus souvent leur cas, des eczémas ou des lésions qui ne sont pas des eczémas liés à l'insuffisance veino-lymphatique mais vraiment hein, une dermatite de contact. Et là bon maintenant on a des bas effectivement à base de bambou, je ne les ai pas encore testé, mais (*rigole*) je doute qu'on est effectivement une tolérance optimisée pour ces personnes-là. Et donc ça, c'est un souci aussi les allergies, les intolérances.

UMS 97 Voilà, quand à l'aspect esthétique, on peut effectivement aujourd'hui le contourner par la multiplicité des modèles proposés.

UMS 98 Alors se pose le problème de la longévité, alors je dirais au plus esthétique au moins durable. Euh donc, ça c'est une problématique aussi.

UMS 99 Le coût euh, c'est un souci,

UMS 100 mais est-ce que c'est pire que pour la compliance à d'autres prescriptions à laquelle nous sommes confrontés. Je ne suis pas certain.

UMS 101 En attendant effectivement il y a des demandes de renouvellement, il y a des demandes de prolongation de traitement, c'est qu'il y a un soulagement et qu'il y a une efficacité.

UMS102 Bon sachant que dans l'insuffisance veino-lymphatique la chirurgie n'est quand même pas la panacée, que de toute manière, les néoformations vasculaires enfin veineuses, on se retrouve tôt ou tard confronté à la résurgence du problème, à la nécessité de la reproduire.

UMS 103 C'est une maladie chronique donc, c'est une maladie qu'il faut effectivement traiter bah, en trait d'union, selon la demande aussi du patient, d'être soulagé.

UMS 104 Parce qu'il y en a on voulait leur proposer et effectivement ils sont dans le refus total de la contention, toutes sortes de raisons qui ne sont plus à mon sens, de nature esthétique exclusivement, ce qui était rédhibitoire avant ne l'est plus aujourd'hui. Oui, il y a des problèmes d'adhésion au concept même voilà. (*M9 acquiesce M3 d'un mouvement de tête*) []

UMS 105 M2 : Je ... Je vais pas reprendre tout ce qui a été dit. Moi, j'ai pas beaucoup de personnes âgées dans ma patientèle, plutôt des personnes en précarité et donc, le coût là, qu'évoquait le médecin 6, rentre en jeu.

UMS 106 Et alors, moi j'ai une préférence pour prescrire quand la personne le peut, lui demander plutôt d'aller faire délivrer ces bas de contention, chaussettes de contention, dans un magasin particulier, où je sais qu'il y a une variété, du sur mesure proposé, ou pas sur mesure mais qui a plus de choix et où le temps pris à la prise de mesure et au choix du produit, ça être plus soigné que, il me semble, que dans une pharmacie où il y a un peu des tailles standards, et où les pharmaciens prennent pas forcément autant de temps pour voir quels sont les bas adaptés.

UMS 107 Malheureusement, ce sont effectivement comme l'on dit d'autres, les bas sur-mesure sont plus chers, je sais pas s'ils sont moins solides, plus solides, ça je, je n'ai pas d'avis là-dessus. Voilà, donc problème de coût

UMS 108 et problème de, effectivement, pour des personnes âgées et comment les mettre mais, ça je ne reviendrai pas sur ce qui a déjà été dit. []

UMS 109 M1 : Donc moi, il y a quand même des personnes qui portent des bas de contention (*sourit*) dans les personnes précaires que je rencontre. ..Euh, hier j'ai été confronté à ce souci, une jeune femme qui n'a pas de revenu et à qui ont été prescrit des bas de contention. On a demandé à la pharmacie, ça a coûté 20 euros pour une paire, à ses frais, ce qui était impossible pour elle, voilà ça c'est un vrai problème à mon avis, c'est-à-dire que 20 euros,

UMS 110 il faut au moins deux paires, car il faut en laver une pendant que l'autre est portée,

UMS 111 c'est pour ça que pour ces personnes c'est quasiment impossible d'avoir recours. Donc il existe des structures comme la « MIEC »...qui vous avance éventuellement l'argent mais on voit bien que ce n'est pas possible pour tout le monde.

UMS 112 Et puis moi j'ai un deuxième souci éventuellement là où je travaille, ça va être les problèmes d'hygiènes hein... Puisque ces bas ou ces chaussettes il va falloir les laver, alors parfois à la main, ne pas les mettre à sécher près d'une source de chaleur pour qu'elles continuent à garder leur efficacité. Donc on voit aussi avec des personnes qui sont un peu en précarité, qui ont déjà du mal à garder de l'hygiène pour elles-mêmes, c'est pas forcément un moyen qui est forcément très simple à utiliser au quotidien. Mais moi, c'est vraiment très spécifique. []

UMS 113 M9 : Je rebondis sur que disait M4, qui parlait justement de la contention l'été qui est plus difficile à faire accepter. Et c'est vrai, moi je leur dis toujours, on est dans une région tempérée, donc on se lève rarement, même au mois de juillet, avec des températures à 20-25 degrés dehors, et que quand il fait 10 ou 14 ou 15, on peut mettre les bas ou des chaussettes et que dans ces cas là quand elles sentent que l'été, que au cours de la journée elles sont gênées, que ça serre ou justement, parce qu'il y a des démangeaisons à cause de la chaleur, de les enlever et de les porter en fait le plus longtemps possible. C'est ce que j'explique pour qu'elles adhèrent au traitement au courant de l'été, c'est moins problématique l'hiver. []

UMS 114 M5 : Alors moi, je vais être un peu provocatrice parce que quand je vous entends tous dire qu'il faut qu'elles les portent l'été,

UMS 115 probablement que l'un des obstacles qu'il y a dans le port de bas de contention chez les jeunes femmes l'été, en ce qui me concerne, c'est que moi je ne me vois absolument pas porter des bas de contention l'été. D'autant plus que j'ai déjà beaucoup de mal à porter des bas normaux l'hiver, que ça me gave, effectivement je pense que mes propres recommandations sont très militantes pour l'été. (*sourire de M9 M1 M2*).

UMS 116 Ma deuxième limitation, c'est que je le redis, j'en prescrit parce que je pense que ça peut faire du bien, mais je suis pas sûre, j'ai rien lu sur le préventif, j'ai pas lu d'étude, donc je sais pas quand je propose à tout le monde, au tout venant, parce qu'elles ont une profession à risque, je ne sais pas si je leur rends service ou pas. C'est probablement ça aussi, qui fait que je suis...enfin que j'en, j'essaie au moins d'être convainquante.

UMS 117 Si j'étais intimement persuadée, avec des données à l'appui, qu'il y avait un rôle important dans la prévention des complications veineuses, je serais probablement plus...plus

insistante. J'en porterais pas pour autant, mais peut-être plus insistante, parce que je sais si, parce que j'ai pas de données.

UMS 118 J'ai l'impression que toutes les infirmières qui travaillaient auparavant, qui faisaient des nuits, elles ont pas toutes des problèmes veineux à la retraite.

UMS 119 Donc je me dis de quel droit imposer aux infirmières aujourd'hui ça,

UMS 120 s'il y a pas eu de preuve de son efficacité. Ça c'est un vrai, c'est un vrai obstacle pour moi, pour conseiller le port, pour être rigoureux au niveau du port. Ça vient de moi ça, je crois que c'est...alors que j'en prescris.

UMS 121 Parce que, 18 degré ou 14 degrés euh, quand on part avec des petites chaussures des petites sandales c'est quand même, même si elles sont jolies maintenant, c'est quand même un peu moins esthétique que l'hiver quoi ça je crois que c'est (*M2 sourit, M4 regarde en l'air*)...

UMS 122 La deuxième chose moi, c'est sur effectivement les personnes, alors là qui probablement en ont le plus besoin, obèses, alors on a un vrai problème. Même sur mesure, il y a un problème d'adaptation du bas à la personne qui est difficile, même sur mesure, même avec des gens qualifiés euh, surtout quand il s'agit de bas.

UMS 123 Enfin, la partie en silicone-là qui permet l'adhésion roulotte, fait compression et ça... je pense que c'est pas une bonne chose.

UMS 124 Donc ça il y a des gens qui ont renoncé et qui ont effectivement payé très chère des bas à varices, des bas de contention sur mesure. []

UMS 125 M3 : Oui bah, en fait pour le problème de contourner les difficultés de pose, il y a du matériel qui existe. Il y a des supports métalliques, des enfiles bas qui peuvent effectivement servir de châssis à l'enfilement du bas ou de la chaussette, enfin quel que soit son degré de contention.

UMS 126 Alors, ça ne contourne pas tous les obstacles,

UMS 127 mais ça permet finalement de contourner la grosse difficulté qui est de passer le coup de pied. Quand on a son enfile bas bien monté, on arrive à faire passer la difficulté du coup de pied et donc on peut progresser plus facilement vers le haut à partir de là. Donc ça, c'est déjà une première solution.

UMS 128 Ensuite, l'affaire de savoir si oui ou non l'insuffisance veineuse lymphatique a eu un impact sur l'économie de la jambe, quand même, je pense que là réellement, il suffit de voir les dermites ocres, les eczéma variqueux, pour savoir qu'effectivement les troubles locaux d'oxygénation lié à l'absence de drainage euh, occasionnent d'une manière ou d'une autre, des dégâts quand même assez considérables.

UMS 129 (*M5 fait des mouvements de lèvres avec agacement*)

UMS 130 Euh aujourd'hui, des chirurgiens portent de la contention pendant leur interventions (*M9 acquiesce*), la symptomatologie, pas tous mais il y en a qui le font, la symptomatologie, faut pas qu'ils soient artéritiques euh, la symptomatologie (*rit*) est quand même là, il y a un soulagement par la contention.

UMS 131 Bon notre, en fait, faut quand même pas se voiler la face (*sur un ton incisif*).

USM 132 90% de notre activité médicale, elle est d'abord de soulager, elle n'est pas forcément de traiter, le traitement est une utopie. Enfin, il faut dire que nos patients finissent tous, d'une manière ou d'une autre (*sourit*), par mourir. Donc euh, nous ne faisons que soulager dans la majeure partie et je pense que la maladie veino-lymphatique fait partie de ces pathologies comme je disais, chroniques incurables et pour laquelle ont été organisés des prises en charge plus ou moins efficaces mais qui conduisent à un soulagement du patient. []

UMS 133 Alors est-ce que ça retarde la survenue des ulcères (*silence*) je n'en sais rien, effectivement peut-être que ça existe dans des études et qu'on a peut-être pas le temps de se pencher sur le sujet.

UMS 134 Est-ce que la sclérose veineuse entrave euh la dégénérescence tissulaire secondaire ? Je n'en sais rien non plus. (*M4 regarde toujours en l'air*). Est-ce que les veino-toniques avaient un rôle quelconque ? On prétend que non, mais moi j'ai pas mal de patientes qui continuent à en prendre malgré tout, parce qu'elles se sentent soulagées de leur symptomatologie. Je pense que l'on est dans la même situation avec, euh, la contention veineuse et bon, comme dans toute chose, si on le prescrit suffisamment tôt, on gagne certainement en confort, peut-être pas forcément en longévité, mais ça, voilà quoi. Je pense que c'est d'abord un soulagement. []

UMS135 M8 : Il faut quand même passer du temps à expliquer au patient. (*M7 acquiesce de la tête*) Bon, c'est la partie chronophage,

UMS 136 mais on gagne énormément à bien expliquer et à passer du temps. Et après, on a effectivement une meilleure compréhension, une meilleure adaptation du patient ou de la patiente à ce type de bas...

USM 137 Et puis je reviendrai sur le fait que, les gros problèmes veineux, on les a plutôt au changement de saison, plutôt que quand il fait très chaud. C'est quand la chaleur arrive que l'insuffisance veineuse, que la poussée veineuse va être la plus importante, c'est là, à ce moment-là, qu'il faut mettre les bas pendant quelques jours. (*M9 acquiesce de la tête*) Effectivement après, quand la chaleur est là, elle est présente, enfin moi, je l'ai remarqué dans ma pratique, je sais pas si c'est marqué dans la littérature, mais effectivement là les personnes s'en plaignent moins.

USM 138 Et puis euh, c'est pour revenir au médecin 5, qui parlait de la non de la preuve que ça marche, moi la seule preuve que je vois moi, c'est le retour même chez les jeunes, qui me demandent des paires nouvelles. Elles trouvent qu'elles ont moins mal aux jambes, qu'elles ont moins de douleur. Je pense que c'est quelque part ce n'est pas une validation mais au moins un point positif. []

UMS 139 M2 : (*rigole*) Je rebondis là-dessus, parce que l'on parle de prescription en prévention, c'est plus de la prévention, c'est du traitement de confort pour des femmes qui se plaignent. On en a parlé aussi tout à l'heure médecin euh, je ne sais plus quel est ton numéro, M5 parlait plutôt de prévention primaire.

UMS 140 Quand on parle de conseiller le port du bas de contention, à des infirmières, des aides-soignantes, des vendeuses, qui sont tout le temps debout, on est en prévention primaire. Et là, je suis comme médecin 5, j'ignore tout à fait si on a un effet préventif sur l'évolution ultérieure avec un inconfort voire des complications. (*M1 hoche la tête*)[]

UMS 141 M5 : Oui je te remercie, parce que c'est bien ça ce dont on parle. Il y a des gens qui se plaignent de quelque chose et là, on est plus dans la prévention, on est dans la réponse à

une plainte et là, je parle-moi, systématiquement, en fonction de la profession, de proposer ou non le port. Ce qui me semble différent, je sais pas si c'est efficace ou pas, ça l'est peut-être, mais c'est autre chose.

UMS 142 Si ça l'est, je pense, je leur conseille fortement de faire pression auprès de l'entreprise et de la médecine du travail pour que...ça, c'est de la médecine du travail, qui doit informer de ça. Moi, je sais pas.

UMS 143 Donc en prévention, je ne le fais pas systématiquement. Quand il y a une plainte, effectivement, c'est autre chose. []

UMS 144 M 3 : Alors voilà (*ton ironique*), en prévention primaire, on a quand même la prévention de la thrombo phlébite dans le voyage aérien. Donc c'est effectivement qu'il y a un rôle préventif qui est démontré sinon on s'amuserait pas à faire porter des bas de contention à des personnes qui font des voyages intercontinentaux.

UMS 145 (*M1 soupire, M5 regarde en l'air et se touche la bouche avec agacement*).

UMS 146 Euh pour ces raisons-là. Ensuite, en prévention primaire enfin, je pense que si aujourd'hui, on prescrit tous de la contention, c'est parce qu'on a bien la notion que en deçà de 15 pas réalisés, enfin, je ne sais plus exactement, ça a été calculé, le phénomène de retour veineux euh, organisé par le coussinet, enfin l'appui plantaire ne fonctionne pas, il faut donc effectivement un peu plus de 15 ou 20 pas pour obtenir le retour veineux efficace. Que donc les veineuses superficielles, que l'on est censé protéger et bien, elles vont devenir variqueuses chez certaines personnes qui ont une prédisposition.

USM 147 Effectivement, je pense que c'est peut-être une extrapolation, que de dire qu'il faut mettre à toutes infirmières une contention veineuse, mais de proposer à toutes infirmières ou toutes personnes qui a un métier statique, une contention par rapport à ces antécédents personnels ou familiaux, par rapport au temps qu'elles passent debout, et à l'inconfort qu'elle a pu déjà rencontrer même si on a pas objectivement des signes de souffrance veineuse, ça me paraît licite sans...

USM 148 M5 (*coupe la parole de M3*) : Je suis désolée, mais je vais pas vous répondre parce que [] Je suis désolée, mais c'est un peu désagréable parce que je polémique pas, on sort hein, c'est pas du tout (*en même temps le modérateur parle* : « on sort un peu du sujet ») comme on peut pas répondre je crois qu'il y a une question, faut qu'on y réponde, faut qu'on réponde à la question précise que tu nous a posé. []

USM 149 M2 : Je sais pas si c'est à ce moment d'en parler, mais pour le moment, on a pas évoqué tout ce qui est de l'ordre de l'éducation à la bonne gestion, justement de la prévention de problèmes veineux en dehors des bas de contention. Il y a quand même beaucoup de chose à discuter avec les personnes sur leur activité physique, etc.... tous les conseils voilà (*beaucoup de gestuelles des mains en parlant*). On n'en a pas parlé,

USM 150 mais je sais pas si c'est le lieu de la difficulté, mais ça représente une difficulté dans nos consultations que de prendre le temps de la faire et de s'assurer que les conseils, entre guillemets qu'on peut donner, sont acceptés, acceptables, acceptés ou de voir ce que la personne gère par ailleurs en dehors du port de bas de contention. []

UMS 151 M1 : Moi je dirais que je travaille principalement cet axe-là, c'est euh... c'est la prévention au quotidien avec les petits moyens que l'on peut se donner.

UMS 152 Mais j'ai la chance d'avoir du temps. On a parlé du temps, j'ai la chance d'avoir du temps, donc je peux prendre du temps avec chaque personne de parler de tous les petits moyens autres que les bas de contention, pour lutter contre l'insuffisance veineuse.[]

UMS 153 M5 : Pour rebondir, effectivement, sur ce que j'ai dit, c'est un des motifs, des plaintes, en consultation, enfin j'ai l'impression en consultation de médecine, enfin dans ma consultation à moi en tout cas, que cette plainte-là est rarement une plainte première. C'est-à-dire que les gens viennent pour autre chose, et parle de ça aussi, et c'est effectivement que peut-être d'accepter de parler de ça au cours d'une consultation pour autre chose euhh, est peut-être préjudiciable.

UMS 154 : Il faut peut-être demander à ce qu'on les revoit dans un temps spécifique pour parler de ça, parce que probablement que tout ce qui est éducation thérapeutique, dans ce domaine-là, à ce moment-là, est trop rapidement abordé

UMS 155 puisque ce n'est pas le motif premier de la consultation.

UMS156 Moi jusqu'à présent je ne le faisais pas, mais peut être que c'est ce qui faudra faire.

UMS 157 Mais en tout cas, effectivement, l'éducation thérapeutique a certainement une place importante mais, (M4 se frotte les yeux)

UMS 158 mais c'est le troisième ou le quatrième motif, c'est renouvez-moi mes bas de contention et on est en fin de consultation donc que...

UMS 159 En tout cas moi, au jour d'aujourd'hui si la plainte était pas la douleur dans les jambes je ne, je ne prenais pas le temps de dire il faudra un temps spécifique pour ça. Modérateur : Donc ce sera peut-être quelque chose... M5 : Ce sera peut-être quelque chose de nécessaire oui. []

UMS 160 M7 : Je dirais que le renouvellement c'est pas réellement un problème. Ceux qui demandent à ce qu'on renouvelle, c'est qu'on a réussi à les convaincre de les mettre et que deuxièmement ils ont trouvé un bénéfice car ils nous en redemandent d'autres,

UMS 161 c'est plus ceux qui ont une certaine réticence à priori, il est plus difficile de les convaincre. Le renouvellement (incompréhensible) []

UMS 162 M5 : Ce que j'ai entendu, c'est que, y a pas que dans cette pathologie-là, il n'y a pas que les bas de contention. C'est-à-dire qu'une obèse, qui met des bas de contention, peut-être qu'il faut aussi qu'on agisse sur autre chose que sur uniquement les bas de contention finalement. Et qu'effectiv... (*acquiescement de tête de la majorité*) M2 : Même dans le renouvellement, Médecin 2 (rire), même quand il s'agit d'un renouvellement. M5 : Surtout quand il s'agit d'un renouvellement. M2 : Encore plus encore plus.

UMS 163 M5 : Effectivement, ça prouve qu'il y a une bonne observance, mais en t'entendant, je me disais, oui mais effectivement, moi aussi je renouvelle, mais j'aborde plus le problème parce que je suis contente parce qu'elle les porte, peut-être que, c'est peut-être pas la solution.

UMS 164 et que c'était une des difficultés et que peut-être il fallait avoir des consultations pour ça et un temps dédié à ça. []

UMS 165 M5 : J'en ai marre des guides (*rires de plusieurs participants*). J'en ai rédigé beaucoup, ça me gave. Alors c'est probablement, c'est utile pour ceux qui l'écrivent, moi j'ai toujours appris beaucoup de choses quand j'ai rédigé des guides patients. J'en ai fait

quelques-uns pour un cas et pour la haute autorité de santé. Alors moi j'ai appris beaucoup de chose. Je suis pas sûre que mes confrères y apprennent grand-chose, je suis pas sûre qu'ils aient le temps de les lire, parce qu'il y a souvent beaucoup de choses qui ne concernent pas notre pratique.

UMS 166 Probablement qu'un certain nombre de patients y trouvent leur compte, lisent des choses.

UMS 167 Bon. Qu'est-ce qu'on doit y trouver ? (*silence*) En ce qui me concerne moi comme médecin, probablement les indications (*silence*). Les indications est-ce que dans certains... Est ce qu'il y a des bonnes indications ? Est-ce qu'il y a un réel service rendu aux patients ? Euh ou est-ce que c'est simplement ce que j'imagine ?

UMS 168 Et puis probablement, effectivement y trouver euh, les conseils concernant la durée du port, s'il y a effectivement une efficacité si on les porte 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ? Si le port 2 heures par jour a une efficacité quelconque, pour les patients ça, pour qu'ils se rendent compte.

UMS 169 Et aussi trouver toutes les autres méthodes qui ont une efficacité sur cette maladie-là. Et puis aussi, probablement une présentation des aides à la pose de bas de contention qui existent.

UMS 170 Je crois que pour les patients oui, ce serait bien.

UMS 171 En tout cas, si c'était un guide, moi je voudrais que ce soit un guide qui soit sur une page A4, qui ne soit pas sur 15 pages et qui ... voilà et qui ne soit pas un outil de plus qui...qui... un classement verticale. Et je pense que je fais partie des gens qui lisent pas mal les choses quand même, mais il y a un moment où (*souffle*). (*Les participants sourirent*) []

UMS 172 M6 : Alors l'intérêt d'un guide se serait déjà que le médecin puisse en parler avec le patient, pour pas lui donner le papier comme ça, et donc bien justement de rediscuter de tout ce qui est nécessaire pour améliorer l'insuffisance veineuse. Donc tous les autres petits moyens, à part les bas de contention. Et euh, c'est vrai que ça pourrait être intéressant, donc que qu'est ce qui pourrait y avoir d'autre ?

UMS 173 C'est ce que je disais tout euh les aides, tout ce qui existe en bas, en chaussettes, l'intérêt de tout ça, les indications. Enfin voilà. (*haussement d'épaule*) (*silence*)

UMS 174 M7 : Alors un guide pour qui ? pour les médecins ou pour les patients ? Pour les médecins certainement très très succinct parce que je partage l'avis de M5, je crois qu'il risque de finir en classement verticale.

UMS 175 Pour les patients quels patients ? Est-ce que c'est les patients qui ne sont pas convaincus et qu'on veut essayer de convaincre ou est-ce que c'est déjà les patients convaincus ?

UMS 176 En tout cas moi, je dirais que s'il y a un message important, c'est de leur expliquer que l'insuffisance veineuse c'est multifactoriel et qu'il ne suffit de prendre un veino-tonique ou de prendre ces bas à varices, ça s'inscrit dans toute une démarche euh, d'hygiène de vie, euh, prise en charge globale des facteurs de risques, d'activité physique, de tenue vestimentaire, de lutte contre l'excès de poids, pour enfilier pour parler de tel bas même s'il y a pas vraiment un action direct sur les veines parce que je pense que c'est important. Moi je vois ça comme ça.

UMS 177 En tout cas il faudrait que ce soit certainement succinct.

UMS 178 M8 : En pratique je suis d'accord, j'y vois un intérêt particulièrement si c'est bien fait, et que c'est fait pour le patient.

UMS 179 Ça permet une communication d'ailleurs du médecin au patient

UMS 180 pour expliquer des images ou par exemple, sur les techniques de mise, de mise en place, l'enfile bas par exemple. L'intérêt et aussi différentes possibilités de lutter contre l'insuffisance veino-lymphatique expliquée par le médecin 7.

UMS 181 Par contre en pratique, là c'est la théorie, en pratique, ce genre de fascicule quand on en a vraiment besoin on ne sait pas où on l'a mis et ça c'est quelque chose qui revient assez fréquemment, parce que l'on reçoit un nombre de documents diverses et variés, des laboratoires et l'HAS et autres ressources... et j'ai remarqué que souvent quand on en a besoin et bien, on ne les a plus à disposition, ils sont rangés dans un endroit qui va être chronophage pour au moins les retrouver.

UMS 182 Donc en théorie je serais relativement pour, parce que c'est un moyen de communication pour expliquer tranquillement et efficacement, à notre patientèle les bienfaits et les techniques de mise en place. Par contre dans la pratique, c'est souvent plus problématique. []

UMS 183 : Je sais pas si j'ai quelque chose à rajouter sur ce qui a été dit. Sur la théorie c'est bien. C'est vrai que l'insuffisance veineuse dans ces cas-là aussi, un autre moyen, et on se rend compte que nos patients, ils vont souvent sur internet et c'est vrai ça peut-être un relais éventuellement en leur disant et bien voilà, ou on leur donne un papier et on voit la catégorie de personnes à laquelle on s'adresse, et leur dire : bien vous voyez sur internet, bah à cet endroit vous allez voir peut-être l'intérêt de où en est votre insuffisance veineuse et quels sont les moyens peut-être qu'à ce moment-là. Il y a plus de portes sur ce qui est autre chose que la contention veineuse.

UMS184 Et peut-être des choses certainement plus ludiques qu'une simple feuille et qui pourra aborder d'autres problèmes comme le poids, l'hygiène aussi. Il y a d'autres moyens que le petit papier, comme disait M8 où on ne sait jamais où on l'a mis. []

UMS 185 M1 : Je, d'abord je demanderais qui le fait, qui l'écrit hein, tout dépend si ça émane des fabricants des bas de contention ou si ça émane de médecins qui sont spécialistes. Donc on réfléchit à la question.

UMS 186 Et puis, s'il devait y avoir quelque chose, ce serait plutôt à type de questions qu'on peut se poser, soit des vrais/faux soit des euh, que les gens les patients se sentent interpellés par le guide en fait hein. Ils se posent des questions ou ça va les interpeler sur certaines choses : Est-ce que c'est utile pour moi ? Pas pour moi.

UMS 187 Le système des vrais/faux, qui est un peu un système de magasin, qui est un système que l'on trouve dans les magazines, qui souvent permettent que les gens retiennent mieux de quoi il est question. Quelque chose de plus ludique, oui quelque chose comme ça. Après ce qu'il y a dedans oui, est ce que c'est utile ? Quels types de contention existent, des schémas, des dessins, des choses comme ça.

UMS 188 Après ma première question, j'y reviens, c'est qui le fait. []

UMS 189 M2 : Moi je suis d'accord avec l'idée de faire une fiche pour les patients,

USM 190 qui tient en une page A4 avec beaucoup de schémas, de façon à ce que les patients qui, lisent mal ou qui ne lisent pas le français, puissent en tirer bénéfice aussi et puis pour que ce soit attrayant.

UMS 191 Que ce soit fait évidemment pas par le marchand de matériel, mais les spécialistes peut-être pas, les généralistes (*ton d'affirmation*) (*rire collectif*). Et puis parce que l'on connaît mieux nos patients et on sait mieux leur besoin que les spécialistes qui les voient pas dans leur contexte.

UMS 192 Maintenant je suis assez d'accord que quand on cherche les papiers en cause, on trouve pas.

USM 193 Un support informatique aussi mais les gens ne vont pas aller forcément pouvoir voir internet. Autant pour les jeunes, c'est facile de donner des adresses de sites, autant pour les personnes âgées en général, c'est moins facile.

USM 194 Et puis après ils tombent sur des forums où là il y a des trucs... tout et rien. Donc à réfléchir. Mais pas faire n'importe quoi pour que ce soit utile.

UMS 195 M3 : Moi je dirais surtout pas un guide papier, de support papier, ça sert à rien. Moi je ne m'en sers absolument pas. Je les refuse ou je les jette à la poubelle dès réception, y compris les reco de l'HAS que je consulte sur internet pour ma part. Je trouve d'un point de vue logique actuelle cela me paraît complètement dépassé.

USM 196 En revanche un document PDF qui peut être imprimable sur un site internet pourquoi pas.

UMS 197 Parce que je dirais que c'est les mêmes personnes qui vont sur internet que celles qui vont chercher à accéder à l'information. Et que celles qui ne liront pas la brochure sont celles qui de toute façon, que ce soit support papier ou support autre ne lirons rien.

UMS 198 En plus, bon bah pour de ce qui est de l'information, on a le temps dans cette pathologie-là, on a, enfin ce sont des patients, enfin je l'espère pour la plupart d'autre nous, que l'on revoit régulièrement et donc on a le temps de pointer du doigt, de revenir sur ce genre de pathologie, de remettre euh, je dirais de remettre le couvert à chaque fois, et ces petites brochures d'information ne servent strictement à rien.

UMS 199 (*M5 soupir*) Moi, ça fait 25 ans que je les vois défiler sur mon bureau et que je ne les emploie pas, un peu comme la contention que madame ne porterait pas. Moi je ne vois vraiment pas pourquoi j'imposerais ce genre de chose.

UMS 200 Sachant aussi qu'on ne les trouve pas non plus en temps et en heure lorsque l'on en a besoin et que l'on a en plus des espaces limités dans nos bureaux que si on commence pour l'insuffisance veino-lymphatique, on n'en finit plus on a la (incompréhensible), la prévention cardiovasculaire, la dyslipidémie, le cholestérol, le diabète et j'en passe.

UMS 201 Moi je renvoie sur mon site internet, j'ai un site internet dévolu à cette information en ligne. Si les gens y vont, on a gagné la partie et s'ils n'y vont pas bah tant pis. Mais aujourd'hui à l'heure de l'internet effectivement c'est dépassé, c'est dépassé. []

UMS 202 M4 : Un guide oui, mais recto verso, mais rédigé, on va dire de façon télégraphique, avec les indications euh, par pathologie,

UMS 203 la force de contention par pathologie,

UMS 204 et puis aussi le remboursement par indication.

UMS 205 J'aimerais y voir aussi les contre-indications et les mauvaises indications hein.

UMS 206 M5 parlait de la grossesse qui n'ait pas forcément une bonne indication. M5 : j'ai pas dit ça. M4 : Entre nous bon, ça fait rien, donc les indications, les contre-indications.

UMS 207 Alors euh, le format, je garde soigneusement dans un carton les recommandations HAS euh. Je préfère aller les télécharger, mais c'est pas toujours facile de télécharger sur le site de l'HAS. On a pas une accessibilité forcément très rapide, immédiate, donc il faut savoir un peu manipuler le site. Mais c'est bien quand on peut donner un exemplaire,

UMS 208 enfin on peut déjà se rafraîchir la mémoire sur les recommandations.

UMS 209 Ensuite éventuellement éditer un exemplaire pour le patient hein. Ça me paraît utile oui effectivement. []

UMS 210 M4 oui, bon dans un tout autre domaine, hier je devais poser un Nexplanon, qui est le nouvel Implanon et j'en avais jamais vu, j'ai pas eu le temps de me former.

UMS 211 Bon, je suis allé voir sur You Tube malheureusement, c'était une démo d'Implanon et c'était pas une démo (*rit*) de Nexplanon. Donc et bien ma foi avec mon interne, on a regardé le matériel avec des gros yeux.

UMS 212 Mais oui, c'est très agréable de pouvoir immédiatement, de pouvoir maintenant avec l'internet, avoir un renseignement

UMS 213 bien sûr sur une source fiable. L'HAS me semble pour l'instant la moins mauvaise des sources même si, ces derniers temps, j'ai trouvé son attitude un peu excessive et parfois équivoque à propos de certaines recommandations. Je parlais du diabète, des médicaments, mais bon, en tout cas je trouve que l'attitude de l'HAS est moins excessive que celle de prescrire bien entendu,

UMS 214 c'est quand même plus fiable que la publicité que nous procurait le laboratoire pharmaceutique, le fabricant de la contention. []

UMS 215 M2 : M4 a fait noter ça, prescrire fait donc des fiches info patients, je ne sais pas s'il y en a une sur le sujet mais c'est aussi une façon d'aller voir. Il y a quand même beaucoup de fiches info patients. Moi je ne m'en sers pas vraiment parce qu'elles me paraissent être faites un peu pour des gens qui ont fait des études au moins jusqu'au bac. Voilà. C'est le niveau, mais j'en ai pas vu assez pour avoir un jugement définitif. (*M1 se balance sur sa chaise*) C'est une autre source de validi...enfin...sérieuse de fiche info patient. []

UMS 216 M1: Sur le site Univadis aussi, il y a beaucoup de reco. Il y a des recommandations et puis beaucoup de FMC et de vidéos de démonstration. C'est in site, alors je sais pas du tout, moi je n'en sers pas mal, je sais pas s'il y a pignon sur rue comme on dit (*rit*). Mais c'est aussi un endroit, un endroit où on peut vraiment aller chercher de l'information. Il y a des Vidals, Vidal reco en tout cas en ligne et gratuitement. Je le signale parce que c'est intéressant aujourd'hui de voir ça. []

UMS 217 M4 : Il me semble que Univadis est un site financé par les laboratoires pharmaceutiques. M1 : D'accord M3 : Oui, oui, tout à fait donc il faut le savoir. On peut l'utiliser, mais il faut le savoir.

UMS 218 M5 : Alors euh, concernant un document, qui soit papier ou informatique, ça veut quand même dire, que c'est pas effectivement ce qu'a dit madame, un document que l'on va balancer, ça veut dire qu'il va falloir quand même envisager une séance d'éducation thérapeutique avec le patient. Le document étant que le support à cette séance.

UMS 219 Concernant l'informatique, j'ai été amené à relire une thèse sur le soutien social des sites internet auprès des patients versus les médecins.

UMS 220 Je crois que ce serait bien qu'il y a un, s'il y a un guide en tout cas, qu'on recommande un certain nombre de sites fiables au patient. C'est-à-dire de sites, non seulement indépendants, mais qui font une analyse fiable du sujet pas forcément de ...oui du sujet. Alors, ça existe pour les migraines. []

UMS 221 M5 : Oui je pense que ça peut être un service rendu pour les patients qui savent aller sur internet et qui peuvent faire et de les orienter vers des sites qui évitent effectivement...

UMS 222 Dans ce travail de thèse, il était bien dit que, en fait le soutien (*bruit de chaise*), le soutien apporté par le médecin, était quand même supérieur à celui apporté par internet.

UMS 223 Mais si ça peut faciliter notre travail de dire il y a des sites internet que l'on recommande, parce qu'ils ont une bonne éthique, ça peut quand même, pour le patient être aussi une aide.

UMS 224 Je pense que sur toutes les fiches et les guides, il devrait y avoir effectivement un certain nombre de sites, en précisent que ce n'est pas exhaustif, mais qui sont des sites a priori...je dirais honnêtes, c'est pas le mot enfin euh [] Recommandables. Les sites recommandables n'étant pas toujours faits par des médecins bien sûr. []

UMS 225 M8 : Je suis tout à fait d'accord avec médecin 5 sur l'intérêt du support, qui permet après de bien expliquer, passer du temps, être très informatif et mieux guider la patiente dans les difficultés, les différentes thérapeutiques qu'elles peut utiliser dans les problèmes techniques de mise en place des bas de contention.

UMS 226 Mais c'est vrai que c'est chronophage, c'est quand même un temps qu'il faut consacrer, j'insiste un petit peu. []

UMS 227 M7 : Je redis la même chose, je pense que depuis fort longtemps, on a été inondé de prospectus, de tout ce qu'on veut, de petits guides dans toutes les pathologies, le diabète, le cholestérol, des guides de cuisine, de machins, j'en ai un plein placard si vous voulez hein, que je n'ouvre quasiment jamais et dont je ne me sers pas.

UMS 228 Donc je crois que ça peut être qu'un support qu'on donne à la fin de la consultation. Qu'on explique devant, mais ça ne dispense pas, la solution de facilité c'est pas de donner ça et puis va te faire voir avec ça. Ça suffit. Ça va passer 30 secondes, que ce soit pour un diabète, un cholestérol ou une insuffisance veineuse. Il y a toute une éducation du patient,

UMS 229 ça peut permettre de lui rappeler certains messages importants parce qu'il y a une somme d'informations dans cette consultation-là, il a le droit d'avoir oublié une partie, donc ça nous permet de rappeler les messages importants mais ça doit rester que ça.[]

UMS 230 M5 : Ce que je voulais dire quand même que, une séance, enfin je ne sais pas comment vous êtes, mais dans notre travail quotidien moi je, mon objectif, c'est pas d'augmenter mon temps de travail. Actuellement ça va donc.

UMS 231 Mais par contre mon objectif, c'est de faire de plus en plus d'éducation thérapeutique.

UMS 232 Mais l'éducation thérapeutique, je peux la faire que si je suis persuadée que ce que je fais va être utile au patient. Parce que je vais pas, parce que j'ai l'impression qu'il faut le faire. Enfin je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. Moi quand on me dit j'ai l'impression que ça, non je veux dire que moi aussi j'ai l'impression. Mais s'il faut que je passe 40 minutes d'éducation thérapeutique pour avoir une impression qui, alors que ça a pas, rien n'est prouvé là-dessus, on ferait mieux de faire autre chose, vous voyez ? Il y a sûrement d'autres domaines où l'on sera plus efficace.

UMS 233 Donc je crois vraiment donc, enfin, peut-être que je vais demander une séance de formation dans mon groupe,

UMS 234 Mais je crois vraiment que dans ce guide il faudrait vraiment que, pour les médecins en tout cas, qu'il y ait un minimum de données qui prouvent que en terme de santé pour l'individu et en terme de santé public, que ça a une réelle nécessité et efficacité. Parce que, moi en tout cas, il y a tout le côté humain, c'est autre chose.

UMS 235 Mais en tout cas je pense qu'on a tellement de chose à faire, qu'il faut bien faire des choix dans ce qu'on fait et que l'inutile n'est pas forcément nécessaire. Voilà. []

UMS 236 M6 : Moi j'ai quelques fiches sur des points qui me paraissent importants, sur le bureau de mon ordinateur et qui sont rangées dans les choses à donner au patient et que je sors quand j'ai besoin de leur expliquer en particulier les oublis de pilules, enfin bon des choses...la toxoplasmose, enfin des choses précises comme ça, donc je sais où c'est. Après une fiche comme ça, c'est vrai que je suis pas sûre du tout que je l'a mette dedans. Mais ça pourrait être à l'endroit où ça pourrait être, à aider à l'éducation thérapeutique des patients j'ai quelques fiches très importantes comme ça, à disposition. Voilà. []

UMS 237 M5 : Juste quand même, je n'ai pas dit que ça ne servait à rien chez les femmes enceintes, il n'a pas compris. J'ai dit qu'on avait écrit la recommandation et qu'on avait pas parlé de ça. C'est pas du tout la même chose hein, donc je lui ai dit qu'on avait oublié de parler de ça. []

## ANNEXE 6 : Codage aux unités minimales de signification

- Absence de prescription liée au type d'activité : UMS 1
- Renouvellement : UMS 2-12-28-36
- Insuffisance veino-lymphatique de la personne âgée : UMS 3
- Insuffisance veineuse : UMS 4
- Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse lors de long voyage (avion, train, voiture) : UMS 5-11-18-24-31
- Hypotension orthostatique : UMS 15-44
- Signes fonctionnels d'insuffisance veineuse : UMS 16
- Prescription régulière de bandes de contention élastiques : UMS 6
- Œdème de stase des membres inférieurs de la personne âgée : UMS 7
- Prescription fréquente, plusieurs fois par semaines : UMS 8-14-21-26-30-35
- Prescription de bandes moins fréquente : UMS 9-25-40
- Signes fonctionnels d'insuffisance veineuse chez la femme : UMS 10-13-73
- Remboursement en fonction des indications UMS 17-204
- Prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques : UMS 19-22-34
- Professions à risques et médecins du travail : UMS 20-74-142
- Varices : UMS 23-38
- Compression veineuse et aide : UMS 27
- Renouvellement = adhésion du patient : UMS 29-37
- Consultation spécifique : UMS 32
- Fréquence de prescription qui augmente avec l'information : UMS 33
- Femmes enceintes en préventif : UMS 39-43
- Problème dans le choix du grade de prescription : UMS 41
- Diminution de l'observance avec le grade 3 : UMS 42
- Aide infirmière non prise en charge : UMS 46-62- 69- 80
- Aide infirmière souvent nécessaire pour les personnes âgées : UMS 45-50-58
- Nécessite de prescrire d'autre soin pour la prise en charge : UMS 47
- Agacement : UMS 48-129-145
- Problème du sujet âgé pour enfiler les bas : UMS 49-53-61-68-108
- Impact positif de la suppression des veino-toniques pour expliquer l'utilité de la compression : UMS 52-63
- Problème des jeunes et de leurs préjugés : UMS 51
- Problème esthétique du bas chez les jeunes : UMS 54-65
- Problème des préjugés chez les hommes : UMS 55
- Problème du manque de temps : UMS 56
- Expliquer pour comprendre et accepter le traitement : UMS 57-59
- Présence de problèmes reconnue : UMS 60-126
- Problème des patients réfractaires impossible à convaincre : UMS 64-175
- Progrès esthétique des nouveaux modèles : UMS 66-83-97
- Problème du coût et faible remboursement : UMS 67
- Infirmière ne passe pas mettre les bas : UMS 70
- Aides de vie qui peuvent passer : UMS 71
- Doute sur l'efficacité des bas en prévention dans les professions à risques : UMS 72-116-118-140
- Non remboursement en prévention : UMS 75
- Echantillons de modèles convaincants : UMS 76-82

- Problème de la longévité moindre de la contention esthétique : UMS 77-98
- Nécessité de plusieurs paires : UMS 78-110
- Difficultés d'enfilage : UMS 79
- Réticences des médecins : UMS 81
- Problème de la saison estivale où les gens ne veulent pas porter les bas: UMS 84-113
- Respect du choix du patient : UMS 85
- Difficulté de faire porter des bas cuisses aux hommes : UMS 86
- Programme d'aide du maintien à domicile des personnes âgées avec aides-soignantes pour mettre les bas : UMS 87
- Les bandes présentent encore plus de difficultés pour le patient : UMS 88
- Les bandes nécessitent du personnel expérimenté : UMS 89
- Problème de la compliance est multifactoriel : UMS 90
- Effet positif de la contention dès qu'on la porte : UMS 91
- Effets garrots possible en fonction de la morphologie de la jambe : UMS 92-123
- Problème des tailles standards et de la morphologie de la jambe : UMS 93
- Les bas sur mesure sont plus chers, moins solides, plus long à obtenir : UMS 94
- Problème de la compliance principalement : UMS 95
- Allergie et intolérance aux bas : UMS 96
- Coût : UMS 99
- Problème de la compliance non spécifique à la prescription de bas : UMS 100
- Renouvellement synonyme de soulagement donc d'efficacité : UMS 101
- La chirurgie ne remplace pas les bas : UMS 102
- Importance de la demande du patient dans cette maladie chronique : UMS 103
- Problème d'adhésion au concept : UMS 104
- Problème du coût et de la précarité : UMS 105-109
- Coût des bas sur mesure : UMS 107-124
- Importance du choix de l'officine pour que le bas soit le plus adapté : UMS 106
- Traitement non accessible pour tous : UMS 111
- Entretien des bas : UMS 112
- Discordance entre les médecins : UMS 114-131-148
- Transposition du vécu personnel négatif pour la période d'été : UMS 115-121
- Doute et manque de conviction : UMS 117-120
- Doute et sentiment d'imposer : UMS 119
- Problème de l'obésité non contourné par le sur mesure et les personnes qualifiées : UMS 122
- Enfile bas : UMS 125
- Enfile bas aide au passage du coup de pied : UMS 127
- Complications graves de l'insuffisance veineuse dues à l'absence de drainage veineux UMS 128
- Soulagement des symptômes grâce à la contention : UMS 130-134
- Soulagement des patients grâce à la contention : UMS 132-138
- Problème du manque de temps pour s'informer : UMS 133
- Problème du temps pour expliquer : UMS 135
- Expliquer pour comprendre et s'adapter au traitement : UMS 136
- Problème de la poussée veineuse au réchauffement : UMS 137
- Ambiguïté des termes entre médecins sur la prévention primaire versus le traitement de symptômes : UMS 139
- Pas de doute sur l'action de la contention quand il y a une plainte : UMS 141-143
- Discordance entre médecins sur l'action en prévention primaire : UMS 144-147
- Défaillance du retour veineux en position statique et risques de varices chez les personnes

- prédisposées : UMS 146
- Importance des règles hygiéno-diététiques associées : UMS 149-151-176
  - Difficultés surajoutées d'éduquer les règles hygiéno-diététiques car cela prend du temps : UMS 150
  - Education aux les règles hygiéno-diététiques demande du temps : UMS 152
  - Plainte secondaire et pas le motif premier de la consultation : UMS 153-155
  - Nécessite d'une consultation spécifique car éducation thérapeutique prend du temps : UMS 154
  - Projet de consultation spécifique : UMS 156-159-164
  - Sujet abordé en fin de consultation : UMS 158
  - Importance de l'éducation thérapeutique : UMS 157
  - Renouvellement = adhésion et satisfaction du patient au traitement : UMS 160
  - Patients réticents difficiles à convaincre : UMS 161
  - Importances des règles hygiéno-diététique qu'il faut rappeler lors des renouvellements : UMS 162
  - Ne pas se contenter que du port de la contention mais faire de l'éducation thérapeutique au long cours : UMS 163
  - Guide inutile pour médecins, intérêt que pour ceux qui le rédigent car peu de chose concerne la pratique : UMS 165
  - Guide bien pour le patient : UMS 166-170-178-189
  - Problème des bonnes indications et du service rendu aux patients dans le cadre de la prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques : UMS 167
  - Guide avec les règles hygiéno-diététiques et les aides à la pose du bas : UMS 169-180
  - Guide court : UMS 171-177-202
  - Guide support d'éducation thérapeutique aux RHD dans l'insuffisance veineuse : UMS 172
  - Guide d'informations pratiques sur la contention (intérêt, indications, types de bas, durée de port, aides à la pose) : UMS 168-173
  - Guide pas sûr d'être lu par les médecins : UMS 174-227
  - Guide pour aider à la communication avec le patient : UMS 179
  - Problème du guide médecin que l'on perd parmi tant d'autre donc il faut savoir faire sans : UMS 181
  - Guide comme moyen de communication avec le patient : UMS 182
  - Support internet : UMS 183-216-201
  - Guide papier moins ludique et on le perd : UMS 184
  - Intérêt de savoir qui fait le guide : UMS 185-188
  - Guide pour impliquer le patient dans sa maladie : UMS 186
  - Guide patient ludique pour mieux retenir avec des vrais/ faux, des schémas, des dessins : UMS 187
  - Guide accessible à tout type de population (analphabètes, étrangers) : UMS 190
  - Guide fait par les médecins généralistes qui connaissent mieux leurs patients : UMS 191
  - Guide papier perdu parmi tant d'autres : UMS 192-200
  - Problème de l'accès à internet pour les personnes âgées : UMS 193
  - Internet et pertinence/ fiabilité de l'information à vérifier : UMS 194-213
  - Guide papier désuet : UMS 195
  - Support internet avec information téléchargeable pour donner un exemplaire au patient : UMS 196-207-209
  - On ne peut pas forcer les gens à s'informer : UMS 197-199
  - Le guide ne remplace pas l'information donnée par le médecin : UMS 198
  - Guide avec la force de contention par pathologie : UMS 203
  - Problème des bonnes indications : UMS 205

- Problème de compréhension entre médecins : UMS 206-237
- Besoin de rappels sur les recommandations : UMS 208
- Problème du temps pour se former : UMS 210
- Vidéo pratique : UMS 211
- Information rapide via internet : UMS 212
- Information non fiable des laboratoires ou du fabricant de bas : UMS 214-217
- Information accessible pour ceux qui ont un faible niveau d'étude : UMS 215
- Soutien internet versus médecins : UMS 219
- Guide support d'éducation thérapeutique : UMS 218-225-236
- Recommander des sites fiables sur internet au patient : UMS 220-221-224
- Support internet comme aide pour le médecin et le patient : UMS 223
- Le soutien apporté par le médecin est supérieur à celui d'internet : UMS 222
- L'éducation thérapeutique prend du temps : UMS 226
- Support de fin de consultation pour l'éducation thérapeutique et non de substitution du rôle du médecin : UMS 228
- Guide de pour appeler les messages importants aux patients : UMS 229
- Temps de travail important en médecine : UMS 230-235
- Faire plus d'éducation thérapeutique : UMS 231
- Demande de preuve sur l'efficacité de la contention chez les patients asymptomatiques exposés aux professions à risques : UMS 232- 234
- Demande de formation : UMS 233

## **ANNEXE 7 : Application des catégories aux unités minimales de signification**

### **I CONTEXTE DE PRESCRIPTION**

#### **1. Indications rencontrées par les médecins**

Préventif : - Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse lors de long voyage (avion, train, voiture) : UMS 5-11-18-24-31  
- Prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques : UMS 19-22-34  
- Femmes enceintes en préventif UMS 39-43

Curatif : - Insuffisance veineuse : UMS 4  
- Insuffisance veino-lymphatique de la personne âgée : UMS 3  
- Signes fonctionnels d'insuffisance veineuse : UMS 16  
- Signes fonctionnels d'insuffisance veineuse chez la femme : UMS 10-13-73  
- Hypotension orthostatique : UMS 15-44  
- Œdème de stase des membres inférieurs de la personne âgée : UMS 7  
- Varices : UMS 23-38

#### **2. Fréquences et type de prescriptions**

Fréquentes : - Prescription fréquente, plusieurs fois par semaines : UMS 8-14-21-26-30-35  
- Prescription de bandes moins fréquente : UMS 9-25-40  
- Prescription régulière de bandes de contention élastique : UMS 6  
Fréquence de prescription qui augmente avec l'information : UMS 33  
Exception dans le groupe : Absence de prescription liée au type d'activité : UMS 1  
Renouvellement : UMS 2-12-28-36

#### **3. Prescription qui présente un intérêt certain**

##### **Par son mécanisme d'action physiopathologique :**

- Complications graves de l'insuffisance veineuse dues à l'absence de drainage veineux : UMS 128  
- Défaillance du retour veineux en position statique et risques de varices chez les personnes prédisposées UMS : 146

##### **Par ces effets thérapeutiques :**

- Effet positif de la contention dès qu'on la porte : UMS 91  
- Soulagement des symptômes grâce à la contention : UMS 130-134  
- Soulagement des patients grâce à la contention UMS 132-138  
- Renouvellement synonyme de soulagement donc d'efficacité : UMS 101  
- Renouvellement = adhésion et satisfaction du patient au traitement : UMS 160  
- Renouvellement = adhésion du patient UMS 29-37

### **Intérêt renforcé par**

- Impact positif de la suppression des veino-toniques pour expliquer l'utilité de la compression : UMS 52-63
- La chirurgie ne remplace pas les bas UMS 102

### **4. Mais prescription ressentie comme problématique**

Les médecins le disent : - Présence de problèmes reconnue : UMS 60-126

- Compression veineuse et aide : UMS 27

Les médecins le ressentent : Réticences des médecins : UMS 81

Sujet où les avis sont partagés : Discordance entre médecins : UMS 114-131-148

Sujet qui provoque des tensions : Agacement : UMS 48-129-145

Sujet qui génère des incompréhensions : Problèmes de compréhension entre médecins : UMS 206-237

## **II FREIN A LA PRESCRIPTION**

### **1. Problème de la compliance du patient**

- Problème de la compliance principalement : UMS 95
- Problème de la compliance est multifactoriel : UMS 90

#### **1.1 Liés aux caractéristiques physiques du patient**

- Problème du sujet âgé pour enfiler les bas : UMS 49-53-61-68-108
- Aide infirmière souvent nécessaire pour les personnes âgées : UMS 45-50-58
- Problème de l'obésité non contourner par le sur mesure et les personnes qualifiées : UMS 122
- Problème des tailles standards et de la morphologie de la jambe : UMS 93
- Effets garrots possible en fonction de la morphologie de la jambe : UMS 92-123
- Les bas sur mesure sont plus chers, moins solides, plus long à obtenir : UMS 94
- Importance du choix de l'officine pour que le bas soit le plus adapté : UMS 106

#### **1.2. Liés au bas lui-même**

- Difficultés d'enfilage : UMS 79
- Enfile bas : UMS 125
- Enfile bas aide au passage du coup de pied : UMS 127
- Diminution de l'observance avec le grade 3 : UMS 42
- Allergie et intolérance aux bas : UMS 96
- Entretien des bas : UMS 112

### **1.3 Liés à leurs convictions, caractéristiques idéologiques**

- Problèmes des jeunes et de leurs préjugés : UMS 51
- Problèmes des préjugés chez les hommes : UMS 55
- Problème esthétique du bas chez les jeunes : UMS 54-65
- Difficulté de faire porter des bas cuisses aux hommes : UMS 86

Mais certains préjugés peuvent être contournés par :

- Progrès esthétique des nouveaux modèles UMS 66-83-97
- Echantillons de modèles convaincants : UMS 76-82
  
- Problème des patients réfractaires impossibles à convaincre : UMS 64-175
- Patients réticents difficiles à convaincre : UMS 161
- Problème d'adhésion au concept : UMS 104

### **1.4 Période estivale et diminution de l'observance**

- Problème de la saison estivale où les gens ne veulent pas porter les bas : UMS 84-113
- Problème de la poussée veineuse au réchauffement : UMS 137
- Aggravée par
- Transposition du vécu personnel négatif pour la période d'été : UMS 115-121

### **Mais**

Les bandes présentent encore plus de difficultés pour le patient : UMS 88

Les bandes nécessitent du personnel expérimenté : UMS 89

Problème de la compliance non spécifique à la prescription de bas : UMS 100

## **2. Difficultés socio-économiques**

Qui bien sûr ont un retentissement sur l'observance

### **Problème du coût et du remboursement :**

- Coût : UMS 99
- Problème du coût et faible remboursement : UMS 67
- Remboursement en fonction des indications : UMS 17-204
- Non remboursement en prévention : UMS 75

### **Coût amplifié par :**

- Nécessité de plusieurs paires : UMS 78-110
- Coût des bas sur mesure UMS 107-124
- Problème de la longévité moindre de la contention esthétique : UMS 77-98
- Problème du coût et de la précarité : UMS 105-109
- Traitement non accessible pour tous : UMS 111

### **Infirmière et prise en charge :**

- Aide infirmière non prise en charge : UMS 46-62-69-80
- Nécessite de prescrire d'autre soin pour la prise en charge : UMS 47
- Infirmière ne passe pas mettre les bas : UMS 70
- Aides de vie qui peuvent passer : UMS 71
- Programme d'aide du maintien à domicile des personnes âgées avec aides-soignantes pour mettre les bas : UMS 87

### **3/ Problème du temps de consultation**

#### **Consultation où il faut du temps pour éducation thérapeutique :**

- Problème du manque de temps : UMS 56
  - Importance de l'éducation thérapeutique : UMS 157
  - L'éducation thérapeutique prend du temps : UMS 226
  - Problème du temps pour expliquer : UMS 135
  - Expliquer pour comprendre et accepter le traitement : UMS 57-59
  - Expliquer pour comprendre et s'adapter au traitement : UMS 136
  - Education aux règles hygiéno-diététiques demande du temps : UMS 152
  - Importance des règles hygiéno-diététiques associées : UMS 149-151-176
  - Difficultés surajoutées d'éduquer les règles hygiéno-diététiques car cela prend du temps : UMS 150
  - Importances des règles hygiéno-diététiques qu'il faut rappeler lors des renouvellements : UMS 162
- 
- Sujet abordé en fin de consultation : UMS 158
  - Plainte secondaire et pas le motif premier de la consultation : UMS 153-155

#### **Ce manque de temps retenti aussi sur la formation des médecins**

- Temps de travail important en médecine UMS : 230-235
- Problème du manque de temps pour s'informer : UMS 133
- Problème du temps pour se former : UMS 210

### **4 . Doutes des prescripteurs**

#### **Doute sur efficacité :**

- Doubte sur l'efficacité des bas en prévention dans les professions à risques : UMS 72-116-118-140
- Ambiguïté des termes entre médecins sur la prévention primaire versus le traitement de symptômes : UMS 139
- Pas de doute sur l'action de la contention quand il y a une plainte : UMS 141-143

#### *Conséquences :*

- Problème des bonnes indications et du service rendu aux patients dans le cadre de la prévention de l'insuffisance veineuse dans les professions à risques : UMS 167
  - Problème des bonnes indications : UMS 205
- 
- Doute et manque de conviction : UMS 117-120
  - Doute et sentiment d'imposer : UMS 119
  - Discordance entre médecins sur l'action en prévention primaire : UMS 144-147

#### **Choix du grade de compression :**

- Problème dans le choix du grade de prescription : UMS 41
- Guide avec la force de contention par pathologie : UMS 203

## **5. Problème de communication avec le patient**

- Guide pour aider à la communication avec le patient : UMS 179
- Guide comme moyen de communication avec le patient : UMS 182
- Guide de pour appeler les messages importants aux patients : UMS 229

## **6. Ethique médicale...**

*Des obstacles mais des principes éthiques*

- Respect du choix du patient : UMS 85
- Importance de la demande du patient dans cette maladie chronique : UMS 103
- On ne peut pas forcer les gens à s'informer : UMS 197-199

# **III AMELIORATION DES PRATIQUES**

## **1. Utilité d'un guide**

### **Pour les patients oui :**

- Guide bien pour le patient : UMS 166-170-178-189
- Guide inutile pour les médecins, intérêt que pour ceux qui le rédigent car peu de chose qui concerne la pratique : UMS 165
- Guide pas sûr d'être lu par les médecins : UMS 174-227
- Problème du guide médecin que l'on perd parmi tant d'autre donc il faut savoir faire sans : UMS 181

### **Type de support :**

- Guide court : UMS 171-177-202
- Support internet : UMS 183-201-212-216
- Guide papier désuet : UMS 195
- Guide papier perdu parmi tant d'autres : UMS 192-200
- Guide papier moins ludique et on le perd : UMS 184
- Problème de l'accès à internet pour les personnes âgées : UMS 193
- Guide patient ludique pour mieux retenir avec des vrais/ faux, des schémas, des dessins : UMS 187
- Vidéo pratique : UMS 211
- Support internet avec information téléchargeable pour donner un exemplaire au patient : UMS : 196-207-209

### **Fiabilité et accessibilité de l'information apportée**

- Intérêt de savoir qui fait le guide : UMS 185-188
- Guide fait par les médecins généralistes qui connaissent mieux leurs patients : UMS 191
- Internet et pertinence/ fiabilité de l'information à vérifier : UMS 194-213
- Information non fiable des laboratoires ou du fabricant de bas : UMS 214-217
- Recommander des sites fiables sur internet au patient : UMS 220-221-224
- Guide accessible à tout type de population (analphabètes, étrangers) : UMS 190
- Information accessible pour ceux qui ont un faible niveau d'étude : UMS 215

### **Objectif de ce support :**

- Support internet comme aide pour le médecin et le patient : UMS 223

#### *Information du patient*

- Guide d'informations pratique sur la contention (intérêts, indications, types de bas, durée de port, aides à la pose) : UMS 168-173
- Guide avec les règles hygiéno-diététiques et les aides à la pose du bas : UMS 169-180

#### *Aide à l'éducation thérapeutique*

- Guide support d'éducation thérapeutique aux RHD dans l'insuffisance veineuse : UMS 172
- Guide support d'éducation thérapeutique : UMS 218-225-236
- Guide pour impliquer le patient dans sa maladie : UMS 186

### **Mais un guide ne remplace pas le rôle du médecin**

- Le guide ne remplace pas l'information donnée par le médecin : UMS 198
- Le soutien apporté par le médecin est supérieur à celui d'internet : UMS 222
- Soutien internet versus médecins : UMS 219
- Support de fin de consultation pour l'éducation thérapeutique et non de substitution du rôle du médecin : UMS 228

## **2. Perceptive d'amélioration**

#### *Renforcer les connaissances*

- Demande de preuve sur l'efficacité de la contention chez les patients asymptomatiques exposés aux professions à risques : UMS 232-234
- Demande de formation : UMS 233
- Besoin de rappel sur les recommandations : UMS 208

#### *Mieux gérer le temps*

- Nécessite d'une consultation spécifique car l'éducation thérapeutique prend du temps : UMS 154
- Faire plus d'éducation thérapeutique : UMS 231
- Consultation spécifique : UMS 32
- Projet de consultation spécifique : UMS 156-159-164
- Ne pas se contenter que du port de la contention mais faire de l'éducation thérapeutique au long cours : UMS 163

#### *Impliquer les médecins du travail*

- Professions à risques et médecins du travail UMS 20-74-142

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.*

**Lucie BERNIER**

**TITRE DE THESE :** Compression médicale dans l'insuffisance veineuse chronique non compliquée : évaluation des obstacles rencontrés par les médecins généralistes.

A partir d'un focus group de médecins du département de Loire Atlantique et de Vendée.

**RESUME**

**Objectif :** Analyser les obstacles rencontrés par le médecin généraliste, professionnel le plus impliqué, dans la prescription de la compression veineuse élastique (hors bandages), dans l'insuffisance veineuse chronique essentielle non compliquée (hors maladie thrombo-embolique et ulcère veineux).

**Contexte :** La compression veineuse est un moyen thérapeutique majeur de la maladie veineuse chronique, maladie qui est un véritable problème de santé publique, par son impact épidémiologique, ses conséquences socio-économiques, son retentissement sur la qualité de vie des patients.

**Méthode :** Etude qualitative, réalisée par méthode du focus group, auprès de 9 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée en Janvier 2012.

**Résultats :** Les médecins ont identifiés différents freins à leur prescription : l'observance du patient, le coût de la compression et des éventuelles aides associées, le temps trop restreint pour effectuer une consultation de qualité, le manque de preuve scientifique dans les professions à risques chez les patients asymptomatiques, la classe de compression et son indication.

**Conclusion :** Des perceptives d'avenir ont été évoquées comme la création de consultation spécifique, avec éventuellement un support informatique, accès à des formations. Dans le cadre des professions à risques, des études bien menées sont attendues chez les sujets asymptomatiques. La médecine du travail est sollicitée dans le domaine de la prévention.

**MOTS CLES :** médecins généralistes / compression veineuse / insuffisance veineuse / focus group / méthode qualitative