

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° : 074

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Jérôme GUILLAUMAT

Né le 13 janvier 1987 à Saint-Nazaire (44)

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2014

Hierarchisation des facteurs d'inobservance au port de bas de contention en médecine générale.

Président et directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Membres du jury : Monsieur le Professeur Marc-Antoine PISTORIUS

Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Monsieur le Docteur Nicolas BREBION

REMERCIEMENTS :

Au Pr Bernard Planchon, pour avoir accepté de diriger ce travail et présider ce jury. Pour votre sens clinique et sémiologique, votre regard critique et constructeur, votre dévouement envers vos étudiants. Pour m'avoir fait appréhender la médecine sous un autre angle. Ma profonde estime.

Au Pr Marc-Antoine Pistorius, pour vos qualités d'enseignant, vos capacités à rendre simple les notions difficiles. Pour m'avoir fait découvrir la complexité et la richesse de cette spécialité. Toute ma gratitude.

Au Pr Pierre Potier, pour ta simplicité, ta disponibilité, ton expertise méthodologique. Pour ton dévouement à la cause universitaire. Toute ma reconnaissance.

Au Dr Cyrille Vartanian, pour avoir accepté de me confier certains de tes patients, ton dévouement à l'enseignement d'une médecine générale de qualité. Pour avoir accepté de juger mon travail. Tout mon respect.

Au Dr Nicolas Brebion, pour m'avoir formé aux explorations fonctionnelles, pour ta patience, ta disponibilité et tes nombreuses corrections.

Au Dr Jérôme Connault, pour tes conseils pratiques, pour m'avoir fait découvrir les revues scientifiques et m'avoir invité à les critiquer.

Au Dr Jean-Manuel Kubina pour ton soutien, pour m'avoir appris la pondération et m'avoir, par tes conseils avisés, guidé sur la voie de la médecine hospitalière.

Au Dr Patrick Genay pour m'avoir appris la rigueur.

Au Dr Virginie Airiau et au Dr William Guillotin pour m'avoir ouvert leurs cabinets et m'avoir laissé faire mes premiers pas en médecine libérale.

À ma mère, mon père, Adrien, Charlotte, Hélène et Pierre-Louis, pour votre présence aimante à tout moment, d'où que vous soyez.

A mes amis qui ont su m'épauler jusqu'au bout pour mener à bien ce travail :

À Jean, pour ces moments passés à préparer l'internat.

À Aline, Florian, Chloé, Maxime, Géraldine, Cécile, Tanguy, Ronan, Sophie, pour ces nombreuses années passés ensemble, pour ces dernières vacances si spéciales, pour les bons moments à venir.

Aux Fontenaisiens, pour votre joie de vivre, pour ce premier semestre si particulier qui forgea notre amitié.

À mes cointernes,

À mes collègues et amis médecins vasculaires, Cécile, Gauthier, Jean-Baptiste, Mathieu A., Matthieu J., Olivier, Pierre J., Pierre P., Romain,

À tous les autres qui se reconnaîtront,

TABLE DES MATIERES :

| | |
|---|----|
| I. Introduction | 5 |
| A. La maladie veineuse chronique | 5 |
| 1. Définition | 5 |
| 2. Epidémiologie | 5 |
| 3. Facteurs de risque | 6 |
| 4. Physiopathologie | 6 |
| 5. Manifestations cliniques | 7 |
| B. Prise en charge médicale | 7 |
| 1. Hygiène veineuse | 7 |
| 2. Rééducation | 8 |
| 3. Médicamenteuse | 8 |
| 4. Compression veineuse | 8 |
| <i>a. Mode d'action</i> | 9 |
| <i>b. Modalités pratiques</i> | 9 |
| <i>c. Efficacité</i> | 10 |
| <i>d. Indications</i> | 12 |
| <i>e. Contre-indications</i> | 13 |
| <i>f. Limites</i> | 13 |
| C. Objectifs de la Thèse | 14 |

| | |
|---|----|
| II. Matériels et méthodes | 15 |
| A. Etude | 15 |
| 1. Période | 15 |
| 2. Lieu | 15 |
| 3. Population | 15 |
| 4. Recueil de données | 16 |
| B. Analyse statistique | 17 |
| III. Résultats | 18 |
| A. Caractéristiques de la population, de la prescription et de la compliance | 18 |
| B. Hiérarchisation des facteurs d'inobservance | 20 |
| C. Analyse univariée et multivariée | 20 |
| IV. Discussion | 22 |
| A. Méthode | 22 |
| B. Résultats | 23 |
| C. Action éducatives | 28 |
| V. Conclusion | 30 |
| VI. Index des tables et graphiques | 31 |
| VII. BIBLIOGRAPHIE | 32 |
| VIII. ANNEXES | 36 |

I. Introduction :

I.A. La maladie veineuse chronique :

I.A.1. Définition :

La maladie veineuse chronique correspond à toute anomalie morphologique ou physiologique du système ou de la fonction veineuse responsable de symptômes ou de signes cliniques nécessitant des investigations ou une prise en charge (1).

Les manifestations cliniques peuvent être divisées en 3 syndromes qui peuvent s'intriquer : les varices, les troubles trophiques veineux et les symptômes veineux ou syndrome des jambes lourdes (2).

I.A.2. Épidémiologie :

Cette pathologie pose un problème de santé publique par le nombre de malades concernés, par les dépenses de santé engendrées et par les complications auxquelles les malades sont exposés.

I.A.2.a. Prévalence en population générale :

Selon l'étude de Carpentier réalisée par téléphone dans 4 régions du Sud-Est de la France (2), le sex-ratio de la maladie veineuse chronique est principalement féminin. La prévalence des varices est de 29% chez l'homme et de 54% chez la femme. Les troubles trophiques concernent 3% des hommes et 6% des femmes, pour 1% d'ulcères tous sexes confondus. Les symptômes veineux touchent pour leur part 22% des hommes et 54% des femmes.

D'après une méta-analyse d'études épidémiologiques (3), la prévalence de l'insuffisance veineuse chronique et des varices varie grandement avec un maximum dans les pays occidentaux. L'insuffisance veineuse toucherait 1 à 40% des femmes pour 1 à 17% des hommes, alors que 1 à 73% des femmes et 2 à 56% des hommes présenteraient de varices. Les variations de prévalence observées en fonction des études correspondent à l'exposition inégale aux facteurs de risques, à la précision des critères diagnostiques utilisés et aux ressources diagnostiques et thérapeutiques.

I.A.2.b. Répercussions économiques :

Les dépenses de santé dues à la maladie veineuse chronique concernaient 2,6 % des dépenses totales de santé française en 1991, soit 14,7 millions de francs (2 millions d'euros). Selon l'INSEE, 11 millions de personnes seraient concernées et 7 millions

seraient symptomatiques, se plaignant de lourdeur de jambe, de douleurs, d'œdème. Cette pathologie représentait en outre 200.000 hospitalisations par an, dont 63 % d'indications chirurgicales en clinique privée. Ces patients étaient actifs pour 40%. Parmi eux, 7 à 8% justifiait d'un arrêt de travail, ce qui correspond à 6,4 millions de journées de travail perdues (4).

I.A.3. Facteurs de risque :

I.A.3.a. Maladie veineuse :

Les facteurs de risque communément retrouvés comme corrélés au développement de la maladie veineuse chronique sont : le sexe féminin, l'âge élevé, les antécédents de grossesse et de maladie veineuse dans la famille, l'obésité et les activités exposant à l'orthostatisme (2)(3)(5). Cependant, aucune corrélation n'a encore été démontrée concernant le régime, l'activité physique ou l'utilisation d'hormones exogènes (3).

I.A.3.b. Varices, troubles trophiques et symptômes veineux :

D'après Carpentier, les facteurs de risque de développer des varices sont plus spécifiquement : l'âge élevé, les antécédents familiaux de varices, le sexe féminin et les antécédents de grossesse.

En ce qui concerne les troubles trophiques, on retiendra comme facteurs de risque : l'existence de varices, d'œdème et l'âge.

Pour les symptômes veineux, les facteurs prépondérants sont : le sexe féminin, la station assise ou l'orthostatisme prolongé ou encore l'existence de varices (2).

I.A.4. Physiopathologie :

Les manifestations cliniques sont causées par l'hyperpression veineuse et par la stase capillaro-veinulaire qui en résulte. L'insuffisance veineuse survient lorsque la pompe valvulo-musculaire devient défectueuse, de manière fonctionnelle ou organique, par dysfonction valvulaire, obstruction des troncs collecteurs, perte de déambulation (ankylose de cheville, pathologies rhumatologiques ou neurologiques des membres inférieurs), ou anomalie de la pompe diaphragmatique. Ce défaut de la pompe plantaire, surale ou diaphragmatique entraîne une altération de la vidange des lacs veineux et donc une augmentation de la pression post-capillaire.

Chez un patient debout, l'hyperpression veineuse va entraîner dans un premier temps la survenue d'un œdème vespéral, puis permanent, puis, après plusieurs années, la

saturation des canalicules lymphatiques. Par cascade enzymatique, l'œdème va progressivement se fixer et devenir permanent. Cet œdème sera par la suite responsable d'une diminution d'apport énergétique et d'oxygénation qui va mener à une ulcération, par ischémie tissulaire locale. La réaction enzymatique peut également entraîner à une hyperplasie du tissu conjonctif avec des réactions inflammatoires qui vont être la cause de l'hypodermite rétractile (6).

I.A.5. Manifestations cliniques :

La classification CEAP a été élaborée en 1994 et révisée en 2004 pour homogénéiser les données recueillies dans les études sur l'insuffisance veineuse (7). Cette classification fournit des informations sur la clinique, l'étiologie, l'anatomie et la physiopathologie de la maladie veineuse chronique.

Les stades de la partie clinique (de C1 à C6) de la CEAP sont classés selon une gravité croissante. Les premiers stades correspondent aux télangiectasies, aux veines réticulaires (C1) et aux veines variqueuses de plus de 3mm (C2). Les stades suivants de la CEAP concernent les troubles trophiques que sont les œdèmes (C3), les altérations cutanées à type de pigmentation, d'eczéma veineux (C4a) ou à type d'hypodermite scléreuse ou d'atrophie blanche (C4b). Les stades ultimes étant représentés par les ulcères cicatrisés (C5) ou non cicatrisés (C6)

Un score diagnostique a été évalué pour savoir quels symptômes des membres inférieurs correspondaient à la maladie veineuse chronique (8). Il en ressort que les symptômes veineux sont une lourdeur ou un gonflement de la jambe. Ces manifestations peuvent être associées à des démangeaisons, des impatiences ou des douleurs à caractère veineux. Cette symptomatologie peut être aggravée par l'orthostatisme ou la chaleur, améliorée par la fraîcheur, le décubitus ou encore par la marche.

I.B. Prise en charge médicale :

I.B.1. Hygiène veineuse :

L'hygiène veineuse consiste à corriger les facteurs de risque d'insuffisance veineuse modifiables, à donner des conseils afin de diminuer au maximum les situations engendrant une hyperpression veineuse.

Parmi, les nombreuses propositions que l'on peut faire au patient, certaines ont montré leur efficacité sur la diminution de progression de l'insuffisance veineuse, comme par exemple la réduction pondérale, la limitation de l'orthostatisme (9)(10). Par extension,

on doit inciter les patients à maintenir un poids stable, avec un objectif d'IMC entre 18 et 25. On peut leur conseiller de respecter une hydratation suffisante en évitant l'alcool (vasodilatateur et pouvant aggraver les impatiences). On peut également les inciter à poursuivre une activité physique favorisant le retour veineux (par la marche, le vélo), à porter des chaussures favorisant le fonctionnement de la pompe plantaire (plates à talon court), à adopter un décubitus nocturne en surélevant les jambes, à diminuer l'exposition à la chaleur (soleil, sauna, hammam), à aménager le poste de travail afin de réduire la sédentarité et l'orthostatisme (11).

I.B.2. Rééducation :

Pour compléter les mesures d'hygiène veineuse, une prise en charge par un kinésithérapeute pourra être entreprise pour limiter une ankylose de cheville, soulager une arthrose de genou, de hanche, afin de restaurer une bonne efficacité de la marche et donc du retour veineux. Elle pourra également permettre l'apprentissage de la respiration abdominale en décubitus, ce qui améliorera le retour veineux par la mise en jeu de la pompe diaphragmatique (11).

I.B.3. Médicamenteuse :

Les médicaments veino-actifs forment une classe thérapeutique hétérogène à base d'extraits de végétaux. Les médicaments disponibles ont une action anti-oedémateuse (par diminution de la perméabilité capillaire), veino-tonique et antalgique veineuse.

En 2005, une conférence de consensus a statué sur l'intérêt des médicaments veino-actifs (12). Seulement 3 médicaments ont eu une recommandation de grade A dans le traitement symptomatique de la maladie veineuse, la fraction flavonoïque purifiée micronisée, le dobésilate de calcium et la HR oxérutine. Ces médicaments sont recommandés dans tout type de maladie veineuse chronique symptomatique dès lors que le traitement d'un reflux ou d'une hyperpression veineuse est entrepris par une compression adaptée.

Ces molécules ne sont plus prises en charge par la sécurité sociale car n'ayant une action que purement symptomatique. Le service médical rendu sur le traitement de la progression de la maladie veineuse a été jugé insuffisant.

I.B.4. Compression veineuse :

La compression veineuse est la pierre angulaire du traitement de la maladie veineuse chronique.

I.B.4.a. Mode d'action :

La contention peut être élastique ou non-élastique. Lorsque la contention est élastique, on l'appelle compression.

La contention non-élastique s'oppose passivement au gonflement du membre, elle tient lieu d'aponévrose externe. La pression exercée est nulle au repos mais maximale lors de la contraction musculaire (6).

La compression a une action permanente et active sur les structures, qu'elles soient au repos ou en activité. Elle améliore la vidange veineuse en exerçant une pression externe sur le tissu sous-cutané, les masses musculaires et le tissu conjonctif. De plus, en imprimant une pression sur les structures vasculaires elle peut permettre de restituer une continence valvulaire. Au final, elle a un effet sur l'amélioration du reflux veineux plus que sur l'amélioration de la pompe musculaire (13)(14).

I.B.4.b. Modalités pratiques :

Bonne utilisation :

La pression appliquée sur le membre dépend du rayon de celui-ci et de la tension du textile utilisé (loi de Laplace). La taille des bas doit donc être adaptée à la morphologie des membres. Ainsi, les mesures de la compression veineuse doivent être effectuées lorsque le membre est dépourvu d'œdème (idéalement, le matin). L'adaptation du dispositif médical devra être réalisée régulièrement en fonction de la variation des dimensions du membre, au moyen de bandes si nécessaire. De plus, la durée de vie du bas impose un changement tous les 3 à 6 mois du dispositif, du fait de la distension des fibres élastiques et de l'usure.

L'installation du dispositif de compression veineuse doit se faire dès le matin, au lever, avant l'apparition de l'œdème déclive et doit être poursuivie jusqu'au coucher ou tant que persiste la situation à risque. Le port doit être quotidien sur la durée prescrite.

Types :

La compression existe sous la forme de bandes et de bas. Les bandes sont utilisées préférentiellement en cas d'œdèmes évolutifs ou lors de la présence de pansements, souvent pour de courtes durées allant de quelques jours à quelques semaines. Les bas sont adaptés à une utilisation à long terme lorsque les mesures du membre sont stables (15).

Les bandes existent sous forme de bandes sèches inélastiques, bandes sèches à allongement court ou long, de bande enduite (de zinc), de bandes adhésives ou cohésives. Il existe également des bandages multitypes et multicouches (15).

Les bas existent sous forme de bas jarret (chaussettes), de bas cuisses, de collants ou d'hémi-collants. Les laboratoires les commercialisant ont développés au cours des dernières années de nombreuses gammes de motifs, de texture, de moyens de fixation, de finition pour s'adapter aux goûts des patients. En France, il existe différentes classes de compression (Tableau 1) correspondant à la pression (en mmHg) exercée au niveau de la cheville.

Tableau 1 : Classe de compression veineuse élastique en France (15).

| Classe de compression | Pression en mmHg à la cheville |
|-----------------------|--------------------------------|
| Classe I | entre 10 et 15 |
| Classe II | entre 15 et 20 |
| Classe III | entre 20 et 36 |
| Classe IV | plus de 36 |

I.B.4.c. Efficacité :

L'utilisation de la compression veineuse est millénaire. Son utilisation, hier empirique, est aujourd'hui rationalisée par de nombreuses études démontrant son efficacité et affinant ses indications en fonction de la pathologie traitée. Cette efficacité a été confirmée pour la maladie veineuse chronique :

Symptômes veineux :

La compression veineuse (entre 10 et 20mmHg) a une action positive sur les douleurs veineuses, l'inconfort, les sensations de brûlures et les oedèmes vespéraux (16)(17)(18)(19)(20). L'effet est d'autant plus marqué que la compression est portée plus de 6h par jour et plus de 4 jours par semaine (17).

Qualité de vie :

La qualité de vie des patients est meilleure dans les stades précoces (C1 et 2) que dans les stades avancés (C3 à C5) de l'insuffisance veineuse chronique (21)(22).

Il apparaît que la compression veineuse de classe 1 apporte une amélioration de cette qualité de vie chez les patients présentant une insuffisance veineuse modérée (18)(23). Le port d'une compression pendant 4 mois apporte une amélioration de la qualité de vie quel que soit le stade de l'insuffisance veineuse (21).

Il n'y a pas de différence en matière de qualité de vie entre les patients portant un bas jarret ou un bas cuisse (22).

Progression de la maladie veineuse chronique :

Le port d'une compression est un facteur protecteur de l'aggravation de la maladie veineuse chronique (9).

Troubles trophiques :

Lors du traitement des ulcères veineux des membres inférieurs, la compression veineuse améliore le taux de guérison (24). Dans le cas des ulcères mixtes, la contention permet une normalisation de la fonction veineuse sans altérer la perfusion artérielle (25).

La compression veineuse au long cours a également fait ses preuves en terme de réduction du risque de récurrence des ulcères veineux (24). Sa force doit être la plus importante tolérée par le patient (26)(27).

L'efficacité de la compression veineuse a également été confirmée dans le traitement ou la prévention de la maladie thrombo-embolique qui est une cause importante de maladie veineuse chronique :

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) :

En situation post-opératoire, la compression veineuse permet de réduire le risque de développer une maladie thrombo-embolique de 65% lorsqu'elle est utilisée seule et de 85% lorsqu'un traitement pharmacologique est utilisé en adjuvant (28).

En ce qui concerne la réduction du risque de développer un événement thrombo-embolique, le bas jarret est aussi efficace que le bas cuisse (29).

Prévention du syndrome post-thrombotique (SPT) :

En terme de prévention du syndrome post-thrombotique, les études présentent des résultats discordants. Alors que des études de grade 1A menées en 1997 et 2004 (30)(31) montraient que l'utilisation d'une compression veineuse après un premier épisode de thrombose veineuse proximale du membre inférieur réduisait le risque de survenue d'un syndrome post-thrombotique de près de 50%. Une étude randomisée contre placebo publiée en 2013 (32) conclut à l'absence de supériorité de la compression par rapport à la contention veineuse dans la prévention du syndrome post-thrombotique.

I.B.4.d. Indications :

A partir de ces données, la Haute Autorité de Santé a édité en 2010 des recommandations de bonne pratique concernant la prescription et l'utilisation de la compression médicale dans les affections veineuses chroniques (15).

Dans les stades C0 (symptômes sans signes cliniques) et C1 (télangiectasies ou varices réticulaires inférieure à 3mm), les données sont insuffisantes pour conclure à une efficacité sur l'évolution de l'affection veineuse chronique.

Pour les autres stades cliniques, les indications sont regroupées dans le tableau 2. Il est recommandé de prescrire la pression la plus forte tolérée par le patient.

Lors de la maladie thromboembolique veineuse, en prévention du syndrome post-thrombotique, une contention élastique par bandes sèches à allongement court ou long, ou par bas entre 20 et 36 mmHg (classe 3) est indiquée pour une durée de 2 ans (33).

Tableau 2 : La compression veineuse en fonction du stade clinique (15)

| Situation clinique | Dispositifs | Modalités |
|--|--|---|
| Varices 3mm (stade C2) | Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou de 20 à 36 mmHg) | Traitement au long cours |
| Après sclérothérapie ou chirurgie des varices | Bas indiqués pour les varices ou bandes sèches à allongement court | 4 à 6 semaines |
| Œdème chronique (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 bénéfices/risques |
| Pigmentation, eczéma veineux (Stade C4a) | Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes enduites | |
| Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (Stade C4b) | Bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes enduites ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36mmHg (au stade chronique) | |
| Ulcère cicatrisé (Stade C5) | Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou > 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court | |
| Ulcère ouvert (Stade C6) | Bandes 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 |

I.B.4.e. Contre-indications :

Il convient de respecter certaines situations contre-indiquant de manière absolue l'utilisation de la compression veineuse comme l'allergie vraie au latex, la dermite infectée aiguë, la thrombose veineuse ischémique, l'AOMI avec un IPS inférieur à 0,60 la microangiopathie diabétique évoluée, la thrombose septique (6)(15).

On veillera à une réévaluation rapprochée dans certaines situations comme l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un IPS entre 0,60 et 0,90, la neuropathie périphérique évoluée et la dermatose suintante et eczématisée (15).

I.B.4.f. Limites :

Les limites de bonne utilisation de la compression veineuse sont nombreuses et différentes en fonction des professionnels concernés ou des patients.

Médecins généralistes :

Les médecins généralistes rencontrent plusieurs obstacles à la prescription des bas de contention (34). Ces obstacles sont liés à l'observance qui est étroitement conditionnée par l'état général du patient, l'état local des membres inférieurs, les a priori sur le sujet, le bas lui-même, la saison estivale. Le coût excessif des bas (car jugés mal remboursés) et des aides humaines ou techniques, rendues nécessaire à la pose par le handicap du malade, sont également un obstacle fréquemment relevé.

Les autres grands freins signalés par les médecins sont le manque de temps à consacrer à ce motif de consultation, à l'éducation du patient à l'hygiène veineuse et à la mise en place des bas.

Médecins vasculaires :

D'après une étude explorant les pratiques et l'opinion des médecins vasculaires concernant la contention et son observance, les facteurs les plus déterminants sont la facilité d'enfilage et de retrait ainsi que l'amélioration de la symptomatologie, alors que les facteurs les moins déterminants sont la bonne régulation thermique et la résistance à l'usure (35).

Patients :

Le coût élevé de la compression est le premier frein pour le patient avant même qu'il ne l'essaie (17)(36)(37). Ensuite, la compliance du patient au port de la compression veineuse est un problème important qui se pose au médecin. Cette compliance est d'autant plus mauvaise que le stade de la maladie veineuse est précoce (36). Plusieurs

facteurs interviennent pour expliquer l'inobservance au port de la compression veineuse.

Une partie des patients ne connaît pas le mécanisme d'action de la compression, ni les bénéfices attendus et ne sait pas comment l'utiliser correctement (37)(38), à fortiori lorsqu'il est asymptomatique. La plupart des patients, malgré l'utilité qu'ils trouvent à la compression (37), relève de nombreux effets indésirables source d'abandon de celle-ci comme le prurit, le glissement, la constriction, la transpiration, la chaleur, la mauvaise esthétique, la difficulté d'enfilage et de retrait (17)(22)(36)(37)(39). Les patients âgés et en surpoids manifestent plus de difficultés d'enfilage et de retrait et sont confrontés à un manque d'adaptation des dispositifs ainsi qu'à un surcoût qui en découle (40)(41).

Enfin, la compression veineuse est parfois jugée insuffisamment efficace pour améliorer la symptomatologie ressentie par le patient (22)(39).

I.C. Objectifs de la thèse :

Cette thèse a pour but de hiérarchiser les facteurs d'inobservance intervenant dans l'abandon des bas de contention chez des patients consultant en soin primaire, afin de déterminer des cibles prioritaires d'éducation pour la mise en place ultérieure d'un programme d'éducation thérapeutique.

II. Matériels et méthodes :

II.A. Étude :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, déclarative, quantitative, monocentrique visant à hiérarchiser les facteurs intervenants dans l'abandon de la compression veineuse chez les patients à qui elle a été prescrite.

II.A.1. Période :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} mai 2013 au 31 octobre 2013, à l'occasion de notre stage en médecine générale. Cette période permettait d'élargir la zone de recrutement géographique, le nombre et la diversité des patients consultant du fait de l'explosion démographique estivale sur le territoire étudié (10.000 habitants à l'année et 100.000 l'été).

II.A.2. Lieu :

L'étude s'est déroulée dans 2 cabinets médicaux de médecine générale de l'île de Noirmoutier, à Barbâtre et à Noirmoutier en l'île, en Vendée (85). Ces 2 cabinets regroupent la moitié des médecins de l'île. Ce sont des cabinets de groupe de médecin généraliste en secteur 1. A Barbâtre, le cabinet était composé de 2 médecins, les Dr Airiau et Vartanian. A Noirmoutier en l'île, la maison médicale rassemblait 4 médecins, les Dr Dalmasso, Guillotin, Hascoet et Verrier, 1 kinésithérapeute, 3 infirmières libérales, 1 pédicure-podologue et 1 nutritionniste.

II.A.3. Population :

L'étude ciblait les patients ayant reçu une prescription de bas ou de chaussettes de contention indépendamment de leur compliance. Le recrutement se faisait par la question : « vous a-t-on prescrit des bas de contention ? ». Cette question était posée à 3 reprises, par la secrétaire à l'entrée dans le cabinet, par affiche dans la salle d'attente et par le médecin.

Les patients ayant une prescription d'une compression veineuse depuis moins d'un mois ont été exclus, pour s'affranchir des patients n'ayant pas eu le recul suffisant pour pouvoir juger de leur observance.

II.A.4. Recueil de données :

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire standardisé (annexe) remis au patient par la secrétaire. Elles ont été colligées sur une feuille excel de manière anonyme après récupération des données manquantes par téléphone ou par consultation des dossiers médicaux. Les participants étaient assurés de la confidentialité des données recueillies. Afin de faciliter l'autoremplissage et afin de limiter les biais de compréhension, les formulations et les questions étaient volontairement vulgarisées. Si les patients en éprouvaient le besoin, les médecins étaient invités à revenir avec eux sur le questionnaire.

Le questionnaire a cherché à préciser :

Les caractéristiques de la population :

L'âge, le sexe, le poids, la taille ainsi que l'existence de comorbidités par l'évaluation de la prise régulière de médicaments pour une autre pathologie.

Les caractéristiques de la prescription :

La durée du port de la compression en mois, le motif de la prescription et le grade ou la classe de celle-ci.

La compliance :

La compliance était évaluée de manière subjective par 4 critères à réponse binaire, le fait de la porter toute l'année, régulièrement, dès le matin et sur toute la journée.

Les connaissances, par le patient, de la maladie et du but du traitement :

La connaissance du mécanisme de sa pathologie et du rôle thérapeutique des bas de contention était également pondérée sur une échelle de Likert simplifiée en 3 réponses possibles : « bien », « partiellement », « mal ».

Les facteurs d'inobservance :

Enfin, le questionnaire a cherché à rechercher et quantifier les facteurs d'inobservance sur une échelle de Likert simplifiée. Le patient devait statuer pour chaque facteur proposé s'il participait « totalement », « en partie » ou « pas du tout » dans son abandon de la compression.

Les facteurs d'inobservance étaient également présentés de manière à faciliter la compréhension du patient en s'affranchissant des termes médicaux. Les facteurs proposés étaient : le coût, la méconnaissance du rôle de la contention, la contrainte excessive, la méconnaissance des techniques de pose, les difficultés d'enfilage, le

manque de souplesse ou d'agilité, la chaleur, la striction ou la douleur, le manque d'esthétisme, le prurit, le fait qu'ils glissent ou encore le manque d'efficacité constatée par le patient.

II.B. Analyse statistique :

Analyse univariée :

Le niveau de compliance a été établi en utilisant un score composite à partir des données recueillies. On a défini ce niveau de compliance en attribuant 1 point à chaque réponse affirmative aux questions avec un maximum de 4. On a considéré comme patient compliant celui ayant 4 à ce score, ce qui correspondait au patient disant porter sa contention toute l'année, régulièrement, du matin au soir et dès le lever.

Les données quantitatives, comme la corpulence, l'âge, la durée de prescription, la gravité du motif de prescription ont été regroupées dans des catégories avec des effectifs comparables afin de permettre une analyse de la corrélation directe entre la compliance et chacun des autres facteurs (caractéristiques de la population, de la prescription et des facteurs d'inobservance).

Cette analyse a été réalisée grâce au test du chi² (avec coefficient de Pearson), au moyen du logiciel STATA. $p < 0,05$ a été jugé comme significatif.

Analyse multivariée :

Cette corrélation a ensuite été évaluée pour voir si elle était indépendante de tous les autres facteurs grâce à l'analyse de régression multiple, au moyen du logiciel STATA. $p < 0,05$ a été jugé comme significatif.

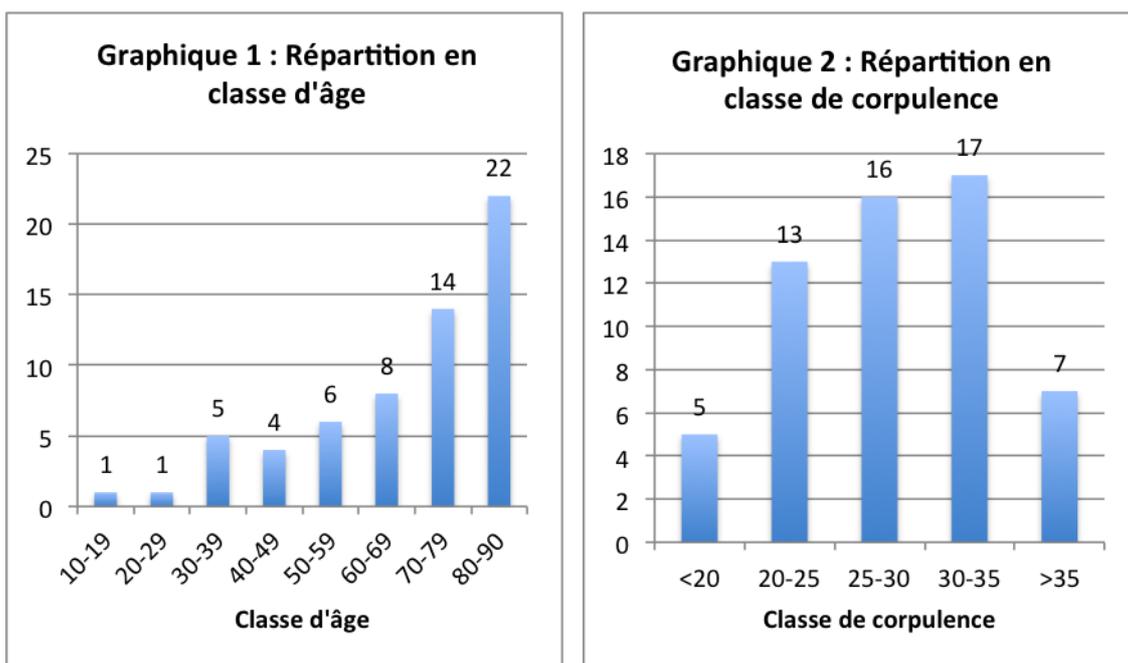
III. Résultats :

Au cours des mois de mai à octobre 2013, dans les cabinets médicaux de Barbâtre et de Noirmoutier-en-l'Île, 62 patients ont été inclus dans l'étude.

III.A. Caractéristiques de la population, de la prescription et de la compliance (Tableau 3 - annexe) :

III.A.1. Caractéristiques de la population :

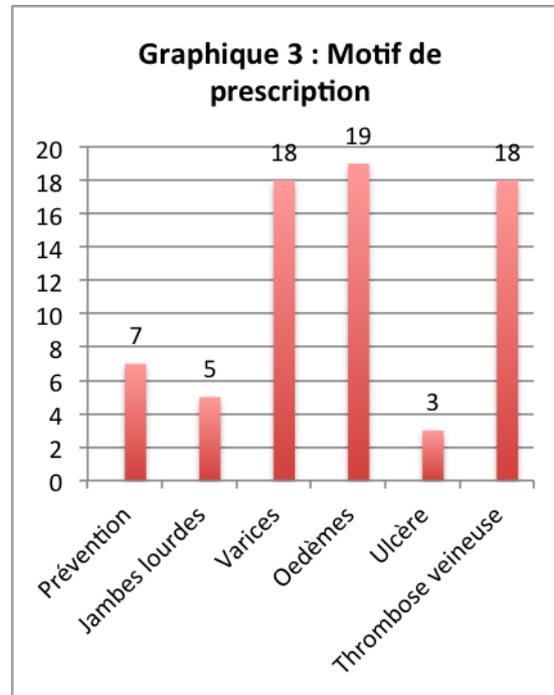
La population étudiée avait 68,2 ans de moyenne d'âge, 72% de la population avait plus de 60 ans et 58,9% de la population plus de 70 ans (Graphique 1). Le sex-ratio était majoritairement féminin avec 74,2% de femmes contre 25,8% d'hommes. La population présentait un Indice de Masse Corporelle moyen de 28kg/m², avec pour 27,6% un surpoids et pour 41,3% une obésité (Graphique 2). Enfin, la population présentait dans 88,7% des cas une autre pathologie pour laquelle elle était amenée à prendre des médicaments au long cours.



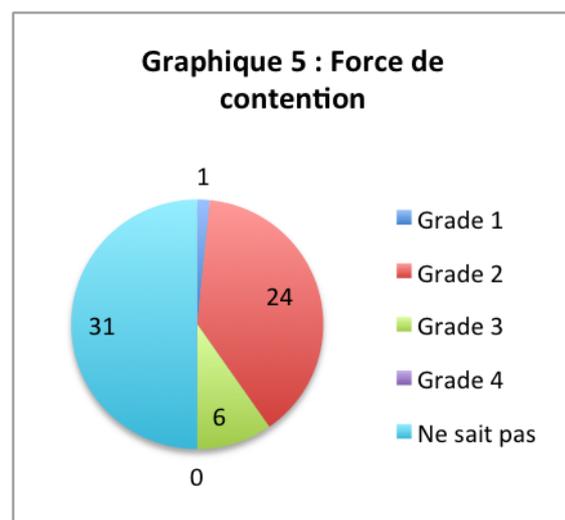
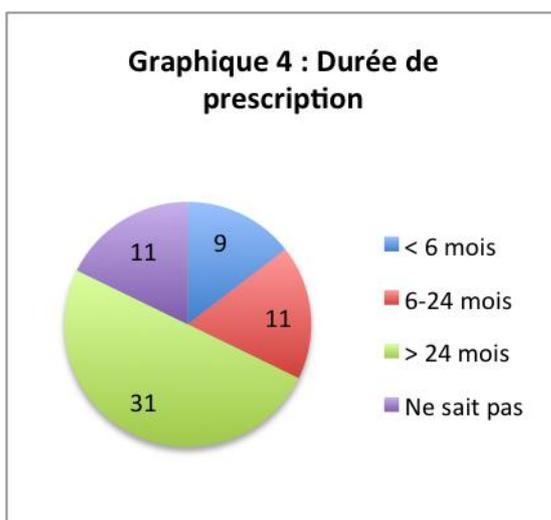
III.A.2. Caractéristiques de la prescription :

Les motifs de prescription étaient le plus souvent multiples, le patient se plaignant souvent d'un symptôme (jambes lourdes) associé à un signe clinique (varices, oedèmes, ulcères) ou à une thrombose veineuse. Dans la catégorie prévention, les patients ont été amenés à les porter dans un contexte péri-opératoire (3), lors d'une grossesse (3), dans le cas d'une thrombophilie (1). En prenant le stade le plus de grave de l'insuffisance veineuse comme

motif de prescription, la compression a été prescrite, devant des signes cliniques comme les jambes lourdes (C0s) dans 5 cas. Elle a été prescrite pour un motif de varices (C2) dans 18 cas, pour des oedèmes (C3) dans 19 cas et pour des ulcères (C5-6) dans 3 cas. La thrombose a été le motif de prescription dans 18 cas. (Graphique 3).



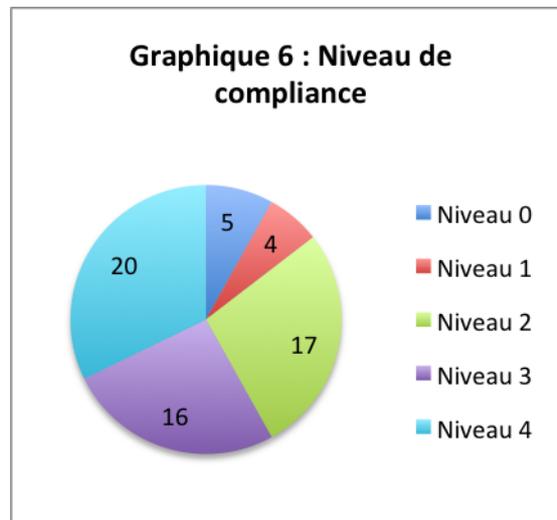
La durée moyenne de port de la contention était de 62,8 mois. Cette durée dépassait 24 mois dans 50% des cas (Graphique 4). Les patients ne connaissaient pas le grade ou la classe de leur contention dans 50% des cas. Lorsque le patient connaissait la classe de sa contention, la classe 2 était le plus souvent prescrite (78%), la classe 3 rarement (19%) et la classe 1 exceptionnellement (3%). Il n'y a eu aucune prescription de bas de grade 4 chez les patients inclus (Graphique 5).



III.A.3. Compliance :

Lorsque la compression est portée, elle l'était le plus souvent toute la journée (87%) et dès le matin au lever (73%). En revanche, le manque de compliance concernait essentiellement sur le port quotidien (56%) et tout le long de l'année (51%).

Dans cette étude, 32,2% des patients ont été considérés comme compliant (Graphique 6).



III.A.4. Connaissances physiopathologiques et but de la contention :

Les patients estimaient bien connaître le mécanisme de leur maladie (51%) et le but de la contention dans leur maladie (66%) contre respectivement 21% et 13% qui disait mal maîtriser ces notions.

III.B. Hiérarchisation des facteurs d'inobservance (Tableau 4 - annexe) :

Les facteurs les plus souvent cités pour expliquer l'abandon de la compression étaient : la chaleur, la contrainte et le manque de souplesse ou d'agilité des patients. A l'inverse, les facteurs qui étaient le moins souvent cités étaient : l'explication de la mise en place et le coût (Graphique 7).

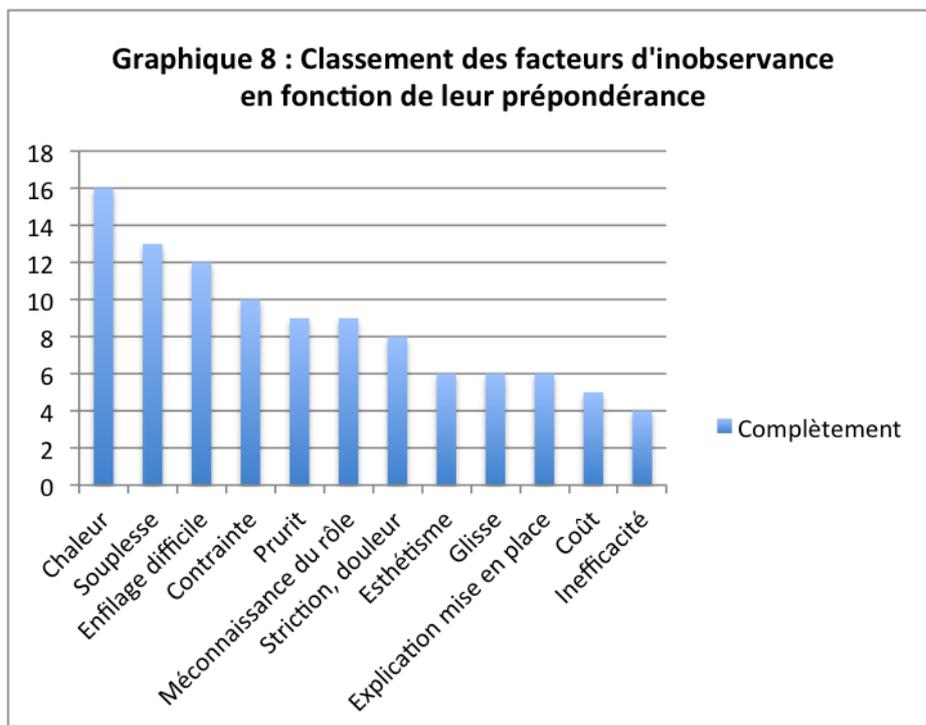
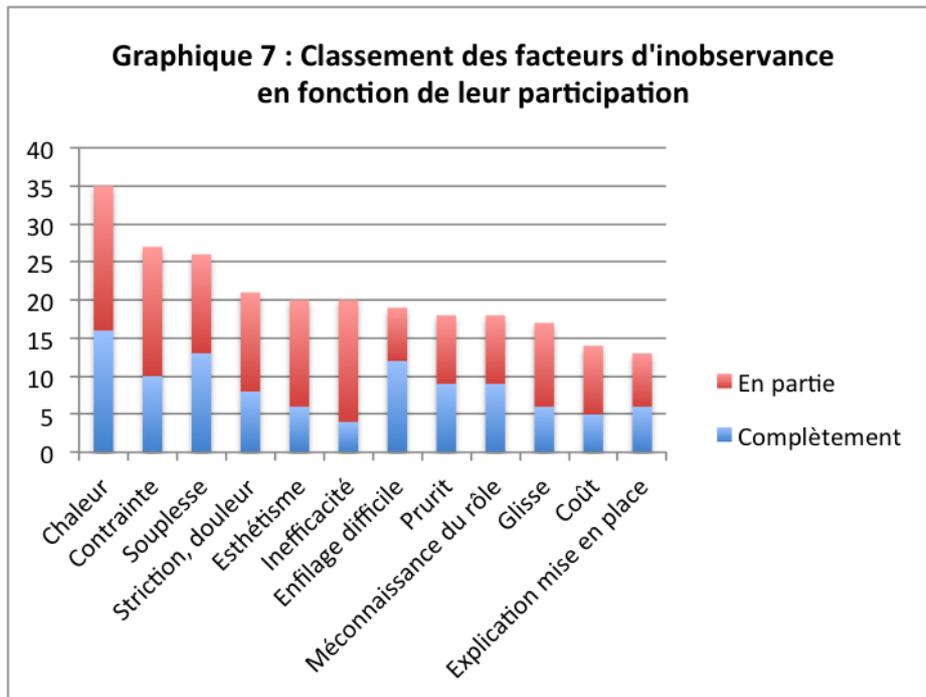
En classant ces facteurs en fonction de leur caractère prédominant (valeur la plus élevée de l'échelle de Likert), les plus importants sont : la chaleur, le manque de souplesse et la difficulté d'enfilage. En revanche, on s'aperçoit que l'absence d'efficacité constatée par le patient et le coût ne sont pas des facteurs prépondérants pour expliquer l'abandon de la compression (Graphique 8).

III.C. Analyse univariée et multivariée :

En analyse univariée, le seul facteur statistiquement significatif corrélé à la compliance est la notion de contrainte trop importante que représente le port des bas de contention

($p=0,04$). On ne peut négliger la tendance qui se présente pour l'absence d'amélioration ($p=0,06$) et la méconnaissance du but de la contention dans le traitement de la maladie ($p=0,12$). Cette tendance pourrait être confirmée par une étude ultérieure avec un effectif de patients inclus plus important (Tableau 5 – annexe).

L'analyse multivariée montre que la contrainte ($p=0,194$) et l'absence d'amélioration ressentie par le patient ($p=0,176$) ne sont pas corrélés à l'inobservance de manière indépendante des autres facteurs (tableau 6 –annexe).



IV. Discussion :

Les facteurs d'inobservance qui sont le plus souvent cités, ici, comme responsables de la difficulté à porter régulièrement les bas de contention sont la chaleur, le manque de souplesse ou d'agilité, la difficulté d'enfilage et la contrainte qu'ils représentent. Le seul facteur qui est corrélé au niveau de compliance, est la contrainte que représentent les bas. La contrainte est une notion multifactorielle car elle n'est pas corrélée à la compliance indépendamment des autres facteurs.

IV.A. Discussion de la méthode :

Cette étude s'est déroulée au sein d'une population consultant en soin primaire. Elle permet d'avoir un instantané des difficultés auxquelles sont confrontés les patients et les médecins généralistes quant au port de la contention veineuse. L'utilisation d'un questionnaire en autoremplissage a permis de s'affranchir du biais de l'évaluation par un médecin et d'améliorer ainsi l'authenticité des réponses. L'exploitation des résultats a été effectuée par un praticien différent de celui qui suivait le patient au long cours. Du fait de la courte période d'inclusion, du caractère monocentrique de l'étude et du mode de remplissage en autonomie par le patient, il existe obligatoirement des biais de sélection, de mesure et de confusion :

Biais de sélection :

L'étude a concerné une population non représentative de la population générale du fait de son niveau socio-économique possiblement élevé, alors que le coût élevé de la contention est connu comme étant un frein à l'acceptation de ce traitement (17)(36)(37).

Les biais de recrutement liés au monocentrisme de l'étude étaient limités par l'importance et la diversité de la population en vacances.

Biais de mesure, de classement et de mémorisation :

Un biais de mémoire pouvait survenir à propos de la durée de la prescription lorsque la prescription n'était pas récente. La récupération des données manquantes dans les dossiers médicaux était parfois impossible car le suivi ou la prescription n'avait pas été faite dans les cabinets médicaux dans lesquels l'étude se déroulait.

La méconnaissance de la force de la contention pouvait être un biais de mémorisation lorsque la prescription avait été prescrite puis abandonnée depuis de nombreux mois.

Cependant, la prescription devant être renouvelé tous les 3 à 6 mois, les patients devraient se souvenir du grade de leur contention.

Un biais de classement pouvait apparaître à propos du motif de prescription de la contention. Le patient pouvait ne pas connaître le motif clinique pour lequel le médecin lui avait prescrit le dispositif médical et n'avoir seulement qu'une idée des symptômes présentés. Aussi, une classification précise du stade CEAP de l'ensemble des patients était impossible.

D'autre part, les patients ayant reçu une prescription depuis moins d'un an et portant leur contention tous les jours avaient pu répondre par la négative au critère du port annuel et ainsi être considéré comme non compliant alors qu'ils l'étaient. Nous aurions pu poser la question autrement, par exemple : « Portez-vous votre contention toute l'année (si la prescription date de moins d'un an, l'avez-vous portée jusqu'à présent) ».

Biais de confusion :

Le remplissage en autonomie par le patient pouvait être perturbé par des difficultés de compréhension. Ce biais était limité par la vulgarisation des termes médicaux et par la possibilité de revenir avec le médecin sur le questionnaire.

Le fait que l'étude se déroule lors des mois les plus chauds aurait pu être un facteur de confusion quant à la prépondérance de ce facteur dans l'explication de l'inobservance. Mais ce facteur, s'il agit dans l'abandon de la contention, serait cité en toute saison par le patient et pas uniquement l'été.

IV.B. Discussion des résultats :

IV.B.1. Caractéristiques de la population, de la prescription, de la compliance :

Caractéristiques de la population :

La population étudiée était âgée, à prédominance féminine et en surpoids. Le nombre de personne ayant reçu une prescription de bas de contention croissait avec l'âge et avec la corpulence. On pouvait s'attendre à une telle répartition considérant que ce sont des facteurs de risque identifiés de maladie veineuse chronique (2). Cette répartition est également retrouvée dans les études explorant l'insuffisance veineuse chronique et la contention veineuse (17)(39), ce qui minimise les éventuels biais d'inclusion.

Caractéristiques de la prescription :

Il apparaît que les patients connaissaient mal leur traitement car 50% d'entre eux n'avaient aucune idée du grade de la contention portée. Cette méconnaissance de la force de la contention est sûrement le fait d'un manque d'explication du traitement ou d'un manque de réévaluation de la prescription.

Dans la cohorte étudiée, la classe 2 était majoritairement prescrite (78%). Cette proportion n'est pas expliquée par les motifs de prescription car les patients présentant un œdème chronique, des ulcères ou une thrombose veineuse, ont une indication théorique à une contention de classe 3. La rétrocession vers une classe 2 a pu néanmoins être décidée car mieux tolérée par le patient (recommandation par l'HAS) (15)(33). L'absence de prescription de classe 4 peut s'expliquer par le caractère exceptionnel de son indication en médecine générale, la nécessité au préalable d'un avis spécialisé et par le fait qu'elle est mal supportée par le patient.

Les motifs de prescription pour les bas de contention sont l'existence de varices, d'œdèmes des membres inférieurs et de thromboses. Le faible nombre de patients ayant une prescription de bas de contention dans le cas de troubles trophiques peut s'expliquer de plusieurs façons. Les patients pouvaient ne pas avoir reconnu ce motif comme cause de la prescription. D'autre part, les patients présentant une insuffisance veineuse de stade C5 ou C6, pouvaient ne pas s'être déplacés au cabinet car vus en visite au domicile. L'étude ne leur a pas été proposée de ce fait. Enfin, les patients pouvaient n'avoir eu qu'une prescription de bandes de compression et non pas de bas de contention.

Caractéristiques de la compliance :

La compliance selon le critère défini par notre étude était de 32%. Ce pourcentage était similaire aux études antérieures (36)(39) bien que la définition de la compliance soit différente. Les patients la portaient dès le matin au lever (73%) et sur l'ensemble de la journée (87%). La principale difficulté pour les patients était de porter la compression régulièrement (56%) et toute l'année (51%). Ce qui montre bien l'importance du caractère temporelle dans la compliance.

Connaissances du mécanisme de la maladie et du but des bas de contention :

L'autoévaluation que font les patients de leurs connaissances semble bonne alors qu'une étude (38) récente montre qu'ils ont un manque de connaissance ou des connaissances erronées en la matière. Les informations concernant la maladie et son traitement ont dû

être suffisante, dans cette population, pour permettre aux patients de se construire des représentations (erronées ou non) leur permettant d'adhérer au choix thérapeutique.

IV.B.2. Facteurs d'inobservance :

L'emploi pour cette étude d'une échelle de Likert a permis de classer facilement l'importance de participation des facteurs d'inobservance. Des échelles de Likert avec plus de possibilités de réponses ou des échelles visuelles analogiques auraient pu être utilisées pour avoir plus de nuances dans les résultats et permettant d'accroître la puissance statistique.

IV.B.2.a. Facteurs prépondérants :

Les facteurs cités par les patients comme responsables de la difficulté à porter régulièrement leur contention sont nombreux. Ceux qui sont le plus souvent cités, qu'on les classe en fonction de leur participation ou de leur prédominance, sont la chaleur, la contrainte, le manque de souplesse et la difficulté d'enfilage.

Chaleur :

Le déroulement de l'étude au cours de l'été a pu entraîner une surreprésentation de ce facteur. En effet, les études précédentes ne plaçaient pas ce motif comme prépondérant dans la difficulté à utiliser de manière régulière la contention (17)(22)(39). Il est à noter que certains patients signalaient être moins gênés par la chaleur suite à l'utilisation de bas en coton ou avec pied ouvert. Pour cette population balnéaire, une bonne alternative à la contention peut être représentée par la marche dans l'eau froide et par le décubitus jambes nues à l'ombre.

Souplesse et enfilage difficile :

Le manque de souplesse des patients et la difficulté d'enfilage des bas de contention sont des facteurs cités comme prépondérants dans la décision de ne pas porter régulièrement les bas. L'importance de la participation de ces facteurs peut être expliquée par l'âge élevé et le surpoids important qui caractérisent la population étudiée. En effet, ce sont des facteurs prédominants dans 2 études qui s'attachaient à analyser ces sous-groupes (40)(41).

Ce problème récurrent chez les personnes âgées et en surpoids peut se solutionner grâce à la participation d'une tierce personne. L'intervention d'un tiers peut entraîner deux problèmes différents, un surcoût et une contrainte. En effet, le passage quotidien d'une infirmière pour cette seule indication n'est plus pris en charge par la sécurité

sociale. De plus, le patient devient dépendant de l'heure de passage de celle-ci pour se lever, diminuant ainsi sa liberté.

La proposition d'un dispositif d'aide à l'enfilage des bas de contention pourrait apporter une solution à ce problème de tierce personne. Seulement, ceux-ci restent des dispositifs onéreux, non remboursés par la sécurité sociale, dont l'efficacité n'a pas été évaluée. Il en existe plusieurs modèles. Une évaluation de ces dispositifs serait nécessaire pour conseiller au mieux les patients.

L'enfilage pourrait également être facilité par de nouveaux types de bas de contention, dit à compression progressive. La compression est dite progressive car, par un tissage différent, la compression ne commence de manière importante qu'à partir de la cheville, diminuant ainsi la difficulté à passer le pied. Ces derniers ont montré une plus grande facilité d'enfilage par rapport aux bas classiques (42) et une efficacité comparable dans l'insuffisance veineuse légère, modérée et sévère (43)(44). Cependant, ces derniers ne sont pas encore commercialisés.

Contrainte :

La contrainte que pose la compression est un facteur prépondérant dans l'abandon de celle-ci par le patient. De plus, l'importance de la contrainte est directement corrélée au niveau de compliance. Ce facteur n'est pas indépendant des autres facteurs dans sa corrélation à la compliance.

La contrainte peut se définir comme une perte de liberté ressentie par le patient. De ce fait, elle est nécessairement liée à la compliance. La compliance est la traduction de l'acceptation de cette perte de liberté mise en balance avec les motivations du patient. La contrainte est obligatoirement multifactorielle car la plupart des facteurs d'inobservance représente une part de contrainte, comme la chaleur en été, la difficulté d'enfilage, le besoin d'un tiers, le manque d'esthétisme dans certaine situation (travail, loisirs, ...), le manque de tolérance locale (douleurs, striction, démangeaisons).

De ce fait, lors de la prescription de la compression, il faut absolument identifier les contraintes auxquelles le patient va être confronté afin d'y répondre au mieux et ainsi améliorer son acceptation. La notion de contrainte est différente pour chaque patient. L'identification de celle-ci passe par la connaissance des déterminants médicaux mais aussi sociaux et psychologiques du patient.

But des bas de contention :

La mauvaise connaissance du but des bas de contention dans la maladie veineuse est peu citée par les patients comme un facteur majeur dans l'abandon de leur compression. Cependant ce facteur a tendance à être corrélé à une moins bonne compliance. Cette méconnaissance du but de la compression peut donc démotiver le patient à la porter régulièrement.

Ce facteur fait partie des objectifs d'éducation d'un patient pour lui présenter son traitement et sa maladie. Les difficultés du médecin à transmettre des informations simplifiées au patient et le peu de temps consacré à l'éducation peuvent être différentes raisons pour expliquer ce déficit de connaissances.

Une brochure d'information visant à aider la compréhension du mécanisme et du but de la contention veineuse a été évaluée (45). Ce support devrait faire partie des documents sur lesquels pourraient s'appuyer les médecins lors de la transmission d'information aux patients présentant une insuffisance veineuse ou nécessitant une compression veineuse.

IV.B.2.b. Facteurs mineurs :

Les facteurs les moins cités, comme participant à la décision de ne pas porter régulièrement la compression, sont le coût de la compression, le manque d'explication pour la mise en place et l'inefficacité constatée par les patients.

Coût :

Comme évoqué précédemment, le fait que le niveau socio-économique sur le lieu de l'étude soit élevé, et notamment lors des mois d'été, a pu faire diminuer l'importance de ce facteur dans l'abandon de la compression pour cette population.

Cependant la prise en charge des bas de contention de séries et plus encore des bas de contention sur mesure par la sécurité sociale et les mutuelles reste un problème récurrent pour certains patients. Cet état de fait pourrait évoluer car des études ont montré l'intérêt économique que pourrait avoir une politique de remboursement des bas de contention dans une population ayant des problèmes de stase veineuse chronique (46).

Manque d'explication pour la mise en place :

La sous-représentation de ce facteur peut être due à une bonne éducation de la part des médecins, infirmières et pharmaciens du secteur. La prise de mesure et le choix du

modèle se faisant souvent avec le pharmacien, celui-ci a également un rôle important à jouer dans l'information du patient et l'acceptation du traitement par le patient.

Inefficacité

L'inefficacité de la compression jugée par les patients n'était pas un facteur prépondérant dans l'abandon de celle-ci. En revanche, ce facteur avait tendance à être corrélé à une moins bonne observance.

Ce concept est étroitement lié à l'explication du but de la compression. En définissant son but et son action sur les symptômes, le patient est plus à même de juger de son efficacité. Cependant, la compression a aussi un rôle protecteur et préventif de l'aggravation de l'insuffisance veineuse, efficacité difficilement quantifiable par le patient.

IV.C. Actions éducatives (Schéma 1 – annexe) :

IV.C.1. La décision partagée :

La proposition de la compression ne saurait se faire sans prendre en compte les déterminants du patient (biologique, psychologique et sociaux). La décision de prescription devrait faire suite à une discussion entre le médecin et le patient où le médecin aura pu s'enquérir des émotions et des préoccupations du patient tout en lui signifiant ses propres préoccupations (47). Ensuite, sa proposition devrait se faire en accord avec le patient en lui expliquant les avantages attendus, les inconvénients possibles. La prescription devrait être le fruit d'une décision partagée ainsi que le propose Carl Rogers (48). La prise en charge au long cours permettra de réévaluer le traitement, d'identifier les contraintes afin de les diminuer et d'augmenter sa motivation.

IV.C.1.a. La motivation :

On pourra donner comme source de motivation au patient : l'efficacité attendue de la compression et des informations sur le rôle du traitement dans sa maladie. La relative bénignité de l'insuffisance veineuse aux stades précoces peut représenter un frein à la considération de sa maladie comme devant être traitée. Pour expliquer la maladie veineuse et le rôle de la compression, on pourra s'aider des supports d'information évoqués plus haut.

IV.C.1.b. Les contraintes :

La maladie chronique et son traitement expose le patient à de nombreuses contraintes. Celles-ci sont différentes d'un patient à l'autre. Elles peuvent être résumées en 3 grands axes qui s'entrecroisent. La première est le coût que peut engendrer le traitement de cette maladie chronique : celui du dispositif, des aidants, des dispositifs d'aide à la pose. La seconde concerne la mise en place : le manque de souplesse, les difficultés d'enfilage, l'organisation qu'entraîne le besoin d'un aidant. Pour limiter cette contrainte, il faudrait favoriser l'autonomie du patient. Une étude sur les dispositifs d'aide à l'enfilage des bas de compression est en projet pour répondre à cette question. Enfin, la troisième concerne la tolérance de la compression : sa chaleur, la striction, les douleurs, l'inesthétisme, le prurit, le glissement. Cette dernière peut être limitée en cherchant à adapter au mieux le produit au désir du patient, en changeant de matière, de coupe, de hauteur, de force, en reprenant les mesures.

IV.C.2. Education thérapeutique :

L'amélioration de la compliance passe par l'amélioration de l'éducation des patients, possiblement par une structure d'éducation thérapeutique comme il en existe pour l'asthme ou le diabète. « L'éducation du patient à sa maladie et à son traitement fait suite à un projet partagé dans une dynamique progressive d'échange et d'écoute. C'est le patient qui sait où il peut aller. Le médecin ne peut que l'aider à explorer les voies qu'il peut emprunter » (49). L'effet de l'éducation sur la compliance a été évoqué dans une étude (50). Des questionnaires comme le questionnaire VeLUSSET permettraient de mieux cibler les patients nécessitant une formation adaptée (51). On rappelle que celle-ci doit se dérouler en 4 temps parfois informels : un temps d'élaboration du diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé, un temps permettant de définir le programme personnalisé permettant de définir des priorités d'apprentissage, un temps de séances individuelles ou collectives et un temps d'évaluation des compétences acquises.

V. Conclusion et Perspectives :

En conclusion, les facteurs prédominants pour expliquer l'inobservance au port de bas de contention en médecine générale sont la chaleur, le manque de souplesse ou d'agilité, la difficulté d'enfilage et la contrainte qu'ils représentent.

La notion de décision partagée, la prise en compte du patient dans sa globalité sont nécessaires afin d'améliorer l'acceptation du traitement. Ces éléments peuvent être utilisés dans une consultation qui reprend les principes de l'éducation thérapeutique.

Dans le cadre de cette consultation, des moyens simples peuvent être mis en place. L'objectif est d'améliorer la motivation des patients et de diminuer les contraintes résultant de la compression.

Il est possible d'avoir recours aux brochures d'informations pour permettre aux patients de mieux connaître le mécanisme de la maladie et le but des bas de contention. Ces brochures existent et méritent d'être plus largement diffusées.

Concernant les difficultés directement liés aux bas eux-mêmes, il convient d'évaluer régulièrement l'adaptation de ceux-ci pour garantir leur efficacité et améliorer la tolérance du patient.

Enfin, pour palier aux difficultés d'enfilage et au manque de souplesse des patients, des dispositifs d'aide à l'enfilage peuvent être proposés de manière ciblée aux populations à risque. Afin de déterminer le plus efficace, une étude comparative visant à les évaluer est en projet.

VI. Index des tables et graphiques :

| | |
|--|----|
| - Tableau 1 : Classe de compression veineuse élastique en France | 10 |
| - Tableau 2 : La compression veineuse en fonction du stade clinique | 12 |
| - Graphique 1 : Répartition en classe d'âge | 18 |
| - Graphique 2 : Répartition en classe de corpulence | 18 |
| - Graphique 3 : Motifs de prescription | 19 |
| - Graphique 4 : Durée de prescription | 19 |
| - Graphique 5 : Force de contention | 19 |
| - Graphique 6 : Niveau de compliance | 20 |
| - Graphique 7 : Classement des facteurs d'inobservance en fonction de leur participation | 21 |
| - Graphique 8 : Classement des facteurs d'inobservance en fonction de leur prédominance | 21 |
| - Questionnaire contention veineuse | 36 |
| - Tableau 3 : Caractéristiques de la population, de la prescription, de la compliance | 38 |
| - Tableau 4 : Participation des facteurs d'inobservance | 39 |
| - Tableau 5 : Analyse de corrélation en univariée | 39 |
| - Tableau 6 : Analyse de corrélation en multivariée | 39 |
| - Schéma 1 : Actions éducatives | 40 |

VII. Bibliographie :

- 1 - Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P, American Venous Forum, et al. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg.* 2009;49(2):498-501.
- 2 - 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. *J Vasc Surg.* 2004;40(4):650-9.
- 3 - Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* 2005;15(3):175-84.
- 4 - Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France : un problème de santé publique méconnu *J Mal Vasc.* 1994;19(3):185-9.
- 5 - 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):165-73.
- 6 - Mollard J-M, Lance G. Contention/compression élastique. EMC (Elsevier SAS Paris), Angéiologie, 19-3640, 2005.
- 7 - Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40(6):1248-52.
- 8 - Carpentier PH, Poulain C, Fabry R, Chleir F, Guias B, Bettarel-Binon C, et al. Ascribing leg symptoms to chronic venous disorders: the construction of a diagnostic score. *J Vasc Surg.* 2007;46(5):991-6.
- 9 - Kostas TI, Ioannou CV, Drygiannakis I, Georgakarakos E, Kounos C, Tsetis D, et al. Chronic venous disease progression and modification of predisposing factors. *J Vasc Surg.* 2010;51(4):900-7.
- 10 - Shannon MM, Hawk J, Navaroli L, Serena T. Factors affecting patient adherence to recommended measures for prevention of recurrent venous ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(3):268-74.
- 11 - Pathologie veineuse chronique. in Société française de médecine vasculaire, Collège des enseignants de médecine vasculaire, Collège français de pathologie vasculaire. *Traité de médecine vasculaire. Tome 2* Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 117-256.

- 12 - Ramelet AA, Boisseau MR, Allegra C, Nicolaidis A, Jaeger K, Carpentier P, et al. Venoprotective drugs in the management of chronic venous disease. An international consensus statement: current medical position, prospective views and final resolution. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2005;33(4):309-19.
- 13 - Zajkowski PJ, Proctor MC, Wakefield TW, Bloom J, Blessing B, Greenfield LJ. Compression stockings and venous function. *Arch Surg.* 2002;137(9):1064-8.
- 14 - Chabran E, Aubert JT, Martinez-Sancho L, Maton B, Ribreau C, Arbeille P, et al. Effets de la contention élastique sur le flux veineux au cours de mouvements simples et de contractions musculaires du membre inférieur chez le volontaire sain: Étude pilote. *J Mal Vasc.* 2005;30(2):98-102.
- 15 - Haute Autorité de Santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques [en ligne]. 2010 Décembre [consulté le 16 août 2014]:[4 pages]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques.pdf
- 16 - Partsch H, Winiger J, Lun B. Compression stockings reduce occupational leg swelling. *Dermatol Surg.* 2004;30(5):737-43.
- 17 - Cataldo JL, de Godoy JMP, de Barros N. The use of compression stockings for venous disorders in Brazil. *Phlebology.* 2012;27(1):33-7.
- 18 - Benigni JP, Sadoun S, Allaert FA, Vin F. Efficacy of Class 1 elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study. *Int Angiol.* 2003;22(4):383-92.
- 19 - 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.* 2008;35(3):366-72.
- 20 - 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 Res Technol.* 2006;12(1):32-5.
- 21 - Andreozzi GM, Cordova R, Scomparin MA, Martini R, D'Eri A, Andreozzi F, et al. Effects of elastic stocking on quality of life of patients with chronic venous insufficiency. An Italian pilot study on Triveneto Region. *Int Angiol.* 2005;24(4):325-9.

- 22 - Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stücker M. Quality of life and patients' view of compression therapy.
Int Angiol. 2009;28(5):385-93.
- 23- Vayssairat M, Ziani E, Houot B. Efficacité versus placebo de la contention classe 1 dans l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs
J Mal Vasc. 2000;25(4):256-62.
- 24 - Mayberry JC, Moneta GL, Taylor LM, Porter JM. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers.
Surgery. 1991;109(5):575-81.
- 25 - Mosti G, Iabichella ML, Partsch H. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion.
J Vasc Surg. 2012;55(1):122-8.
- 26 - Nelson EA, Harper DR, Prescott RJ, Gibson B, Brown D, Ruckley CV. Prevention of recurrence of venous ulceration: randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression.
J Vasc Surg. 2006;44(4):803-8.
- 27 - Clarke-Moloney M, Keane N, O'Connor V, Ryan MA, Meagher H, Grace PA, et al. Randomised controlled trial comparing European standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance.
Int Wound J. 2014;11(4):404-8
- 28 - Autar R. A review of the evidence for the efficacy of Anti-Embolism Stockings (AES) in Venous Thromboembolism (VTE) prevention.
J Orthop Nurs. 2009;13(1):41-9.
- 29 - Sajid MS, Tai NRM, Goli G, Morris RW, Baker DM, Hamilton G. Knee versus Thigh Length Graduated Compression Stockings for Prevention of Deep Venous Thrombosis: A Systematic Review.
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32(6):730-6.
- 30 - Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome: a randomized, controlled trial.
Ann Intern Med. 2004;141(4):249-56.
- 31 - Brandjes DP, Büller HR, Heijboer H, Huisman MV, de Rijk M, Jagt H, et al. Randomised trial of effect of compression stockings in patients with symptomatic proximal-vein thrombosis.
Lancet. 1997;349(9054):759-62.
- 32 - Kahn SR, Shapiro S, Wells PS, Rodger MA, Kovacs MJ, Anderson DR, et al. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial.
Lancet. 2014;383(9920):880-8.

33 - Haute Autorité de Santé. La compression médicale dans le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse [en ligne]. 2010 Décembre [consulté le 27 août 2014]:[2 pages]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_le_traitement_de_la_maladie_thrombo-embolique_veineuse.pdf

34 - Bernier L. 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. Thèse d'exercice : Médecine : Nantes ; 2013.

35 - Elbhar-Pouchoux C. Prescription de la compression médicale. La Lettre du Médecin Vasculaire. 2014;(26):28-9.

36 - Ziaja D, Kocelak P, Chudek J, Ziaja K. Compliance with compression stockings in patients with chronic venous disorders. Phlebology. 2011;26(8):353-60.

37 - Stansal A, Lazareth I, Michon Pasturel U, Ghaffari P, Boursier V, Bonhomme S, et al. Compression therapy in 100 consecutive patients with venous leg ulcers. J Mal Vasc. 2013;38(4):252-8.

38 - Jouhier P. Évaluation des représentations et des connaissances anatomiques et physiologiques des patients sur leur insuffisance veineuse chronique Thèse d'exercice : Médecine : Nantes ; 2013.

39 - Raju S, Hollis K, Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy. Ann Vasc Surg. 2007;21(6):790-5.

40 - Carpentier PH, Becker F, Thiney G, Poensin D, Satger B. Acceptability and practicability of elastic compression stockings in the elderly: a randomized controlled evaluation. Phlebology. 2011;26(3):107-13.

41 - Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stücker M. Compression therapy in elderly and overweight patients. VASA. 2012;41(2):125-31.

42 - Benigni JP, Branchoux S, Bacle I, Taieb C. Difficulty associated with donning medical compression stockings: results from a survey comparing two different compression stockings. Womens Health (Lond Engl). 2013;9(3):291-300.

43 - Couzan S, Assante C, Laporte S, Mismetti P, Pouget J-F. Étude booster : évaluation comparative d'un nouveau concept de compression élastique dans l'insuffisance veineuse chronique légère et modérée
Presse Méd. 2009;38(3):355-61.

44 - Couzan S, Leizorovicz A, Laporte S, Mismetti P, Pouget J-F, Chapelle C, et al. A randomized double-blind trial of upward progressive versus degressive compressive stockings in patients with moderate to severe chronic venous insufficiency.
J Vasc Surg. 2012;56(5):1344-1350.e1.

45 - Jouhier P. Etude prospective d'une brochure d'information sur l'insuffisance veineuse destinée aux patients
Mémoire de capacité : Médecine : Nantes ; 2014.

46 - Korn P, Patel ST, Heller JA, Deitch JS, Krishnasastri KV, Bush HL, et al. Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous stasis.
J Vasc Surg. 2002;35(5):950-7.

47 - Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ?
Santé Publique. 2013;25(2 Suppl.):s125-35.

48 - Rogers CR, Kinget GM, Peretti A, Botteman AE. Psychothérapie et relations humaines théorie de la thérapie centrée sur la personne.
Issy-les-Moulineaux : ESF éd., 2009.

49 - Lecorps P. Education thérapeutique du patient : la question du sujet.
Contact Santé. 2008;(229):38-40.

50 - Jull AB, Mitchell N, Arroll J, Jones M, Waters J, Latta A, et al. Factors influencing concordance with compression stockings after venous leg ulcer healing.
J Wound Care. 2004;13(3):90-2.

51 - Brown A. Evaluating the reasons underlying treatment nonadherence in VLU patients: introducing the VeLUSET Part 1 of 2.
J Wound Care. 2014;23(1):37, 40, 42-44, passim.

VIII. Annexes :

Jérôme Guillaumat

Faculté de médecine de Nantes

Thèse : Hiérarchisation des facteurs de non compliance au port des bas de contention chez un patient présentant une maladie veineuse chronique.

Questionnaire contention veineuse

Nom : _____ Prénom : _____ Date de remplissage : _____
Âge : _____ Sexe : H F
Numéro de téléphone : _____

Poids : _____ Taille : _____

A. Vous a-t-on prescrit une contention veineuse :

oui (depuis combien de mois : _____) non

B. Pour quel(s) motif(s) ?

Jambes lourdes Varices
 Oedème Ulcère de jambe
 Phlébite / Embolie Pulmonaire Ne sait pas
 Autre : _____

C. Prenez-vous des médicaments de manière régulière, si oui, pour quelle maladie ?

D. Quel est le grade (classe) de votre contention ?

Grade 1 Grade 2 Grade 3
 Grade 4 Ne sait pas

E. Au cours de l'année, vous la portez :

toute l'année surtout l'hiver

F. Est ce que vous la portez :

Régulièrement Irrégulièrement

G. Vous mettez votre contention dès le matin au lever :

oui non

H. La gardez-vous toute la journée :

oui non

I. vous a-t-on expliqué le mécanisme de votre maladie veineuse

Bien Partiellement Mal

J. vous savez précisément l'utilité de la contention dans votre maladie veineuse

Bien Partiellement Mal

K. Si vous éprouvez des difficultés à porter régulièrement votre contention, cochez ci-dessous quelles en sont les raisons essentielles pour vous.

| | pas du tout | en partie | totalemnt |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Je ne sais pas pourquoi il faut les porter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cela coûte trop cher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| On ne vous a pas appris à les mettre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je manque de souplesse, d'agilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je n'arrive pas à l'enfiler correctement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ils me donnent trop chaud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ils glissent sans arrêt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je les supporte mal (me serre trop - douleur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce n'est pas esthétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ils entraînent des démangeaisons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je n'ai pas trouvé d'amélioration en les portant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je trouve ça trop contraignant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Voyez vous d'autres raisons qui vous amèneraient à ne pas mettre votre contention ?

Merci de de votre contribution

Tableau 3 : Caractéristiques de la population, de la prescription, de la compliance

Population :

| Âge : n - % | m = 68,2 ans {18 - 90} | |
|-------------|------------------------|------|
| 10-19 | 1 | 1,6 |
| 20-29 | 1 | 1,6 |
| 30-39 | 5 | 8,2 |
| 40-49 | 4 | 6,6 |
| 50-59 | 6 | 9,8 |
| 60-69 | 8 | 13,1 |
| 70-79 | 14 | 22,9 |
| 80-90 | 22 | 36 |

Sexe : n - %

| | | |
|-------|----|------|
| Homme | 16 | 25,8 |
| Femme | 46 | 74,2 |

IMC : n - % m = 28 kg/m² {18,22 - 37,98}

| | | |
|-------|----|------|
| <20 | 5 | 8,6 |
| 20-25 | 13 | 22,4 |
| 25-30 | 16 | 27,6 |
| 30-35 | 17 | 29,3 |
| >35 | 7 | 12 |

Autres pathologies : n - %

| | | |
|-----|----|------|
| Non | 7 | 11,3 |
| Oui | 55 | 88,7 |

Prescription :

| Durée : n - % | m = 62,8 mois {2 - 420} | |
|---------------|-------------------------|------|
| < 6 mois | 9 | 14,5 |
| 6-24 mois | 11 | 17,7 |
| > 24 mois | 31 | 50 |
| Ne sait pas | 11 | 17,7 |

Grade : n - %

| | | |
|-------------|----|----|
| Grade 1 | 1 | 3 |
| Grade 2 | 24 | 78 |
| Grade 3 | 6 | 19 |
| Grade 4 | 0 | 0 |
| Ne sait pas | 31 | 0 |

Motif de prescription : n

| | |
|--------------------|--------|
| Prévention | 7 |
| Jambes lourdes | 5 |
| Varices | 18 |
| Oedèmes | 19 |
| Ulcère | 3 |
| Thrombose veineuse | 7 (11) |

Compliance :

| Toute l'année : n (%) | | |
|-----------------------|----|----|
| Oui | 32 | 51 |
| Non | 23 | 37 |
| NSP | 7 | 11 |

Régulièrement : n (%)

| | | |
|-----|----|----|
| Oui | 35 | 56 |
| Non | 25 | 40 |
| NSP | 2 | 3 |

Dès le lever : n (%)

| | | |
|-----|----|----|
| Oui | 45 | 73 |
| Non | 17 | 27 |
| NSP | 0 | 0 |

Toute la journée : n (%)

| | | |
|-----|----|----|
| Oui | 54 | 87 |
| Non | 8 | 13 |
| NSP | 0 | 0 |

Echelle de compliance : n (%)

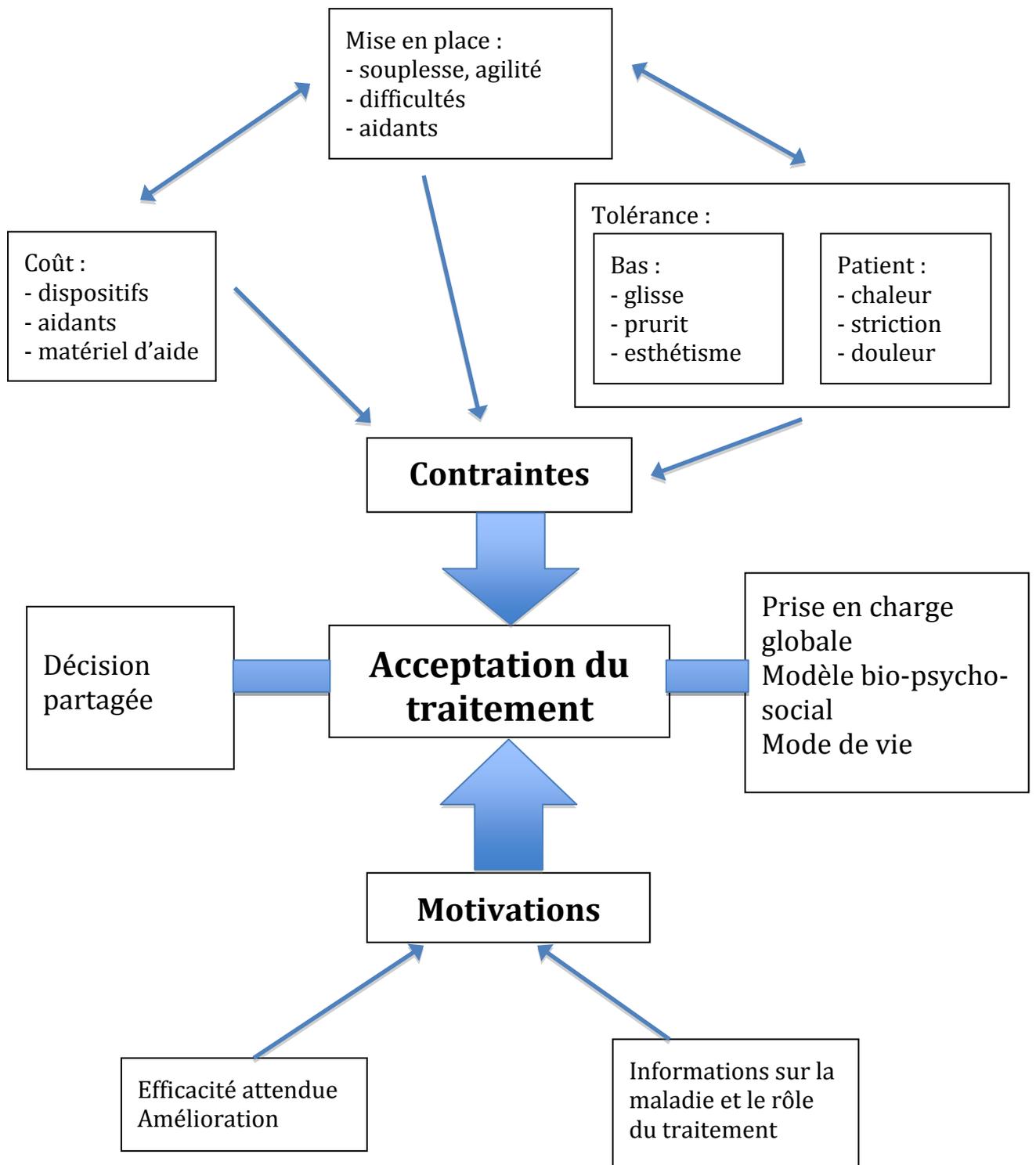
| | | |
|----------|----|------|
| Niveau 0 | 5 | 8 |
| Niveau 1 | 4 | 6,4 |
| Niveau 2 | 17 | 27,4 |
| Niveau 3 | 16 | 25,8 |
| Niveau 4 | 20 | 32,2 |

| Tableau 4 : Participation des facteurs d'inobservance | | | |
|--|--------------|-----------|-------|
| | Complètement | En partie | Total |
| Extrinsèque : | | | |
| Coût : | 5 | 9 | 14 |
| Liés à l'éducation : | | | |
| Méconnaissance du rôle : | 9 | 9 | 18 |
| Contrainte : | 10 | 17 | 27 |
| Liés à la mise en place : | | | |
| Explication mise en place : | 6 | 7 | 13 |
| Souplesse : | 13 | 13 | 26 |
| Enfilage difficile : | 12 | 7 | 19 |
| Liés à la tolérance : | | | |
| Chaleur : | 16 | 19 | 35 |
| Striction / douleur : | 8 | 13 | 21 |
| Esthétisme : | 6 | 14 | 20 |
| Prurit : | 9 | 9 | 18 |
| Glisse : | 6 | 11 | 17 |
| Liés au résultat : | | | |
| Inefficacité : | 4 | 16 | 20 |

| Tableau 5 : Analyse de corrélation en univariée | | |
|--|-------------|-------------|
| Facteurs : | Chi2 | p |
| Catégorie d'âge | 14,55 | 0,27 |
| Catégorie de corpulence | 14,39 | 0,49 |
| Catégorie de durée | 6,3 | 0,9 |
| Gravité | 11,15 | 0,51 |
| Grade de la contention | 9,72 | 0,37 |
| Coût | 8,37 | 0,39 |
| Méconnaissance du rôle | 9,34 | 0,31 |
| But de la contention | 10,11 | 0,12 |
| Mécanisme physiopathologique | 8,01 | 0,23 |
| Contrainte | 16,4 | 0,04 |
| Explication de la mise en place | 10,88 | 0,21 |
| Souplesse | 10,34 | 0,24 |
| Enfilage difficile | 9,54 | 0,29 |
| Chaleur | 7,02 | 0,53 |
| Striction / douleur | 5,76 | 0,67 |
| Esthétisme | 10,49 | 0,23 |
| Prurit | 12,26 | 0,14 |
| Glisse | 7,39 | 0,49 |
| Inefficacité | 14,77 | 0,06 |

| Tableau 6 : Analyse de corrélation en multivariée | |
|--|----------|
| Facteurs : | p |
| Inefficacité | 0,176 |
| Contrainte | 0,194 |

Schéma 1 : Actions éducatives :



Vu, le Président du jury,

NOM : GUILLAUMAT

Prénom : Jérôme

Titre de Thèse : Hiérarchisation des facteurs d'inobservance au port de bas de contention en médecine générale.

RESUME

Objectif : Hiérarchiser les facteurs de non compliance des patients au port des bas de contention dans la maladie veineuse chronique afin de définir des axes prioritaires d'éducation pour la mise en place ultérieure d'un programme d'éducation thérapeutique. En effet, la contention veineuse, pilier du traitement de la maladie veineuse chronique, est limitée par une faible observance.

Méthodes : Nous avons inclus les patients ayant reçu une prescription de bas de contention, indépendamment du fait qu'ils la portent. Les données étaient recueillies par un questionnaire standardisé relevant les caractéristiques de la population, de la prescription, la compliance et la participation des différents facteurs d'inobservance dans l'abandon de la compression.

Résultats : 62 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 68,2 ans de moyenne d'âge et un IMC moyen de 28. La durée moyenne de prescription était de 62,8 mois. 32,2% des patients ont été considérés comme compliant. Les facteurs les plus souvent cités pour expliquer l'abandon de la compression étaient la chaleur, la contrainte et le manque de souplesse. Seule la contrainte était corrélée à la compliance en analyse univariée ($p=0,04$).

Conclusion : Pour améliorer l'acceptation du traitement, il convient de prendre en charge le patient dans sa globalité en améliorant sa motivation à suivre le traitement et en diminuant les contraintes qui s'imposent à lui.

MOTS-CLES

- Maladie veineuse chronique
- Compression veineuse
- Compliance
- Education