

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2013

N° 044

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES

MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Pierre JOUHIER

Né le 9 Janvier 1984 à Niort (79)

Présentée et soutenue publiquement le 31 Octobre 2013

Evaluation des représentations et des connaissances anatomiques et physiologiques des patients sur leur insuffisance veineuse chronique.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre Pottier

Président du Jury: Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Marc-Antoine PISTORIUS

Monsieur le Docteur Patrick GENAY

Monsieur le Docteur Joseph ROUSSELOT

REMERCIEMENTS

A Marie, que je remercie de sa patience...

A mes chers Parents, pour leur amour et leur soutien constant,

**A Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON,
D'avoir accepté de présider mon jury de thèse.**

**A Monsieur le Professeur POTTIER
Pour vos conseils et votre aide si précieuse.**

**A Monsieur le Professeur PISTORIUS
D'avoir accepté d'évaluer mon travail.**

**A Monsieur le Docteur Patrick GENAY
De bien vouloir faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir fait apprécier
l'angiologie lors de mon passage à La Roche sur Yon.**

**A Monsieur le Docteur Joseph ROUSSELOT
D'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de m'avoir permis d'apprendre à
ses côtés ainsi qu'à ceux du Dr Gérard ENAULT et du Dr François LEBLAIS.**

**A Monsieur le Docteur Jean Manuel KUBINA
De m'avoir fait découvrir et aimer la médecine vasculaire ainsi que de ses judicieux
conseils.**

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	5
A.	Connaissances et représentations.....	7
B.	L'insuffisance veineuse	9
1.	Historique de la compression.....	9
2.	Définitions :	9
3.	Anatomie du retour veineux.....	10
4.	Physiologie du retour veineux	10
6.	La compression veineuse	17
2.	Méthodes	20
A.	Etude qualitative	20
B.	Entretien	20
C.	Recrutement des patients	20
D.	Recueil des données	21
E.	Consentement.....	21
F.	Analyse des connaissances	21
G.	Analyse des représentations	21
3.	Résultats	22
A.	Caractéristiques de l'échantillon	22

B.	Analyse du contenu des questionnaires	24
C.	Analyse des représentations.....	33
4.	Discussion	38
5.	Conclusion	47
6.	Liste des abréviations	48
7.	Annexe	49
1.	Synthèse des représentations	49
2.	La somme des connaissances des patients au niveau physiologique.....	53
3.	Représentations type attendues.....	54
4.	Questionnaire :.....	55
5.	Verbatim	55
8.	Bibliographie	70

1.Introduction

Actuellement, compte tenu du vieillissement de la population française, il y a plus de 18 millions d'adultes qui se plaignent de problèmes de circulation et 10 millions d'entre eux déclarent avoir des varices. En médecine générale, l'insuffisance veineuse chronique (IVC) est donc un problème de santé publique important de par sa fréquence. 1 à 2 % de la population(1), présentent un ulcère veineux. D'autre part, 80% des ulcères des jambes sont d'origine veineuse. C'est une maladie chronique qui regroupe des signes cliniques variés dus à la stase veineuse secondaire à un dysfonctionnement du retour veineux. La majeure partie de ces symptômes peut être traitée par la contention(2), mais il existe selon les auteurs entre 45 et 70% de récurrence ulcéreuse majorée en cas d'IVC(3)(4).

L'observance de la contention veineuse est seulement 37% (Etats unis)(5) avec une prévalence de la maladie de 51% chez les femmes et de 30% chez les hommes (6). Ce taux important de non-observance est à l'origine d'une augmentation des complications entraînant un surcoût important à prendre en compte en termes de politique de santé publique. Ce surcoût est lié aux récurrences thromboemboliques qui affectent en moyenne 10% des patients à un an et 30% des patients à dix ans(7), au syndrome post-thrombotique qui affecte un patient sur trois à huit ans(8) et aux ulcères veineux(9).

Plusieurs programmes d'éducation des patients ont été étudiés dans le but d'améliorer l'observance. En France, la station thermale La Léchère a proposé à ses curistes un programme d'éducation en marge des soins thermaux, qui a suscité un vif intérêt auprès de ses participants. L'évaluation des connaissances des participants avant les séances d'éducation retrouvait un taux de bonnes réponses se situant autour de 50% seulement (10). Si cet exemple nous permet de souligner le manque de connaissances des patients sur leur insuffisance veineuse, il reste insuffisant pour servir de base à la construction d'un programme

d'éducation thérapeutique standardisé qui nécessite d'identifier les notions acquises, erronées ou lacunaires les plus répandues dans la population générale.

A l'échelle individuelle, il est indispensable de s'appuyer sur les connaissances que peuvent avoir les patients au sujet de l'IVC et de déterminer les moyens de compréhension et de fonctionnement dont ils disposent, afin d'adapter nos objectifs et méthodes d'éducation thérapeutique.

Actuellement, il nous semble que l'éducation thérapeutique prodiguée est insuffisante ou inadaptée car elle ne prend pas suffisamment en compte les connaissances et/ou représentations de l'insuffisance veineuse erronées des patients.

Aussi le but de cette étude est-il de faire l'état des lieux sur les connaissances ainsi que les représentations anatomiques et physiologiques des patients. C'est un préalable à la mise en place d'outils d'éducation afin d'améliorer l'observance des patients. Il a en effet été démontré qu'il s'agit d'un des facteurs majeurs conditionnant l'observance(11).

Avant d'exposer la méthode de l'étude réalisée et ses principaux résultats, nous allons définir les termes de représentations et connaissances dans le cadre théorique auquel nous nous référons et décrire la physiopathologie connue de l'insuffisance veineuse.

Dans l'exposé de nos résultats, nous chercherons à dégager les connaissances exactes des patients de celles erronées. Nous réaliserons une comparaison systématique des représentations des patients aux savoirs démontrés et partagés par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse.

Dans notre discussion, à partir de l'identification de ces représentations exactes et erronées, nous tenterons de proposer des objectifs pédagogiques à atteindre prioritairement dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

A. Connaissances et représentations

Il convient tout d'abord d'effectuer quelques clarifications sur certains concepts peu utilisés en pratique médicale courante.

Il est difficile de savoir ce que pensent les personnes et surtout de savoir comment ils se représentent la maladie, en particulier pour des soignants, ayant pour de nombreuses questions, des réponses semblant évidentes pour eux. Il existe un savoir dit « profane » qui a une importance considérable, c'est le fait de savoir quelque chose sans se poser la question du pourquoi. Ce savoir contribue à modifier et à interpréter les directives médicales. Le savoir savant semble, parfois ignorer le savoir profane. On entend par savoir savant le savoir des spécialistes du domaine, savoir qui repose sur une démonstration scientifique. La majorité de la population possède un savoir profane et une minorité possède un savoir savant.

Les représentations sont des connaissances constituées à partir de nos expériences, elles sont influencées par le contexte socio-culturel. Quelques définitions proposées par le Petit Larousse (2009) pour les représentations sont : *« Action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe ; image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée ; en psychologie, perception, image mentale, etc. dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc. du monde dans lequel vit le sujet. »*

Les représentations initiales peuvent être considérées comme le point de départ, car elles constituent la base solide qui fonde l'expérience de chacun.

Les représentations, c'est ce que chacun sait ou croit savoir, à propos de quelque chose. Ce sont des idées ou des images mentales, associées à un mot. Elles peuvent être justes ou fausses et c'est à partir d'elles que nous réfléchissons. Ainsi, dans le cadre de l'apprentissage, il est important de les exprimer pour en prendre conscience, car certaines d'entre elles, lorsqu'elles sont bien ancrées et éloignées des nouvelles représentations proposées, peuvent provoquer des résistances et entraver cet apprentissage.

Le Constructivisme (notre image de la réalité est le produit de l'esprit humain) est apparu en réaction au Behaviorisme (se concentrer sur le seul comportement observable) qui limitait trop l'apprentissage à l'association stimulus-réponse. L'approche constructiviste de l'apprentissage met l'accent sur l'activité du sujet pour appréhender les phénomènes. La compréhension s'élabore à partir des représentations antérieures du patient. Les auteurs parlent de restructuration des informations en regard des réseaux de concepts particuliers à chaque personne. Bruner (1996) proposait (en s'inspirant de Piaget) une théorie constructiviste de l'apprentissage axée autour de l'idée d'un sujet actif qui construit de nouveaux concepts/idées à partir des connaissances antérieures. Le sujet sélectionne et transforme l'information, élabore des hypothèses et prend des décisions.

Selon Moscovici, un des adeptes du constructivisme : « Les multiples convictions personnelles construites par le sujet, à travers ses diverses expériences, lui donnent des manières d'interpréter le réel, de décoder les messages, et de se construire des manières de penser qui orientent, filtrent, voire déforment les leçons dont il bénéficie ».

Les représentations initiales d'un patient peuvent donc être une barrière à une intervention éducative et doivent parfois être déconstruites sous réserves qu'elles aient été exprimées, afin de permettre un apprentissage adéquat. Il convient de différencier les représentations individuelles, propres à chacun en fonction de ses expériences personnelles, des représentations collectives, inhérentes à chaque société.

En effet nous pensons que jouer sur les représentations antérieures (les identifier) peut avoir son importance sur l'éducation thérapeutique (selon l'OMS : l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique).

B.L'insuffisance veineuse

1. Historique de la compression

Depuis l'Antiquité, la compression est utilisée pour traiter notamment les ulcères de jambe. Hippocrate soignait les ulcères avec des bandes de toile, au XIVème siècle, le traitement compressif était utilisé dans les affections variqueuses. En 1885, Paul Unna met au point la botte à la colle de zinc (botte de Unna). En 1910, Heinrich Fischer utilise la compression associée à la déambulation dans le traitement des thromboses veineuses des membres inférieurs.

2. Définitions :

L'insuffisance veineuse chronique correspond à l'ensemble des manifestations fonctionnelles et des signes physiques cutanés secondaires à la stase veineuse intéressant les réseaux superficiels et profonds. La classification Clinique Etiologique Anatomique Physiopathologique (CEAP) décrit les manifestations veineuses extrêmement diverses pathologiques ou non, liées ou non à l'insuffisance veineuse chronique.

Tableau 1 :Classification de CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology) :

C	pour les signes cliniques (grade 0-6)
complétés par la mention (A) pour asymptomatique et (S) pour symptomatique.	
0	pas de signe visible ou palpable
1	présence de téléangiectasies ou de veines réticulaires
2	veines variqueuses
3	Œdème
4	troubles trophiques : - 4a :pigmentation, eczéma, - 4b : hypodermite, atrophie blanche
5	troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère cicatrisé

6	troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère non cicatrisé
E	pour la classification étiologique où l'on retient les qualifications suivantes :
C	pour congénital
P	pour primaire
S	pour secondaire
A	pour la répartition anatomique suivant le secteur intéressé :
S	pour superficiel
D	pour profond (deep)
P	pour perforantes
(ces lésions peuvent intéresser un seul ou plusieurs secteurs)	
P	pour le mécanisme physiopathologique responsable :
R	pour reflux
O	pour obstruction
(ces deux mécanismes peuvent être isolés ou associés)	

3. Anatomie du retour veineux

Au niveau des membres inférieurs, il existe deux réseaux veineux: le réseau veineux profond qui draine 90% du sang et le réseau veineux superficiel (extra aponévrotique) : veines petites et grandes saphènes qui drainent les 10% restants. Ces deux réseaux communiquent par des veines perforantes qui assurent le drainage du réseau veineux superficiel vers le profond.

Les veines des jambes ont la particularité d'être pourvues de valvules bicuspidées qui assurent un rôle anti-reflux.

4. Physiologie du retour veineux

Le retour veineux est assuré par trois systèmes:

- La semelle plantaire de Lejars qui dépend de la statique plantaire et du déroulement du pas ; ce réseau veineux dermique et hypodermique, est formé par de très fines veinules.

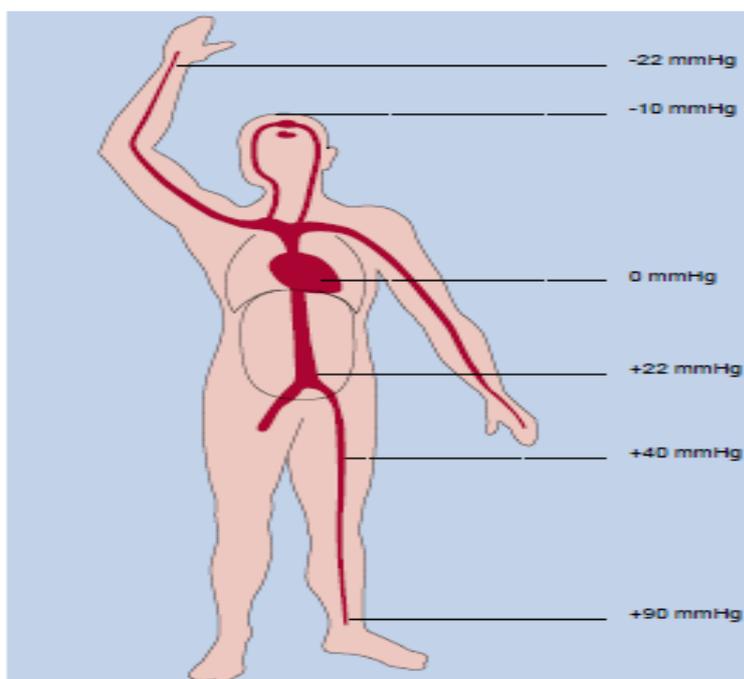
La pression du pied sur le sol associée à la contraction des muscles de la jambe permettent la vidange des veines profondes, alors que la communication avec les veines superficielles est interrompue par la fermeture des valves des veines perforantes.

Lorsque le pied se relève, les muscles se relâchent et les veines profondes se remplissent à partir des capillaires et des veines superficielles (ouverture des valves des perforantes).

La pression veineuse est proportionnelle à la distance oreillette droite/sol. En décubitus, la pression hydrostatique est négligeable.

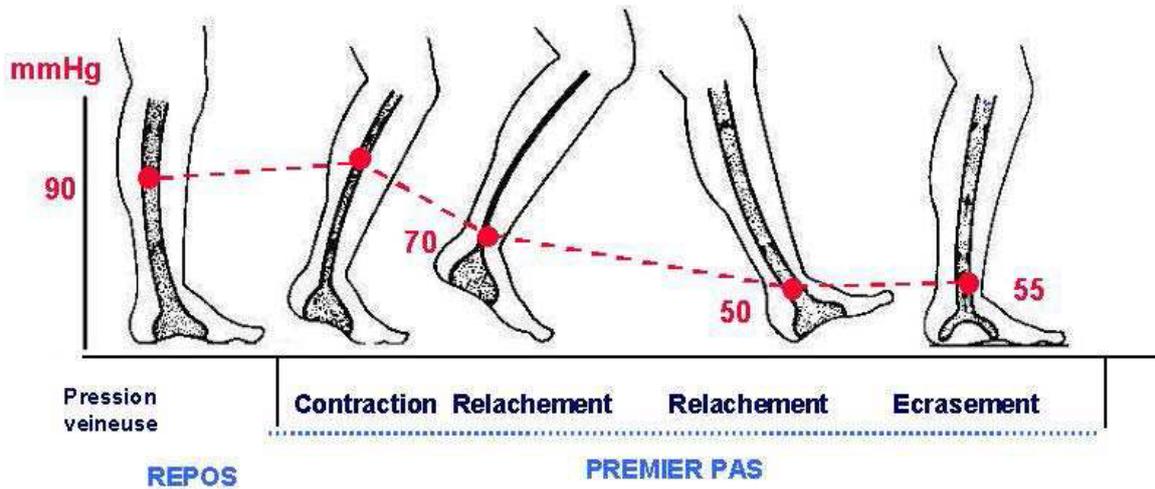
Par contre, en position debout, immobile, en appui unipodal elle est de 90mmHg.(figure 1)

Figure 1 Pression veineuse en orthostatisme (source EMC)



Lors de la marche, au bout de 7 à 12 pas, elle descend jusqu'à 30 mm Hg chez le sujet sain (figure 2).

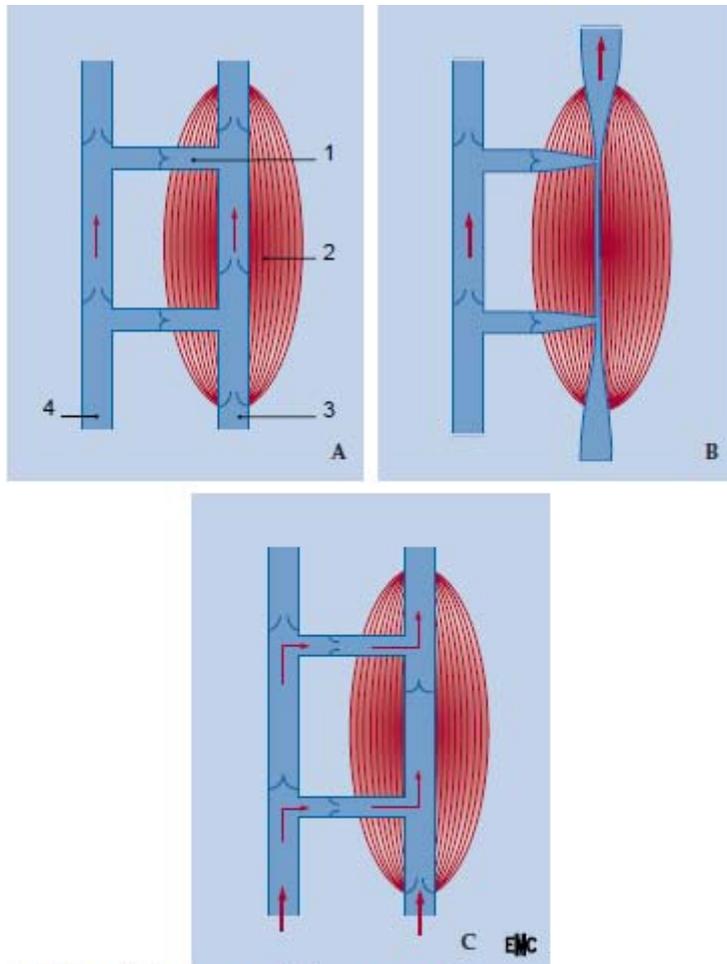
Figure 2 Variation des pressions dans le système veineux profond en orthostatisme et en ortho dynamisme (d'après Stemmer)



- La pompe musculaire du mollet : A chaque fois que les muscles se contractent (systole musculaire) à l'intérieur d'une aponévrose inextensible (peu), les veines profondes sont écrasées et le flux veineux est canalisé grâce aux valves.

En systole musculaire, le sang veineux du mollet est chassé vers l'axe poplitéo-fémoro-iliaque alors qu'en diastole le sang veineux d'aval et le sang des veines superficielles est aspiré vers le réseau jambier profond (figure 3).

Figure 3 Schéma du fonctionnement de la pompe musculaire.



1. Veine perforante ;
2. muscle ;
3. veine profonde ;
4. veine superficielle.

A. Repos : au repos, le sang circule dans les réseaux veineux profond et superficiel et communique entre les deux réseaux par les perforantes.

B. Contraction musculaire : lors de l'exercice, le sang est chassé du réseau profond par la contraction musculaire, et le retour veineux se fait uniquement par le réseau superficiel (flèches).

C. Relaxation : lors de la relaxation, les perforantes s'ouvrent et le réseau profond se remplit. À tout moment, le reflux sanguin est empêché par les valvules veineuses (flèches).

(Source EMC)

- Le système abdomino-diaphragmatique : en inspiration, le diaphragme s'abaisse, provoquant la diminution de la pression intra-thoracique et l'augmentation de la pression intra-abdominale. Le sang de la veine cave inférieure (VCI) est chassé vers l'oreillette (les valves fémorales se ferment), la VCI se collabre et le flux veineux des membres inférieurs est arrêté.

On retrouve 3 causes responsables d'un mauvais retour veineux :

- la maladie variqueuse primitive ou secondaire(anomalies valvulaires congénitales). Ce sont des veines dont la paroi est pathologique, et qui progressivement, vont se dilater, devenir tortueuses, avec pour conséquence une incontinence valvulaire. On retrouve comme facteur favorisant : l'hérédité, l'âge, le sexe(féminin) les traitements hormonaux, l'obésité, les positions debout et assise pendant une période prolongée, un traumatisme antérieur de la jambe, des grossesses multiples, la constipation, la chaleur.
- Le syndrome post thrombotique qui est secondaire à une thrombose veineuse profonde insuffisamment traitée, provoquant au niveau physiopathologique(12) : la destruction valvulaire, source de reflux, un défaut de recanalisation à l'origine d'un syndrome obstructif pouvant dans un premier temps se manifester lors de l'effort et se traduire par une claudication veineuse, une sclérose des veines du mollet responsable d'une diminution du volume sanguin intramusculaire et ainsi d'un défaut de la pompe musculaire du mollet.
- L'insuffisance veineuse fonctionnelle (réservée au retour veineux défaillant avec des veines morphologiquement normales) peut être liée à l'altération de l'effet de pompe du muscle du mollet en présence d'une anomalie du mouvement de la cheville(ankylose tibio-tarsienne) ou d'un trouble neurologique.

L'insuffisance veineuse est la conséquence d'une défaillance du retour veineux qui va générer une stase veineuse et va contribuer à une hyperpression(ou hypertension) veineuse. Cette hyperpression veineuse prolongée engendre une inflammation chronique qui va provoquer, à long terme, des troubles trophiques. L'hyperpression veineuse entrave l'écoulement normal au niveau des capillaires en y causant une stase leucocytaire. Les leucocytes libèrent des enzymes protéolytiques et des radicaux libres d'oxygène induisant un dommage de la paroi capillaire. L'augmentation de la perméabilité capillaire a pour effet une fuite des protéines plasmatiques vers les tissus et l'installation d'un œdème et d'une hypoxie

locale. Il en résulte un état inflammatoire qui contribue à l'apparition de troubles trophiques cutanés (13).

5. Les signes cliniques d'insuffisance veineuse

Les signes fonctionnels sont fréquents, variés, peu spécifiques. Tout d'abord on retrouve des signes subjectifs(14) à types de jambes lourdes ou douloureuses parfois accompagnées d'un léger prurit. L'origine veineuse de cette symptomatologie est évoquée devant la majoration durant la journée, l'aggravation à la chaleur, ou après une station debout (ou assise) prolongée et devant l'amélioration avec l'exercice physique, la compression veineuse, la surélévation de membre et le froid (amélioration en période hivernale). Rarement cela peut être à l'origine d'un syndrome des jambes sans repos.

Les signes cliniques visibles sont la conséquence de la stase veineuse et de l'hyperpression (augmentation de la pression hydrostatique). Ils sont habituellement bilatéraux (leur présence unilatérale évoque un syndrome post-thrombotique: SPT). Ils se majorent avec le temps. Ils se recherchent chez un patient debout dévêtu.

On retrouve par ordre d'apparition chronologique :

- Les phlébectasies avec :
 - les télangiectasies : sont des dilatations permanentes de petites veines intradermiques dont le diamètre n'excède pas en général 1 mm.
 - Les veines réticulaires : veines sous dermiques d'aspect bleuté, dilatées, d'un diamètre de 1 à 3 mm, disposées en maille.
 - Les varices : veines dilatées, sous cutanées, bleutées, sinueuses dont le diamètre est supérieur à 3 mm en position debout, qui peuvent se

complicuer avec des thromboses veineuses superficielles ou profondes et des ruptures d'ampoules variqueuses (complication hémorragiques).

- La couronne phlébectasique de la cheville et de l'arche plantaire, constituée de varicosités bleutés, marqueur de risque d'évolution vers des troubles trophiques sévères.

- L'œdème du pied apparaît précocement, il est lié à l'hyperperméabilité capillo-veinulaire, 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. L'œdème purement veineux est réversible puis devient irréversible lorsque l'insuffisance lymphatique secondaire apparaît (œdème veino-lymphatique).
- La dermite ocre : coloration brunâtre de la peau traduisant l'extravasation des érythrocytes sous l'action de l'augmentation de la pression veineuse et de la distension pariétale (aspect de « capillarite purpurique »). La coloration cutanée est liée aux dépôts péri vasculaires d'hémosidérine avec une augmentation de l'activité mélanocytaire.
- La dermo-hypodermite de stase ou lipodermatosclérose : sclérose engainante et rétractile des tissus qui s'étend peu à peu en circonférence et en hauteur. Elle correspond à une inflammation chronique liée à la séquestration de macrophage qui stimulent la synthèse excessive de collagène via les fibroblastes et favorise la sclérose.
- L'eczéma : dermo-épidermite érythémato-squameuse prurigineuse. Il est dû à l'insuffisance veineuse chronique.
- L'atrophie blanche de Millian (« capillarite atrophiante ») : plaque scléro-atrophique blanche très douloureuse qui est une ischémie cutanée localisée des vaisseaux du derme.
- L'ulcère veineux, stade ultime de la maladie, il est classiquement indolore non creusant, à fond humide et péri malléolaire (zone d'hyperpression), déclenché par un traumatisme minime(14).

6. La compression veineuse

La contention est l'un des seuls traitements efficaces de l'insuffisance veineuse(15). Un des déterminants les plus importants pour l'observance de ce traitement est « la bonne connaissance de l'anatomie et de la physiologie » ce qui impose donc de lutter contre les représentations erronées.

- Il est important de faire le point sur 2 termes : contention et compression car ils définissent des effets différents qui ont tendance à être confondus dans le langage commun. La contention est assurée par un dispositif fixe et inélastique qui produit une pression variable (qui s'oppose passivement à l'augmentation de volume) sur le segment de membre. Cette pression est donc fonction de l'activité musculaire (plâtre, bande inélastique). La pression est faible pendant le décubitus nocturne ce qui permet une bonne tolérance.

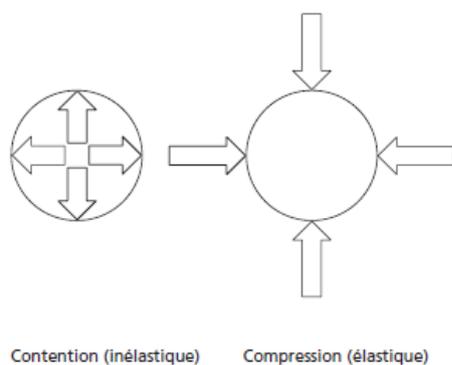
La compression médicale (bas médicaux de compression : BMC) ou par bande élastique exerce un effet dynamique en créant une pression active permanente indépendante de l'activité musculaire. Ce dispositif provoque une pression constante et dégressive du bas vers le haut, pour favoriser un retour veineux physiologique et pour lutter contre la pesanteur. Au mouvement, l'élasticité du dispositif permet sa distension lors de la contraction musculaire. Cette distension sera proportionnelle au coefficient d'extensibilité de la bande.

La compression résulte de la force exercée par une orthèse élastique qui agit de manière «active» sur un segment de membre. Le terme de contention ou de compression est défini par la capacité d'allongement de l'orthèse (figures 4 et 5).

Figure 4 Compression



Figure 5 principe de la compression/contention



- L'utilisation de la compression veineuse lors d'un épisode de TVP a différents objectifs : la réduction de l'œdème, de la douleur et du risque de récidence ;

En effet le port de la compression et la mobilisation permettent de réduire de façon significative ces signes cliniques à la phase aiguë comme à la phase chronique. Son utilisation permet d'augmenter significativement le flux veineux et ainsi favoriser la diminution de l'œdème et donc par conséquent les tensions tissulaires responsables de la douleur.

Le but est aussi de favoriser la création d'un réseau collatéral de suppléance et d'augmenter les chances de reperméabilisation.

Le rapport de l'HAS relatif aux dispositifs de compression médicale à usage individuel de 2010 indique qu'il existe un consensus fort pour admettre que la compression élastique est le traitement de base de l'IVC dès le stade CEAP C2 (figure 6)

Figure 6 Recommandation HAS décembre 2010

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3 mm (stade C2)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg 	► Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	<ul style="list-style-type: none"> • bas indiqués pour les varices • ou bandes sèches à allongement court 	► 4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique) 	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou > 36 mmHg • ou bandes sèches à allongement court 	
Ulcère ouvert (stade C6)	<ul style="list-style-type: none"> • bandages multitypes en première intention • ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg 	

La pression à retenir est la plus forte supportée par le patient.

2.Méthodes

A. Etude qualitative

Nous avons mené une étude qualitative auprès de patients hospitalisés au CHU de Nantes ou consultant aux explorations fonctionnelles vasculaires du CHU de Nantes de mai à juillet 2013 ou du CHD de La Roche sur Yon entre mars et avril 2013.

B. Entretien

Structuré à l'aide d'un questionnaire comportant 12 questions qui exploraient, outre les données sociales, les thèmes suivants : connaissances anatomiques, physiologique, physiopathologique, facteurs favorisant et prévention. Le questionnaire était composé d'une première partie permettant de recueillir les représentations sous forme de schéma puis de questions ouvertes. Les schémas visaient à représenter des artères et des veines physiologiques puis dans le cadre de l'insuffisance veineuse. La méthode a été enrichie par de nouvelles questions en juin 2013. Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits sous Word par l'investigateur. Une analyse de contenu a été réalisée.

C. Recrutement des patients

Réalisation d'un échantillonnage raisonné chez des patients présentant une insuffisance veineuse définie par un stade CEAP C1 minimum, sans tenir compte de l'étiologie ni du stade recruté en consultation de médecine vasculaire ainsi que dans les services de médecine. Ces patients devaient ne pas présenter de troubles cognitifs afin de pouvoir répondre. Certains patients ont refusés.

D. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par le même investigateur. Ils étaient guidés par un questionnaire semi-dirigé qui permettait d'explorer un certain nombre de sujets.

Les enregistrements ont permis de retranscrire l'intégrale des entretiens. L'ensemble du texte brut correspond au verbatim (annexe 2).

E. Consentement

Les patients ont tous été informés du recueil anonyme des données et de leur utilisation à visé de la recherche. L'étude ne comportant aucune investigation invasive, nous n'avons recueilli que leur consentement oral.

F. Analyse des connaissances

Elle a suivi une analyse pas à pas, par reconnaissance dans le verbatim, de catégories, définies a priori et constituants ainsi une grille de lecture.

- **Transcription du verbatim :**

Le contenu des enregistrements des entretiens a été intégralement retranscrit Afin de respecter la confidentialité des participants, ils ont été identifiés par des codes : P1, P2...

- **Découpage du verbatim en unité d'analyse:**

Le verbatim a été décomposés en unité de sens (passage du texte correspondant à un seul concept). Ces unités de sens ont été par la suite attribuées aux catégories prédéfinies : connaissances, représentations, qu'elles soient anatomiques ou physiologiques, exactes ou erronées.

G. Analyse des représentations

Les représentations étaient évaluées sous forme de schéma. On demandait aux patients de représenter une artère saine et une veine saine puis de faire la même chose dans le cadre de leurs symptômes en détaillant le plus possible, c'est-à-dire en leur demandant d'annoter le schéma et de préciser si ils faisaient une différence et si oui de le stipuler.

3. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 20 réponses au questionnaire ont été étudiées (figure 7). Le tableau 1 reprend les caractéristiques sociales et physiques de chaque patient inclus, identifié par un numéro. L'âge moyen de l'échantillon est de 58,5 ans.

Figure 7 Caractéristique de l'échantillon :

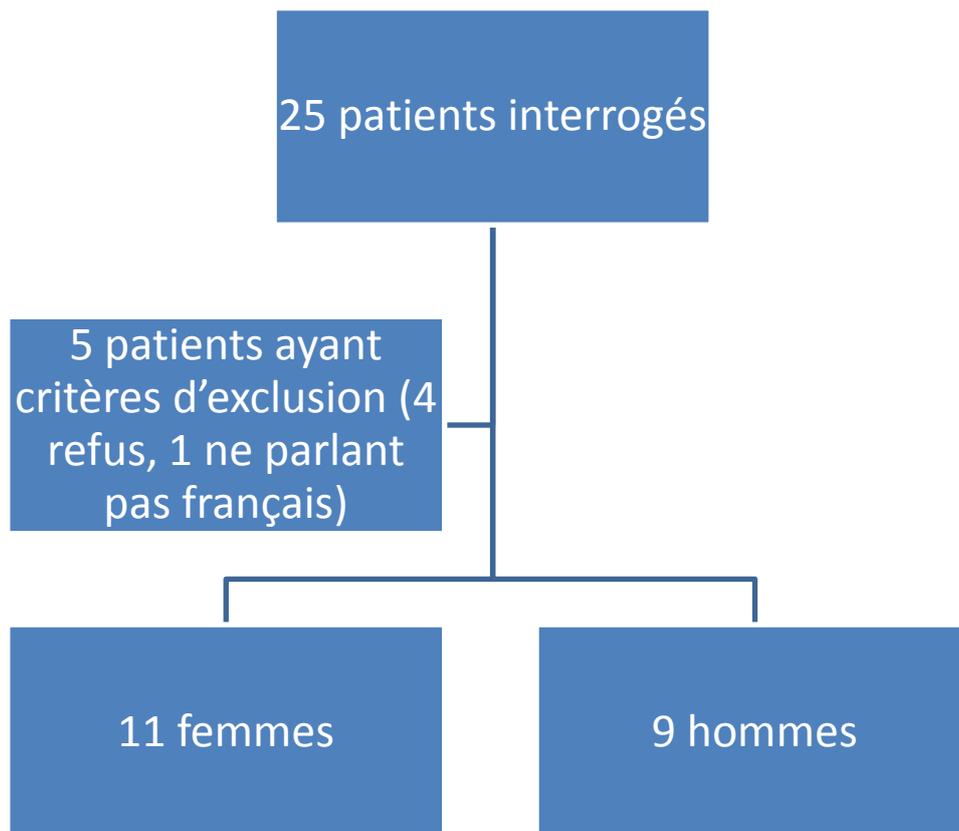


Tableau 1 caractéristiques de chaque patient

Patient	Sexe	Age	Profession	Niveau d'étude	Hérédité	I M C	Antécédents	Gynéco
P1	F	65	Esthéticienne (retraîtée)	Certificat d'étude		22.8	TVP,stripping bilatéral, cryoglobulinemie, SGS, ulcère veineux cicatrisé	G3P2
P2	F	85	Esthéticienne (retraîtée)	Certificat d'étude		22.7	Ulcère veineux	G9P9
P3	F	65	Femme de ménage(retraîtée)	0	présente	21.6	Varices stripping bilatéral	G2P2
P4	H	55	garagiste	CAP	-	19.6	Décollement de rétine, TVP, Eczéma	-
P5	F	91	Mère au foyer (retraîtée)	Certificat d'étude		27.7	Stripping bilatéral, sclérose, CHIVA, ulcère veineux	G9P8
P6	F	94	Téléphoniste (retraîtée)	Certificat d'étude	-	25	Stripping bilatéral,	G3P3
P7	H	73	Mécanicien (retraîtée)	Certificat d'étude	-	21.5	Stripping bilatéral, AOMI (ulcère artérielle)	
P8	H	48	laborantin	Bac	-	38.7	Cardiopathie ischémique, DNID	-
P9	F	37	Contrôleur de travaux	CAP	-	26	Sclérose,	G6P4
P10	H	73	Ingénieur retraité	Bac +6	-	25	Stripping, glaucome, nodule thyroïdien, cancer prostate	-
P11	F	65	Professeur (retraîtée)	Bac+4	+	19.4	Sclérose varice, cancer du sein traité, cataracte bilatérale	G2P1
P12	H	47	Régisseur	Bac	-	36	Tvp bilatérales,	
P13	F	81	0			33		
P14	F	31	caissière	Cm2	+	21.9		G2P1
P15	H	59	Chauffeur d'engins	Certificat d'étude, CAP		21.5		
P16	H	36	Agent de sécurité	Cm2	-	27.3	HTA, tabac, Dnid, dyslipidémie	
P17	H	78	Maçon (retraîté)	Certificat d'étude	-	24.3	TVP droite, stripping	

P18	H	54	Chauffeur livreur	Certificat d'étude	-	28 .4		
P19	F	30	Responsable d'achat	Bac+2	+	23 .2	Hémorroïdes	G2P2
P20	F	33	Chef de projet	Brevet	+	22 .5		G3P2
20 patients	11 femmes/ 9 hommes	Age moyen 58.5 ans						

B. Analyse du contenu des questionnaires

1. Connaissances physiologiques :

- En accord avec les données actuelles de la Science

Notre analyse montre que les patients interrogés pensent à juste titre que les artères vascularisent les organes en apportant de l'oxygène aux tissus (26-29-161).

Ils ont également intégrés le fait que :

- le rôle des veines était de faire circuler le sang (149-150-154-155-159-162-169-170-173-113-114-5-14-26-43-49-52)
- les veines permettaient le retour sanguin (10 -83-115) afin d'alimenter le cœur(104-125-157-160-161).
- le cœur pouvait être considéré comme une pompe pour un des patients (124).pour certains, le sang artériel était considéré comme « propre » (7)
- le sang veineux servait à éliminer les déchets via le foie (25-151).
- les varices étaient comme des grosseurs /gonflements (90-185-189-) de veines fatiguées/malades (205) correspondant à des dilatations favorisées par une mauvaise circulation sanguine (209-212-215).

Parfois on retrouvait :

- la notion d'anomalie au niveau des « clapets », illustrant la notion de valvules, ne fermant plus (89-87) et provoquant un reflux (225).
- la notion de pression du sang dans les veines qui serait favorisée par les veines « bouchées » dans l'insuffisance veineuse chronique (279).

A aucun moment, par contre le patient abordant le problème de pression n'expliquait plus en détail son raisonnement...

Pour les patients interrogés, les varices étaient liées :

- à des problèmes de parois (180-191),
- à retour sanguin ralenti (88-187-185-192),
- à la station debout prolongée (204)
- à un blocage de la circulation (177),
- à la formation d'un caillot de sang (187).
- à la « stase » sanguine, fréquemment citée (178-185-187-192-199-215) et expliquait pour certains patients les lourdeurs de jambe
- ces mêmes lourdeurs s'expliquaient pour un patient par une l'inflammation (299) liée à la stase.
- à des vêtements trop serrés provoquant une compression veineuse pouvaient favoriser l'insuffisance veineuse en altérant le retour veineux (258).

De même, des liens avec les hémorroïdes et les efforts de poussée ont été établis par quelques-uns (295-298).

- Les connaissances physiologiques erronées:

On retrouvait une confusion entre les veines et les artères (174) avec des varices dues à « des dépôts graisseux dans les veines » (308).

Les artères étaient considérées comme ce qui alimente les veines sans que soit abordé la notion de lien entre les deux (capillaire) (62-64-119).

Pour certains d'entre eux :

- les veines jouaient un rôle nutritif (93).
- pour d'autres patients leur rôle était d'oxygéner les tissus (125).
- les varices pouvaient être dues à la marche, à l'alcool, au tabac (201),
- elles pouvaient être dues à des veines trop fines ayant des parois fragiles et avec un sang trop épais qui provoquait l'éclatement des veines (304).
- la notion de petite taille (182) favorisait les varices.
- les varices pouvaient venir par une « peau trop sèche par manque de crème hydratante » (181)
- ou bien les varices pouvaient « démarrer à la ménopause » (183),
- ou à cause d'une peau mal lavée (184).
- Une confusion avec le chaud et le froid(307) a été noté chez un patient : « Mes varices augmentent avec le froid c'est peut-être pour ça que j'ai froid aux pieds l'hiver d'ailleurs le froid peut être dangereux pour les veines car les alpinistes se font souvent amputer les orteils ».

Une autre patiente n'avait pas compris la notion de collatéralité et ne percevait pas comment les veines pouvaient fonctionner après une opération(384) : « Il faut se faire scléroser (..)se faire opérer pour retirer les varices mais là aussi j'ai pas compris comment ça marche parce qu'ensuite quand on enlève une veine, il en manque une nouvelle donc il faudrait la remplacer par un autre tuyau ? ».

2. Connaissances anatomiques

- Les connaissances anatomiques exactes :

Certains patients pensaient que :

- les artères portaient du cœur(1-9-17-34-38-123)
- les veines permettaient le retour du sang au cœur (18-115).
- les artères comme les veines étaient assimilées à des tubes ou tuyau (21-28-31-92).
- les artères constituaient une canalisation principale (69) « fleuve » (101) directement connectées aux veines (105) « rivière » (100) qui réalisaient un réseau « route nationale, départementales, autoroute » (151-153).
- la notion de valve ou de clapet apparaissait juste chez 2 patients (84-87).
- les veines étaient considérées comme présentes dans le corps entiers (107).
- Et si certains patients assimilaient les veines aux prises de sang, d'autres savaient que les prélèvements artériels étaient plus douloureux (19-78).

- Les connaissances anatomiques erronées.

Un grand nombre de patient faisait une confusion entre les veines et les artères :

- entre les artères et les veines (13-15-16-27-40-43-48-50-60-65-75-85-158-174) avec parfois l'absence de différence entre les deux (15).
- les artères étaient considérées comme ramenant le sang au cœur (37-41-67-72)
- les veines venaient du cœur (157-160).
- certains disaient spontanément qu'ils ne savaient pas à quoi correspondait le rôle des veines (155-115-118-165) ou celui des artères (55-56-73)
- les veines naissaient des artères directement (45-71-94-122) sans que soit retrouvé la notion de capillaire.
- les veines correspondaient à des petites routes de l'artère (112).

Des conceptions erronées concernaient également les varices :

- les varices étaient perçues comme des veines « mortes » (205) pouvant être liées à un relâchement de la peau (188-189) par analogie aux vergetures.
- les varices étaient secondaires à des dépôts dans les veines (217-307-308),
- les varices étaient également dues à une usure pariétale (241), et pour certains patients, la viscosité du sang (214) était responsable d'un « éclatement » des parois fines des veines (304).

3. Notion de gravité entre la pathologie artérielle et veineuse

La pathologie veineuse n'était pas perçue comme aussi grave que la pathologie artérielle. Tous les patients interrogés considéraient les problèmes artériels aux premiers plans.

4. Facteurs favorisant l'IVC

- Connaissances exactes :

La plupart des patients répondaient en premier n'avoir aucune idée des facteurs pouvant favoriser l'IVC.

Ont été fréquemment cités :

- Le fait de piétiner, la station debout prolongée et parfois la station assise prolongée, notamment pour les professions qui les y prédisposaient (telle que esthéticienne, caissier) (241- 247-257-262-263-269-274-275-288).
- l'hérédité(243-251-255-259-264-268-289).
- les grossesses, jugées responsables par les femmes (245-260-271-287).
- l'exposition à la chaleur, le soleil (244-266-281-285).
- l'obésité (254-261-290),
- le manque d'activité physique (267-248-277-283)
- les jambes pendantes(245)

- les vêtements serrés (258).
- la pression élevée du sang dans les veines est d'autant plus importante que celles-ci sont « bouchées » (279).
 - Connaissances Erronés :
 - le tabac, la mauvaise alimentation sont cités par un grand nombre de patients (249-255-262-265-269-273-278-280-282).
 - un des patients mentionnait la marche et la course à pied qui entraîneraient un traumatisme des veines à cause du choc des talons(265).
 - un lien avec les problèmes d'origine cardiaque, des dépôts graisseux et la viscosité du sang et des parois veineuses qui deviennent plus fine (304) est également évoqué.

Les patients n'avaient pas non plus conscience de la manière dont les symptômes qu'ils éprouvaient pouvaient être liés à l'insuffisance veineuse, leur réponse était erronée la plupart du temps. En effet, ils ne cherchaient pas à comprendre (292). De plus, lorsque la douleur n'était pas importante ils étaient surtout préoccupés par le côté inesthétique (293-310). La réponse la plus fréquente étant : c'est juste « un problème de mauvaise circulation »(294)

5. Complications et craintes liées à l'insuffisance veineuse

- Craintes justifiées

Dès qu'on interrogeait plus spécifiquement les patients sur les complications, ils percevaient qu'il pouvait y avoir un problème esthétique de varices (325-340), perte de poils (335), œdèmes (356-359). Ceci était pour eux le véritable risque de complication liée à l'insuffisance veineuse

Par contre, si on insistait ils disaient redouter :

- les ulcères (313-315-319-321-322-331-333-337-342),
- les phlébites (316-318-323-327-344-360)
- l'embolie pulmonaire(323-327-330-346-352) et ce, particulièrement pour les patients plus âgés ou plus instruit « si le caillot se décroche et que ça remonte vers le cœur, ça peut se transformer en embolie pulmonaire ».
- la difficulté à la marche (326-355-356) « moins de performance physique, moins de force et moins d'endurance »(349).
- La douleur (314-324-328) d'autant plus qu'ils en avaient vu dans leurs entourage, mais un seul m'a évoqué le retentissement au niveau du moral (341) et insomnie (324) due aux douleurs
- l'eczéma avec les démangeaisons (342),
- la « coloration de la peau brunâtre » (dermite ocre 338) et même la gangrène (354)... avec une possibilité de retentissement sur l'artère
- et la nécrose (358).

On retrouvait aussi chez l'un d'entre eux un début d'explication : « si on a une première varice, ça va forcer les autres veines autour à faire plus d'efforts et donc il y aura peut-être d'autres problèmes de varices à cause de la première varice »(350).

- Craintes non justifiées

Nous avons vu que les patients mettent longtemps avant de prendre la mesure entière du problème et ont souvent tendance à le traiter comme quelque chose de secondaire (puisque ce n'est pas artériel...) d'autant plus que pour les femmes et mêmes pour les hommes, il est déplaisant que « les gens voient mes jambes et les regardent » (340).

Par contre quand l'inquiétude surgit, elle peut ne pas être justifiée tel quele risque :

- d'AVC (accident vasculaire cérébral) (312-330-361) surtout pour les personnes âgées,
- de problèmes coronariens avec infarctus (334-353-361),
- d'occlusion artérielles et artérite avec angoisse de l'amputation sous-jacente (347-358),
- de rhumatisme (343).
- l'un d'entre eux pensait même que l'IVC pouvait conduire à un handicap avec l'obligation de marcher avec des béquilles (356)

6. Connaissances en terme de Prévention

Les patients évoquaient en priorité :

- Qu'il fallait faire de l'activité physique « sport », marcher (374-381-382-389-392-397-410-417-423-425)
- éviter de piétiner (382)
- ou au contraire le repos en surélevant les jambes (375-381-385-407-412-418). Certains pensaient même à surélever le pied de lit (391-422). De plus la notion d'éviter les traumatismes (383) était aussi retrouvée.

Etaient cités plus particulièrement l'hygiène de vie rigoureuse (388-398-402) et la lutte contre l'obésité (395-424). La douche froide (369-427) et les massages (419-485) étaient surtout cités par les femmes. De même, elles paraissaient avoir bien conscience que la position du pied lorsqu'elles utilisent des talons hauts fait souffrir et provoque le gonflement des jambes (370). Certaines patientes disaient qu'il fallait éviter le soleil (369-396) mais comme c'était à la mode d'avoir les jambes bronzées, elles ne le faisaient pas.

En dehors, des femmes enceintes, personne n'a cité le bas de contention comme moyen de prévention primaire.

- Connaissances en terme de traitement curatif.

Les traitements **médicamenteux** ont été plus souvent cités : les veinotoniques (369-380-409-414-420-428) et Jouvence de l'Abbé Soury®!...mais les patients ont émis des doutes quant à l'efficacité de ce traitement, et ce d'autant plus que le déremboursement de certains traitements par la sécurité sociale était considéré par certains comme une preuve d'inefficacité et est une difficulté supplémentaire pour se les procurer.

Bas de contention :

Les bas de contention ont aussi souvent été cités (376-379-387-390-393-400-403-425), mais a priori ils déplaisaient, ils étaient mal vécus et surtout mal connus. La plupart y associaient une connotation esthétique négative.

Pour les hommes la notion de bas avait une connotation féminine et ils préféraient parler de chaussettes. La difficulté à l'enfilage était souvent la principale raison de la mise par intermittence et même du refus. L'été plus particulièrement, ils étaient perçus comme trop chaud et inesthétique et empêchant le bronzage particulièrement pour certaines femmes. Leur perception de la contention a donc été principalement négative, sans percevoir l'intérêt du port. C'est pourquoi il fallait ensuite leur expliquer qu'ils permettaient le retour sanguin afin de diminuer, la sensation de jambe lourde, l'œdème, la douleur, et ainsi la dilatation des veines.

Ce n'était pas spontanément qu'ils disaient aller consulter l'angiologue (372-405).

Ils n'y allaient généralement que sur les conseils de leur médecin traitant, lors de l'apparition d'une complication et donc au terme d'une évolution de plusieurs années... Seule exception, les femmes jeunes qui voulaient faire disparaître leurs veines apparentes. (Celles-ci allaient consulter régulièrement au printemps avant « jupes courtes et exposition à la plage ».) Certaines patientes évoquaient d'autres traitements tels que la sclérose (377-384-430), de même que le laser (369-430). L'opération qui est plus souvent évoquée (373-399-401-413-415-429) est citée en dernier recours, surtout par les personnes âgées.

- Connaissances thérapeutiques erronées

Quand on demandait ce qu'il fallait faire pour éviter l'aggravation des problèmes veineux, j'ai souvent vu dans le regard du patient une grande interrogation et certains ne savaient pas du tout (363-378-408-416). De nombreux patients considéraient à tort que le tabac aggravait l'IVC (402-404-411) de même que l'alimentation grasse (368-394-402-404-405-411). Pour une patiente la dialyse était une solution (421) car elle pensait que « nettoyer le sang à l'extérieur du corps » serait bénéfique...

7. Connaissances vis-à-vis de l'insuffisance veineuse :

Un nombre non négligeable de patients interrogés ne semblaient avoir aucune connaissance sur l'insuffisance veineuse (218-219-221-231-233-234) et cela même si ils avaient de lourds antécédents d'insuffisance veineuse et depuis longtemps.

C. Analyse des représentations

Les patients étaient invités à dessiner les artères et les veines telles qu'ils se les représentaient.

Deux patientes ont refusées (P6- P20).

La notion d'insuffisance veineuse(IV) a dû être simplifiée par oral par le terme varice pour 7 patients qui ne comprenaient pas.

Les résultats sont présentés dans l'annexe
Tableau synthétique des représentations du tableau n°2

Représentations	Représentation adaptée	Représentation erronée	Non exprimé
Insuffisance veineuse	11	7	2
Diamètre artère /veine	1 (artère<veine)	17 (artère>veine)	2
Epaisseur pariétale : artère> veine	14	4	2
Notion de valve	2	16	2
Direction flux sanguin	4	7	9
Viscosité du sang épais	2	16	2
Stase sanguine IV	10	1	2
Confusion AOMI/IV	3	6	11
Lien artère/veine	0	2	18
Veines obstruées dans IV	9	3	8
Œdème	0	0	20
Rôle de la pompe musculaire	0	0	20
Total :	56	79	88

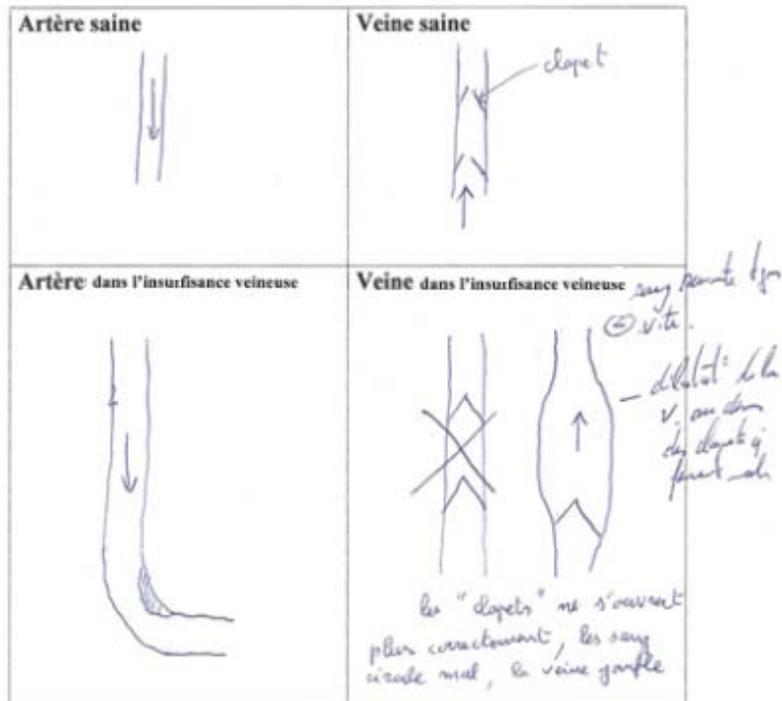
Les représentations qui apparaissaient spontanément étaient :

- Le diamètre
- L'épaisseur pariétale
- La notion de clapet ou de valve
- Les dépôts à l'intérieur des veines/artères
- La direction du flux sanguin
- Viscosité du sang

Pour la plupart de patients (17/18) les artères avaient un diamètre supérieur aux veines. Les parois des veines étaient plus fines que celles des artères. Une patiente percevait les parois des veines fines et poreuses dans l'IV

La notion de valve (clapet) apparaissait chez 2 patients (un laborantin et un ingénieur)

Figure 8 Exemple de représentation des clapets par le patient P10

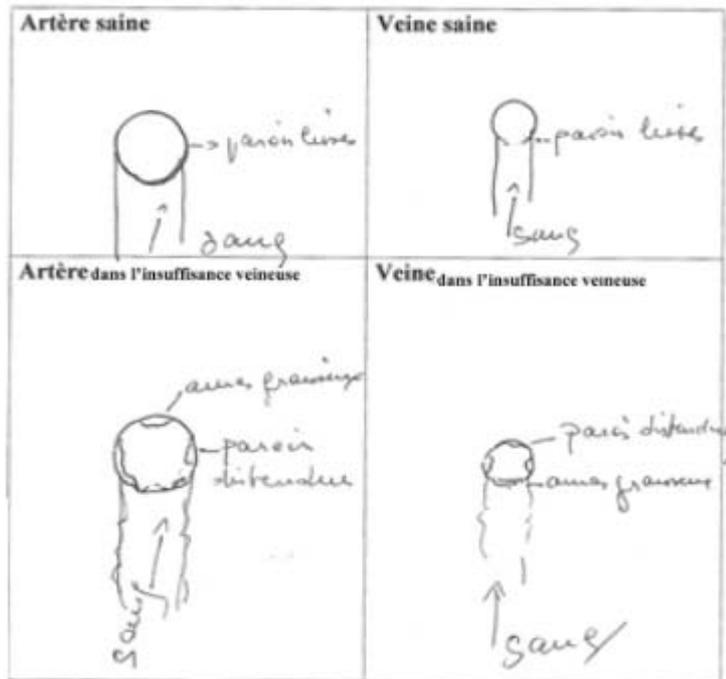


On retrouvait aussi une confusion entre l'athérome et l'insuffisance veineuse car :

- un patient schématisait des artères athéromateuse dans le cadre de l'IV
- deux autres voyaient des dépôts de gras dans les artères comme les veines (1 distinguant les artères malades)
- un patient schématisait des dépôts dans les veines saines et malades mais pas dans les artères

Une confusion entre AOMI et IV : deux patients schématisaient des caillots de sang dans les artères dans le cadre d'une insuffisance veineuse.

Figure 9 Exemple de confusion AOMI/IV par le patient P11

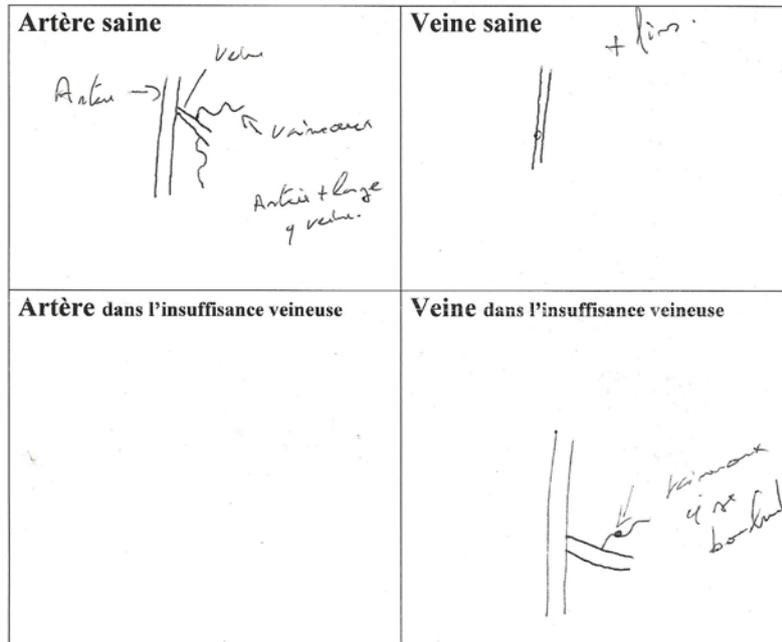


Trois patients avaient conscience du fait que « l'insuffisance veineuse et les problèmes d'artères » n'étaient pas liés.

Deux patients se représentaient un sang trop « épais » responsable de la formation de caillots dans l'IV.

La représentation du lien entre artère et veine (capillaire) n'est pas apparue dans les schématisations alors que 2 patients ont dessiné les veines naissant directement des artères (donnée inattendue).

Figure 10 Oubli des capillaires par le patient P12



Plusieurs patients confondaient la direction du sang entre artères et veines (4 patients représentaient le sang allant vers le cœur via les artères).

Une patiente se représentait les varices comme des veines dilatées avec une autre veine à l'intérieur.

Une autre se représentait et expliquait les varices par des dépôts de gras provoquant une distension des veines (et aussi des artères) en comparant cela aux vergetures. Aucun patient ne faisait apparaître les muscles ou l'œdème sur le schéma.

4. Discussion

Le but de ce travail était d'identifier les connaissances et les représentations des patients afin, dans un second temps, de concevoir un programme afin d'améliorer leur éducation thérapeutique.

-Résultat principal :

Les principaux résultats retrouvés étaient : le défaut de connaissance global avec la confusion artères/veines, la méconnaissance de la physiopathologie de l'IVC, la mauvaise observance des traitements, le défaut d'information des patients et le désir d'information supplémentaire que suscitaient nos questions (Annexe 2).

-Physiopathologie

Les patients concernés sont souvent poly pathologique et l'IVC n'est qu'un élément de la prise en charge globale, aussi leur IVC est parfois négligée. Ces patients d'une part peuvent ignorer leur IVC, d'autre part, ne connaissent pas suffisamment les notions d'anatomie (confusion artère/veine), méconnaissance des principes du retour veineux et de la physiopathologie. Un programme d'éducation pour les patients atteints d'IVC à la station thermale de La Léchère appelé l'Ecole de la veine(10) abordait les notions d'anatomie, de physiologie et de la maladie veineuse. A l'Ecole de la veine, la progression des connaissances était la plus notable pour l'atelier d'anatomie physiologie.

Durant nos entretiens les connaissances semblaient mieux acquises au niveau anatomique qu'au niveau physiologique. Il en ressort que les connaissances et représentations des patients semblent être plutôt de l'ordre de la culture générale (probablement un reliquat de l'enseignement scolaire) que d'une information apportée par leurs médecins. Par contre à l'Ecole de la veine les résultats obtenus étaient inverses. Ces résultats divergents peuvent être

expliqués par le fait que la méthode d'évaluation n'était pas la même à l'Ecole de la veine ; ils avaient des questionnaires de type vrai/faux versus question ouverte.

Lors de nos entretiens seuls 2 patients abordaient la notion de valvule veineuse, l'un d'eux expliquait l'apparition des varices par une anomalie d'ouverture des « clapets » à l'origine du « gonflement de la veine » et de la diminution du retour veineux. Un patient esquissait l'ébauche de notion de pression veineuse puisqu'il pensait que la pression était liée aux veines obstruées (et non aux valves non fonctionnelles).

Pourtant de nombreux patients avaient une IVC avancée (stade ulcère C5-C6), ils avaient consulté des médecins à de nombreuses reprises sans bénéfice notable au niveau de leurs connaissances par rapport aux patients à un stade moins avancé. Un des paramètres pouvant expliquer ce manque d'information dans le cadre d'une maladie pourtant chronique pourrait être lié au fait que les médecins généralistes, première ligne dans la prise en charge du patient, s'estiment eux-mêmes en manque de formation ainsi que le montre une thèse (Dr Bernier). Ce travail a également souligné la demande de ceux-ci à l'accès à un guide, tant pour les soignants que pour les patients comme support à l'information.

Comme le montraient certaines études(16)(11), les connaissances et la compréhension des raisons de leur maladie chronique (IVC) étaient pauvres.

Les connaissances semblent surtout dépendre du niveau d'étude, malheureusement notre échantillon n'est pas suffisant pour l'affirmer.

-Représentation

La représentation des valves était très peu perçue (2 patients /18).

Pour la plupart des patients les artères avaient un diamètre supérieur aux veines.

Les parois des veines étaient plus fines que celles des artères.

Les représentations montraient une confusion entre l'athérome et l'insuffisance veineuse (IV) et une confusion entre AOMI et IV.

Seulement trois patients avaient conscience du fait que « l'insuffisance veineuse et les problèmes d'artères » n'étaient pas liés.

Des patients (deux) se représentaient un sang trop épais dans l'insuffisance veineuse.

Les patients confondaient fréquemment la maladie athéromateuse avec l'IVC, pour eux on pouvait retrouver des « dépôts » de graisse dans les veines. On retrouvait cette confusion au niveau des facteurs de risque puisque l'alimentation et le tabac étaient perçus comme dangereux pour les veines. De plus les complications de l'IVC étaient aussi mélangées avec celles liées à l'athérome : AVC, ischémie, cardiopathie ischémique.

Une explication possible pourrait être que l'athérome est beaucoup plus médiatisé ne serait-ce que au niveau télévisuel (cf. programme mangerbouger.fr). Par conséquent, les patients ont tendance à faire l'amalgame avec l'IVC. L'éducation est probablement meilleure pour ce qui est de la maladie athéromateuse qu'au niveau de l'IVC. Cela montre que la politique de santé publique est plus axée sur la prévention de la maladie athéromateuse, ce qui peut participer au ressenti des patients quant au sentiment de gravité supérieure pour les problèmes artériels.

-Facteurs favorisant :

Parmi les facteurs modifiables, seul le poids a été cité. Le surpoids était associé à une prévalence augmentée d'IVC, mais il faut prendre en compte le facteur de confusion qui est la sédentarité car beaucoup d'obèses développent des signes d'IVC comme la lipodermatosclérose ou des ulcères sans qu'aucun reflux ne soit mis en évidence(17).

Les patients avaient conscience que les longues stations debout, assis ou immobile favorisaient l'apparition de varices et ce à juste titre(18).

La notion d'immobilisation ne ressortait pas.

Par contre les facteurs non modifiables étaient plutôt bien identifiés.

La majorité des patients pensait que le tabac et la mauvaise alimentation favorisait l'IVC.

L'hérédité était perçue par les patients comme un facteur favorisant la survenue des varices comme le montre l'étude(19). De même y a-t-il eu une étude française montrant que l'hérédité et l'âge étaient les principaux facteurs d'IVC(6).

L'âge n'était pas perçu comme un facteur favorisant (une patiente disait que les varices « ça démarre en même temps que la ménopause ») alors que l'on sait que le risque d'IVC ainsi que d'ulcère veineux augmentent avec l'âge(20) et comme la population est vieillissante le nombre de patient atteints va aussi augmenter (Christensen and Yaeger, 2001),

Le sexe n'a pas été mentionné de façon explicite comme facteur favorisant par contre un lien était fait uniquement par les femmes avec la grossesse. Le risque de développer des varices ainsi que celui de développer une IVC augmentent avec le nombre de grossesses(21). Le SPT n'a pas été abordé comme cause de l'IVC par contre les patients percevaient le risque majoré de faire une phlébite en présence de varice. Ainsi on estime entre 23 et 60% l'incidence du SPT dans les 2 années suivant un épisode de TVP(12). Dans 5 à 10% des cas la MPT est sévère et peut évoluer vers le stade ultime de la maladie : l'ulcère de jambe(22)(23). Les BMC ont pour but la prévention et la prise en charge du SPT (24). Certaines études estiment que le port d'une compression veineuse de 40 mm Hg permet de réduire de 50% l'incidence du SPT dans les 2 années suivant un épisode de TVP proximale symptomatique(25). Un patient percevait que la diminution de la circulation sanguine pouvait provoquer la formation d'un caillot par contre le SPT n'a pas été abordé.

Ce qui est regrettable, c'est que les facteurs modifiables les plus intéressants en terme d'éducation / prévention tel que l'immobilisation (post traumatisme...), la sédentarité, le SPT (car il pourrait influencer sur le port des BMC) ne soient pas spontanément évoqués/connus par les patients. Il existe pourtant des thérapies améliorant l'IVC incluant : l'élévation des jambes(26), les BMC(2) et une activité physique quotidienne (27).

Nous nous sommes aperçu que la notion d'insuffisance veineuse elle-même reste « floue » pour un certain nombre de patients qui, soit ne savent pas à quoi ça correspond, soit ne

comprennent pas tout simplement. Il faut alors expliciter en parlant de varice pour se faire comprendre. Pour eux ce terme au mieux signifie une mauvaise circulation veineuse mais n'est pas forcément une notion comprise et/ou acquise.

Notre étude nous a fait prendre conscience de la mauvaise compréhension des mécanismes physiopathologiques et du manque de connaissances anatomique. Une des explications pourrait être un défaut de compréhension de leur état ou des thérapies qui leurs ont été prescrites(28). Une autre explication pourrait être le manque d'information donné aux patients.

Les patients n'ont pas évoqué de recommandation concernant la durée du port nécessaire (à savoir deux ans) de leur contention après avoir fait une TVP. Le rôle et l'importance de la compression veineuse ont-ils été expliqués aux patients ? Une bonne information est essentielle pour obtenir une bonne compliance mais ont-ils été informés de la durée nécessaire de port des BMC et de son intérêt. De plus étaient-ils suffisamment aptes à comprendre cette information trop complexe ou peut être trop succincte ou peut-être même empruntant des termes médicaux trop complexe pour qu'il y ait un bon entendement ? D'où la nécessité d'utiliser un vocabulaire très simple pour nous faire comprendre des patients.

-Evaluation de la gravité :

Il ressort de nos entretiens une sous-estimation de la gravité de la pathologie veineuse car elle était perçue comme moins grave que la pathologie artérielle, d'où une mauvaise connaissance du retentissement, des complications et cela participerait probablement à un retard à la consultation.

Selon l'étude de l'INSEE conduite auprès de la population générale en 1996, 18 millions d'adultes (57% des femmes et 26% d'hommes) se plaignaient de problèmes de circulation veineuse des jambes. Cette prévalence est confirmée en 2012 dans le programme « VeinConsult » (Dr Guex) (29) ou 65.5% de la patientèle des médecins généralistes (sur 33

097 patients inclus) présentaient depuis 7 ans en moyenne des symptômes d'IVC dominés par des lourdeurs de jambes (48.9%), des douleurs (40.9%) et la sensation de gonflement (37.4%).Près de la moitié de ces patients ne consultaient pas pour ce motif ce qui témoigne d'une sous-estimation de cette pathologie par les patients eux-mêmes comme par les médecins, malgré la présence de symptômes typiques.

Un travail similaire, portant sur le regard des patients face leur insuffisance veineuse a été réalisé en 2011 par le Dr Faure-Gire. Les conditions d'entretien étaient comparables mais la population était composée de la patientèle de médecins généralistes. Concernant les facteurs favorisants, les résultats sont similaires. On note également une sous-estimation de la gravité de la pathologie comme dans notre étude. Une explication avancée par ce médecin est la banalisation liée à la fréquence de la maladie chez les patients interrogés qui ont une moyenne d'âge de 57,6 ans, âge similaire à notre échantillon. Alors que la question n'était pas abordée directement, une partie des patients interrogée avait parlé spontanément de leur vécu des bas de contention. Nous avons également relevé ce point dans nos entretiens. Cela semble montrer que la notion d'insuffisance veineuse serait pourtant associée étroitement aux bas de contention dans l'esprit des patients.

-Problème d'observance :

Une étude Néo-Zélandaise(30) montrait que seulement 52% des patients portaient quotidiennement leurs BMC durant les 6 mois après leur guérison d'ulcère variqueux. Dans une étude australienne le port des BMC était associé de façon significative aux connaissances des patients de leur IVC(11) mais on retrouve une étude qui montre que l'augmentation des connaissances seules n'est pas synonyme d'une meilleure compliance(port BMC) (31), il faut aussi que les patients y croient.

-Limite du travail :

On retrouve certaines limites bien que l'hétérogénéité des personnes interrogées ait permis l'émergence d'un maximum d'idées :

Il existe un biais de recrutement car celui-ci se faisait en milieu hospitalier, et il n'a pas été exhaustif. Cette population présente en général une maladie plus grave et par conséquent devrait être plus sensibilisée.

Il y a aussi un biais d'interprétation lors du classement des verbatims car il a été réalisé par une seule personne et donc ne permet pas de s'affranchir de la variabilité inter observateur.

Le niveau scolaire sur les 20 participants était varié mais principalement des patients n'ayant pas fait d'études supérieures sauf un professeur retraité, un ingénieur, un laborantin.

Il existe un effet Hawthorne lié au fait que le patient se savait évalué lors des entretiens et pouvait vouloir répondre à tout prix ou au contraire craindre d'être jugé en cas de réponse fausse et préférer s'abstenir...

-Coût :

L'insuffisance veineuse chronique constitue un problème de santé publique majeur en raison de sa prévalence et de ses coûts socio-économiques élevés. Le coût économique est non négligeable : 10 millions euros par million habitants et par an(32).

Dans une étude écossaise concernant 1566 sujets (18-64 ans), 80% des hommes et 85% des femmes présentaient des télangiectasies et varices réticulaires. Des varices étaient retrouvées chez 40% des hommes et 16% des femmes. Des œdèmes des membres inférieurs étaient présents chez 7% des hommes et 16% des femmes et 1% de la population générale présentait ou avait présenté un ulcère veineux. La prévalence de l'IVC varie de 1 à 17% chez l'homme et de 1 à 40% chez la femme selon les études. Cette importante variabilité s'explique par l'utilisation de critères de sélection et de définition différents(33). La prise en charge de l'IVC absorbe entre 1 et 3% du budget de la santé publique des pays industrialisés(34).

Compte tenu de ces données épidémiologiques, la prise en charge de la maladie veineuse est primordiale pour participer à réduire les dépenses de santé liées à cette maladie. En effet, il faut prendre en compte non seulement les coûts directs liés au traitement de la maladie veineuse mais aussi les coûts indirects, notamment ceux induits par les arrêts de travail qui concernent près de 7% des patients pour un total de 6,4 millions de jours par an(32). Il existe aussi des coûts liés à la perte de productivité des patients et à l'altération de leur qualité de vie mais qui ne sont pas directement chiffrables(35).

-Implication pratique pour un outil d'éducation thérapeutique :

A l'occasion des entretiens, les patients eux-mêmes ont souvent souligné leur manque de connaissances sur le sujet, alors même qu'ils avaient déjà consulté à plusieurs reprises. Les résultats du questionnaire ont effectivement mis en évidence des lacunes dans les connaissances, principalement physiologiques. Mais même lorsque ces connaissances étaient acquises, lorsqu'on leur demandait de les représenter sous forme de schéma il manquait de nombreuses données. Cela illustre bien le fait qu'une connaissance vraie peut s'accompagner d'une mauvaise représentation. Il est donc indispensable de ne pas présenter un support d'information sous forme de texte pur.

L'outil serait axé autour d'un schéma simple légendé sous forme d'idées reçues, vraies ou fausses permettant aux patients de les identifier et de les corriger. Les résultats de nos entretiens montrent qu'au niveau de la schématisation les mécanismes physiologiques du retour veineux n'apparaissent pas ou très peu, il faudrait donc réaliser un schéma représentant le rôle des valvules de la pompe surale dans le retour veineux. Le thème de la confusion avec l'athérome paraît important à éclaircir. De même, la gravité étant sous-évaluée par les patients il paraît important de détailler les complications apparaissant lors de l'évolution de la maladie. L'existence d'un schéma permettrait aussi d'illustrer le mécanisme d'action des bas de compression afin d'en démontrer le mécanisme d'action. Il paraît également important, au vu des retards à la consultation, de souligner les premiers symptômes devant amener à consulter. Il pourrait être également intéressant d'évaluer l'impact d'images « chocs » (photos

d'ulcères), celles-ci ayant démontrées leur efficacité dans les campagnes anti-tabac ou de prévention routière. Ce schéma faciliterait la lecture (vue synthétique) avec une vision d'ensemble immédiate. Privilégier un schéma sous forme recto verso (court) permettrait d'être perçu comme moins rébarbatif par les patients qu'un livret. Depuis l'abandon de la pratique de la médecine paternaliste, il a été montré que placer le patient au centre de sa prise en charge était plus efficient. Le but de cet outil serait donc de sensibiliser le patient sur l'évolution possible de sa maladie, les signes devant l'amener à consulter, en partant des bases physiopathologiques.

Nb : nous venons de voir les connaissances et représentations erronées mais je pense qu'il s'agit surtout d'une méconnaissance de l'appareil cardio vasculaire et veineux. Des livrets sont parfois disponibles dans des pharmacies ou avec veinotoniques mais il me semble que les patients ne sont pas suffisamment alertés par les premiers symptômes et ces outils ne sont souvent pas assez didactiques et donc pas souvent lus.

5. Conclusion

Notre étude s'intéressait à l'évaluation des représentations et des connaissances anatomiques et physiologiques des patients sur leur insuffisance veineuse chronique. Nous avons interrogé 20 patients de différentes classes d'âge et de niveau éducatif différent en leur demandant de schématiser leurs représentations, car nous pensons, en accord avec le Constructivisme qu'identifier les représentations mentales erronées est important pour faire évoluer les connaissances et représentations.

Il s'agissait donc d'une étude préalable à la mise en place d'un support éducatif afin d'identifier les items les plus pertinents avec un objectif final qui est l'amélioration de l'observance du port des contentions.

Les patients semblent méconnaître surtout la physiopathologie de l'IVC et dans une moindre mesure l'anatomie avec la confusion artères/veines (AOMI/IVC). De plus il semble qu'il y ait une mauvaise observance des traitements et un défaut d'information des patients. Cependant le désir d'information supplémentaire que suscitaient nos questions est certain et cela nous donne l'espoir qu'en améliorant leurs connaissances les patients puissent identifier leurs symptômes plus précocement.

Aussi, insistons-nous sur le fait qu'il faudrait une fiche explicative simplifiée avec un schéma d'une veine, légendé, décrivant le mécanisme du retour veineux ainsi que les recommandations pour prévenir l'aggravation de l'IVC. Le but serait de corriger les idées erronées, relevées dans notre étude, afin d'améliorer l'observance.

6. Liste des abréviations

TVP: thrombose veineuse profonde

SPT : syndrome post thrombotique

CHU : centre hospitalier universitaire

IVC : insuffisance veineuse chronique

IV : insuffisance veineuse

BMC : bas médicaux de compression

TVS : thrombose veineuse superficielle

MTEV : maladie thromboembolique veineuse

EP : embolie pulmonaire

MTE : maladie thromboembolique

IMC : indice de masse corporelle

MPT : maladie post thrombotique

CEAP : clinicaetiologiaanatomypathophysiology

HAS : haute autorité de santé

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des aliments et des produits de santé

7. Annexe

1. Synthèse des représentations

Tableau 2 Synthèse des représentations : - correspond à non précisé et * aux patients ne comprenant pas insuffisance veineuse (IV)

Patient	P1*		P2*		P3*	
	artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	gros	petit	gros	petit
Epaisseur parois	Epais	fin	épais	fin	épais	Fin, non dilatées
Notion de valve	-	-	-	-	-	-
Dépôts	-	-	-	-	-	-
Lien artère /veine	-	-	-	-	-	-
Direction	Monte au cœur	Monte au cœur	Monte au cœur	Monte au cœur	Monte au cœur	Monte au cœur
Différence veine saine/IV	Sang ne remonte pas au cœur, paroi abimée dans IV, alors que rectiligne en temps normal		Sang ne remonte pas au cœur		Dilatation des parois de la veine avec une veine à l'intérieur de la veine dilatée Artère nleds IV	

Patient	P4		P5*		P6*	
	Artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	gros	petit	refus	
Epaisseur parois	-	-	épais	fin		
Notion de valve	-	-	-	-		
Dépôts	-	-	-	-		
Lien artère /veine	-	-	-	-		
Direction	Pars du cœur	Retour au cœur	Monte au cœur	Monte au cœur		
Différence veine saine/IV	Sang circule moins bien, parois irrégulière (« boursouflure »)		Sang ne remonte pas au cœur			

Patient	P7		P8		P9	
	Artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Large	Plus large	gros	petit	gros	petit

Epaisseur parois	Epais	fin	Epais, plus rigide	Fin, parois souple	Pas de différence	
Notion de valve	-	-	-	valve	-	-
Dépôts	Dans l'artère lorsque IV à type de plaque	-	A type de plaque d'athérome dans les artères malades	Sédiments (phlébites) dans les dilatations variqueuses	Oui dépôts de gras dans les 2 avec les parois qui se distendent comme des vergetures sur la peau, augmentation des diamètres	
Lien artère /veine	-	-	-	-	-	-
Direction	-	-	Va oxygéner les tissus	remonte au cœur	-	-
Différence veine saine/IV	Sang ne circule pas bien, parois veineuses dilatées IV		Sang remonte moins bien, « dilatation de la paroi veineuse avec dépôts de sédiments dans dilatation »		Dilatation de la veine avec des dépôts de gras sur les parois face interne	

Patient	P10		P11		P12	
	Artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	gros	petit	gros	petit
Epaisseur parois	Pas de différence		Epais, lisse	Fin, lisse	-	Fin
Notion de valve	-	clapet	-	-	-	-
Dépôts	Plaque cholestérol dans les artères malades	-	Amas graisseux dans les artères malades et dans l'IV		-	Oui dans les veines saines et IV
Lien artère /veine	-	-	-	-	-	-
Direction	Vascularise les tissus	remonte au cœur	Part du cœur	Revient au cœur	Artères partent du cœur, donne les veines qui se divisent en vaisseaux	
Différence veine saine/IV	Sang remonte moins vite, dilatation de la veine au-dessus du clapet qui ferme mal, clapet ne s'ouvre pas correctement, altère la circulation veineuse, provoque gonflement de la		Parois distendues, irrégulières dans l'IV, avec des amas graisseux		« Veines se bouchent » dans l'IV	

	veine		
--	-------	--	--

Patient	P13		P14*		P15*	
	Artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	gros	petit	gros	petit
Epaisseur parois	Epais	fin	épais	fin	épais	Fin, non non dilatées
Notion de valve	-	-	-	-	-	-
Dépôts	-	-	Caillot de sang dans l'artère dans l'IV	-	Sang épais avec petit bouchon dans artère de IV	-
Lien artère /veine	-	-	-	-	-	-
Direction		Veine naissent des artères			Va au cœur	Part du cœur
Différence veine saine/IV	Obstacle dans la veine malade qui empêche le sang de passer		Veine malade a un trajet irrégulier		Sang plus épais dans l'IV, veines dilatées, trajet sinueux	

Patient	P16		P17		P18	
	Artère	Veine	artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	gros	petit	gros	petit
Epaisseur parois	Epais	fin	-	-	épais	Fin, non dilatées
Notion de valve	-	-	-	-	-	-
Dépôts	On peut avoir IV sans problème d'artère	-	-	bouché	-	oui
Lien artère /veine	-	-	-	-	-	-
Direction						Trajet irrégulier
Différence veine	Varices irrégulières, sang ne circule pas dans		IV =bouchées		Trajet irrégulier, se bouche dans IV	

saine/IV	varice,		
----------	---------	--	--

Patient	P19		P20	
	Artère	Veine	artère	Veine
Diamètre	Gros	petit	Refus	
Epaisseur parois	Epais	Fin, poreuse		
Notion de valve	-	-		
Dépôts	-	-		
Lien artère /veine	-	-		
Direction				
Différence veine saine/IV	Sang bloqué dans l'IV car trop épais, provoque des caillots			

2. La somme des connaissances des patients au niveau physiologique

- Légende : - Exacte
- Erroné
- non-dit

Orthostatisme



Augmentation de la pression veineuse **car veines bouchées** :

Semelle plantaire de Lejars

Pompe musculaire

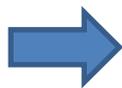
Système abdomino diaphragmatique



Distension veineuse varices dues à : hérédité, grossesses, stase sanguine **âge**, alcool tabac
alimentation, marche, relâchement cutané, viscosité sanguine, athérome



SPT



Incontinence valvulaire



Reflux veineux

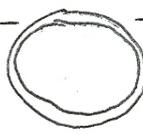
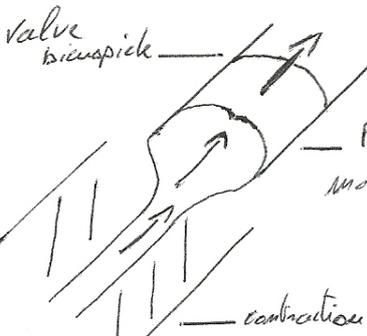
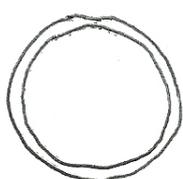
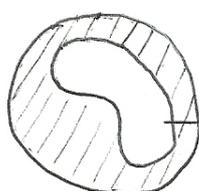
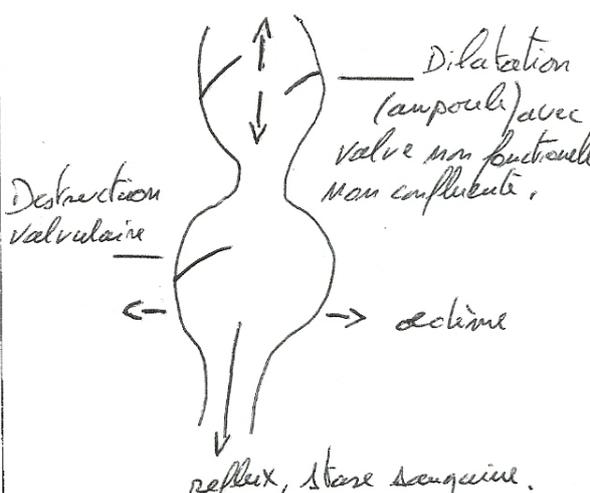


Hyperpression capillaire → œdème → inflammation → trouble trophique

3. Représentations type attendues

5. Dessinez-moi une artère et une veine saine puis une artère et une veine telle que vous vous les représentez dans le cadre de votre insuffisance veineuse.

Détaillez au maximum

<p>Artère saine</p> <p>Parois épaisses comparées aux veines.</p>  <p>Parois constituée de 3 tuniques: -intima -media -adventitia.</p> <p>Parois élastique Rigide, moins souple que celles des veines.</p>  <p>Pas de valve</p>	<p>Veine saine</p> <p>Trojet sinueux</p> <p>Valve bicuspidée</p>  <p>Parois fines mais rigide</p> <p>contraction musculaire.</p> <p>diamètre veine > artère.</p>
<p>Artère dans l'insuffisance veineuse</p> <p>identiques artères saines</p>  <p>Possibilité d'athérome</p>  <p>Lumière diminuée par l'athérome.</p>	<p>Veine dans l'insuffisance veineuse</p> <p>Dilatation (ampoules) avec valve non fonctionnelle non confluentes.</p>  <p>Destruction valvulaire</p> <p>ectasie</p> <p>reflux, stase sanguine.</p>

4. Questionnaire :

1-Qu'est-ce qu'une artère ?

2-Quel est le rôle d'une artère ?

3-Qu'est-ce qu'une veine ?

4-Quel est le rôle de d'une veine ?

5-D'après vous les problèmes des artères et les veines sont-ils aussi graves ?

6-A quoi sert une veine ?

7-Comment une veine se transforme-t-elle en varice ?

8- Qu'est-ce que l'insuffisance veineuse ?

9-Qu'est-ce qui favorise l'insuffisance veineuse ?

10-Comment les symptômes que vous éprouvez vous paraissent ils liés à l'insuffisance veineuse?

11-Si on ne s'occupe pas de votre insuffisance veineuse, y-a-t-il des problèmes qui peuvent apparaître et si oui lesquels ?

12-D'après vous que faut-il faire pour éviter l'aggravation des problèmes veineux ?

5. Verbatim

- **Q1 : qu'est-ce qu'une artère ?**

1. P1 :C'est ce qui part du cœur.
2. P1 :Les veines c'est ce qui fait la circulation.
3. P1 :Le rôle d'une artère c'est d'irriguer en fin de compte.
4. P2 :Je ne sais pas. J'en ai entendu parler mais je ne vois pas bien à quoi ça correspond.
5. P3 :C'est là que circule le sang, le sang coule dans les artères.
6. P3 :Les artères se trouvent plus en profondeur dans les tissus.
7. P4 :Une artère emmène du sang propre.
8. P4 : Je me souviens des dessins de quand j'étais gamin avec les artères rouges et les veines en bleu.
9. P4 : Le sang qui vient du cœur et qui est transporté par les artères passe dans le poumon et va partout dans le corps ensuite.
10. P4 : Alors que les veines permettent le retour du sang.
11. P5 :Alors, moi mon problème se trouve au niveau de mes veines.
12. P5 :Je n'ai pas fait d'études.
13. P5 :Il doit y avoir une différence entre les artères et les veines, mais je ne serais pas vous dire laquelle.

14. P5 :Pour moi, les deux servent à la circulation sanguine.
15. P6 :C'est comme une veine.
16. P7 :C'est comme une veine en un peu plus gros.
17. P7 : L'artère c'est ce qui vient du cœur.
18. P7 :Et la veine revient vers le cœur.
19. P7 :Je sais que quelquefois on pique dans l'artère par exemple niveau du poignet et que ça fait bien plus mal que les piqûres dans les veines.
20. P7 :C'est peut-être parce que la paroi est plus grosse plus dure.
21. P8 :C'est comme un tuyau.
22. P8 :Un tuyau avec une paroi plus épaisse et plus rigide qu'une veine.
23. P8 :ça sert à ramener le sang vers le cœur.
24. P8 : Pour que ça fonctionne, il y a des petites valves à l'intérieur pour favoriser le retour veineux.
25. P8 :Et ça sert aussi à éliminer des déchets vers le foie.
26. P9 :Ça sert à faire circuler le sang.
27. P9 :Honnêtement je mélange un peu entre artères veines.
28. P10 :C'est un tuyau qui part du cœur.
29. P10 :Un tuyau qui va irriguer les organes en apportant de l'oxygène.
30. P10 :Le diamètre des artères diminue progressivement.
31. P11 :C'est un tuyau qui permet la circulation du sang.
32. P11 :En partant du cœur pour aller vasculariser les tissus.
33. P12 :C'est quelque chose.
34. P12 :qui part du cœur
35. P12 :qui apporte le sang aux veines
36. P12 :aux veines qui elles-mêmes se divisent vaisseaux.
37. P13 :Les artères c'est ce qui remonte au cœur
38. P13 :c'est l'artère qui part du cœur.
39. P13 :On a des artères un peu partout :Au niveau du cou, au niveau des jambes artère fémorales.
40. P14 :Une veine.
41. P15 :C'est un vaisseau qui monte jusqu'au cœur.
42. P15 :Qui fait comme un circuit.
43. P15 :Et qui permet la circulation du sang.
44. P16 :C'est une veine principale du corps
45. P16 :d'où partent plusieurs autres petites veines.
46. P17 :C'est ce qui amène le sang au cerveau, au cœur.
47. P17 :vous savez j'étais maçon donc je ne m'y connais pas trop...
48. P18 :C'est une veine
49. P18 :C'est là où le sang circule.
50. P19 :C'est plus gros qu'une veine

51. P19 :Quand on a une plaie on fait des points de compression j'ai appris ça lors d'une formation de premiers secours.

52. P20 :C'est ce qui sert à faire circuler le sang dans le corps.

• **Q2 : quel est le rôle d'une artère ?**

53. P1 :Et ben c'est de diriger le sang.

54. P2 :Ça aide à marcher sûrement mais je ne sais pas non plus

55. P2 : je n'en ai aucune idée

56. P3 :Alors là je n'en sais rien

57. P5 :C'est la circulation du sang

58. P6 :L'artère travaille moins que la veine

59. P9 :Ça sert à la circulation sanguine

60. P9 :mais honnêtement je mélange un peu entre artères veines.

61. P12 :Ça part du cœur,

62. P12 :ça emmène le sang aux veines,

63. P12 :et ça se divise en vaisseaux.

64. P13 :C'est d'envoyer le sang dans les veines si on veut.

65. P14 :L'artère c'est ce qui fait passer le sang jusqu'au cœur,

66. P14 : Mais, je ne fais pas de différence entre les deux.

67. P15 :Je pense que l'artère c'est elle qui va au moteur c'est-à-dire le cœur,

68. P15 :c'est le cœur qui dispatche le sang dans les veines,

69. P15 :l'artère ça correspond à la canalisation principale,

70. P15 :et puis après les veines ça part où il faut

71. P15 :Les veines partent des artères.

72. P16 :Le rôle des artères, c'est peut-être d'envoyer le sang vers le cœur.

73. P18 :Je ne sais pas trop.

74. P18 : je ne fais pas trop la différence entre les deux.

• **Q3 :Qu'est-ce qu'une veine ?**

75. P1 :Alors en fait je mélange artères veines.

76. P1 :moi je trouve que ces deux choses un peu pareilles alors que c'est pas du tout pareil.

77. P2 :C'est ça (en montrant ses veines sur la face dorsale de sa main).

78. P3 :On cherche la veine pour faire les prises de sang

79. P3 :C'est plus superficiel

80. P5 :Ça sert à la circulation sanguine.

81. P8 :C'est plus souple que l'artère,

82. P8 :avec une paroi plus fine,

83. P8 :et ça sert à ramener le sang vers le cœur.

84. P8 : Il y a des petites valves à l'intérieur pour favoriser le retour veineux,

85. P8 :Et ça sert aussi à éliminer des déchets vers le foie.

86. P10 :C'est un peu pareil (que l'artère)

87. P10 :Sauf qu'à l'intérieur il y a des petits systèmes de clapet qui aident au retour veineux.
88. P10 :Lorsqu'on a des varices le sang remonte toujours mais moins vite
89. P10 : Les clapets ne s'ouvrent plus correctement,
90. P10 :et ça provoque un gonflement de de la veine
91. P11 :C'est pareil (que l'artère),
92. P11 :c'est un tube qui sert à transporter le sang dans notre corps.
93. P11 :et nourrir nos tissus et nos cellules.
94. P12 :Ça nait des artères,
95. P12 :ça se divise en vaisseaux.
96. P13 :C'est moins gros que les artères
97. P13 :C'est des petites veines qui ont tendance à se gonfler
98. P13 :Ca je ne sais pas trop pourquoi et ça se transforme en varice,
99. P15 :Une veine fait circuler le sang dans le corps
100. P16 :C'est un peu comme une rivière.
101. P16 :L'artère ça correspond au fleuve.
102. P17 :ça part des artères.
103. P17 :Et puis ça irrigue les jambes.
104. P18 :C'est ce qui alimente le cœur.
105. P19 :C'est connecté aux artères.
106. P19 :ça part des artères.
107. P19 :ça va dans tous le corps.
108. P19 :Il y a des veines partout.
109. P19 :Le but c'est de faire circuler le sang dans tout le corps.
110. P19 :faire vivre le corps entier
111. P19 :Ça permet d'irriguer le corps
112. P20 :C'est une petite route de l'artère
113. P20 :C'est un petit passage qui permet au sang de circuler un peu partout.
- **Q4 : Quel est le rôle de d'une veine ?**
114. P2 :Cela sert à la circulation sanguine
115. P2 : Ça permet au sang de remonter pour le cœur.
116. P5 :mais je ne sais pas quel est leur rôle exactement
117. P6 :Elles ont sûrement un rôle différent
118. P13 :Ça a bien un but, mais quoi je ne sais pas
119. P13 :Pour moi les artères alimentent les veines mais après je ne sais plus à quoi servent les veines.
120. P14 : çaemmène le sang jusqu'au cerveau
121. P17 :C'est d'irriguer toute la jambe tout le bras, le cerveau
122. P17 : Les veines partent des artères
123. P17 :les artères partent du cœur
124. P17 :Le cœur il fait office de pompe.

125. P18 :c'est d'alimenter le cœur en sang.
126. P20 : de faire circuler le sang dans le corps, dans le cerveau, l'oxygéner
- **Q5 : D'après vous les problèmes des artères et les veines sont-ils aussi graves ?**
127. P12 :les problèmes d'artères c'est plus grave.
128. P13 : L'artère quand elle se bouche, ça donne des caillots de sang qui peuvent être mortels.
129. P13 :La veine je sais pas
130. P13 :Pour moi l'artère c'est principal
131. P13 : (Les problèmes de veines)c'est des trucs secondaires.
132. P14 :Les artères c'est plus grave
133. P14 :Au niveau des veines y'a pas de souci à part si elle venait à se couper
134. P15 : les problèmes des artères sont plus graves
135. P15 : Pour les veines : Les déviations sont peut-être plus faciles. Si le tuyau est bouché le sang peut passer par d'autres voies
136. P16 :les problèmes d'artères sont plus graves c'est plus embêtants.
137. P16 :Les artères peuvent se boucher à cause de caillots, comme dans les infarctus.
138. P17 :je pense que les veines c'est moins grave que les artères
139. P17 :Quand les artères se bouchent on risque de gros dégâts.
140. P18 :Artérielle c'est au niveau du cœur de toute façon
141. P18 :et veineux c'est au niveau de la jambe lorsqu'on fait des phlébites des choses comme ça.
142. P18 :les problèmes des artères sont plus graves
143. P19 :Pour moi l'artère c'est plus grave que la veine
144. P19 :les problèmes veineux sont plus facilement soignables.
145. P20 :L'artère c'est, c'est principal
146. P20 : (l'artère) lorsque ça fonctionne mal ça peut occasionner des dégâts au niveau du cerveau du cœur.
147. P20 :les veines si elles se bouchent elles peuvent se soigner
148. P20 : Pour moi un problème artériel est plus grave qu'un problème de veine.
- **Q6 : A quoi sert une veine ?**
149. P1 :ça sert à la circulation du sang
150. P3 :A faire circuler le sang
151. P4 :À transporter le sang sale
152. P4 : c'est comme les routes
153. P4 : il y a des autoroutes des routes nationales des routes départementales, tout en réseau.
154. P5 :À la circulation sanguine, nous en avons besoin
155. P6 :Faire circuler le sang
156. P6 : mais en fait, je ne sais pas tellement à quoi ça sert.
157. P7 :elle vient du cœur et ramène le sang.
158. P7 :Mais en fait je mélange les artères et les veines.
159. P9 :Ça sert à faire circuler
160. P9 :ça part et ça revient au niveau du cœur

161. P10 : Une veine sert à renvoyer vers le cœur le sang après que l'oxygène du sang artériel ai été consommé.
162. P12 :ça sert à faire circuler le sang.
163. P13 :Ben elles ont sûrement un but, parce que sinon, elles n'existeraient pas
164. P13 : Ça doit alimenter tous les petits vaisseaux.
165. P13 :Je ne sais pas
166. P14 :Bah déjà ça sert à nous faire vivre
167. P14 : et puis je pense que ça monte jusqu'au cerveau,
168. P15 :C'est pour alimenter tous les systèmes, les muscles, les jambes, les doigts, pour qu'on puisse marcher enfin je suppose.
169. P15 :Ça emmène le sang partout
170. P16 :À transporter le sang.
171. P18 :Ça sert pour marcher des trucs comme ça
172. P18 : si on n'a pas de veine on ne peut pas marcher
173. P19 :A faire circuler le sang dans le corps en fait
174. P19ça fait la même chose que ce que font les artères dans les membres principaux saufs que les veines le font dans les plus petits endroits
175. P20 :A faire circuler le sang dans le corps.
- **Q7 : Comment une veine se transforme-t-elle en varice ?**
176. P1 : le stationnement debout fait qu'on a les jambes qui s'alourdissent,
177. P1 :la circulation se bloque
178. P1 : Le sang reste dans les veines
179. P1 :je vais regarder sur Internet quand je vais rentrer
180. P1 : Les veines elles n'ont plus la paroi pour faire la circulation.
181. P2 :A cause de la circulation, de la mauvaise circulation, de la peau trop sèche par manque de crème hydratante
182. P4 :Non je sais pas du tout, c'est peut-être en rapport avec la taille. Les petits en ont plus. Je sais pas.
183. P5 : Ça démarre en même temps que la ménopause
184. P6 : Si la peau est male lavée
185. P7 :il y a une grosseur qui apparaît à cause du sang qui ne passe pas bien.
186. P8 :Le sang veineux remonte mon bien
187. P8 : la circulation sanguine diminue et il peut y avoir la formation d'un caillot de sang.
188. P9 :Mais je crois que c'est la peau qui se relâche
189. P9 :et donc ça provoque une dilatation des veines
190. P9 :ça entraîne les jambes qui gonflent avec plein de petites veinules qui apparaissent.
191. P11 :C'est lorsque la paroi s'abîme
192. P11 :qu'il y a une stase veineuse
193. P11 :la veine se distant et devient apparente
194. P11 :On se met à avoir des cordons-bleus qui apparaissent (me montre ses creux poplités)
195. P12 :elle s'abîme
196. P14 :C'est quand le sang passe mal à l'intérieur
197. P14 :quand ça commence à se boucher apparemment ça fait des petits caillots

198. P14 :quand on ne marche pas assez, qu'on piétine
199. P14 : le sang stagne
200. P15 :Alors la aucune idée
201. P15 : soit ça vient en marchant ou alors l'alcool, tabac
202. P15 :Les veines deviennent moins épaisses et puis automatiquement ça grossit, se dilate et le sang devient plus épais...
203. P16 :Quand la veine est fortement abîmée elle se transforme en varice
204. P16 :exemple les gens qui sont debout toute leur vie, à la retraite, ils ont plein de varices dans les jambes car ils sont restés debout trop longtemps.
205. P16 :C'est la fatigue au niveau des veines.
206. P16 :Les veines qui meurent pour moi se transforment en varices
207. P17 :Ça circule mal,
208. P17 :les veines se gonflent
209. P18 :C'est une mauvaise circulation du sang
210. P18 :et puis soit l'alimentation,
211. P18 :ça peut venir aussi par l'alcool, par pas mal de choses.
212. P19 :Pour moi c'est que le sang ne circule pas bien
213. P19 :donc la veine grossie, puis on a les jambes lourdes.
214. P19 : Pour moi c'est la viscosité du sang qui à l'origine de ça. Il doit être trop épais.
215. P20 :C'est à cause de la mauvaise circulation du sang
216. P20 : le sang stagne
217. P20 :il y a des dépôts à l'intérieur de la veine, ça empêche la bonne circulation du sang et ça provoque l'apparition de varices.
- **O8 : Ou'est-ce que l'insuffisance veineuse ?**
218. P3 :ça ne signifie rien de particulier pour moi
219. P3 :je ne sais pas ce que c'est.
220. P4 :C'est qui a pas assez de veine, ou c'est qu'il y en a beaucoup qui sont abimés par des varices
221. P5 :Je ne sais pas, je ne sais pas ce que ça signifie.
222. P5 :C'est le sang qui circule mal et qui a du mal à remonter au cœur.
223. P6 :C'est une veine qui marche pas bien.
224. P7C'est sans doute les douleurs qu'on a dans les jambes, à cause justement de la circulation du sang, du problème d'aller et retour qui se fait mal.
225. P8 :Ça correspond à un mauvais retour du sang veineux des membres inférieurs
226. P8 : Les valves ne marchent plus et le sang n'arrive pas à remonter normalement vers le cœur.
227. P9 :Ça veut dire que les veines ne sont plus efficaces, elles ne remplissent plus leur rôle. Le sang circule moins bien.
228. P10 :C'est une dilatation veineuse en fait les clapets ne ferment plus et laissent la possibilité au sang de refluer.
229. P10 : Les clapets anormaux ne se ferment pas correctement pourquoi je ne sais pas, peut-être sont-ils sclérosés.
230. P11 :C'est le sang qui ne circule pas bien. Le sang stagne. Il y a une stase
231. P12 :c'est un problème au niveau des veines mais je n'en sais pas plus.

232. P13 :Que le sang ne passe pas si bien dans les veines, je ne sais pas, c'est le sang qui passe mal.
233. P14 :Je n'en sais rien, je ne sais pas du tout.
234. P15 :ça ne me dit rien
235. P15 : On doit avoir quelque chose dans le sang qui déconne. Et le cœur doit avoir plus de difficultés à faire fonctionner le circuit.
236. P16 :Ça signifie que le sang ne circule pas assez vite dans l'organisme notamment dans les veines.
237. P17 :Ça correspond au manque d'irrigation des veines.
238. P18 :C'est le sang qui n'arrive plus au niveau du cœur, c'est quelque chose qui doit se boucher.
239. P19 :le sang ne circule pas bien dans mes veines.
240. P20 :En fait je ne sais pas, peut-être que ça englobe tous les problèmes de mauvaise circulation sanguine au niveau des veines.
- **Q9 : Qu'est-ce qui favorise l'insuffisance veineuse ?**
241. P1 : Si la veine est abîmée, usée, la paroi doit être ramollie en fin de compte, c'est pas le terme mais le sang doit rester là et ensuite la circulation est insuffisante.
242. P1 : Les gens quine marchent pas assez, qui piétine, lorsqu'on a un métier à être debout,
243. P1 :le facteur héréditaire aussi
244. P1 : Le soleil.
245. P2 : Les jambes pendantes
246. P3 :Dans les suites d'une grossesse
247. P3 :le faite de ne pas marcher assez, piétiner ou être assis tous le temps
248. P3 :C'est le manque d'activité physique.
249. P4 :Le tabac, c'est sûrement une des causes. Autrement l'alimentation, l'hygiène de vie
250. P4 : ne pas prendre soin de soi, ne pas faire d'efforts.
251. P5 :moi c'est un héritage de famille, d'ailleurs à 28 ans je suis allé me faire scléroser, mais je n'y suis pas allé régulièrement
252. P6 : aucune idée.
253. P7 :La station debout par exemple.
254. P7 : quand on est aussi trop fort, trop gros autrement je ne sais pas
255. P7 :Je pense que trop boire ou trop manger, ça ne doit pas arranger les choses.
256. P8 :je pense que c'est familiale,il y a sûrement une part génétique, héréditaire
257. P8 : Il y a aussi la station debout ou assis longtemps sans bouger qui ne favorise pas le retour veineux.
258. P8 :Et les vêtements serrés doivent aussi comprimer les veines et empêcher le bon retour veineux.
259. P9 :Bah je crois qui en a plus dans certaines familles donc il y a une part héréditaire,
260. P9 :, il y en a aussi plus chez la femme au moment de la grossesse moi j'en ai une qui sont apparus à chaque fois enfant grossesse
261. P9 :Et puis quand on grossit ça ne doit pas arranger les choses.

262. P9 :. L'alimentation doit aussi rentrer en ligne de compte. Et je sais que on m'a toujours dit que piétiner c'est très mauvais pour les veines.
263. P10 :c'est quand on reste debout immobile la station immobile je crois que c'est pareil pour la station assise quand on reste assis longtemps sans bouger
264. P10 :Il y a aussi le facteur héréditaire.
265. P10 :Je crois que la marche ou la course en frappant du talon contre le sol, ce n'est pas bon il doit falloir éviter le jogging et préférer le vélo.
266. P11 :Moi je pense qu'une mauvaise hygiène alimentaire doit être responsable. Une mauvaise hygiène de vie aussi avec le tabac, trop d'exposition au soleil.
267. P11 : Le manque d'exercice physique moi c'est mon problème, je ne marche pas assez.
268. P11 : Et l'hérédité, la mère avait aussi des varices et elle a même eu des plaies variqueuses.
269. P12 :Bon je crois que c'est surtout une mauvaise hygiène de vie, trop d'alcool. Manger trop gras, le tabac, ne pas dormir, piétiner.
270. P13 :la mauvaise circulation du sang, ou alors aussi les travaux pénibles toujours debout ça peut jouer aussi.
271. P13 :Les grossesses
272. P13 :. L'état général de la personne doit jouer aussi je suppose. Quand on a un mauvais état général ça joue surtout.
273. P14 :C'est les personnes qui fument je crois, qui mangent très gras, mais c'est peut-être plutôt les artères. Je sais que ça n'avantage pas.
274. P14 :Quand on marche beaucoup ça aide donc piétiner
275. P16 :Être debout, la fatigue des veines à force d'être en position debout.
276. P16 :Peut-être que si le cœur ne fonctionne pas assez bien ça peut entraîner des problèmes de varices, je ne sais pas
277. P17 :Déjà le manque d'exercice peut-être que cela peut jouer. Le manque d'activité. Il doit y avoir tout un ensemble de facteurs.
278. P17 :Les abus comme pour les artères au niveau de la nourriture
279. P17 :La pression du sang comme c'est un peu bouché il doit y avoir trop de pression.
280. P18 :C'est beaucoup de problèmes grasseux liés à l'alimentation, ça se bouche carrément. Je ne vois pas autre chose.
281. P19 :La chaleur,
282. P19 : peut-être ce qu'on mange,
283. P19 : l'exercice qu'on fait si on en fait ça aide la circulation.
284. P19 : La viscosité du sang.
285. P19 :peut-être des problèmes cardiaques.
286. P20 :La chaleur,
287. P20 : la grossesse,
288. P20 : le faite de ne pas marcher, de piétiner,
289. P20 : d'avoir une mauvaise hérédité.
290. P20 : Je crois qu'il y a aussi le poids quand on est gros ça n'arrange rien.
- **Q10 : comment les symptômes que vous éprouvez vous paraissent ils liés à l'insuffisance veineuse?**

291. P1 :On a des douleurs des démangeaisons des brûlures.
292. P1 : C'est les veines et la circulation du sang mais après je ne sais pas comment ça marche. Je vais me remettre en question. Eh bien c'est vrai que quand je me suis fait soigner, j'ai toujours fait confiance mais je n'ai jamais cherchée plus loin à comprendre mes varices.
293. P3 :On a les jambes lourdes, qui gonfle et qui ne sont pas jolis esthétiquement.
294. P3 :Je pense que c'est une mauvaise circulation à l'origine.
295. P5 :c'est à cause de l'infection, c'est aussi à cause des soins qui n'ont pas été bien faits mais je ne sais pas le lien entre mes varices et les plaies
296. P7 :Eh bien, les jambes qui gonflent et qui sont douloureuses ça augmente quand je suis debout. Il y a aussi les choses vous savez à l'anus, ah oui les hémorroïdes, ça, ça vient aussi lorsqu'on est accroupi et qu'on force
297. P8 :C'est le sang qui stagne, il y a une stase, lorsqu'on marche pas assez et le retour veineux n'est pas efficace.
298. P9 :Moi j'ai surtout un problème avec des varices qui apparaissent au moment de mes grossesses avec les jambes lourdes qui gonflent et plein de petites veinules. J'ai déjà fait des séances de sclérose... Ce qu'on m'avait dit c'est qu'à cause de la grossesse le sang remonte moins bien dans mes veines et c'est pour ça que j'ai les varices et les hémorroïdes...
299. P10 :Moi je ressens des sensations de jambes lourdes, de chaleur. Ça doit être dû au ralentissement de la circulation sanguine. En fait, le ralentissement de la circulation sanguine entraîne probablement un échauffement, une inflammation, qui provoque que des sensations de lourdeur.
300. P11 :Moi j'ai des douleurs qui apparaissent avec des jambes lourdes comme je vous ai dit tout à l'heure je crois que c'est le sang qui stagne dans les veines qui est responsable de ça mais je ne serais pas vous en dire plus, vous savez je ne me suis en fait jamais vraiment posée la question...
301. P12 :C'est dû à une mauvaise circulation du sang, les petits vaisseaux se bouchent
302. P13 :la mauvaise circulation du sang,
303. P14 :Je ne sais pas non. Pourtant je suis allé voir des docteurs mais c'est quelque chose que je n'ai jamais compris.
304. P15 :Soit les veines son trop fines puis elles éclatent, car le sang est trop épais et la veine en elle-même, elle devient plus fine, ça paroi se fragilise.
305. P16 : pour moi les jambes qui gonflent, c'est forcément un problème de circulation du sang. Donc il y a pas forcément de varices.
306. P17 :Ce que je sais c'est que lorsque je ne mets pas mon collant de contention, j'ai la jambe qui gonfle, qui enfle.
307. P17 :Car c'est bouché ça ne circule pas. Il y a une mauvaise circulation du sang dans la jambe. Mes varices augmentent avec le froid c'est peut-être pour ça que j'ai froid aux pieds l'hiver d'ailleurs le froid peut être dangereux pour les veines car les alpinistes se font souvent amputer les orteils. C'est peut-être aussi parce que j'ai des dépôts dans les artères comment dit-on, de l'athérome, des dépôts graisseux

308. P18 :ça c'est déjà le boulot, monter et descendre du camion sans arrêt, et puis sûrement passé faire de sport pourtant j'en fais pas mal en déchargeant mon camion. Je fais un peu de natation aussi. Mais c'est surtout des dépôts graisseux dans les veines.
309. P19 :J'ai jamais entendu quelqu'un qui avait les lourdeurs dans les membres supérieurs donc c'est toujours dans les jambes. Pour moi c'est que ça circule moins bien dans les jambes
310. P20 :Alors moi j'ai aucune douleur par contre j'ai des veines qui sont apparues après mes grossesses en fait je les vois apparaître au moment de mes grossesses. Ça ne me gêne pas du tout j'ai pas les jambes lourdes. On ne peut pas dire que j'ai des symptômes par contre c'est surtout niveau esthétique que c'est gênant surtout quand on porte des jupes courtes et qu'on à la plage Je sais qu'il y a des patients qui doivent avoir les jambes plus lourdes, qui doivent faire de l'œdème.
- **Q11 : Si on ne s'occupe pas de votre insuffisance veineuse, y-a-t-il des problèmes qui peuvent apparaître et si oui lesquels ?**
311. P1 : Oui il y a des problèmes vasculaires, moi je suis obnubilé par mes varices mais c'est vrai qu'il peut y avoir le cœur aussi.
312. P1 :Des AVC des choses comme ça.
313. P1 : Au niveau des jambes y'a les ulcères
314. P2 :Oui sans doute parce que ça fait mal, surtout la douleur, c'est affreux.
315. P3:Oui les plaies
316. P3 :Je crois qu'il doit aussi avoir les phlébites.
317. P4 :Oui sûrement mais quoi j'en sais rien. Jusqu'à présent j'avais pas mal y'avais rien
318. P4 :Alors évidemment y est bien la phlébite j'en avais entendu parler...
319. P5 :oui, les plaies variqueuses.
320. P5 :Non à part les plaies qui d'ailleurs de temps en temps ne guérissent jamais, je ne vois pas.
321. P6 :Des ulcères variqueux. Ce tout ce que je saurais vous dire.
322. P7 :Des plaies, des douleurs au niveau des jambes. Parce que je sais qu'on parle de plaies variqueuses. Mais je ne sais pas si c'est lié au fait qu'on ne s'en occupe pas
323. P8 :Oui, des caillots des phlébites et si le caillot se décroche et que ça remonte vers le cœur, ça peut se transformer en embolie pulmonaire.
324. P9 :Ah oui il y a des problèmes qui peuvent apparaître, des douleurs qui peuvent entraîner une insomnie,
325. P9 : des problèmes esthétiques,
326. P9 : des problèmes pour marcher se déplacer à cause des douleurs.
327. P9 : On m'a aussi parlé de phlébite mais j'ai pas bien compris ce que c'est. J'ai pas l'impression que c'est grave... par contre la sage-femme m'a dit que je pouvais faire une embolie pulmonaire mais je ne sais pas ce que c'est et j'ai pas compris comment ça marche.
328. P10 : l'inconfort,
329. P10 : le risque de formation de caillots
330. P10 : et par conséquent le risque d'accidents vasculaires ischémiques si une parcelle de caillot se détache et part dans la circulation.
331. P10 : Il y a aussi le risque de plaies d'ulcères variqueux.

332. P11 :les varicosités toutes petites au début et ensuite ça se transforme en veine de plus en plus grosses, de plus en plus visible qu'on doit appeler varices et qu'il faut alors opérer.
333. P11 : Comme je l'ai dit un peu plus tôt, il y a les plaies variqueuses.
334. P11 : Je crois qu'il y a aussi des pathologies du cœur mais c'est tout ce que je peux vous dire.
335. P12 :la perte des poils,
336. P12 : la peau qui devient plus fine,
337. P12 : les plaies variqueuses,
338. P12 : la coloration de la peau brunâtre,
339. P12 : les démangeaisons avec l'eczéma,
340. P12 : les problèmes esthétiques surtout pour les femmes mais moi aussi je n'aime pas tellement que les gens voient mes jambes et les regarde.
341. P12 :Je pense qu'il y a aussi le problème de morale.
342. P13 :les plaies variqueuses qui viennent par l'insuffisance des veines.
343. P13 : Il y a peut-être aussi les rhumatismes car moi j'en ai beaucoup. Car moi j'ai tout ça à cause du travail pénible.
344. P14 :Oui, risque de phlébite des choses comme ça si vraiment il y a un souci. Je sais que si ça se bouche ces mauvais.
345. P14 :Non, à part les artères qui bouchent et à ce moment-là on met des ressorts pour que ça reste ouvert et ça c'est important.
346. P14 : Sinon si une embolie, je sais que ça peut donner une embolie pulmonaire par rapport à une varice.
347. P15 :Oui d'abord les artères peuvent se boucher,
348. P15 : et puis après ça donne des problèmes cardiaques, et puis voilà.
349. P16 : si on a plein de varices dans la jambe, on fatigue beaucoup plus vite et on pourra faire moins d'efforts. On sera moins performant physiquement, moins de force, moins d'endurance...
350. P16 :Peut-être que si on a une première varice, ça va forcer les autres veines autour à faire plus d'efforts et donc il y aura peut-être d'autres problèmes de varices à cause de la première varice.
351. P17 :Oui, si je porte pas les bas de contention j'ai la jambe qui gonfle, je risque de faire une phlébite,
352. P17 : d'avoir une embolie pulmonaire. Parce que je les frôlé déjà l'embolie pulmonaire...
353. P17 :. Les problèmes coronaires.
354. P18 :oui je peux faire de la gangrène des trucs comme ça,
355. P18 : des problèmes pour marcher,
356. P18 :on peut finir handicapé, marcher avec des béquilles.
357. P19 :À l'extrême ça peut grossir, avec de l'œdème et les veines peuvent se boucher,
358. P19 : ça peut retentir sur les artères et la jambe peut se nécroser
359. P20 :l'œdème
360. P20 :les phlébites qui correspondent à des caillots de sang qui peuvent remonter au cœur
361. P20 :au cœur ou au cerveau et qui bouchent une artère.

362. P20 :des varices plus grosses qu'il faut faire enlever carrément d'ailleurs j'ai ma mère qui s'est fait opérer.
- **Q12 : D'après vous que faut-il faire pour éviter l'aggravation des problèmes veineux ?**
363. P1 : Alors moi je sais pas du tout
364. P1 : parce que j'ai toujours eu une bonne hygiène de vie
365. P1 : à part mon travail où j'étais toujours debout en tant qu'esthéticienne,
366. P1 : quand j'ai eu mon fils, mes varices sont apparues (grossesse) et puis après
367. P1 : j'ai fait deux phlébites et ensuite j'ai toujours eu des soucis au niveau des jambes.
368. P1 : L'alimentation,
369. P1 : le soleil, la douche froide, les médicaments comme la jouvence de l'Abbé Soury, le laser.
370. P1 : les chaussures à talons, sinon je sais pas, j'ai l'impression de ne rien savoir
371. P2 :Il faudrait les prendre à temps
372. P3 :Faire un suivi par un angiologue ,
373. P3 : se faire opérer si besoin.
374. P3 : Faire de la marche, de l'activité physique
375. P3 : Je sais que quand on a les jambes lourdes, il faut les mettre en hauteur.
376. P4 :les bas de contention ça soulage
377. P5 : il faut faire des piqûres sclérosantes, je pense qu'il n'y a que ça et faire une opération pour les enlever.
378. P6 :Je serais intéressée de le savoir car je n'en ai aucune idée.
379. P7 :Les bas de contention qui évitent l'œdème.
380. P7 : Et aussi des médicaments pour la circulation veineuse. Mais je crois que ce n'est pas très utile car la sécurité sociale ne rembourse pas...
381. P7 : Il y a aussi mettre les jambes en l'air et marcher.
382. P8 :Il faut marcher, ne pas rester immobile à piétiner.
383. P9 :il faut prendre soin de ses jambes faire attention à ne pas se cogner parce que autrement quand je me cogne ça fais des bleus facilement.
384. P9 : Il faut se faire scléroser ou si c'est trop important, se faire opérer pour retirer les varices mais là aussi j'ai pas compris comment ça marche parce qu'ensuite quand on enlève une veine, il manque une nouvelle donc il faudrait la remplacer par un autre tuyau ?
385. P9 : Autrement il faut faire des massages des jambes,
386. P9 : mettre les pieds en hauteur quand on est assis, les surélever.
387. P9 : Et puis il y a aussi les bas de contention. Je les mets surtout lors des grossesses ensuite c'est vrai que je les mets moins souvent parce que c'est difficile enfilé.
388. P10 :Il faut avoir une bonne hygiène de vie ce que je n'ai pas forcément,
389. P10 : faire des exercices physiques appropriés,
390. P10 : porter des bas de contention.
391. P10 : On m'a aussi dit que surélever les pieds dans le lit améliorera le retour veineux.
392. P11 :Il faut faire du sport,
393. P11 : porter les bas de contention, pour les bas de contention j'ai retenu ce qu'on disait ma mère c'est surtout de les mettre dès le lever du lit, le matin, pour que ce soit efficace.

394. P11 : avoir une bonne hygiène alimentaire,
395. P11 : éviter l'obésité,
396. P11 : éviter le soleil...
397. P12 : Il faut marcher
398. P12 : avoir une bonne hygiène de vie ce que je n'ai pas, c'est-à-dire bien dormir ne pas trop manger, consommer de l'alcool de façon modérée...
399. P13 : Les opérés ça je sais, S'il y a un truc qu'on peut faire c'est de scléroser j'en ai eu de sa déjà. Ça fait mal c'est sûr mais c'est supportable.
400. P13 : Porter les bas a varice tout le temps, ce que je fais. Ça empêche peut-être les veines de se dilater.
401. P14 : je pense qu'il faut faire retirer les varices quand elles apparaissent
402. P14 : et puis surtout dans la vie tous les jours ne pas fumer, ne pas manger trop gras,
403. P14 : peut-être mettre les bas quand on a besoin moi je les mets constamment mais ce n'est pas facile surtout l'été. Car c'est pas très esthétique...
404. P15 : arrêter le tabac, l'alcool et puis la nourriture,
405. P15 : ne pas aller tous les jours au restaurant. Ce que moi j'avais tendance à faire.
Donc que pour moi c'est l'alimentation et puis l'hygiène de vie.
406. P16 : Aller voir un médecin spécialiste,
407. P16 : mettre les jambes en hauteur de temps en temps,
408. P16 : je ne sais pas trop en fait
409. P17 : Prend des médicaments,
410. P17 : marché mais je fatigue essayer de refaire du vélo.
411. P17 : Sinon faire attention à l'alimentation à la boisson, ne pas fumer. Avoir une alimentation saine.
412. P17 : La chose à ne pas faire c'est de rester inactif. Ne pas rester les jambes pendantes c'est pour ça que j'ai acheté des fauteuils inclinables qui permet de relever les jambes. Car le but de c'est quand on est assis de rester le moins longtemps possible les jambes pendantes.
413. P18 : Une opération des trucs comme ça
414. P18 : des médicaments,
415. P18 : peut-être déboucher les veines.
416. P19 : Je ne sais pas,
417. P19 : marcher faire de l'exercice,
418. P19 : remonter enfin surélever les jambes pour éviter que le sang ne s'accumule dans les jambes.
419. P19 : Peut-être faire des massages au niveau des jambes.
420. P19 : Prendre des médicaments,
421. P19 : ensuite on peut peut-être nettoyer le sang à l'extérieur du corps je crois que c'est la dialyse
422. P20 : Surélever déjà les jambes d'ailleurs c'est ce que j'ai fait dans mon lit.
423. P20 : Marcher.
424. P20 : Faire attention à son poids, ne pas être en surpoids pour éviter les problèmes.

425. P20 : Il y a aussi les bas de contention mais j'ai jamais compris à quoi ça servait. Car on entend dire qu'il faut porter les bas pour soulager les varices et éviter qu'elles ne grossissent.
426. P20 : On dit aussi qu'il faut marcher
427. P20 : faire des douches à l'eau froide pour activer le sang et du coup le faire bien circuler.
428. P20 : Ensuite il y a des médicaments quand on a des varices plus importantes
429. P20 : et puis ensuite l'opération des grosses varices.
430. P20 : Il y a aussi la piqûre et le laser pour les petites varices mais c'est surtout pour l'esthétique et si j'ai bien compris les piqûres, on injecte un produit qui permet aux veines de se rétrécir c'est ce qu'on m'a expliqué.

8. Bibliographie

1. Briggs, M, Closs, S.J. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*. 2003;14–20.
2. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000265.
3. McDaniel HB, Marston WA, Farber MA, Mendes RR, Owens LV, Young ML, et al. Recurrence of chronic venous ulcers on the basis of clinical, etiologic, anatomic, and pathophysiologic criteria and air plethysmography. *J Vasc Surg*. 2002 Apr;35(4):723–8.
4. Harrison MB, Graham ID, Friedberg E, Lorimer K, Vandavelde-Coke S. Regional planning study. Assessing the population with leg and foot ulcers. *Can Nurse*. 2001 Feb;97(2):18–23.
5. Raju S, Hollis K, Neglen P. Utilisation des bas de contention dans l'insuffisance veineuse chronique : compliance des patients et efficacité. *Annales de Chirurgie Vasculaire*. 2007 Nov;21(6):431–7.
6. 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*. 2004 Oct;40(4):650–9.
7. White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *Circulation*. 2003 Jun 17;107(23 Suppl 1):I4–8.
8. Kahn SR. The post-thrombotic syndrome: the forgotten morbidity of deep venous thrombosis. *J Thromb Thrombolysis*. 2006 Feb;21(1):41–8.
9. Kearon C. Natural history of venous thromboembolism. *Circulation*. 2003 Jun 17;107(23 Suppl 1):I22–30.
10. Satger B, Carpentier P-H, Poensin D, Fechoz C, Colomb M, Kalinowski I. «L'École de la veine» : Un programme d'éducation pour les patients atteints d'insuffisance veineuse chronique à la station thermale de La Léchère. *Journal des maladies vasculaires [Internet]*. Masson; [cited 2012 Sep 18]. p. 26–30. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=13519180>

11. Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(9-10):1289–97.
12. Ashrani AA, Heit JA. Incidence and cost burden of post-thrombotic syndrome. *J Thromb Thrombolysis*. 2009 Nov;28(4):465–76.
13. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PDC, Nicolaides AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med*. 2006 Aug 3;355(5):488–98.
14. D.EVENO, D.CHOMARD, B.PLANCHON, M.A.PISTORIUS. *Le pied vasculaire : approche multidisciplinaire médico-physique et chirurgicale*. Paris: Frison-Roche; 1998.
15. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008 Jun;133(6 Suppl):454S–545S.
16. Chase SK, Whittemore R, Crosby N, Freney D, Howes P, Phillips TJ. Living With Chronic Venous Leg Ulcers: A Descriptive Study of Knowledge and Functional Health Status. *Journal of Community Health Nursing*. 2000 Mar;17(1):1–13.
17. Danielsson G, Eklof B, Grandinetti A, Kistner RL. The influence of obesity on chronic venous disease. *Vasc Endovascular Surg*. 2002 Aug;36(4):271–6.
18. Robertson L, Evans C, Fowkes FGR. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology*. 2008;23(3):103–11.
19. Fiebig A, Krusche P, Wolf A, Krawczak M, Timm B, Nikolaus S, et al. Heritability of chronic venous disease. *Human Genetics*. 2010 Mar 31;127(6):669–74.
20. Coupe S, Walukiewicz C. Compression bandaging in leg ulcer management. *Community Nurse*. 2000 May;6(4):49–52.
21. Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonté M, Schaefer E, Petrini O. Demographic factors and their relationship with the presence of CVI signs in Italy: the 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005 Dec;30(6):674–80.

22. 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 Aug 17;141(4):249–56.
23. Prandoni P, Kahn SR. Post-thrombotic syndrome: prevalence, prognostication and need for progress. *Br J Haematol.* 2009 May;145(3):286–95.
24. Pesavento R, Villalta S, Prandoni P. The postthrombotic syndrome. *Intern Emerg Med.* 2010 Jun;5(3):185–92.
25. Kakkos SK, Daskalopoulou SS, Daskalopoulos ME, Nicolaides AN, Geroulakos G. Review on the value of graduated elastic compression stockings after deep vein thrombosis. *Thromb Haemost.* 2006 Oct;96(4):441–5.
26. Xia ZD, Hu D, Wilson JM, Cherry GW, Ryan TJ. How echographic image analysis of venous oedema reveals the benefits of leg elevation. *J Wound Care.* 2004 Apr;13(4):125–8.
27. Padberg FT Jr, Johnston MV, Sisto SA. Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial. *J Vasc Surg.* 2004 Jan;39(1):79–87.
28. Edwards LM. Why patients do not comply with compression bandaging. *Br J Nurs.* 2003 Jun;12(11 Suppl):S5–6, S8, S10 passim.
29. GUEX J.-J., ALLAERT F. A. Observatory for screening and management of vein disease in general medicine. *Phlébologie.* 2012;65(2):57–66.
30. Jull A, Walker N, Hackett M, Jones M, Rodgers A, Birchall N, et al. Leg ulceration and perceived health: a population based case-control study. *Age Ageing.* 2004 May;33(3):236–41.
31. Brooks J, Ersser SJ, Lloyd A, Ryan TJ. Nurse-led education sets out to improve patient concordance and prevent recurrence of leg ulcers. *J Wound Care.* 2004 Mar;13(3):111–6.
32. Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France un problème de santé publique méconnu. *Journal des maladies vasculaires.* 19(3):185–9.

33. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Mar;53(3):149–53.
34. Rabe E, Pannier F. Societal costs of chronic venous disease in CEAP C4, C5, C6 disease. *Phlebology*. 2010 Oct;25 Suppl 1:64–7.
35. ALLAERT F. A., VERRIERE J. L., URBINELLI R. Conséquences médico-sociales de l'insuffisance veineuse diurne et nocturne sur la vie quotidienne des femmes. *Angéiologie*. 1998;vol. 50(4):55–61.

TITRE

Evaluation des représentations et des connaissances anatomiques et physiologiques des patients sur leur insuffisance veineuse chronique.

RESUME

Objectif : Evaluer les connaissances et les représentations anatomiques et physiologiques des patients sur leur insuffisance veineuse chronique (IVC). Il s'agit en effet d'un problème de santé publique, de par sa prévalence, avec un coût non négligeable pour la société.

Méthode : Etude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 20 patients recrutés parmi ceux qui étaient hospitalisés ou consultaient aux explorations fonctionnelles vasculaires.

Résultats : Notre analyse a révélé, chez les patients interrogés, un manque de connaissances et des connaissances erronées sur la physiopathologie de l'IVC, une confusion entre artères et veines et un désir d'information.

Conclusion : Les patients semblent méconnaître surtout la physiopathologie de l'IVC. Il s'agissait d'une étude préalable à la mise en place d'un support éducatif le plus adapté possible en identifiant les items les plus pertinents avec un objectif final qui est l'amélioration de l'observance du port des contentions.

MOTS CLES

- Insuffisance veineuse chronique
- Représentations
- Connaissances