Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Les ÉLÉMENTS du SUCCÈS au CABINET MÉDICAL pour l'OBSERVANCE du TRAITEMENT COMPRESSIF

E. LE FLOCH

COMMENT S'ÉTONNER DEVANT CETTE PHRASE

« Oui, nous rencontrons des difficultés en matière d'observance du traitement médical compressif ! »

En effet, qui peut affirmer que 100 % de ses prescriptions de bas de compression sont respectées ?

Arrêtons de nous voiler la face en faisant semblant de croire que ce que nous prescrivons est forcément porté !

La compression élastique est un traitement qui s'avale comme la plupart des autres traitements médicaux.

Ce n'est pas un traitement facile à mettre en œuvre et il nous appartient, à nous angiologues, de faire avaler à nos patients l'idée de porter leur moyen de compression. Ce n'est pas un travail aisé. Pourquoi ? Parce ce que dès que l'on aborde le thème de la compression élastique en consultation, nous nous heurtons à une réticence, cette réticence reposant le plus souvent sur des a priori négatifs sans fondement issus d'une conversation avec une voisine, une lointaine cousine, sa propre concierge parfois qui a dit que… Il est donc pour nous très important d'avoir les moyens de répondre aux questions qui nous sont posées lors de la consultation et qui peuvent parfois nous dérouter. Il est même nécessaire de répondre aux questions qui ne nous sont pas posées pendant cette consultation mais qui viendront inévitablement à l'esprit des patients. Ces questions, si elles restent sans réponse, sont une des grandes causes de mauvaise observance du traitement médical compressif.

Il est important de se demander, en premier lieu, si l'on doit utiliser le mot *« compression »*. Entre nous, angiologues, il est évident que ce terme est de rigueur lorsque l'on parle des moyens élastiques dont on dispose pour prendre en charge nos patients, par opposition aux moyens inélastiques que l'on peut également utiliser. Cependant, avec nos patients, cela n'est peut-être pas une bonne idée. De fait, le terme *« contention »* commence à être bien connu du grand public et des patients qui en portent. Les nouveaux patients à qui l'on va proposer ce traitement ont souvent peur d'être comprimés par ces produits ; leur parler de compression va-t-il nous aider à les pousser à devenir observant ? Par ailleurs, les patients qui portent ce matériel depuis longtemps et qui l'apprécient en l'appelant *« contention »* pourraient avoir l'impression qu'un nouveau traitement leur est proposé, se sentir perdus et abandonner de ce fait leur moyen de *« contention »* devenu *« compression »*.

QUELLES SONT LES QUESTIONS AUXQUELLES NOUS SOMMES CONFRONTÉS AU QUOTIDIEN ET QUE RÉPONDRE ?

– *« Ça me serre »*, *« ça me comprime »*, *« c'est un carcan »* sont de loin les remarques les plus habituelles. Il faut bien sûr ne pas aller contre ces affirmations, bien au contraire. Nous devons dire que, c'est vrai, cela serre mais que c'est tout à fait normal et même nécessaire, que c'est impératif si l'on veut obtenir une amélioration sensible des symptômes décrits. Un rappel physiopathologique peut être fait au patient pour expliquer que le sang doit coûte que coûte remonter vers le cœur. Nous devons aussi signaler qu'après quelques jours, le matériel de compression devient même confortable et qu'après une petite période d'adaptation le patient « en redemande ». N'oublions pas de vérifier que le produit est bien adapté à la morphologie du patient après qu'il ait été délivré par le pharmacien ; nous voyons trop souvent des chaussettes remonter à mi-cuisse ou des bas s'arrêtant en bas des cuisses ce qui représente une très fréquente cause de non observance.

– *« Ça coupe la circulation »*, *« c'est pire quand je les mets »*, *« je ne supporte pas »* sont des mots qui reviennent souvent. Nous devons rassurer nos patients

Service de Cardiologie, Hôpital Saint-Antoine 184, rue du Faubourg Saint-Antoine 75012 PARIS.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 3/2006, p. 263-265

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

en leur expliquant qu'il n'existe pas d'effet garrot en abordant la technique de fabrication, le tissage circulaire avec des pressions décroissantes, expliquer que cela améliore le retour veineux en chassant le sang des pieds vers le cœur. Insistons sur le fait que cela représente de loin le moyen le plus efficace pour lutter contre l'insuffisance veineuse. Enfin, soyons francs et disons à nos patients qu'ils n'ont pas le choix s'ils veulent être soulagés.

– « *Ça tient chaud* », « *j'ai déjà chaud aux jambes alors…* », « *c'est insupportable quand il fait chaud* » sont autant de remarques qui nous sont faites par des patients qui n'ont jamais été traités par des moyens de compression mais qui ne vient jamais dans la bouche des patients qui en portent. Il y a matière à réfléchir quant à la puissance des « on-dit »… Il faut être très clair et expliquer que si le patient se plaint de jambes « *chaudes* », c'est à cause de la stagnation de sang à l'étage sural et que la compression empêche cette stagnation. Cette stagnation étant supprimée, l'impression de chaleur disparaît. Il devient dès lors évident que qui dit compression dit jambes fraîches et que cela est d'autant plus vrai l'été. Une grande énergie doit être déployée pour convaincre le patient de ces évidences…

– « *C'est moche* », « *ma grand-mère en avait* », « *c'est épais* » concernent plus particulièrement l'esthétique. C'est avec raison que nos patients nous lancent ces remarques en espérant qu'ils détiennent enfin la bonne raison de ne pas porter les bas dont on leur parle ! Rappelons-leur que leurs grand-mères n'avaient pas la télévision et qu'eux la regardent via Internet sur leur ordinateur ; effectivement, de grands progrès techniques ont marqué le vingtième siècle et la compression élastique en a bénéficié très largement. Des matériaux de plus en plus performants, des techniques de fabrication en constante progression donnent une finesse étonnante aux produits. Le problème de l'esthétique intervient peu avec les classes I et II françaises qui sont fines et transparentes. C'est avec les classes III et IV que l'épaisseur augmente et que la finesse diminue ; il faut aussi rappeler à nos patients que ces classes de compression s'adressent à des jambes « *moches* » avec des varices importantes, de volumineux œdèmes, une hypodermite ou des ulcères et qu'ils rendent la jambe plus belle, tout ceci avec tout le tact nécessaire bien évidemment. Ces réflexions viendront motiver le patient et l'observance n'en sera que meilleure. Pourquoi ne pas proposer la superposition d'un bas de ville qui masquera le matériel de compression de classe élevée en lui donnant un effet plus soyeux ? Dans tous les cas, il faut montrer un échantillon venant à l'appui de nos affirmations qui sera souvent à la base du choix du patient.

– « *Je suis allergique* », « *ça gratte* », « *je ne supporte pas le silicone* » sont des remarques fréquentes. Nous pouvons utiliser les topiques adaptés aux descriptions des troubles des patients. Le coton viendra remplacer les autres matières lorsqu'elles sont mal tolérées ; en cas d'allergie au silicone des bas auto-fixant, les collants seront d'un grand secours. Le recours à un allergologue peut parfois être nécessaire.

– « *Je n'arrive pas à les enfiler* » revient dans certains types de populations (personnes âgées, femmes enceintes, grands rhumatisants) et notre rôle est d'aider ces patients. On peut leur prescrire les topiques dont nous disposons qui permettent un meilleur enfilage ; de nombreux dispositifs d'aide à l'enfilage existent et sont souvent utiles. La technique du « pied retourné » que nous connaissons tous et qui consiste à retourner le pied du bas, celui ci étant lui même à l'envers de sorte que le pied se retrouvant à l'endroit devient facile à enfiler et permet ensuite, par simple déroulement sur la jambe et la cuisse, de positionner le bas sur le membre doit être expliqué et montré au patient. L'utilisation de gants en caoutchouc permet une mise en place facilitée. La superposition doit être proposée ; n'oublions pas que la pression obtenue par la superposition de deux bas de classe I est équivalente à une pression obtenue par un bas de classe III plus difficile à enfiler, ce qui positionne la classe I comme outil indispensable à notre arsenal thérapeutique. Enfin, le recours à une tierce personne (infirmière, parent…) peut s'avérer indispensable. Chez la femme enceinte, le collant peut devenir peu pratique à enfiler du fait du périmètre abdominal ; les bas seront alors une bonne alternative et auront l'avantage de pouvoir être utilisés en post-partum contrairement aux collants de maternité.

Rappelons aussi à nos patients que, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de limitation à deux paires par an, ce qui rendrait ce traitement impossible à envisager au long cours. Le patient appréciera aussi que l'on puisse lui donner des conseils d'entretien (lavage, séchage…) ; notre rôle est aussi de bien lui expliquer que cela reste un matériel fragile et que la collectivité ne peut pas prendre en charge trop de paires par an !

Le voyage aérien est un thème qui revient souvent en consultation. Insistons sur l'importance de la classe II chez le sujet « à risque ».

Sur notre ordonnance, il est souhaitable d'inscrire la classe de compression, le produit adapté à la pathologie et la marque d'autant plus si le patient a fait le choix d'un modèle qu'il a pu manipuler lors de la consultation. Le suivi du patient est également primordial et constitue le meilleur moyen de constater que le patient est observant car un patient qui n'arrive pas à enfiler ses chaussettes ou ses bas devant son médecin est un patient qui ne les porte pas.

En tout état de cause, le patient doit sortir de notre cabinet parfaitement certain qu'il portera son matériel de compression. Il faut répondre aux questions qu'il nous pose et même à celles qu'il ne pose pas ce jour là mais qui viendront de toute façon. Nous devons prendre le temps de lui expliquer qu'il sera mieux avec que sans contrairement à ce qu'il peut penser. La compression doit vraiment être le sujet principal d'une première consultation d'angiologie lorsqu'elle est envisagée. Profitons de notre relation privilégiée médecin-patient pour améliorer l'acceptation du produit en avouant que nous en portons dans telle ou telle circonstance ; le patient aura ensuite à cœur de nous dire qu'il a fait de même. Si son médecin en porte, c'est que c'est efficace…

Un seul mot d'ordre : le patient doit partir convaincu ; pour cela, soyons convaincants et… convaincus !

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

RÉFÉRENCES

Mollard J.M., Lance G., Cornu-Thénard A. Contention et compression des membres inférieurs. *Revue Prat* 2000 : 50.

Bégnini J.P., Rastel D., Sadoun S. Œdème et voyages. *Angiologie* 2000 : 52.

Vayssairat M., Ziani E., Houdot B. Efficacité versus placebo de la contention classe I dans l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. *J Mal Vasc* 2000 : 25.

Kraaijenhegen R.A., Haverkamp D., Koopman M. Travel and risk of venous thrombosis. *Lancet* 2000 : 356.

Vayssairat M., Houdot B. First validation of a placebo compression stocking. *Phlébologie* 2000.

Partsch H. Compression – déambulation dans la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. *Phlébologie* 2000 : 53.

Scurr J. Traveller's thrombosis. *J Royal Soc Prom Health* 2002 : 122 ; 3.

Vaglio J.P., Taupin V., Boymond C. Acceptabilité d'une nouvelle chaussette de contention de classe II chez les footballeurs professionnels. Éditions Phlébologiques françaises 2003 : 56.

Parpex P. Compression chez la femme enceinte. Éditons Phlébologiques françaises 2003 : 56.

Cesarone M., Belcaro G., Errichi B. The long flight concorde deep venous thrombosis and oedema study : prevention with travel stocking. *Angiology* 2003 : 54.