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

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHLÉBOLOGIE
CANADIAN SOCIETY OF PHLEBOLOGY

Observatoire du dépistage et de la prise en charge de la maladie veineuse en médecine générale.

Observatory for screening and management of vein disease in general medicine.

Guex J.-J., Allaert F.A.

Résumé

Le ***programme Vein Consult*** est le premier observatoire de la maladie veineuse mis en place dans le monde et les résultats relevés en France sont présentés ici.

Trente trois mille quatre-vingt-dix-sept patients âgés en moyenne de 51 ans et de sexe féminin pour 70 % d'entre eux ont été inclus dans l'étude.

Près des deux tiers, soit 65,5 % de la patientèle des médecins généralistes, présentaient depuis 7 ans en moyenne des symptômes d'insuffisance veineuse dominés par les lourdeurs de jambes (48,9 %), les douleurs (40,9 %) et la sensation de gonflement (37,4 %).

48 % des patients ne consultant pas pour ce motif, sont pourtant directement concernés par les signes de la maladie veineuse.

Ces chiffres sont les témoins d'une maladie sous-estimée par les médecins et les patients eux-mêmes malgré la présence de symptômes typiques signant leur entrée dans la maladie veineuse.

Au cours de ces dernières années, trois modifications importantes sont intervenues dans la prise en charge des patient(e)s présentant une insuffisance veineuse associées à la publication du dernier consensus international de prise en charge de la maladie veineuse :

– l'apparition du circuit de soins et du rôle du médecin traitant ;
– le déremboursement des veinotoniques ;
– le maintien du remboursement de la contention.

L'institution du parcours de soins et le rôle central du médecin traitant ont entraîné une réduction de l'accès direct aux consultations spécialisées, qui ne sont plus remboursées qu'à 35 %, si elles n'ont pas fait l'objet d'une prescription préalable par le médecin traitant.

Summary

The **Vein Consult program** *is the first worldwide venous diseases observatory; its french results are presented here.*

Thirty three thousand and ninety seven patients, mean age 51 year, and females for 70% of them, were included in the study.

Nearly two-thirds (65.5%) of the patient base of general practitioners, had presented during seven years on average symptoms of venous disorders, dominated by heavy legs (48.9%), pain (40.9%) and bloating (37.4%).

Forty eight per cent of patients who did not consult for this reason were however directly concerned by signs and/or symptoms of venous disorders.

These results demonstrate that the disease is underestimated by physicians and patients themselves, despite the presence of typical clinical features signing their entry into the venous disease.

In recent years, three important modifications, related to the publication of the latest international consensus on the management of vein disease, have occurred in the management of patients presenting with venous insufficiency:

– *the appearance of a care pathway and the role of the general practitioner (GP);*
– *the discontinued reimbursement of phlebotropic drugs;*
– *continued reimbursement of compression.*

The creation of a care pathway and the pivotal role of the general practitioner *have led to a reduction in direct access to specialist consultations, which are now only reimbursed at 35%, if they were not prescribed by their GP.*

Jean-Jérôme Guex, 32, boulevard Dubouchage, 06000 Nice, France.
François-André Allaert, Chaire d'Évaluation Médicale Ceren ESC, impasse Françoise Dolto, 21000 Dijon, France.
E-mail : jj.guex@wanadoo.fr
Accepté le 5 juin 2012

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

Plus encore, le déremboursement des traitements veinotoniques a non seulement semé le trouble dans l'esprit des patients mais les a également exposés à la nécessité de se prendre en charge par eux-mêmes ce qui peut susciter des hésitations.

Aujourd'hui, la prise en charge par les veinotoniques doit être conforme à la conférence de consensus relative à la prise en charge de la maladie veineuse chronique [1]. Elle a notamment réalisé une revue exhaustive de la littérature internationale sur l'action des médicaments veinoactifs et les a classés en fonction du niveau de preuve de leur efficacité selon la méthodologie préconisée par la HAS. Trois d'entre eux se sont vus attribuer une recommandation de grade A par le comité international qui présidait à ces recommandations : le calcium dobesilate, l'hydroxyethyl-rutoside et la fraction flavonoïque purifiée micronisée.

Ces changements structuraux ont sans doute eu un effet important sur la demande de soins des patients porteurs d'une maladie veineuse et sur les modalités de prise en charge dont ils bénéficient.

Afin de vérifier cette hypothèse une étude correspondant à la déclinaison en France du programme de recherche « Veinoconsult », validé par le conseil scientifique de l'Union Internationale de Phlébologie (UIP) et qui a pris place dans les différents pays dont les sociétés nationales de phlébologie adhèrent à cet organisme, a été menée afin :

- de décrire la prévalence de la maladie veineuse parmi la patientèle des médecins généralistes ;
- la proportion des patients dont la maladie veineuse est effectivement traitée ou non ;
- les raisons pour lesquelles certains d'entre eux ne sont plus traités ;
- l'état clinique de ceux qui sont traités actuellement ;
- leur qualité de vie et les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont ils bénéficient aujourd'hui ;
- et le stade d'évolution de la maladie veineuse auquel les patients sont adressés désormais aux angio-phlébologues et médecins vasculaires.

Mots-clés : *maladie veineuse, épidémiologie, socioéconomie.*

In addition, the discontinued reimbursement of phlebotropic drugs *has not only disturbed patients, but has also left them to manage their disease themselves, which may give rise to hesitations.*

Today, treatment with phlebotropic drugs must comply with the consensus conference on the management of chronic vein disease [1]. *In particular, the conference carried out an exhaustive review of the international literature on the action of phlebotropic drugs and classified them according to the level of proof of their efficacy using the methodology recommended by the Health Authorities. Three of these drugs were given a grade A recommendation by the international committee that presided these recommendations: calcium dobesilate, hydroxyethyl-rutoside and micronised purified flavonoid fraction.*

These structural changes have without doubt had a considerable impact on patients with vein disease who are seeking care and on the treatment they can benefit from.

In order to verify this hypothesis, a study corresponding to the implementation in France of the "Veinoconsult" research programme validated by the scientific council of the International Union of Phlebology (IUP) was carried out. This study has already taken place in different countries whose national phlebology societies belong to this organization. *The aim of the study was to determine:*

- *the prevalence of vein disease in patients consulting GPs;*
- *the proportion of patients whose vein disease was treated effectively or not;*
- *reasons why certain patients were no longer treated;*
- *the clinical status of those currently being treatment;*
- *the quality of life and the diagnostic and therapeutic resources that patients benefit from today;*
- *and the stage of vein disease at which patients are now referred to angio-phlebologists and vascular surgeons.*

Keywords: venous disease, epidemiology, socioeconomics.

Méthodologie

Nature de l'étude

Cette étude épidémiologique prospective a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes. Elle n'engendrait aucune modification dans la prise en charge des patient(e)s présentant une maladie veineuse chronique suivi(e)s par les médecins généralistes. En particulier, cette étude nécessitait uniquement le recueil de données disponibles dans le dossier médical du patient et de critères évalués systématiquement auprès du patient dans le cadre de la prise en charge habituelle de sa maladie veineuse chronique.

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

Sélection des patients

Dans le cadre d'un observatoire de la prévalence, il convenait d'obtenir l'exhaustivité des patients et pour y parvenir un questionnaire de dépistage a été proposé à tous les patients se rendant à la consultation du médecin généraliste durant 2 jours de pratique consécutifs et ce quel que soit le motif de consultation du patient. Si ce questionnaire révélait une maladie veineuse chronique, il était complété par le médecin après examen clinique du patient auquel il était demandé de remplir le questionnaire de qualité de vie « CIVIQ ».

Afin de refléter les conditions d'une étude observationnelle, aucun critère de non inclusion n'a été prévu pour les patients hormis le fait d'être âgés de moins de 18 ans, ou de ne pas souhaiter participer à l'étude.

Sélection des centres investigateurs

La représentativité de l'échantillon a été assurée par le mode de sélection des médecins généralistes réalisé sur la base d'un tirage au sort, à probabilité égale et sans remise dans une liste de référence comportant des médecins généralistes n'ayant pas d'exercice particulier.

Critères d'évaluation

Le critère principal était l'existence d'une maladie veineuse chronique attestée par l'examen clinique du patient par le médecin.

Les critères secondaires étaient représentés par :

- Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patient(e)s et leur parcours de soins antérieur éventuel ;
- Les raisons pour lesquelles les patients présentant une insuffisance veineuse non traitée ne l'étaient pas ou plus ;
- Les traitements physiques ou pharmacologiques des patients traités au moment de la consultation ou décidés lors de la consultation ;
- Le stade de la maladie veineuse présenté par le patient lorsqu'il était adressé à un spécialiste.

Recueil des données

L'étude comportait un questionnaire de dépistage dont la première partie était remplie par l'ensemble des patients dans la salle d'attente du médecin ou dans le bureau de celui-ci.

La seconde partie était remplie par le médecin, à charge pour lui d'évaluer l'existence d'une insuffisance veineuse, et si tel était le cas, de décrire sa classification et les modalités de son éventuelle prise en charge.

Il demandait également aux patients présentant une insuffisance veineuse de remplir la version courte de l'auto-questionnaire d'évaluation de qualité de vie « CIVIQ ».

La partie « patient » du questionnaire de dépistage décrivait ses caractéristiques sociodémographiques, ses facteurs de risque de maladie veineuse, ses caractéristiques cliniques fonctionnelles et physiques pouvant suggérer l'existence d'une maladie veineuse et le parcours de soins suivi antérieurement : explorations fonctionnelles et imagerie, consultations spécialisés, traitements physiques et pharmacologiques antérieurs et/ou en cours.

La partie « médecin » du questionnaire de dépistage comportait les éléments de la classification CEAP, la prescription d'un éventuel traitement et l'éventuelle demande de consultation spécialisée.

Analyse statistique

Les variables quantitatives sont décrites par moyenne et écart type et les variables qualitatives par effectifs, pourcentages et intervalle de confiance à 95 % lorsqu'ils sont requis et notamment pour les prévalences.

Les comparaisons ont été conduites par des analyses de variance pour les critères quantitatifs et par des tests du χ^2 pour les critères qualitatifs, ou leurs équivalents non paramétriques si les effectifs le requièrent et la détermination des odds ratios a été conduite en régression logistique. Le seuil de signification a été fixé à alpha = 0,05.

Les données ont été enregistrées et analysées avec le logiciel SAS version 9.2.

Résultats

Trente trois mille quatre vingt dix sept patients âgés en moyenne de 51 ± 17 ans et de sexe féminin pour 70 % d'entre eux ont été inclus dans l'étude.

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

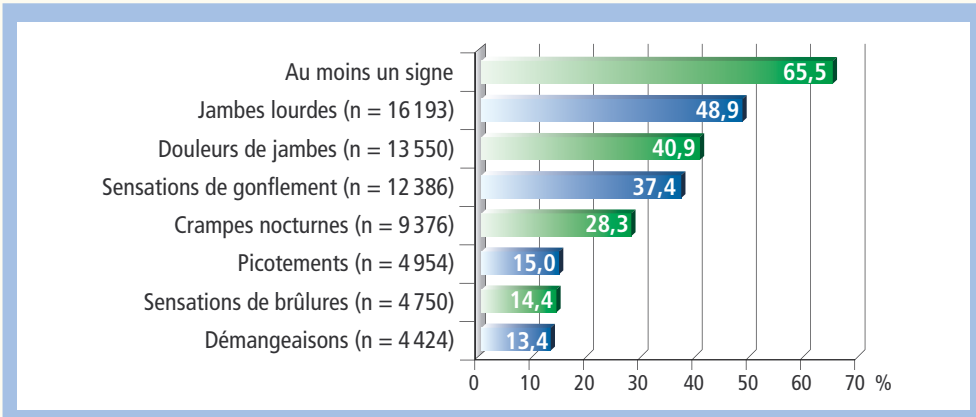

FIGURE 1 : Symptômes évocateurs d'une insuffisance veineuse

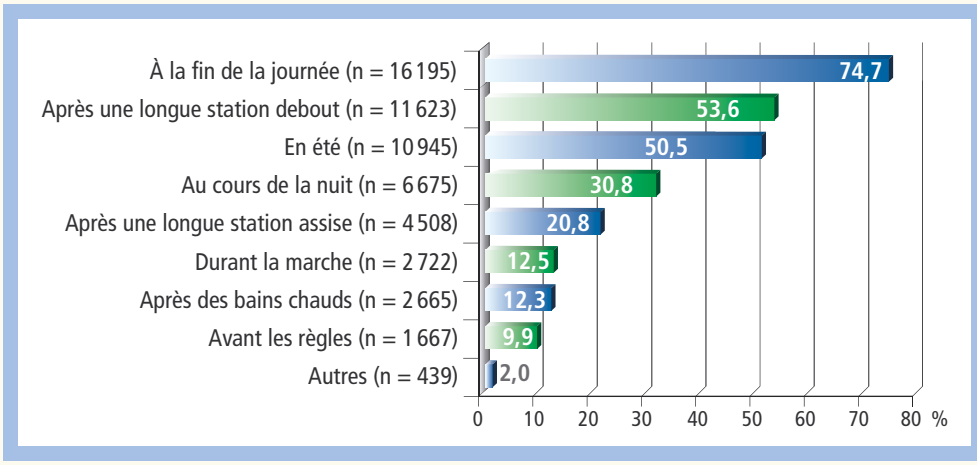

FIGURE 2 : Moments durant lesquels les problèmes de jambes du patient sont les plus intenses (n = 21 691).

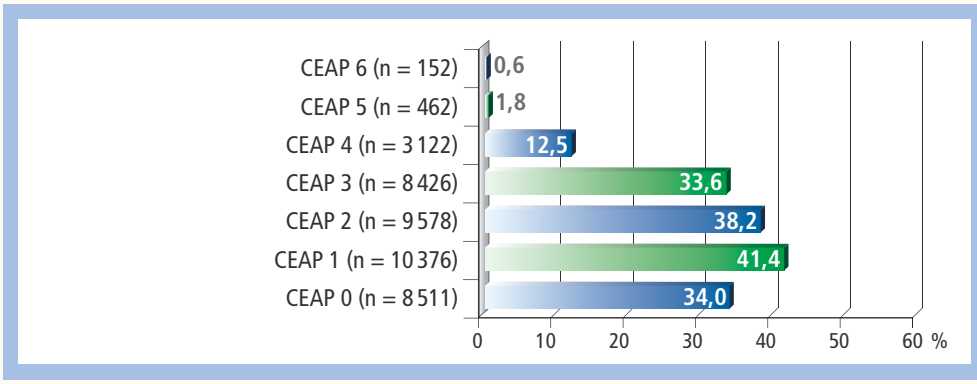

FIGURE 3 : Classement CEAP.

Prévalence de la maladie veineuse dans la patientèle

Près des deux tiers – 65,5 % [65,0 % ; 66,0 %]) – de la patientèle des médecins généralistes présentaient depuis 7 ± 8 ans en moyenne des signes d'insuffisance veineuse dont la fréquence est illustrée sur la **Figure 1**.

Ces signes sont dominés par les lourdeurs de jambes (48,9 %), les douleurs (40,9 %) et la sensation de gonflement (37,4 %) et sont majorés dans diverses situations notamment en fin de journée (74,7 %), après une longue station debout (53,6 %) ou en été (50,5 %) ; **(Figure 2)**.

Leur classification CEAP établie par les médecins est donnée sur la **Figure 3** et le diagnostic de maladie veineuse chronique a été confirmé par les médecins dans 59,4 % [58,8 %; 59,9 %] de la patientèle.

Parmi l'ensemble des patients, 26,6 % [26,1 % ; 27,1 %] sont venus consulter directement pour une insuffisance veineuse ou indirectement au décours de la prise en charge d'une autre maladie.

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

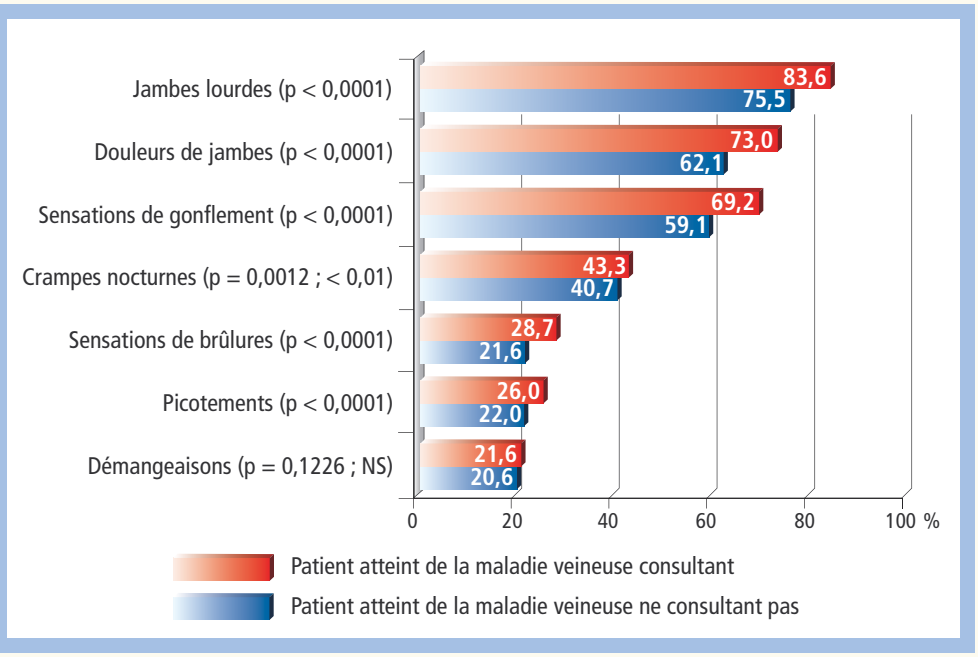

FIGURE 4 : Comparaison de la symptomatologie des patients insuffisants veineux consultant ou non pour une insuffisance veineuse.

Le croisement de cette demande de soins pour une insuffisance veineuse et la présence d'une insuffisance veineuse fait apparaître que 47,7 % [47,1 % ; 48,4 %] des patients ne consultant pas pour ce motif sont pourtant directement concernés et que seuls 41 % [40,2 % ; 41,7 %] des patients atteints d'insuffisance veineuse ont consulté pour ce motif.

Profil des patient insuffisants veineux consultant ou non pour ce motif

Pour tenter de comprendre ces comportements, nous avons comparé chez les patients atteints d'une insuffisance veineuse chronique, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ceux venant consulter ou non pour ce motif.

La taille des effectifs supérieure à 10 000 cas procure une puissance énorme aux tests statistiques ce qui confère une significativité statistique à des différences de faibles importances sans significativité clinique. Ces résultats doivent donc être analysés avec circonspection en tenant compte à la fois d'un p inférieur à 0,001, mais également de la différence observée entre les « groupes » qui doit être d'au moins 5 % dans la répartition pour revêtir une pertinence clinique.

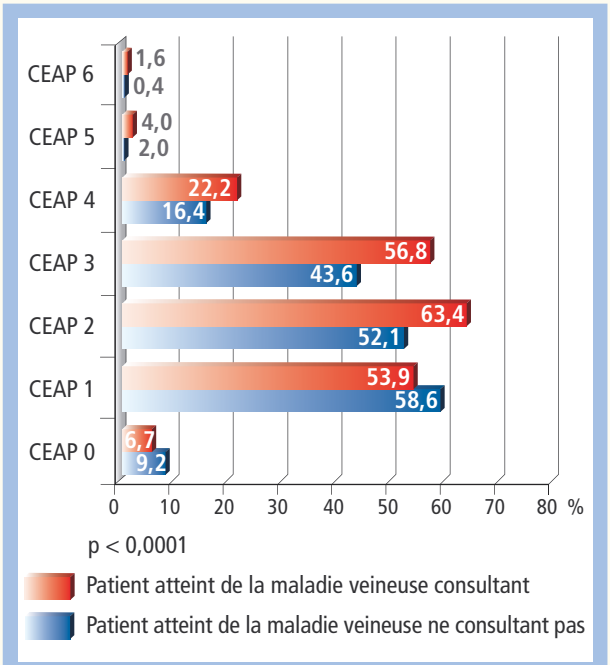

FIGURE 5 : Comparaison de la CEAP des patients insuffisants veineux consultant ou non pour une insuffisance veineuse.

Les patients consultant pour leurs troubles veineux apparaissent présenter des signes fonctionnels plus marqués avec notamment une plus grande fréquence des lourdeurs de jambes (83,6 % *vs* 75,5 % ; p < 0,0001), des douleurs de jambes (73,0 % *vs* 62,1 % ; p < 0,0001), des sensations de gonflements (69,2 % *vs* 59,1 % ; p < 0,0001) et des sensations de brûlures (28,7 % *vs* 21,6 % ; p < 0,0001) **(Figure 4)**.

Ils sont également caractérisés par des signes physiques plus fréquents et plus importants tels que des varices (63,4 % *vs* 52,1 % ; p < 0,0001), des œdèmes (56,8 % *vs* 43,6 % ; p < 0,0001) des troubles trophiques (22,2 % *vs* 16,4 % ; p < 0,0001) et des ulcères cicatrisés ou non (5,6 % *vs* 2,4 % ; p < 0,0001) **(Figure 5)**.

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

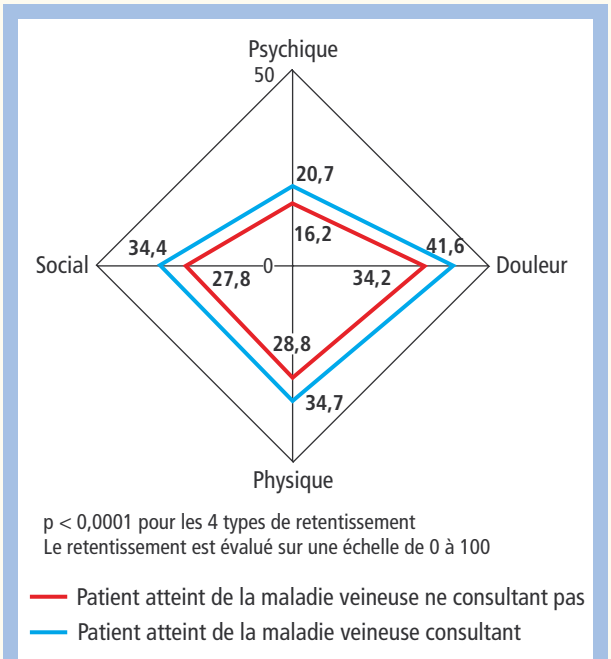

FIGURE 6 : Comparaison du score CIVIQ des patients insuffisants veineux consultant ou non pour une insuffisance veineuse.

L'impact de leur insuffisance veineuse sur leur qualité de vie évalué par le score CIVIQ est également plus marqué avec un retentissement psychologique de 20,7 ± 20,8 *vs* 16,2 ± 19,4 ($p < 0,0001$), de la douleur de 41,6 ± 18,9 *vs* 34,2 ± 19,1 ($p < 0,0001$), sur le physique de 34,7 ± 24,6 *vs* 28,8 ± 24,8 ($p < 0,0001$) et social de 34,4 ± 24,4 *vs* 27,8 ± 23,1 ($p < 0,0001$) **(Figure 6)**.

On notera cependant, comme cela sera discuté, que si les signes sont effectivement plus marqués dans le groupe consultant pour leurs troubles veineux, ils sont cependant loin d'être faibles dans le groupe ne consultant pas.

Prise en charge des patients

Parmi les patients présentant une insuffisance veineuse, 58,8 % n'ont jamais été traités pour leur insuffisance veineuse, 31,6 % l'ont été et le sont toujours et 9,7 % l'ont été mais ne le sont plus.

La **Figure 7** illustre les traitements reçus par l'ensemble des patients, ceux qui l'ont été et le sont toujours et ceux qui l'ont été et ne le sont plus ainsi que la fréquence de ceux ayant bénéficié d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées.

Lorsque les patients ont arrêté leur traitement, c'était principalement – dans 36,2 % – parce que le patient avait du mal à assumer les coûts, dans 33,2 % parce qu'il trouvait que le traitement n'était pas assez efficace et dans 17,8 % parce qu'il ne souffrait plus.

Lorsque le patient n'avait jamais été traité, la première raison était qu'il n'avait jamais parlé de ses troubles à son médecin (33,3 %), qu'il n'était pas gêné par son insuffisance veineuse (22,0 %) et parce que les médicaments ne sont pas remboursés (8,9 %).

Pour expliquer les comportements des patients, notamment face à la décision d'arrêter leur traitement, nous avons comparé les profils cliniques des patients qui n'ont jamais été traités pour leur insuffisance veineuse à ceux qui l'ont été et le sont toujours et à ceux qui l'ont été mais ne le sont plus.

Comme précédemment du fait de la taille très importante des effectifs, seules des différences d'au moins 5 % dans la répartition et au seuil $p < 0,001$ sont retenues comme présentant une pertinence clinique.

Les analyses illustrées sur la **Figure 8** montrent que les patients qui n'ont jamais été traités ont des signes fonctionnels moins marqués que les patients ayant déjà été traités.

Il en est de même pour les signes physiques illustrés sur la **Figure 9** et pour la qualité de vie des personnes illustrée sur la **Figure 10**.

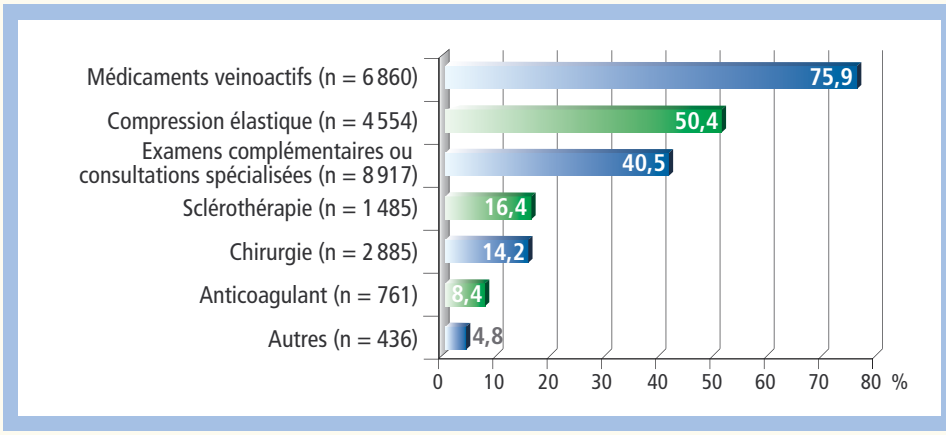

FIGURE 7 : Traitements du patient et antécédents médicaux.

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

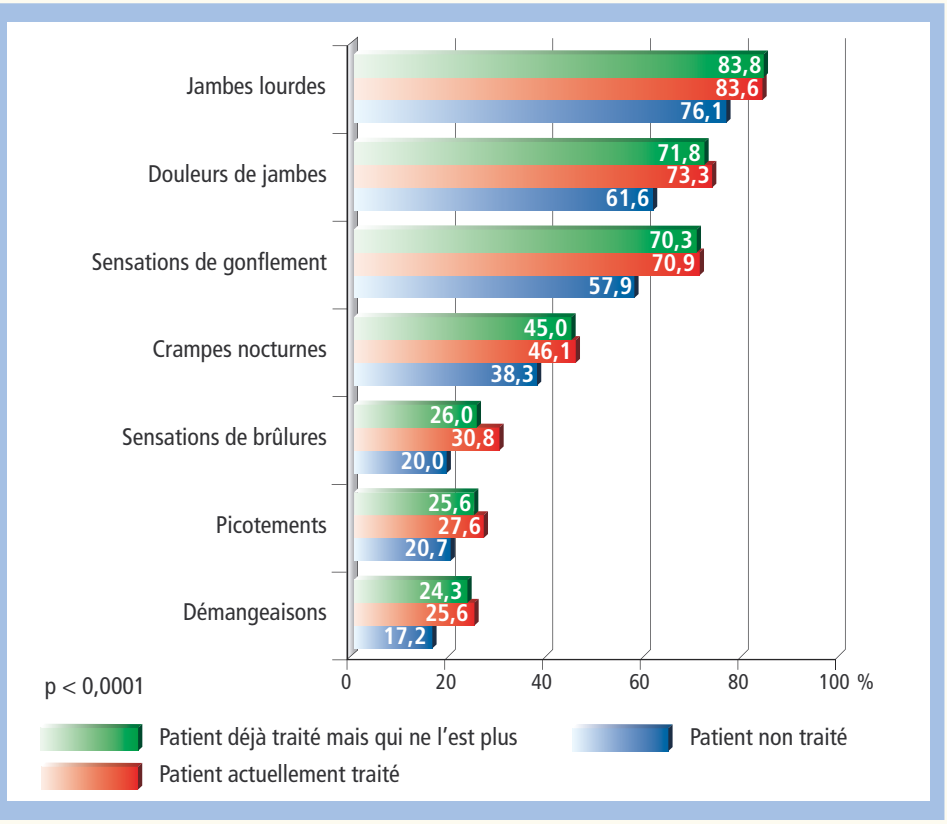

FIGURE 8 : Comparaison de la symptomatologie des patients insuffisants veineux consultant ou non pour une insuffisance veineuse.

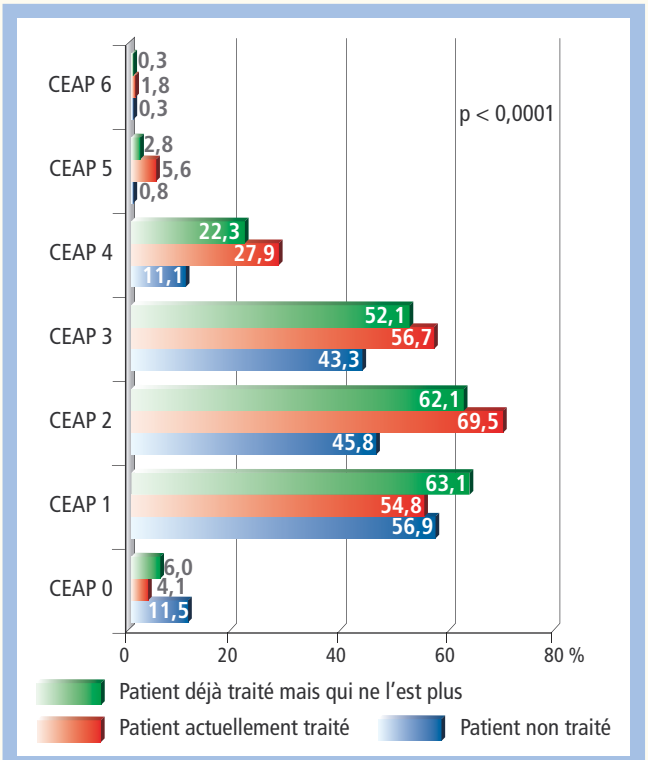

FIGURE 9 : Comparaison de la CEAP en fonction du fait que le patient souffrant de maladie veineuse chronique soit actuellement traité ou non.

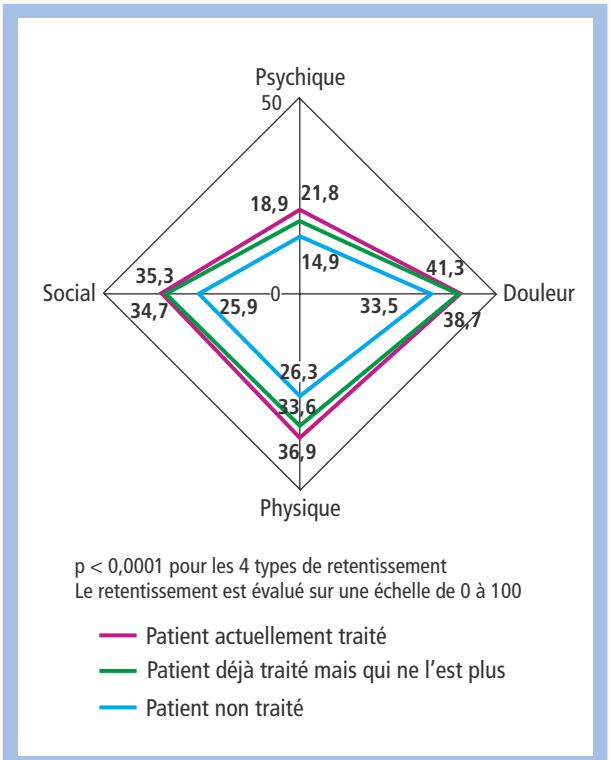

FIGURE 10 : Comparaison du score CIVIQ des patients insuffisants veineux selon qu'ils sont actuellement traités ou non.

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

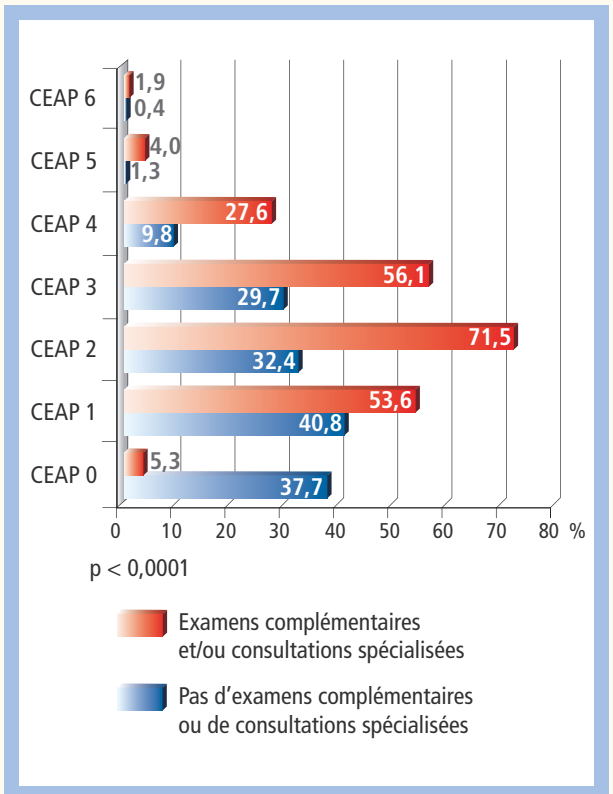

FIGURE 11 : Comparaison de la CEAP selon la prescription d'examens complémentaires et/ou de consultation spécialisée.

Par contre, les patients ayant arrêté leur traitement diffèrent peu de ceux qui le poursuivent au moment de la consultation en raison des signes qu'ils éprouvent.

Un patient sur cinq (19,4 %) a été adressé à l'angiologue/phlébologue lorsque le stade de sa classification CEAP s'est révélé relativement avancé **(Figure 11)**.

Discussion

L'échantillon des personnes se présentant en consultation de médecine générale ne constitue pas un échantillon représentatif de la population générale notamment du fait d'une moyenne d'âge plus élevée, qui dans l'étude est de 51 ans. Cependant, même dans ces conditions, en faisant apparaître une fréquence de 65,5 % [65,0 % ; 66,0 %] cette étude confirme une fois de plus l'importance de la fréquence de l'insuffisance veineuse dans la population mais cette notion est déjà bien acquise.

De manière un peu surprenante, nos données se rapprochent davantage de celles observées dans la population générale que dans les études conduites en patientèle.

L'étude de l'INSEE conduite auprès de la population générale en 1996 [2] montre que plus de 18 millions d'adultes, soit 57 % des femmes et 26 % des hommes, se plaignent de problèmes de circulation veineuse des jambes alors que l'étude Envol [3], réalisée en France en 1987 auprès des médecins généralistes et portant sur 104 720 patients consultant pour des affections variées, montre que 33,5 % étaient atteints d'une affection veineuse.

De même l'étude de Bonn [4] conduite en Allemagne, dans une population de plus de 3 000 sujets âgés de 18 à 79 ans fait état d'une prévalence de 31,4 %. L'étude d'Edimbourg [5] souvent citée également fait apparaître une prévalence de 32 % chez les femmes.

On a reproché à l'étude de l'Insee de ne présenter aucune certitude sur le caractère veineux et le stade réel d'évolution de la maladie, puisqu'il s'agissait de déclarations des personnes, et non des résultats d'un examen clinique pratiqué par un médecin.

Mais dans notre étude, la prévalence confirmée par les médecins dans leur clientèle n'est guère inférieure à la simple description par les patients.

De plus, le taux de 59,4 % [58,8 % ; 59,9 %] confirmé par les médecins est superposable à celui de l'étude Insee.

Deux raisons peuvent expliquer cette discordance :

- soit dans les études antérieures conduites en patientèle, les médecins ont sous-estimé la prévalence de la maladie veineuse en ne prenant compte que des formes les plus évoluées ou celles présentant des signes physiques ;
- soit on assiste actuellement à une augmentation de la prévalence de la maladie veineuse du fait d'un changement des conditions de vie, des personnes, mais aussi d'une moindre prise en charge aux stades initiaux.

Notre étude ne permet pas de se prononcer mais suscite une interrogation à laquelle il conviendrait de répondre. La réponse est sans doute entre les deux.

Quoi qu'il en soit, si ce type d'étude ne reflète pas une véritable prévalence de la maladie veineuse dans la population générale, il est toutefois intéressant d'évaluer le nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'une prise en charge si un dépistage systématique de cette maladie était organisé en médecine générale.

De plus, si par rapport à la population générale, un biais majeur existe pour les sujets les plus jeunes (car ceux-ci consultent moins fréquemment), pour les tranches d'âges au dessus de 50 ans, la prévalence dans la patientèle et la prévalence dans la population générale tendent à se confondrent, car rares sont aujourd'hui les patients de plus de 50 ans qui ne consultent pas au moins une fois par an, notamment dans la population féminine.

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

Un autre apport de notre étude se situe dans la mise en évidence que 47,7 % [47,1 % ; 48,4 %] des patients ne consultant pas pour ce motif sont pourtant directement concernés et que seuls 41 % [40,2 % ; 41,7 %] des patients atteints d'insuffisance veineuse, consultent pour ce motif.

Ceci montre la relative déshérence dans laquelle se trouve aujourd'hui la maladie veineuse et il est à craindre que la situation ne s'aggrave dans les années qui viennent.

Certes, les patients consultant pour leur insuffisance veineuse ont des signes plus marqués que ceux ayant une maladie veineuse pour laquelle ils ne consultent pas, mais les signes présentés par ces derniers sont loin d'être négligeables :

– 75,5 % ont des lourdeurs de jambes ;
– 62,1 % des douleurs de jambes ;
– 59,1 % des sensations de gonflements.

Ils présentent des signes physiques importants :

– avec des varices chez 52,1 % d'entre eux ;
– des œdèmes chez 43,6 % ;
– des troubles trophiques chez 16,4 % ;
– et des ulcères cicatrisés ou non chez 3,4 %.

Ce n'est donc pas a priori dans la seule différence d'intensité des signes fonctionnels et physique qu'il convient de rechercher la raison de l'absence de consultation mais sans doute dans le fait d'une forme de résignation à l'égard de l'insuffisance veineuse que montrent également nos résultats : 33,3 % n'en ont jamais parlé à leur médecin.

Il est possible que le qualificatif de maladie de confort attribuée trop souvent à cette pathologie conditionne aujourd'hui le comportement des patients.

L'étude conduite en fonction des prises en charge permet d'affiner encore l'analyse des comportements des patients.

- Les patients n'ayant jamais été traités recouvrant en grande partie les patients qui n'avaient jamais consulté, nous ne reviendrons pas sur ces résultats.
- Il est par contre intéressant de souligner que ceux qui ont arrêté de se traiter ont des signes tout autant marqués que ceux pour qui le traitement est poursuivi.

Ceci pourrait suggérer que ce n'est donc pas dans une différence d'intensité qu'il faut rechercher la cause essentielle de la décision de traiter ou non, mais dans d'autres origines que les données de notre étude indiquent : ***seulement 17,8 % des patients rapportent qu'ils ont arrêté leur traitement parce qu'ils ne souffraient plus***.

Deux autres raisons apparaissent prédominantes.

La première est la difficulté financière de 36,2 % des patients à en assumer les coûts ce qui résulte du déremboursement de cette classe de médicaments.

Il est regrettable qu'aujourd'hui un tiers des patients éprouvent des signes fonctionnels et physiques importants, réduisant de manière sensible leur qualité de vie mais ne pouvant les soulager pour des raisons financières.

Ces chiffres attestent d'une véritable discrimination financière dans l'accès aux soins. Les conséquences pour la santé de patients comme pour l'économie de la santé seront sans doute importantes dans quelques années car comme la montré l'étude de Claudio Allegra [6], une recrudescence des ulcères et des strippings est apparue en Italie quelques années après déremboursement des veinotoniques.

L'autre raison indiquée par une même proportion des patients (33,2 %) est l'absence d'efficacité du traitement reçu.

Ceci doit conduire à s'interroger sur les traitements veinotoniques qui leur sont prescrits et la connaissance par les médecins des résultats du consensus de Sienne graduant le niveau de preuve de chacun d'eux.

On rappellera que seules les fractions flavonoïdes micronisées purifiées, le calcium dobesilate et l'hydroxyethyl-rutoside ont obtenu un grade A dans le consensus de Sienne [1] et que 2 produits ont obtenu un grade B : l'escine et les extraits de ruscus.

De même, dans une méta-analyse récente [7] conduite sur l'œdème, les fractions flavonoïdes micronisées purifiées témoignent d'une efficacité supérieure à celles des extraits de ruscus et de l'hydroxyethyl-rutoside, eux-mêmes supérieurs au placebo et à la diosmine simple, qui quant à elle ne différait pas significativement du placebo.

Le choix des produits bénéficiant de grade A ou au moins B apparaît donc relativement limité et doit être suivi si l'on veut garantir au patient l'efficacité nécessaire à une bonne adhésion au traitement.

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

Conclusion

L'insuffisance veineuse fait l'objet aujourd'hui d'une prise en charge insuffisante notamment en raison :
– d'une image négative de pathologie de confort attribuée à cette maladie ;
– de difficultés financières liées au déremboursement de ces médicaments ;
– et sans doute du choix des traitements veinotoniques qui ne reflètent pas assez les niveaux de preuve d'efficacité établis par la conférence de consensus de Sienne.

Déclaration de conflit d'intérêts

- Le professeur François-André Allaert est titulaire de la chaire d'Évaluation médicale des Allégations de santé.

  Il est directeur du centre de recherche où l'analyse des données a été réalisée à titre onéreux pour le compte des laboratoires Euthérapie.

- Le docteur Jean-Jérôme Guex est membre du bureau de l'Union Internationale de Phlébologie. Il est co-rédacteur de l'enquête ***Vein Consult Program*** au niveau mondial.

  Il n'a pas reçu d'honoraires à ce titre de la part des laboratoires Euthérapie.

  Il a reçu des honoraires de consultant de la part des laboratoires Euthérapie.

Références

1. Nicolaides A.N., Allegra C., Bergan J., Bradbury A., Cairols M., Carpentier P., Comerota A., Delis C., Eklof B., Fassiadis N., Georgiou N., Geroulakos G., Hoffmann U., Jantet G., Jawien A., Kakkos S., Kalodiki E., Labropoulos N., Neglen P., Pappas P., Partsch H., Perrin M., Rabe E., Ramelet A.A., Vayssairat M., Ioannidou E., Taft A. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. Int. Angiol. 2008 Feb ; 27(1) : 1-59.
2. Floury N.C., Guignon N., Pinteaux A. Données sociales 1996, la Société Française. Paris : éditions INSEE ; 1996.
3. Laboratoires Boots-Dacour. Panorama Méd. 1987 ; 2 : 506.
4. Rabe E., Pannier-Fischer F., Bromen K., Schuldt K., Stang A., Poncar Ch., Wittenhost M., Bock E., Jöckel KH. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Phlebologie 2003 ; 32 : 101-13.
5. Evans C.J., Fowkes F.G., Ruckley C.V., Lee A.J. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population; Edinburgh Vein Study. J. Epidemiol. Community Health 1999 ; 53(1) : 149-53.
6. Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization; an Italian perspective. Curr. Med. Res. Opin. 2003 ; 19(8) : 761-9.
7. Allaert F.A. A meta-analysis of randomized controlled trials of the main venoactive drugs on the reduction of venous ankle edema. International Congress of the "Union Internationale de Phlébologie", European Chapter Meeting. Abstract book: 42. Prague, September 15-17, 2011. (accepted in International Angiology).