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

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2017, 70, 2, p. 38-48

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

Causes de non observance de la compression médicale dans le traitement des ulcères veineux.

Non-observance of medical compression in venous ulcers treatment.

Le Gloannec H.[1], Boye T.[2], Placidi E.[3]

Résumé

Objectifs : La compression médicale représente l'essentiel du traitement des ulcères veineux mais encore faut-il que ce traitement soit prescrit, conforme et porté. Notre travail est une analyse observationnelle des défauts et écarts d'observance thérapeutique et des causes exprimées à cette non observance.

Méthode : 31 patients ont été inclus sur une période d'un trimestre au sein de trois types de structures. Un service hospitalier de dermatologie, une consultation de plaies & cicatrisation au sein d'un service de chirurgie vasculaire en clinique et une consultation libérale de phlébologie.

Résultats : Dans un tiers des cas, aucune compression médicale n'avait été initialement prescrite. Dans ce groupe, les patients étaient en moyenne plus âgés, vus plus tardivement, plus souvent dépendants et porteurs de comorbidités. La prise en charge des comorbidités était généralement considérée comme insuffisante en particulier l'impotence fonctionnelle et l'excès de poids.
Dans un autre tiers, la compression médicale était prescrite mais non conforme aux recommandations HAS. Les raisons de cette non-conformité étaient principalement une force de compression trop faible ou une technique de pose inadaptée.
Enfin dans le dernier tiers de notre effectif, la compression médicale était prescrite et conforme mais elle était portée dans seulement 25 % des cas. Les patients de ce groupe avaient une connaissance très médiocre de leur pathologie et des possibilités thérapeutiques. Par contre, une éducation thérapeutique lors de la première prescription de compression médicale augmentait très nettement l'observance de cette dernière.

Mots-clés : *Ulcères veineux, comorbidité, compression médicale, observance thérapeutique, conformité, recommandations, communication, éducation thérapeutique.*

Summary

Objectives: *Medical compression represents the main part of venous ulcers treatment but this treatment still needs to be prescribed, consistent and applied. Our work is an observational analysis of defects and deviations of therapeutic analysis and of causes expressed by an absence of observance.*

Methods: *31 patients were considered on a 3-months period within three types of structures:*
- *A hospital service of dermatology*
- *A wound and healing consultation within a vascular surgery department of a clinic*
- *An office of phlebology*

Results: *For one third of the patients, no medical compression was initially prescribed. In this group, patients were, on average, older, seen later, more dependent and carrying comorbidities. Management of comorbidities was usually considered as insufficient particularly functional impotence and excessive weight.*
In another third, medical compression was prescribed but not in accordance with HAS recommendations. Reasons for this non-conformity were mainly an insufficient pressure on bandages and an inadequate laying technique.
Finally, in the last third of our sample, medical compression was prescribed and compliant but applied in only 27% of cases. Patients in this group had a very poor knowledge of their condition and therapeutic possibilities. However, a therapeutic instruction during the first prescription significantly improved the application of observance.

Keywords: Venous ulcers, comorbidity, medical compression, therapeutic compliance, consistency, recommendations, communication, therapeutic instruction.

1. *Hervé Le Gloannec. Cabinet d'angiologie & phlébologie. 2, rue Corneille. Toulon.* veinesopera@gmail.com
2. *Thierry Boyé. Service de dermatologie de l'hôpital inter-armées Sainte-Anne. Toulon*
3. *Éric Placidi. Service de chirurgie vasculaire de la polyclinique les Fleurs. Plaies et cicatrisation. Clinique Les Fleurs. Ollioules.*

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

Introduction

La compression médicale à haut niveau de pression représente l'essentiel du traitement étiologique des ulcères veineux.

Dans plus de 80 % des cas, cette pathologie est prise en charge par un infirmier à domicile sans faire appel aux structures médicales. À cela s'ajoute un grand nombre de patients qui n'en parle à personne

Pourtant, les recommandations médicales existent mais leur observance suppose une parfaite connaissance de la part des praticiens des différents matériels disponibles ainsi que l'évaluation précise du malade pour établir une prescription adaptée.

De plus l'histoire du patient est rarement un long fleuve tranquille et les écarts ne manquent pas de survenir dans le quotidien entre le souhait thérapeutique théorique et la réalité du terrain.

Parmi tous les facteurs de non observance des thérapeutiques recommandées, cette étude observationnelle tente de recueillir les motifs exprimés par les patients pour s'affranchir du port de leur compression médicale.

Le but final est bien sûr de travailler sur des voies d'amélioration réalistes et pragmatiques pour offrir une aide efficace aux soignants et aux patients pour améliorer l'observance de la compression médicale prescrite dans le traitement des ulcères veineux.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) incitent à prendre en compte le contexte social et gériatrique du patient afin d'améliorer cette observance. Elles suggèrent également de mettre en œuvre une éducation thérapeutique du patient et de son entourage à l'utilisation de la compression.

Matériel et méthode

Une étude prospective observationnelle a été conduite à partir d'un questionnaire standardisé, pendant un trimestre lors du printemps 2015 pour mieux comprendre les raisons et les circonstances conduisant les patients porteurs d'ulcères veineux à ne pas observer le port de la compression médicale qui leur a été prescrite.

Le recueil des données a été effectué dans trois centres de consultation situés dans l'aire toulonnaise :

– une consultation de dermatologie au sein de l'H.I.A. Sainte-Anne,
– une consultation de plaies & cicatrisation dans le cadre d'un service de chirurgie vasculaire
– une consultation libérale de médecine vasculaire.

Le diagnostic d'ulcère veineux est effectué sur l'analyse de l'aspect de la plaie, l'historique de la maladie et le terrain de survenue confirmant l'hyperpression veineuse chronique. Chaque praticien est autonome et libre pour affirmer le diagnostic d'ulcère veineux et pour inclure le patient dans notre étude.

Nous avons exclu de cette étude :

– les ulcères mixtes à prédominance artérielle (IPS inférieur à 0,7),
– les ulcères évoluant depuis moins de six semaines (ceci même si les recommandations H.A.S. nous enjoignent à ne pas attendre ce délai, dans le cas d'une récidive)
– les patients qui étaient de passage dans notre région dont le suivi risquait d'être trop aléatoire,
– les patients déjà en cours de soins pour leurs troubles trophiques dans d'autres centres de soins.

- L'accord écrit du patient était systématiquement recueilli et pour effectuer des photographies des lésions. Le questionnaire standardisé a été complété en présence du patient et validé par ce dernier dans sa version finale.
- Dans une première partie, nous avons effectué une évaluation des autonomies physique, psychique (cognitive, mnésique et de l'humeur), domestique, professionnelle et sociale.

Nous avons également fait une analyse des antécédents et comorbidités en particulier une recherche d'artériopathie avec une mesure systématique de l'I.P.S. et la recherche de troubles nutritionnels avec une mesure systématique de l'I.M.C.

L'histoire familiale et personnelle de la maladie veineuse à type de varices, de thrombose et/ou de troubles trophiques avec la date des événements et les traitements antérieurement effectués a été précisée.

- Un deuxième temps de ce travail a consisté en une description clinique de l'ulcère veineux évolutif avec une évaluation de la douleur (échelle E.V.A.) et une analyse de la compression médicale prescrite.

Plus précisément, nous avons vérifié sa conformité aux recommandations H.A.S., colligé l'historique des ajustements thérapeutiques et écouté les raisons de non observance exprimées par le patient.

Enfin, lorsque le patient ne portait pas sa compression, nous avons analysé en détail les motifs de cette non-conformité, évalué les connaissances du patient sur sa pathologie et son traitement ainsi que son aptitude à effectuer un auto-bandage.

Résultats

Inclusion des ulcères veineux dans 3 centres

Centre A : Service de dermatologie de l'hôpital inter-armées Sainte-Anne.

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

Centre B : Service de chirurgie vasculaire de la polyclinique les Fleurs.

Centre C : Cabinet d'angiologie & phlébologie.

Ratio homme/femme

Nous avons retenu 31 patients correspondant aux critères d'inclusion cités ci-dessus.

Il existe une très discrète prédominance féminine avec 16 femmes pour 15 hommes.

Centre A : 9 cas (4 femmes, 5 hommes)
Centre B : 12 cas (8 femmes, 4 hommes)
Centre C : 10 cas (4 femmes, 6 hommes)

Âge moyen

L'âge moyen de nos patients était de :			
Centre A :	80,8 ans (femmes)	Âge moyen A	79,2 ans
	77.3 ans (hommes)		
Centre B :	84,4 (femmes)	Âge moyen B	82,8 ans
	80,6 (hommes)		
Centre C :	82,3 (femmes)	Âge moyen C	76,3 ans
	72,3 (hommes)		

Au total, l'âge moyen de l'échantillon féminin est à 82,7 ans pour 76,4 ans chez les hommes. L'âge moyen de l'ensemble des patients inclus est de 79,7 ans.

Dépendances

Dans l'analyse de la dépendance physique, on retrouve 2 situations distinctes :

Dans les consultations hospitalières (Centres A et B) :

- presque 70 % des consultants présentent une perte d'autonomie physique.
- la moitié d'entre eux est confinée au domicile.

Dans ce groupe, un tiers des patients attribue ce confinement au domicile aux horaires de passage aléatoires des soignants.

En consultation libérale :

- le rapport est inversé avec 70 % des consultants qui présentent une autonomie physique jugée illimitée et sans aide.
- 20 % des patients de ce groupe expriment cependant des restrictions à s'éloigner du domicile du fait des horaires de passage aléatoires des soignants.

Lorsqu'on interroge les patients qui présentent une diminution de mobilité sur les activités qu'ils ont dû interrompre du fait de cette perte d'autonomie :

- la moitié de l'échantillon a dû interrompre une activité professionnelle, de loisirs ou sportive.
- l'autre moitié n'a rien changé dans ses habitudes.

Sur le plan psychique, nous avons recherché les troubles cognitifs, des troubles de la mémoire ainsi que les patients qui présentent des troubles de l'humeur.

- La moitié des patients que nous avons inclus dans notre étude présente des troubles cognitifs et/ou des troubles de l'humeur.
- Les déficits se cumulent car ce sont principalement ceux qui présentent également une perte d'autonomie physique.
- *Ces patients sont majoritairement des femmes (11/12).*
- Un seul homme âgé de 97 ans avec une perte d'autonomie physique limitée (limitation à la marche dans un périmètre évalué à 200 m avec l'aide d'une canne).

Sur le plan domestique :

- 84 % des patients sont autonomes, vivent seuls ou avec un conjoint aidant valide.
- 16 % de l'effectif vit en institution (E.H.P.A.D.) ou bénéficie de la visite quotidienne d'un aidant.

Au niveau social et professionnel :

- 20 % des patients sont toujours actifs dans l'échantillon vu en consultation libérale.
- Moins de 5 % des patients sont toujours actifs dans l'effectif des consultations hospitalières. Les autres sont retraités.

Le niveau scolaire est relativement modeste.

- Seulement un quart des patients (4/21) a le niveau baccalauréat ou plus.
- Un tiers des patients de notre effectif sont des mères au foyer.
- 77 % des patients sont autonomes pour prendre leurs rendez-vous médicaux au téléphone ;
- 71 % des patients organisent également leur transport.
- 81 % des patients vus à l'hôpital sont transportés par un tiers ;
- 70 % des patients vus en consultation libérale conduisent leur propre véhicule.
- 38 % des patients expriment des difficultés financières liées à un remboursement jugé insuffisant des pansements lors de la consultation hospitalière ; aucun n'exprime ce type de difficultés en consultation libérale.

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

Dans la consultation libérale :

– 80 % des patients possèdent un téléphone cellulaire,
– et plus de la moitié des patients sait envoyer un SMS, prendre une photo avec son appareil et utiliser Internet.

Dans la consultation hospitalière :

– 50 % des patients possèdent un téléphone
– mais moins de 10 % sait effectuer les tâches sus décrites.

Antécédents & comorbidités

Grossesse

88 % des femmes incluses dans notre étude ont eu au moins une grossesse. Le nombre moyen de grossesse par femme était de 1,94 dans notre série.

Artériopathie

29 % des patients examinés dans le cadre de la consultation hospitalière présentaient des facteurs de risque d'artériopathie (HTA, dyslipidémie, diabète, tabagisme ou antécédents familiaux d'artériopathie).

Par contre, tous les patients vus lors de la consultation libérale présentent au moins un facteur de risque artériel. Il est à signaler que cette consultation de médecine vasculaire se déroule dans des locaux partagés avec des confrères cardiologues.

Les IPS était > 0,8 chez tous les patients. Il était > 1,2 dans 15 % des cas, uniquement des patients diabétiques.

Nous n'avions pas exclu primitivement les ulcères mixtes à prédominance veineuse mais aucun patient de notre effectif n'avait un IPS abaissé. Les patients inclus ne présentaient donc que des ulcères veineux « purs ».

Troubles nutritionnels

L'I.M.C. était normal chez 42 % des patients inclus.

Il existait un surpoids dans 16 % des cas, une obésité dans 22,5 % des cas et une obésité morbide dans 9,5 % des cas.

Au total, on retrouvait une surcharge pondérale dans 48 % des cas [11]. Moins de 10 % des patients avaient un I.M.C. inférieur à la normale.

Pathologie de l'appareil locomoteur

30 % des patients vus au cabinet médical et 13 % de ceux examinés à l'hôpital n'avaient aucune symptomatologie douloureuse, impotence fonctionnelle, déformation ou trouble moteur.

Tous les autres, donc plus de 85 % de l'effectif inclus, avaient une plainte fonctionnelle qui se focalisait par ordre de fréquence sur :

Hanches et genoux (avec difficulté pour toucher ses pieds)	58 %
Épaules (rendant difficile la dépose des orthèses) (7)	19 %
Ankylose tibio-tarsienne (avec difficultés à la marche)	16 %
Troubles de la statique plantaire connus	10 %
Mains et poignets (avec difficulté à mettre les orthèses)	5 %

Antécedents personnels & familiaux de maladie veineuse chronique

Les antécédents vasculaires familiaux étaient absents dans 42 % des cas.

Lorsque ces antécédents étaient présents et documentés, on retrouvait ;
– des varices dans 55 % des cas,
– des antécédents de thrombose veineuse dans 19 % des cas,
– et des antécédents de troubles trophiques dans 35 % des cas.

Dans les antécédents personnels :
– 74 % des patients (23/31) avaient des varices avec une durée d'évolution moyenne évaluée à 33 ans avant la consultation.
– Les traitements antérieurement effectués de ces varices :
  - étaient la chirurgie (43 % des cas),
  - la sclérothérapie (22 % des cas),
  - la compression médicale (22 % des cas)
  - et aucun traitement dans 35 % des cas.
– Toujours dans les antécédents phlébologiques personnels :
  - on retrouvait des antécédents de troubles trophiques dans 52 % des cas (16/31) avec une durée de cicatrisation moyenne des épisodes précédents mesurée à 8,9 ans.
  - Les traitements antérieurement prescrits dans ce cadre étaient par ordre décroissant des pansements (81 % des cas),
  - la compression médicale (56 % des cas),
  - la chirurgie (12,5 % des cas),
  - la sclérothérapie (12,5 % des cas),
  - l'application de miel ou l'oxygénothérapie hyperbare (moins de 10 % des cas).

Aucun patient n'exprimait une abstention thérapeutique lors des épisodes précédents.

Enfin 32 % de notre effectif (10/31) exprimait des antécédents de thrombose veineuse profonde et/ ou superficielle.

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

Description de la plaie

Lorsque les plaies étaient multiples sur le même membre, nous avons fait une description précise de la plus étendue.
- Les plaies constatées étaient unilatérales dans 68 % des cas (21/31).
- Il existait une très discrète prédilection pour le membre inférieur gauche (20 plaies) par rapport au membre inférieur droit (19 plaies).
- Chaque membre portait en moyenne 1,52 plaies.
- Electivement, la plaie était unique, unilatérale, localisée à la cheville sur la face interne en situation juxta-malléolaire (en moyenne à 2,4 cm par rapport au bord inférieur de la malléole).

Centre	Surf plaie (cm²)	Durée évol° (sem)	Trauma initial %)
A	24	118	22
B	36	66	50
C	11	28	50

- 42 % des ulcères étaient décrits par les patients comme douloureux avec une E.V.A. moyenne à 3,7 / 10.

La compression médicale est-elle prescrite ?

Nous avons vérifié s'il existait une prescription médicale initiale d'une compression médicale adaptée et conforme aux recommandations H.A.S. avant la consultation d'inclusion.

Pour mémoire, dans le traitement des ulcères veineux, l'H.A.S. recommande la prescription d'une compression médicale à haut niveau de pression.

Cela signifie qu'elle distribue plus de 30 mm Hg de pression à la cheville lors de la pose et au repos. La compression par bandage ou par orthèse doit s'étendre de la racine des orteils jusqu'au genou.

La compression médicale est prescrite initialement dans 64 % des cas (20/31).
- Elle est conforme aux recommandations H.A.S. dans 55 % des cas (11/20)
- et non conforme dans 45 % des cas (9/20).

Lorsque la prescription initiale est inadaptée :
- les motifs de non conformité sont la force insuffisante de compression (2/3 des cas)
- ou le schéma de pose inadapté (1/3 des cas).

Aucune compression médicale n'avait été prescrite dans 36 % des cas (11/31).

À noter dans cette situation que trois patients sur 11 étaient porteurs d'un bandage « artisanal » qu'ils avaient spontanément confectionné à l'aide de bandes inélastiques sans avis médical ou paramédical.

La compression médicale est-elle portée ?

Ici, nous avons analysé la cascade d'événements qui suivent la première prescription CONFORME aux recommandations H.A.S.

C'est à dire la consultation d'inclusion N pour les patients ayant une prescription antérieure conforme (11 patients/31) ou la consultation N+1 pour ceux chez qui la 1re prescription conforme a été faite lors de la visite d'inclusion (20 patients/31).

Dans 12 cas, il y a eu des modifications thérapeutiques supplémentaires de la compression médicale aux consultations N+2, N+3 car la non observance du port de la compression médicale persistait.

Nous avons ensuite « poolé » ces cas cliniques en considérant chaque modification thérapeutique comme une observation supplémentaire afin d'effectuer une analyse plus exhaustive des raisons de non observance.

1/ Lorsque la prescription initiale était conforme aux recommandations H.A.S., l'observation de l'ulcère lors de la visite d'inclusion N nous permettait de constater que la compression médicale était :

PORTÉE : 27 % des cas (3/11)

Sans aucune adaptation nécessaire (1/11)

Avec une adaptation thérapeutique nécessaire (2/11).

L'adaptation thérapeutique concernait le chaussage (2 fois) et la durée de port qui était jugée insuffisante (1 fois).

NON PORTÉE : 73 % des cas (8/11)

Les raisons de non observance évoquées étaient par ordre décroissant :
- une intolérance locale avec douleur et/ou prurit (3 fois),
- des difficultés à la pose ou la dépose (3 fois),

COMPRESSION MÉDICALE PRESCRITE 64 %				
Conforme Recom° HAS	**6/9**	2/12	3/10	35 % (11/31)
Non conforme	2/9	4/12	3/10	29 % (9/31)
COMPRESSION MÉDICALE NON PRESCRITE 36 %				
Pas de port de CM	1/9	3/12	4/10	26 % (8/31)
Bandage « artisanal »	0	3/12	0	10 % (3/31)
	CENTRE A	CENTRE B	CENTRE C	TOTAL 31/31

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

– une sensation de garrot sous le genou (2 fois),
– une sensation générale « d'étouffement » (2 fois)
– ou le coût global du matériel (1 fois).

Une adaptation thérapeutique a été proposée qui consistait en une « médicalisation » du traitement de l'ulcère, organisation du soin infirmier, utilisation de bandages complexes multicouches, utilisation de bandages moins onéreux avec des schémas de pose spécifiques.

3 cas ont nécessité des adaptations thérapeutiques successives.

La raison alors exprimée pour justifier la non observance était toujours le coût du matériel.

2 cas (représentant donc 18 % de notre effectif non observant initial) restent des échecs thérapeutiques à la fin de notre étude avec une non observance du port de la compression malgré plusieurs ajustements thérapeutiques.

2/ Lorsque la prescription de compression médicale conforme n'avait été effectuée qu'à l'occasion de l'inclusion, l'observation de l'ulcère à la visite suivante N+1, nous permettait de constater que la compression médicale était :

PORTÉE : 80 % des cas (16/20)

Sans aucune adaptation nécessaire (10/20)

Avec une adaptation thérapeutique nécessaire (6/20).

L'adaptation thérapeutique concernait la durée de port jugée insuffisante (3 fois) ou un schéma de pose incorrect (3 fois).

NON PORTÉE : 20 % des cas (4/20)

Les raisons alors évoquées de cette non-observance étaient :
– le coût du matériel (2 fois),
– une intolérance locale avec prurit (1 fois)
– et une sensation de garrot sous le genou (1 fois).

À la première adaptation thérapeutique, tous les patients sont devenus observants.

Pour les cas de non d'observance liée à une pose que le patient jugeait comme inadaptée, nous avons effectué, avec leur accord et s'il ne présentait pas de troubles cognitifs, une évaluation des connaissances de ces patients sur l'ulcère veineux. L'analyse des connaissances de l'ulcère veineux donnait alors des résultats globalement médiocres avec une note moyenne à 4,2/10.

L'apprentissage de l'auto-bandage a été effectué dans neuf cas avec des résultats jugés comme satisfaisants après contrôle par un I.D.E. qualifié en compression dans six cas sur neuf (67 %).

La note moyenne à l'analyse de connaissance des patients ayant réussi à confectionner un auto bandage de qualité était de 6,2/10.

Discussion

Avant tout, il faut ramener les choses à leur juste valeur. Le nombre de patients inclus dans ce travail est très modeste. L'analyse statistique a donc une valeur très limitée. Plus qu'une analyse statistique dont les conclusions seraient hasardeuses, nous faisons une analyse plus « qualiticienne » des résultats, en repérant les atypies et les écarts exprimés dans chacun des trois centres, pour proposer des pistes d'amélioration.

1/ Les us et coutumes de la prise en charge des ulcères veineux :

Nous avons souhaité effectuer un recrutement dans les 3 types de structures médicales généralement sollicitées en France pour prendre en charge les ulcères veineux.

- *Un service hospitalier de dermatologie, dans le cadre de l'hôpital interarmées Sainte-Anne à Toulon, qui bénéficie d'un plateau technique complet.*

La durée moyenne d'évolution des plaies était dans ce cadre de 118 semaines. Les critères d'exclusion relativement sévères que nous avons exigés et en particulier de ne pas retenir les patients déjà en cours de soins au sein d'une autre structure ont posé des difficultés à ce centre.

En effet ce pôle d'excellence est souvent sollicité comme structure transversale par différents acteurs et seuls 9 patients ont pu être conformément retenus sur une période d'un trimestre par le dermatologue qui a participé à notre travail.

- *Un service hospitalier de chirurgie vasculaire au sein duquel un médecin qualifié en plaie & cicatrisation effectue deux consultations hebdomadaires.*

De la même façon, de nombreux patients bénéficiaient d'un suivi transversal par ce centre chirurgical qui est souvent sollicité pour évaluation des indications chirurgicales dans les plaies chroniques.

La durée d'évolution des plaies était ici de 66 semaines en moyenne avec des lésions de grande taille (36 cm² en moyenne). 12 patients ont été inclus dans ce site.

- *Enfin, le cabinet médical libéral de cardiologie et médecine vasculaire a inclus 10 patients sur la même période.*

La totalité des patients présentait ici des facteurs de risques artériels et des antécédents d'artériopathie.

L'I.P.S. a été systématiquement mesuré et aucun ulcère mixte n'a été inclus. Les ulcères veineux observés dans ce cadre étaient de taille nettement moindre (11 cm²) et d'une durée d'évolution inférieure (28 semaines) aux patients inclus en milieu hospitalier.

Pour 70 % des patients inclus au cabinet médical, l'ulcère veineux n'était même pas le motif de consultation.

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

Il faut ici constater que les structures sanitaires habituellement sollicitées en France pour traiter les ulcères veineux ne reçoivent pas des patients comparables [4].

Malgré le faible nombre de cas inclus dans notre travail, il semble que les structures hospitalières reçoivent plus tardivement des patients plus âgés.

L'autonomie physique est également très différente puisque 70 % des patients vus au cabinet médical ont une autonomie jugée comme illimitée alors que 70 % des patients reçus en structure hospitalière ont une perte d'autonomie.

Ceci doit faire appréhender l'obstacle que peut représenter une accessibilité difficile à un cabinet médical.

– 95 % des consultants en structure hospitalière sont retraités, mais il persiste 20 % de patients professionnellement actifs dans la consultation au cabinet médical.
– Aucun patient n'exprime des difficultés financières pour son traitement dans la consultation libérale, alors que 33 % des patients (7/21) en ont à l'hôpital.

2/ Les dysfonctionnements observés, les améliorations possibles

Certaines constatations cliniques nous font redouter une cicatrisation difficile lors de la prise en charge thérapeutique des ulcères veineux.

Classiquement, une taille d'ulcère importante (> 10 cm^2), l'ancienneté du trouble trophique observé (> 6 mois), une artériopathie associée (I.P.S. < 0,8) ou l'existence d'une surinfection locale sont de mauvais pronostic.

Quelques adaptations thérapeutiques peuvent être faites mais l'amélioration du résultat restera vraisemblablement modeste dans ces situations.

3/ Par contre, les résultats de notre étude montrent la distance que nous prenons parfois par rapport au traitement « idéal ».

Les écarts observés, que nous allons développer maintenant, sont une source importante d'amélioration.

– ***Recherche d'une altération de la pompe veineuse*** (ankylose tibio-tarsienne, impotence fonctionnelle à la marche, sédentarité, surpoids). 85 % des patients inclus dans notre étude présentent une perte d'autonomie physique et cependant les deux tiers de notre effectif n'a pas eu de rééducation fonctionnelle, ni de soins de kinésithérapie.
– ***La fréquence accrue des troubles de la statique plantaire*** chez les patients porteurs d'ulcères veineux est admise mais seuls 19 % de nos patients ont bénéficié d'un bilan podologique. La moitié de notre effectif est en surpoids mais aucun patient ne bénéficiait d'une prise en charge adaptée en ce domaine.
– ***Évaluation et prise en charge de la douleur.***

La douleur a des répercussions sur la mobilité et l'isolement social.

Elle conduit à limiter les courses alimentaires et la confection des repas donc elle altère qualitativement et quantitativement les apports alimentaires.

L'ulcère veineux est classiquement décrit au sein de notre profession comme peu ou pas douloureux.

Dans notre série, 33 à 50 % des patients décrivent des douleurs avec un E.V.A. moyen à 3,5/10.

Ces douleurs sont insomniantes dans la moitié des cas.

Cependant seul un patient souffrant sur quatre bénéficie d'un traitement antalgique.

Dans l'ensemble, les échelles de Q.D.V. (Qualité De Vie) sont des outils complexes mais la simple évaluation de la douleur et de l'autonomie physique gagnerait à être utilisée de façon plus routinière dans la prise en charge des ulcères veineux.

– **Appréhender les difficultés financières éventuelles des patients.**

Les recommandations H.A.S. dans le traitement des ulcères veineux suggèrent l'emploi de pansements complexes multicouches.

Cependant, il existe des alternatives thérapeutiques qui utilisent des pansements et bandages moins coûteux sous réserve parfois d'adapter le schéma de pose. Il est donc nécessaire de connaître les éventuelles difficultés financières d'un patient liées au remboursement insuffisant de ces matériels.

Nous observons que ces difficultés sont rarement évoquées dans un premier temps mais deviennent prévalentes au fur et à mesure des ajustements thérapeutiques. Le médecin prescripteur doit être capable de fournir au patient les coordonnées d'un prestataire pour distribuer le matériel, d'en connaître le coût et bien sûr de savoir si ce matériel est remboursé par l'assurance maladie.

– **Faire une prescription médicale conforme aux recommandations H.A.S. avec une pose adaptée.**

36 % des patients que nous avons inclus n'ont jamais eu de prescription médicale initiale de compression.

Dans 29 % des cas, il existe une prescription médicale mais celle-ci n'est pas conforme aux recommandations H.A.S [3] [9] [10].

La raison principale de cette non conformité (2/3 des cas) est une forte compression trop faible.

En effet, comme cela avait déjà été démontré dans de précédents travaux [2], nous prescrivons des compressions médicales d'un niveau trop faible plutôt que d'utiliser des aides à porter des compressions médicales de force correcte comme l'éducation des patients, l'utilisation de dispositifs d'aide à l'enfilage ou des superpositions.

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

Dans 1/3 cas c'est la technique de pose qui est défaillante et qui rend la compression inadaptée.

Dans ce cas, nous nous heurtons au problème de la communication au sein de l'équipe de soins, de l'harmonisation des connaissances, de la multiplicité des intervenants, de la rigidité des protocoles de soins et des défauts d'aménagement en faveur du patient.

Le problème des horaires de passage aléatoires des soignants nous a souvent été rapporté dans notre travail comme source de perte d'autonomie à distance du domicile et de défaut d'observance thérapeutique.

– **S'assurer de l'observance du port de la compression médicale [11] [13].**

Dans notre étude, une fois la prescription médicale effectuée, la compression est portée dans 27 % des cas. Par contre, lorsque la prescription initiale est plus tardive mais s'accompagne d'une éducation thérapeutique qui explicite les objectifs du traitement et les risques à ne pas observer, la compression est portée dans 80 % des cas.

Conclusion

Avec beaucoup de prudence compte tenu de la modestie de notre effectif, ce constat nous fait avancer une hypothèse :

– **Une prescription médicale précoce mais qui reste distante de l'infirmier-soignant et du malade a tendance à banaliser la maladie. Le patient méconnaît sa pathologie et ses objectifs thérapeutiques.**

L'observance du port de la compression est d'emblée médiocre et se corrige difficilement au fur et à mesure des consultations. Le patient pense que la compression médicale n'est pas indispensable dans son cas particulier.

Cet isolement du patient est majoré par des cofacteurs comme la misère psycho-sociale, l'absence de prise en charge de la douleur ou la perte d'autonomie.

– **À l'inverse, une prescription parfois plus tardive mais immédiatement accompagnée d'une communication adaptée et pragmatique au sein du trio médecin - infirmier - malade améliore cette observance de façon très nette [1] [12].**

Le patient connaît mieux sa pathologie et vise alors un objectif de guérison. Cet « enthousiasme thérapeutique » le rend plus participatif et responsable, enclin à augmenter encore sa connaissance de la maladie et à l'apprentissage de l'auto-bandage.

– *L'industrie textile est très active et apporte régulièrement des innovations pour tenter de limiter la non observance de la compression médicale qui doit mieux être expliquée et comprise.* Mais les soignants ne sont pas toujours au fait de ces solutions modernes aisément accessibles.

Et la simple prescription ou pose d'une compression non conforme, a peu de chance d'offrir un résultat à la hauteur de nos espérances. L'efficience thérapeutique est absente ou dans tous les cas insuffisante.

Il faut donc créer une participation éclairée, pleine et entière de son patient au projet thérapeutique. Il doit pour cela bénéficier d'une communication simple et sérieuse sur sa pathologie et sur les résultats attendus du traitement.

Cette « éducation thérapeutique » est primordiale, pour que le trio « patient - infirmier – médecin », puisse travailler de façon collégiale et obtenir l'efficacité thérapeutique, c'est-à-dire la capacité à toujours produire un résultat optimal.

Bibliographie

1. Allaert F.A. Éduquer le patient pour accroître l'efficacité de la compression veineuse. Actualités pharmaceutiques 2013 ; 54(547) : 1.
2. Allaert F.A., Gardon-Mollard C. Les difficultés liées à l'usage de la compression médicale. Phlébologie 2011 ; 64(2) : 11-15.
3. Attal R., Mahé E., Bilan P., Sin C., Amy de la Bretèque M., Dias C., Sigal M.L. La compression médicale dans la prise en charge des ulcères veineux des membres inférieurs : EPP sur 100 patients. Journal des maladies vasculaires 2016 ; 40(3) : 158-164.
4. Begarin L., Beaujour A., Fainsilber P., Hermil JL., Levesque H., Benhamou Y. Compression et ulcères veineux en pratique de ville : étude observationnelle en médecine générale. Journal des maladies vasculaires 2016 ; 39(6) : 382-388.
5. Benigni J.P., Rastel D. Observance du port des bas de compression médicale. Phlébologie 2014 ; 67(2) : 58-63.
6. Benigni J.P. Brandoux S., Bacle I., Taieb C. Difficulty associated with donning medical compression stockings. Women's health 2013 ; 9(3) : 291-300.
7. Carpentier P.H., Becker F., Thiney G., Poensin D., Satger B. Acceptabilité et praticabilité de l'utilisation de bas de compression élastiques chez les personnes âgées : évaluation randomisée contrôlée. Phlebology 2011 ; 26 : 107-113.
8. Gillet J.L., Allaert F.A. Etude en pharmacie d'officine des déterminants de l'observance d'une compression élastique sur prescription médicale et de la satisfaction des personnes à son égard. Phlébologie 2013 ; 66(1) : 14-21
9. Levet D., Rastel D., Gautier V. Intérêt et difficultés de la compression dans l'ulcère veineux. Actualités pharmaceutiques 2006 ; 450 : 43-46.
10. Raju S., Hollis K., Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease : patient compliance and efficacy. Annals of Vascular Surgery 2007 ; 21(6) : 790-795.
11. Reich-Schupke S., Murmann F., Altmeyer P., Stucker M. Traitement par compression chez les personnes âgées ou en surpoids. Phlebology 2012 ; 41 : 125-131.
12. Sarradon-Eck A., Egrot M., Blanc M.A., Favre M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratique et organisation des soins, Société Française de Santé Publique 2008 ; 39(1) : 3-12.
13. Thiney G., Becker F., Ouchene A. Observance et compression veineuse élastique. Phlébologie 2007 ; 60(3) : 10.

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

ANNEXE

Questionnaire standardisé utilisé dans les 3 centres pour cette étude

ÉTAT CIVIL

☐ Homme ☐ Femme

Âge ..... ans

IDENTIFICATION DU CENTRE

☐ Hôpital – Consultation Médicale .....

☐ Pharmacie – Orthopédie .....

☐ IDE .....

☐ Autre .....

DÉPENDANCE : ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

AUTONOMIE PHYSIQUE

☐ Illimitée sans aide ☐ Limitée hors domicile Périm Marche/j .....m ☐ Domicile uniquement

☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Au lit

Qu'est-ce que vous avez interrompu comme activité en dehors du domicile ?

☐ Professionnelle ☐ Familiale ☐ Loisir – Sport ☐ Aucune

Confinement au domicile, pour quelle raison ?

☐ Horaires soignants aléatoires ☐ Douleur- IF ☐ Pansement-Chaussage difficile ☐ Autre .....

ÉVALUATION PSYCHIQUE

COGNITIVE et MEMOIRE ☐ Patient cohérent et orienté ☐ Patient déficitaire

HUMEUR ☐ normale ☐ anxiété ☐ dépression

+/- Mini Mental State Examination (MMSE) http ://www.sgca.fr/outils/mms.pdf

+/- Le patient parle-t-il d'avenir en restant positif ? ☐Non ☐Oui

ÉVALUATION DOMESTIQUE

☐ Vit seul(e) ☐ Parents présents et valides ☐ Aidants avec passage quotidien ☐ EHPAD ☐ HAD

Autonomie pour la toilette N O le repas N O le ménage N O les courses N O les factures N O

ÉVALUATION SOCIALE et PROFESSIONNELLE

Catégorie socioprofessionnelle ☐ Retraité ☐ Autre, préciser ..... Niveau scolaire .....

Organisation des RDV médicaux ☐ Prise RDV ☐ Transport ☐ Non autonome

Avez-vous des difficultés financières pour l'achat de matériel médical (bandages, chaussettes, pansements)

☐ Non ☐ Oui, remboursement insuffisant ☐ Oui, remboursement inexistant

☐ Possède et utilise son véhicule ☐ Utilisation des transports en commun ☐ Se fait transporter par un 1/3

Le patient ☐ possède un téléphone portable ☐ sait envoyer un SMS ☐ sait prendre une photo ☐ Le patient sait aller sur internet

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

ANTÉCÉDENTS – COMORBIDITES

GROSSESSE(s)

☐ Non ☐ Oui, nombre.....

ARTÉRIOPATHIE

Facteurs de risque ☐ Tabac ☐ Diabète ☐ HTA ☐ Dyslipidémie ☐ ATCD familiaux d'artériopathie

Artériopathie évolutive connue ☐ des MI ☐ Coronaropathie ☐ AVC

Pouls périphériques perçus ☐ Non ☐ Oui

IPS au repos ☐ < 0.8 ☐ 0.8 - 1.2 ☐ > 1.2

TROUBLES NUTRITIONNELS - DYSMORPHIE

IMC= ..... Poids/T² +/- http://www.imc.fr/ à défaut ☐ Poids(kg) ☐ Taille(m)

☐ Maigreur (< 18) ☐ Corpulence normale ☐ Surpoids (> 25) ☐ Obésité (> 30) ☐ Obésité morbide (> 40)

PATHOLOGIE APPAREIL LOCOMOTEUR

☐ Paralysie ☐ Impotence fonctionnelle ☐ Douleurs ☐ Déformation

☐ Épaules (Pb pour enlever un bas) ☐ Poignets et mains (Pb pour mettre un bas)

☐ Hanche-Genou (ne peut pas toucher ses orteils) ☐ Ankylose tibio-tarsienne

☐ Trouble de la statique plantaire

Bilan de podologie

☐ non prescrit ☐ non réalisé ☐ réalisé

Kinésithérapie

☐ non prescrite ☐ non réalisée ☐ réalisée..... Freq/sem

HISTORIQUE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

Antécédents FAMILIAUX ☐ de varices ☐ de phlébites ☐ d'ulcères

☐ Antécédents personnels de varices

Date d'apparition..... Traitements déjà effectués .....

☐ Antécédents personnels de MVTE (thrombose, embolie)

Traitements déjà effectués .....

☐ Antécédents d'ulcères

Durée cicatrisation..... Traitements déjà effectués .....

PLAIE EN COURS QUI JUSTIFIE LA CONSULTATION

DESCRIPTION CLINIQUE (prendre en référence la plus grande)

Nombre de plaies Jambe Dte .....Jambe G .....

Localisation précise de la plaie référence ☐ Jambe ☐ Cheville ☐ Pied

Taille de la plaie référence Grand axe (cm) ..... Petit axe (cm) .....

La plaie est -elle douloureuse ☐ Non ☐ Oui Si oui, EVA .....

Durée d'évolution de la plaie (en semaines) .....

Traumatisme initial ☐ Non ☐ Oui, préciser (chute, chirurgie)

Distance % bord inférieur de la malléole interne(en cm) ..... cm

Surface du trouble trophique (en cm²) ..... cm²

Photo de l'ulcère (format d'archivage avec numéro pour retrouver le patient correspondant et « anonymiser » le dossier)

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

La COMPRESSION est-elle PRESCRITE ? (consultation précédente) ☐ Non ☐ Oui

Type de compression prescrite
☐ Chaussette ☐ Bas ☐ Collant ☐ Tubulcus
Classe de compression ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Superposition .....+.....
Bandes amovibles ☐ Inélastiques ☐ Allongement court ☐ Allongement long ☐ Superposition, préciser .....
Kit de Bandes multi-type ☐ Urgo K2 ☐ Profore ☐ Autre, préciser .

Schéma de pose sur l'ordonnance ☐ Non ☐ Oui

Durée de pose (moyenne sur les 7 derniers jours)
Durée (h) / jour ..... Retrait la nuit ☐ Non ☐ Oui

La délivrance correspond-elle à la prescription ? ☐ Non ☐ Oui
Si non, pourquoi .....

La COMPRESSION prescrite est-elle CONFORME aux recommandations H.A.S. ? ☐ Non ☐ Oui

La COMPRESSION est-elle PORTÉE ? ☐ Non ☐ Oui

☐ **Portée et semble adaptée avec adaptation thérapeutique envisagée**

.....

☐ **Portée mais inadaptée**

Type de bandage inadapté	☐ Non	☐ Oui
Schéma de pose respecté	☐ Non	☐ Oui
Départ à la racine des orteils	☐ Non	☐ Oui
Talon pris	☐ Non	☐ Oui
Protection des reliefs osseux	☐ Non	☐ Oui
Arrêt sous le genou	☐ Non	☐ Oui
Chaussage adapté	☐ Non	☐ Oui
Durée prescrite est respectée	☐ Non	☐ Oui

Si Non, préciser pourquoi .....

☐ **Non portée**

Matériel trop couteux, non acheté	☐ Non	☐ Oui
Ponctualité des soignants	☐ Non	☐ Oui
Intolérance au port de la compression	☐ Non	☐ Oui

☐ Pied / orteils douloureux ☐ Plaie / ulcère douloureux ☐Garrot sous le genou
☐ Sensation d'étouffement ☐ Démangeaisons

Difficulté à l'enfilage	☐ Non	☐ Oui
Si oui, avez-vous essayé un enfile-bas ?	☐ Non	☐ Oui
Problème de confort thermique	☐ Non	☐ Oui
Problème esthétique	☐ Non	☐ Oui
Le patient persiste et refuse la compression	☐ Non	☐ Oui

+/- Si non, évaluation des connaissances du patient sur son ulcère ☐ Non Effectuée, motif.....
☐ Effectuée, résultat .....

Quels sont vos objectifs en venant me voir ? Pour vous, c'est quoi un ulcère ? Qu'est-ce qu'un ulcère peut donner comme complication ? Est-ce que vous voulez que je vous cite les complications possibles d'un ulcère ? Savez-vous le taux de réussite que nous avons dans le traitement des ulcères ? Connaissez-vous la durée moyenne de traitement d'un ulcère ? Quels sont les avantages et les inconvénients à ne pas mettre les bas ?
+/- Si non, évaluation de l'aptitude à l'auto-bandage ☐ Non Effectuée, motif.....
☐ Effectuée, résultat .....

Est-ce que vous vous sentez capables d'apprendre à mettre un bandage ? Voulez-vous participer à cet apprentissage ?

REMARQUES SUR CE PARCOURS DE PATIENT

.....