

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

Evaluation de la prescription de compression dans l'ulcère veineux de jambe par 160 médecins généralistes en Limousin

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le dix-huit février deux mille seize

par

Jessica LALEUF

née le 13 juillet 1986, à Montmorency

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHONPrésident
M. le Professeur Philippe LACROIX Juge
M. le Professeur Alexis DESMOULIERE Juge
Mme le Docteur Valérie DOFFOEL-HANTZ..... Juge
M. le Docteur Francis PESTEIL..... Juge
Mme le Docteur Karen RUDELLE Juge

A Sylvain et mes filles

Remerciements

Je voudrais remercier d'abord Monsieur le Professeur Buchon, qui a accepté de présider ce jury, pour sa simplicité et sa disponibilité, ainsi que les nombreux enseignements qu'il m'a apportés.

Je remercie également Monsieur le professeur Lacroix, qui m'honore de sa présence au sein de ce jury.

Je remercie Monsieur le Professeur Desmoulière, pour ses précieux conseils et son constant soutien en tant que directeur de thèse.

Je remercie Monsieur le Docteur Pesteil, pour m'avoir accompagnée et encouragée durant ces deux ans de travail, et pour la bibliographie...

Je veux exprimer toute ma reconnaissance à Madame le Dr Doffoel-Hantz, qui m'a orientée vers mes directeurs de thèse, pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Enfin, je remercie chaleureusement Madame le Docteur Rudelle, qui m'a aidé au début et à la fin de ce travail, et m'a réconciliée avec les statiques.

Je souhaite également remercier Monsieur le Professeur Laskar, qui aurait dû faire partie de ce jury, pour ses nombreux enseignements, et sa bienveillance à mon égard.

A Sylvain, ma moitié, qui a su rester calme et me soutenir durant toute cette période, sans qui je n'aurais pas pu finir ce travail à temps. Je t'aime.

A Alice, ma fille chérie, qui a été merveilleuse et sage depuis le premier rendez-vous de travail jusqu'à la présentation, je n'aurais pu te rêver plus parfaite.

A ma mère, qui a passé tant d'heures sur ces données à tenter d'en tirer des informations valables, et tant d'autres avant durant toute ma vie, je n'y serais jamais arrivée sans toi.

A mon père, merci pour ton soutien indéfectible et ton extraordinaire confiance en moi, tu m'as permis d'avancer sans peur.

A mon frère, compagnon de toujours et confident, merci de m'avoir distrait tant de fois quand j'en avais besoin. A Sophie, il n'existe pas de meilleure belle-sœur.

A Marie-Jo et Jean-Luc, pour votre présence tranquille et rassurante, merci.

A Emeline, Jessica, Etienne et Quentin, sans vous, les weekends et vacances seraient beaucoup moins drôles.

A Maëlle et Aurélia, merci pour toutes ces longues années d'études qui auraient été vraiment plus dures sans vous.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

Introduction	6
1. PREMIERE PARTIE : RAPPELS ET ACTUALITES DANS L'ULCERE VEINEUX	7
1.1. Rappels sur la physiopathologie	7
1.2. Examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge	9
1.2.1. L'Index de Pression Systolique (IPS).....	9
1.2.1.1. Intérêt.....	9
1.2.1.2. Méthode	9
1.2.1.3. En pratique.....	10
1.2.2. L'échographie doppler	10
1.2.2.1. Intérêt et méthode	10
1.2.2.2. En pratique.....	11
1.3. La prise en charge thérapeutique de l'ulcère (hors pansement)	11
1.3.1. L'activité physique, la posture et la kinésithérapie	11
1.3.2. La compression.....	11
1.3.2.1. Intérêt.....	11
1.3.2.2. Méthodes	11
1.3.2.3. Tolérance	14
1.3.3. La sclérothérapie et le traitement chirurgical	14
1.3.4. Les thérapeutiques médicamenteuses	15
1.3.5. La prévention	15
1.3.5.1. Place de la compression en prévention primaire	15
1.3.5.2. La compression en prévention secondaire	15
1.3.5.3. L'éducation thérapeutique	16
2. DEUXIEME PARTIE : THESE	17
1.4. Matériel et méthodes.....	17
1.4.1. Le questionnaire.....	17
1.4.2. Population ciblée	17
1.4.3. Analyses statistiques.....	18
1.5. Résultats.....	18
1.5.1. Résultats sur l'ensemble de la population	19
1.5.1.1. Profil des médecins	19
1.5.1.2. Profil des patients.....	21
1.5.1.3. Les examens complémentaires	23
1.5.1.4. La compression	25
1.5.1.5. La formation	28
1.5.2. Analyse en deux sous-groupes	30
1.6. Discussion	31
1.7. Perspectives	35
Références bibliographiques	37

Introduction

L'ulcère de jambe d'origine veineuse est une pathologie fréquente, dont le traitement étiologique repose majoritairement sur le port d'une compression veineuse (1).

Sa prévalence est estimée entre 0,045 et 0,63% de la population par l'HAS, bien qu'il n'existe pas de données épidémiologiques françaises, celle-ci augmentant avec l'âge (1).

Les conséquences économiques de cette pathologie sont importantes, tant en terme de temps de soin, qu'en coût de traitement, puisque 1 à 2% du budget de la santé y est consacré (2,3). Ceci est corroboré par l'implication majeure des firmes pharmaceutiques dans le développement de nouveaux pansements.

Le principal moyen de guérir un ulcère veineux est le port de bas ou bandes, avec une pression suffisamment élevée, ceci ayant fait l'objet de recommandations générales de l'HAS en 2006 (4), réactualisées en 2010 spécifiquement pour la compression veineuse (5).

La prescription de cette compression est conditionnée par l'évaluation de l'hémodynamique artérielle du patient, avec mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS) et réalisation d'une échographie Doppler qui doit préciser la qualité du réseau veineux et artériel du membre inférieur.

Dans la pratique, l'ulcère de jambe d'origine veineuse est le plus souvent diagnostiqué et pris en charge en médecine générale, de manière ambulatoire.

L'objet de ce travail est de faire un point sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes en Limousin en matière de prescription de la compression veineuse, d'évaluer et comprendre les éventuelles différences entre les recommandations de l'HAS et les prescriptions, afin d'identifier les freins à leur application, et de cibler des actions correctrices.

1. PREMIERE PARTIE : RAPPELS ET ACTUALITES DANS L'ULCERE VEINEUX

1.1. Rappels sur la physiopathologie

L'ulcère de jambe d'origine veineuse est une plaie de la jambe évoluant depuis plus d'un mois, secondaire à une **hyperpression veineuse ambulatoire** (4).

Il résulte d'un dysfonctionnement des acteurs du retour veineux, à savoir (2):

- La semelle plantaire, à la marche, par une action mécanique d'écrasement qui initie le retour veineux,
- La pompe musculaire du mollet, par compression des veines du mollet, qui permet une remontée du sang veineux vers le cœur, grâce aux
- Valvules, dont l'orientation oriente le flux sanguin, et s'oppose à l'hyperpression veineuse en fragmentant la colonne sanguine en orthostatisme.
- Le système abdomino-diaphragmatique qui accélère le retour veineux à l'inspiration et le ralentit à l'expiration.

Le dysfonctionnement d'un ou plusieurs de ces acteurs est responsable d'un reflux et donc d'une augmentation des pressions dans le système veineux.

L'insuffisance veineuse se présente sous différentes formes cliniques, avec différents stades décrits dans la classification CEAP (Annexe 1).

- *Les télangiectasies et veines réticulaires* : veines sous dermiques dilatées de moins de 3 mm de diamètre.
- *Les varices* : dilatations veineuses de plus de 3 mm en orthostatisme, associées à des lésions valvulaires. Elles peuvent être primitives ou secondaires, le plus souvent liées à une Thrombose Veineuse Profonde (TVP).
- *L'œdème* qui est une accumulation de liquide dans la peau et les tissus sous-cutanés
- *La dermatite ocre* : coloration de la peau liée au produit de dégradation de l'hémoglobine, par extravasation d'hématies à travers les capillaires ; et *l'eczéma variqueux* qui se présente sous forme d'érythème, vésiculeux ou non, souvent prurigineux, quelques fois desquamatif.
- *La lipodermatosclérose* : induration de la peau et des tissus sous-cutanés liée à l'œdème chronique avec remaniements fibreux de ces tissus responsable d'un aspect blanchâtre cartonné.

- *L'ulcère veineux* : c'est le dernier stade d'insuffisance veineuse, quand l'intégrité de la barrière cutanée est atteinte avec une cicatrisation qui ne se fait pas spontanément.

Les affections veineuses chroniques des membres inférieurs sont liées à des anomalies :

- *Congénitales*
- *Primaires ou primitives* : varices non liées à une thrombose veineuse profonde
- *Secondaires à* :
 - *Un syndrome post-thrombotique* : par dilatation initiale des veines d'amont, puis inversion du flux dans les veines perforantes avec développement d'un réseau collatéral variqueux, et enfin lésions pariétales et valvulaires des veines profondes, qui persistent après reperméabilisation.
 - *Un reflux veineux pelvien*
 - *Une compression veineuse externe* : syndrome de masse, compression artérielle...
- *Idiopathiques*

Certains facteurs peuvent influencer le retour veineux et l'apparition d'une insuffisance veineuse :

- *Les caractéristiques physiques*, avec l'âge en premier lieu, mais également l'obésité et les limitations d'amplitudes articulaires, notamment de la cheville.
- *La grossesse, contraception et variations hormonales* qui peuvent augmenter la distension veineuse.
- *Les troubles neurovégétatifs* dans certaines pathologies chroniques.

L'ensemble génère une **micro-angiopathie**, avec altération de la barrière endothéliale des capillaires, exsudat responsable d'œdème et inflammation voire fibrose du tissu interstitiel, extravasation d'hématies dont la dégradation provoque la dermite ocre, et enfin micro-thromboses dans les capillaires étirés.

L'ulcère est une perte de substance dans une zone atteinte de micro-angiopathie. Le plus souvent il se situe dans le 1/3 inférieur du membre, en région sus-malléolaire. Il est classiquement peu douloureux, hors phénomène infectieux. Ses bords sont irréguliers en carte de géographie, il est peu creusant, exsudatif, à fond propre et bien vascularisé. Son

étendue est variable, pouvant atteindre des surfaces très importantes, jusqu'à parfois devenir circonférentiel.

1.2. Examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge

L'HAS préconise dans sa mise à jour sur la prise en charge des ulcères de jambe (4), la réalisation de deux examens pour le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie :

1.2.1. L'Index de Pression Systolique (IPS)

1.2.1.1. Intérêt

Il doit être mesuré pour toute découverte d'ulcère des membres inférieurs (4), afin d'évaluer l'hémodynamique artérielle pouvant contraindre la prescription d'une compression veineuse maximale.

Le chiffre retenu par l'HAS pour affirmer l'origine veineuse d'un ulcère de jambe, et donc d'autoriser la prescription d'une compression forte est un index de 0.8 (4).

Ce test permet d'évaluer de manière fiable la présence d'une artériopathie, avec une sensibilité de plus de 95 % et une spécificité de plus de 99 % pour un chiffre inférieur à 0.9 (6).

1.2.1.2. Méthode

La mesure de l'IPS a fait l'objet de recommandations professionnelles en 2012 par l'American Heart Association (AHA) (6).

L'évaluation de l'IPS nécessite une sonde doppler continue, avec l'enregistrement du flux pouvant se faire sur l'artère tibiale postérieure comme sur l'artère pédieuse.

Un index inférieur à 0.9 signe une artériopathie. Un chiffre supérieur à 1.30 nécessite des investigations supplémentaires, notamment en imagerie, pour évaluer les flux distaux en cas de médiacalcosse.

L'HAS retient un IPS compris entre 0,8 et 1,3 pour autoriser la prescription d'une compression forte. Au-delà de 1,3, des investigations complémentaires sont requises.

La palpation des pouls pédieux ou tibiaux postérieurs ne constitue pas une méthode de diagnostic de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) parfaitement fiable, sa sensibilité et spécificité par rapport au doppler étant respectivement de 88 % et de 75 à 82 % (6). De plus leur palpation est inconstante et leur absence n'est pas toujours corrélée à une AOMI. Toutefois, elle présente une valeur prédictive négative acceptable dans le cadre de la prise en charge de l'ulcère de jambe (7).

1.2.1.3. En pratique

17% seulement des patients artéritiques bénéficient de cette mesure par le médecin généraliste (8). Dans une étude française de 2013, Meyer et coll. retrouvent un chiffre de 31% de médecins généralistes qui l'utilisent pour dépister l'AOMI, mais seulement 3% de manière systématique (9).

Dans l'ulcère de jambe, seuls 5 à 7% des médecins généralistes réalisent la mesure de l'IPS (10).

Les principaux freins à la réalisation de cet examen ont été évalués dans plusieurs études (6,8,9) :

- La méconnaissance du bénéfice attendu
- L'absence de matériel adéquat
- L'entraînement et l'habileté jugés insuffisants
- Les contraintes de temps (les chiffres varient de 12 à 20 minutes pour la réalisation des mesures)
- L'absence de connaissance de la valorisation financière de l'acte, qui existe dans la classification CCAM sous le code EQQM0006, au prix de 21,12 € mais non cumulable avec une consultation. Il faut toutefois savoir que la mesure se fait sur les deux côtés, et donc que la cotation de l'acte est EQQM0006 + EQQM0006 / 2 soit 31,68€.

1.2.2. L'échographie doppler

1.2.2.1. Intérêt et méthode

1.2.2.1.1. Doppler veineux

Il est recommandé pour toute découverte d'ulcère (4) afin d'en confirmer l'origine, et de caractériser la localisation et la sévérité de l'insuffisance veineuse pour discuter des thérapeutiques envisageables.

1.2.2.1.2. Doppler artériel

L'HAS préconise également sa réalisation, en cas de suspicion AOMI, évoquée par des pouls périphériques non perçus, un IPS pathologique ou des arguments cliniques.

Il existe des standards de réalisation de cet examen, décrits sous forme de recommandations professionnelles actualisées en 2011 (3). Il doit notamment être systématiquement couplé à la mesure de l'IPS.

1.2.2.2. En pratique

L'échographie-doppler des artères des membres inférieurs est indiquée seulement en cas d'IPS pathologique. Dans la réalité, elle est fréquemment prescrite car l'IPS est rarement mesuré par le praticien lui-même.

1.3. La prise en charge thérapeutique de l'ulcère (hors pansement)

Elle repose sur la diminution de l'hyperpression veineuse.

1.3.1. L'activité physique, la posture et la kinésithérapie

On sait que l'obésité, la limitation de l'amplitude articulaire de la cheville et la dysfonction ou sollicitation insuffisante de la pompe musculaire du mollet sont statistiquement corrélés à une augmentation de l'incidence de l'ulcère veineux, ainsi qu'à un retard de cicatrisation.

La perte pondérale, l'activité physique et la physiothérapie sont des moyens permettant de réduire ces facteurs aggravant, et sont donc le plus souvent recommandés par les praticiens.

Mais à ce jour, aucune étude valide n'a permis de montrer spécifiquement l'impact de ces recommandations (2).

1.3.2. La compression

1.3.2.1. Intérêt

Il s'agit du principal traitement de l'ulcère veineux. Elle repose sur des systèmes de compression, avec des forces variables et additionnables.

Plusieurs études, dont une française de 2013, ont démontré l'impact positif de la compression veineuse sur la cicatrisation des ulcères, avec un taux de guérison à 6 mois de 87 % contre 59% en l'absence de celle-ci (1,11).

L'HAS recommande l'utilisation de compression aux grades III et IV de la classification française, en l'absence d'artériopathie sous-jacente (Tableau 2).

Il existe une contreindication formelle à la compression si l'IPS est inférieur à 0.6. Un index entre 0,6 et 0,9 nécessite une évaluation de la balance bénéfico-risque pour ne pas risquer de majorer une ischémie distale.

1.3.2.2. Méthodes

Il existe un standard européen établi par le Comité Européen de Normalisation (CEN) qui recense 5 classes de compression (Tableau 1).

Le grade de compression le plus prescrit est de force II, avec des chiffres allant de 70% (10) à 87,7 % (11).

Tableau 1 : Classification CEN de 2001 concernant les classes de compression et la pression à la cheville

Classe CEN	Pression en mm Hg à la cheville	Force de compression
A	10-14	Très légère
I	15-21	Légère
II	22-32	Modérée
III	33-46	Forte
IV	> 49	Très forte

En France, la classification a été simplifiée (Tableau 2), et la voici telle qu'elle est rappelée dans la fiche de bon usage de la compression médicale dans les affections veineuses chroniques par l'HAS (2010) (5).

Tableau 2 : Classification française de la compression veineuse

Classe	Pression en mm Hg à la cheville	Force de compression
I	10-15	Légère
II	15.1-20	Modérée
III	20.1-36	Forte
IV	> 36	Très forte

1.3.2.2.1. Les bas, chaussettes et collants

Ce sont des dispositifs médicaux¹ faits de tissu élastique, avec des pressions correspondant aux classes recommandées par l'HAS selon la classification française.

Ils constituent la méthode la plus adaptée sur le long terme, mais peuvent présenter des difficultés de mise en place de manière autonome. Il est possible d'utiliser un enfile-bas, ou de superposer plusieurs bas puisque les pressions s'additionnent.

¹ Un dispositif médical est un instrument, appareil, équipement ou encore un logiciel destiné, par son fabricant, à être utilisé chez l'homme à des fins, notamment, de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure. (directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux)

Ces compressions sont les plus utilisées par les médecins généralistes en France, une étude de 2014 retrouvant un chiffre de 64% (12).

1.3.2.2.2. Les bandes

Plusieurs types de dispositifs médicaux sont commercialisés en France (5) : bandes sèches, bandes enduites, adhésives ou cohésives.

Elles peuvent être inélastiques, c'est-à-dire s'allonger de moins de 10 % de leur longueur initiale.

Il en existe à allongement court, soit moins de 100% de leur longueur initiale, qui présentent l'avantage d'exercer une pression plus importante à la marche, et donc sont utilisables chez les patients artéritiques car la pression de repos est moindre.

Les bandes à extension longue s'allongent, elles, de plus de 100% de leur longueur. La pression varie selon l'étirement, avec le plus souvent des repères visuels.

Leur pose nécessite une formation, plusieurs études récentes montrant que la pose est adéquate dans seulement 35% (13) à 50% (14) des cas.

L'observance semble elle aussi diminuée en comparaison au port de chaussettes ou bas (13), avec le biais probable d'une pression moins élevée et donc mieux tolérée avec le port de bas.

1.3.2.2.3. La compression multitype

Elle est la combinaison de plusieurs types de bandes. Depuis 2010, elle est indiquée en première intention chez les patients porteurs d'un ulcère.

Elle peut être proposée en kits, ou simplement en superposant différentes bandes.

Trois dispositifs médicaux en kits donnant droit à remboursement sont disponibles sur le marché français, proposant chacun une pression à la cheville supérieure à 35 mm Hg :

- Profore® : composé de 4 bandes (ouate, bande légère extensible, bande de compression légère, bande cohésive souple) (15)
- Urgo K2® : système bi-bande composé d'une bande à allongement court, capitonnée sur laquelle vient se placer une bande cohésive à allongement long (16).
- Coban 2® : système à 2 bandes également, inélastiques cette fois et autofixantes, jetables (17).

Ces trois systèmes bénéficient d'un remboursement par l'assurance maladie, au titre d'un Service Attendu (SA) suffisant. Aucun n'a fait la démonstration de sa supériorité par

rapport aux autres, et les effets indésirables semblent identiques (15,17). Leur tarif est équivalent, compris entre 14 et 26€ (18,20).

Leur pose nécessite un savoir-faire spécifique, et plusieurs documents sur support papier et vidéo sont disponibles. Il est rare que le patient soit en mesure de les appliquer seul. Le soignant, professionnel de santé ou faisant partie de l'entourage, doit avoir reçu une formation spécifique sur la mise en place de cette compression.

1.3.2.3. Tolérance

Un des principaux freins à la prescription de compression veineuse est le refus du patient, du fait d'effets indésirables.

Dans leur étude réalisée en 2013 sur 100 patients, Stansal et coll. retrouvent que 90 % des patients signalent un inconfort au port d'un dispositif de compression veineuse.

- Pour 29 % une sensation de chaleur excessive
- Pour 33% un prurit
- Pour 65 % des difficultés de chaussage

On retrouve aussi un facteur limitant d'ordre financier, pour 48 % des patients qui considèrent le coût de ce dispositif trop élevé, en ce qui concerne certaines méthodes ne donnant pas droit remboursement en totalité.

Parmi ceux qui refusaient d'appliquer la compression (11%), les principaux arguments retrouvés étaient :

- La non compréhension du bénéfice attendu, 45,5%
- La douleur, 36,4%
- Les difficultés de pose, 23,7%
- Les difficultés de chaussage, 23,7%

Les mêmes arguments sont retrouvés dans une récente étude française de 2015, avec un problème d'observance principalement dans le groupe de patients recevant une compression par bandes (13).

1.3.3. La sclérothérapie et le traitement chirurgical

La sclérothérapie est insuffisante dans le traitement de l'insuffisance veineuse au stade C6 de la classification CEAP (Annexe 1), avec une supériorité de la chirurgie à ciel ouvert dans cette indication (2).

Le traitement endovasculaire des varices, par laser ou radiofréquence, semble donner de bons résultats en termes d'amélioration de l'insuffisance veineuse superficielle. Cette

technique limiterait les complications postopératoires en comparaison à la chirurgie à ciel ouvert (2). Toutefois, ces techniques n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques dans le traitement de l'ulcère veineux, et ne sont donc pas recommandées en première intention dans ce contexte (4).

Quelle que soit la technique utilisée (chirurgie conventionnelle, traitement endovasculaire ou sclérothérapie), si celle-ci n'est pas associée à un traitement compressif, l'amélioration de l'hémodynamique est insuffisante pour permettre la cicatrisation de l'ulcère (2).

Selon une étude de 2004, l'association chirurgie des varices et compression, versus compression seule, n'a pas montré de différence de cicatrisation à 3 mois entre les deux bras de l'étude. En revanche, le taux de récurrence à 1 an est diminué dans la branche ayant bénéficié d'un traitement chirurgical du reflux veineux superficiel (21).

L'HAS préconise donc l'association d'un traitement chirurgical du reflux veineux superficiel, documenté, en association au traitement compressif (4).

1.3.4. Les thérapeutiques médicamenteuses

Le seul traitement médicamenteux ayant montré une efficacité est la fraction flavonoïde purifiée micronisée, en administration orale (2). Ce traitement n'est pas remboursé par l'assurance maladie, du fait d'un Service Médical Rendu (SMR) jugé insuffisant.

1.3.5. La prévention

1.3.5.1. Place de la compression en prévention primaire

L'HAS préconise un traitement compressif au long cours dès le grade C2 de la classification CEAP (Annexe 1) avec une force II, soit 15 à 20 mm Hg à la cheville (5).

En ce qui concerne la prévention du syndrome post-thrombotique, une étude multicentrique randomisée contre placebo a récemment démontré l'absence d'intérêt de la compression veineuse en prévention primaire, après un événement thromboembolique veineux du membre inférieur (22).

1.3.5.2. La compression en prévention secondaire

Peu d'études évaluent spécifiquement le taux de récurrence des ulcères veineux après cicatrisation. Les chiffres retrouvés varient de 26 à 69% à 1 an (2).

L'HAS préconise la poursuite de la compression au grade maximal toléré par le patient (5).

1.3.5.3. L'éducation thérapeutique

Ce sujet ne sera pas abordé au cours de ce travail, du fait de la nécessité d'un long développement, pour lequel un travail de recherche spécifique serait plus approprié.

2. DEUXIEME PARTIE : THESE

1.4. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative, observationnelle, descriptive, mono centrique transversale.

1.4.1. Le questionnaire

Il s'agit d'une enquête de pratiques, avec un questionnaire comportant 31 questions, adressé à des médecins généralistes installés ayant une activité ambulatoire.

Il a été élaboré sous la forme d'un questionnaire à remplir en ligne, par souci de simplicité pour les praticiens. Le temps estimé pour le compléter était inférieur à 5 minutes, il comportait 29 questions fermées et deux questions nécessitant une réponse chiffrée.

La version papier a été une simple transposition de la version numérique (Annexe 2).

C'est une enquête basée sur les déclarations du médecin interrogé, portant sur le dernier ulcère pris en charge.

Les questions posées visaient à :

- Evaluer le suivi des recommandations dans la prise en charge de l'ulcère (grades et modes de compression veineuse)
- Analyser le profil du praticien
- Analyser celui des patients
- Evaluer le taux de réalisation des examens recommandés (IPS, échographie doppler)
- Evaluer le ressenti des généralistes sur la qualité de leur formation sur ce sujet, ainsi que les freins à la prescription de compression.

L'enquête s'est portée sur le dernier ulcère pris en charge, dans l'idée que les informations seraient alors plus récentes et plus précises, et pour simplifier les réponses des médecins, le but n'étant pas de réaliser une étude épidémiologique.

1.4.2. Population ciblée

Tous les médecins généralistes installés en Limousin, recensés au 1^{er} juin 2014 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (*source ameli.fr*) étaient concernés.

Le recrutement s'est fait de deux manières.

Premièrement, tous les praticiens ont été initialement contactés par téléphone sur leur lieu de travail, avec une limitation à trois appels par cabinet médical. Cette période s'est étendue de juin à octobre 2014, avec une période d'inactivité sur les mois de juillet et août,

par crainte d'obtenir moins de réponses lors des vacances scolaires. Il leur a été présenté le questionnaire, et demandé une adresse mail pour le leur envoyer, la réponse se faisant directement en ligne.

Deuxièmement, certains praticiens ont souhaité y répondre par courrier postal, et de ce fait, afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude, une version papier du questionnaire a été envoyé au cabinet de tous les médecins l'ayant demandé lors du contact téléphonique, ainsi qu'à tous ceux n'ayant pas pu être joints par téléphone. Cette deuxième phase d'envoi des questionnaires s'est étendue exclusivement sur le mois de février 2015. Les réponses reçues par courrier ont été intégrées à la version numérique du questionnaire. L'intégration de ces résultats s'est terminée en mai 2015.

1.4.3. Analyses statistiques

Les variables qualitatives sont représentées en fréquence et pourcentage.

Les comparaisons entre les deux groupes (Chapitre 1.5.2) ont été réalisées par des tests de χ^2 ou des tests de Fisher en fonction des conditions d'utilisation (effectif théorique ou nombre d'items considérés).

Les logiciels utilisés sont *Open epi* disponible sur le site <http://www.openepi.com> et *Biostatgv* disponible sur le site <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

Le seuil de significativité est $p=0,05$.

1.5. Résultats

663 praticiens de médecine générale ont été recensés, après retrait des généralistes s'étant spécialisés dans des activités annexes (échographie-doppler, nutrition, gynécologie, phlébologie, et autres).

166 questionnaires ont été remplis, soit un taux de réponse de 25,0 %. Parmi eux 6 n'ont pu être analysés par manque d'informations ou réponses manuscrites non intégrables dans la version numérique du questionnaire.

60 praticiens contactés par téléphone ont refusé de participer à l'étude, certains par manque de temps, d'autres disant ne pas traiter d'ulcère de jambe.

233 adresses mail ont été données par les médecins ou leur secrétaire par téléphone, et 109 praticiens supplémentaires devaient recevoir de leur(s) associé(s) le questionnaire par transfert. Au total 103 réponses par voie électronique sur 342 possibles, soit 30,1% ont été traitées.

261 questionnaires en version papier ont été envoyés aux médecins généralistes n'ayant pas répondu aux sollicitations téléphoniques, et parmi eux, 61 ont répondu, soit 23,4% et 4 questionnaires n'étaient pas interprétables.

Au total 160 réponses ont été analysées dans cette étude.

1.5.1. Résultats sur l'ensemble de la population

1.5.1.1. Profil des médecins

68,8 % d'hommes (n=110) et 31,2% de femmes (n=50) (Figure 1)

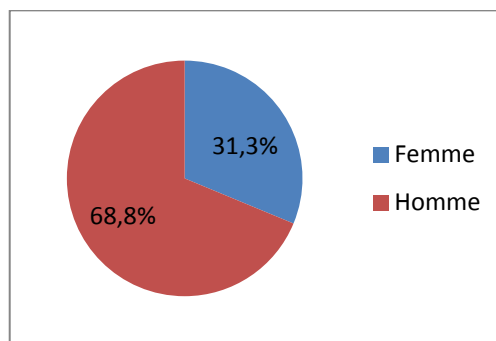


Figure 1 : Pourcentage d'hommes et de femmes parmi les questionnaires exploités

L'âge moyen était de 54,1 ans (de 30 à 69 ans) avec un écart type de 9.1 années.

45,6 % déclaraient être installés depuis 15 à 30 ans (n=73), puis 32,5% depuis plus de 30 ans (n=52) ; 16,3% depuis 5 à 10 ans (n=26) et 5,6% étaient des jeunes installés (n=9). (Figure 2)

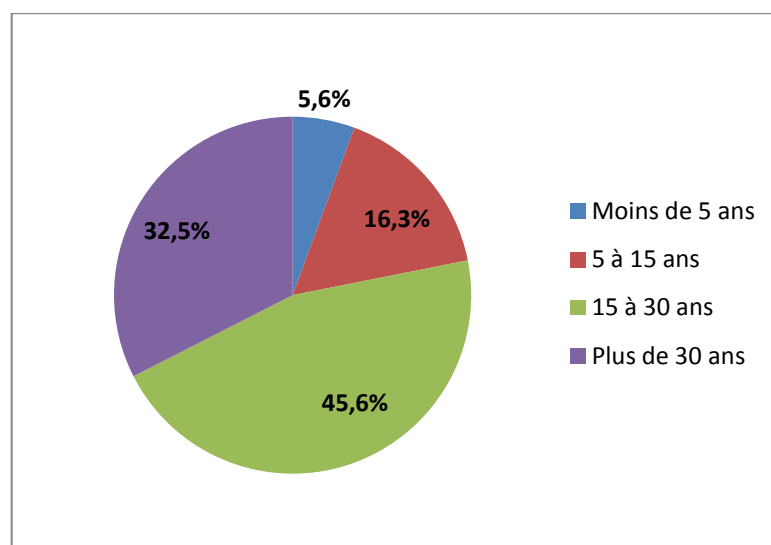


Figure 2 : Répartition de la durée d'exercice des médecins sondés

64,4 % des praticiens interrogés exerçait en milieu rural (n=103) (Figure 3).

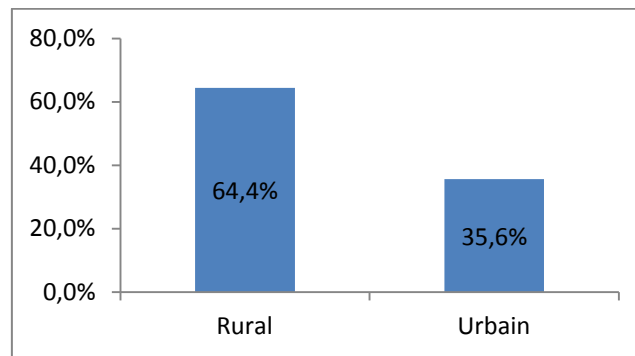


Figure 3 : Prédominance de l'exercice des médecins ayant répondu

40,6% (n=65) des médecins exerçaient en association (Figure 4), et 9,4% (n=15) en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) (Figure 5).

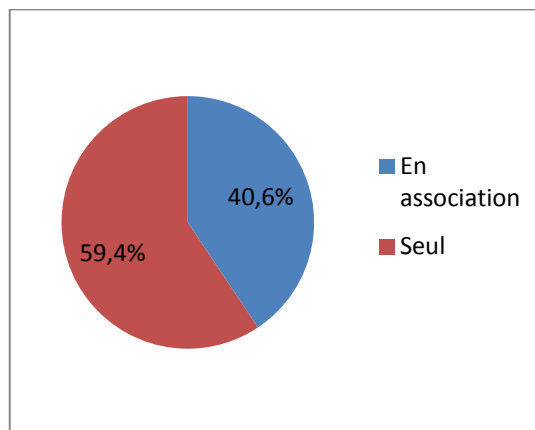


Figure 4 : Pourcentage de médecins exerçant seuls ou en association

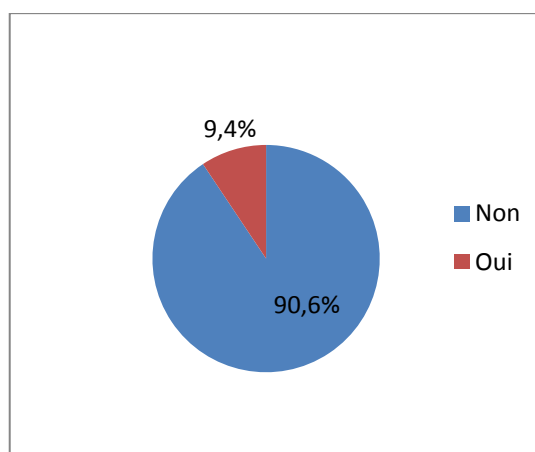


Figure 5 : Pourcentage de médecins installés en MSP

1.5.1.2. Profil des patients

68,8% étaient des femmes (n= 110) (Figure 6), et 31,3% des hommes (n=50) d'âge moyen 76.0 ans (de 32 à 98 ans) avec un écart-type de 11,6 années.

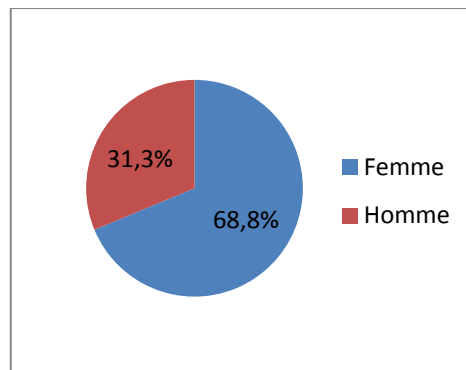


Figure 6 : Pourcentage d'hommes et de femmes parmi les patients traités pour un ulcère de jambe

L'ulcère évoluait majoritairement depuis moins d'un an dans 86,3% des cas (n=138) (Figure 7).

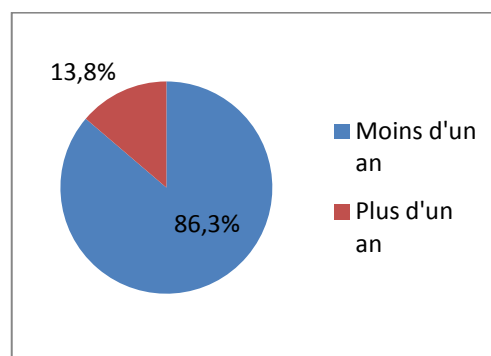


Figure 7 : Répartition de l'ancienneté de la lésion traitée

Les pouls périphériques étaient bien perçus pour 77,5% des patients (n=124) (Figure 8).

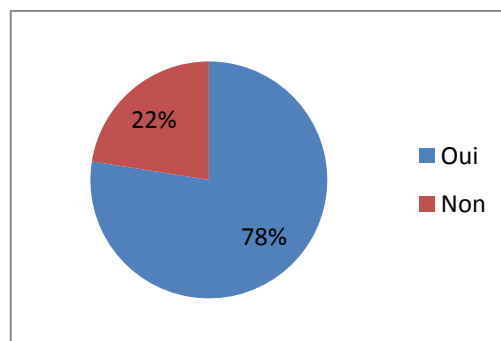


Figure 8 : Pourcentage de patients pour lesquels les pouls périphériques étaient tous perçus

L'examen se faisait le plus souvent à l'initiative du patient (52,5%, n=84), ou du médecin généraliste (29,4%, n=47), et pour un patient, le praticien a répondu qu'il était sous curatelle (Figure 9).

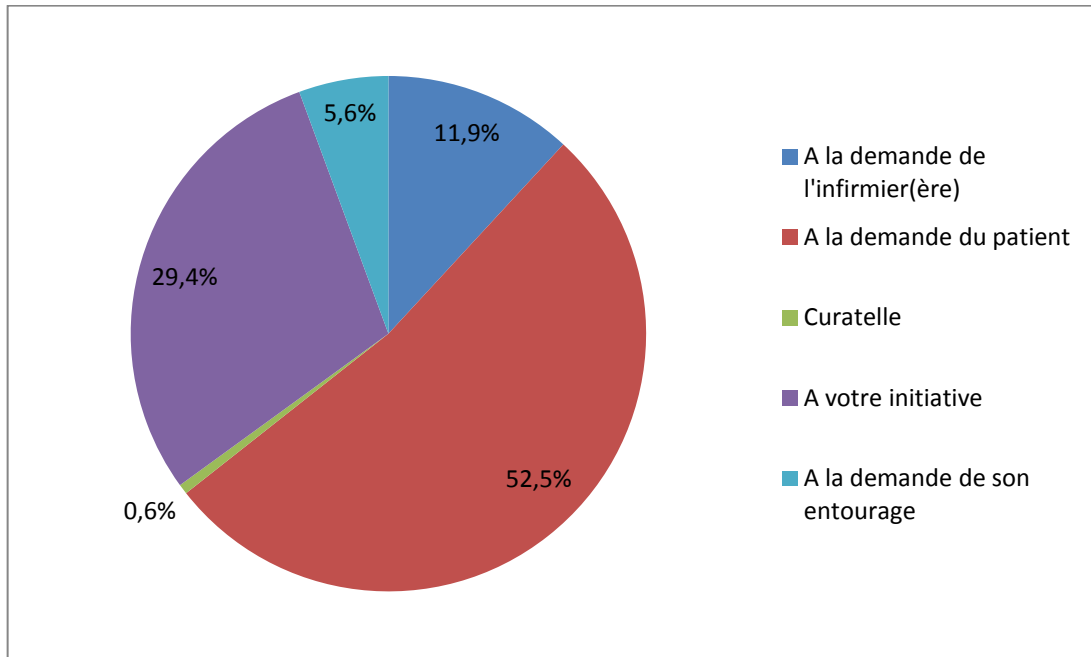


Figure 9 : Répartition des demandeurs pour le premier examen de l'ulcère

Pour plus de la moitié des patients, l'examen de l'ulcère se faisait en visite plutôt qu'au cabinet (51,3%, n=82) (Figure 10).

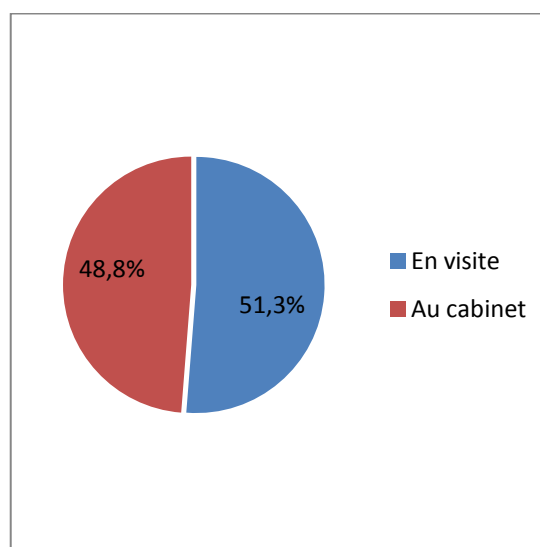


Figure 10 : Répartition des lieux d'examen de l'ulcère

L'ulcère était suivi conjointement avec l'infirmier dans 94,4% des cas (n=151) (Figure 11), le plus souvent mensuellement (54,4%, n=87) (Figure 12).

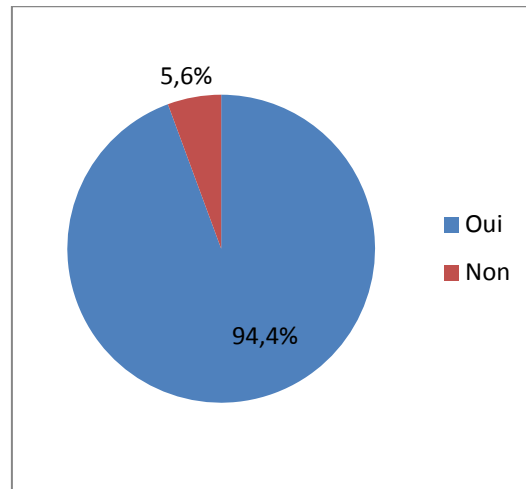


Figure 11 : Pourcentage de suivi conjoint avec l'infirmier(e)

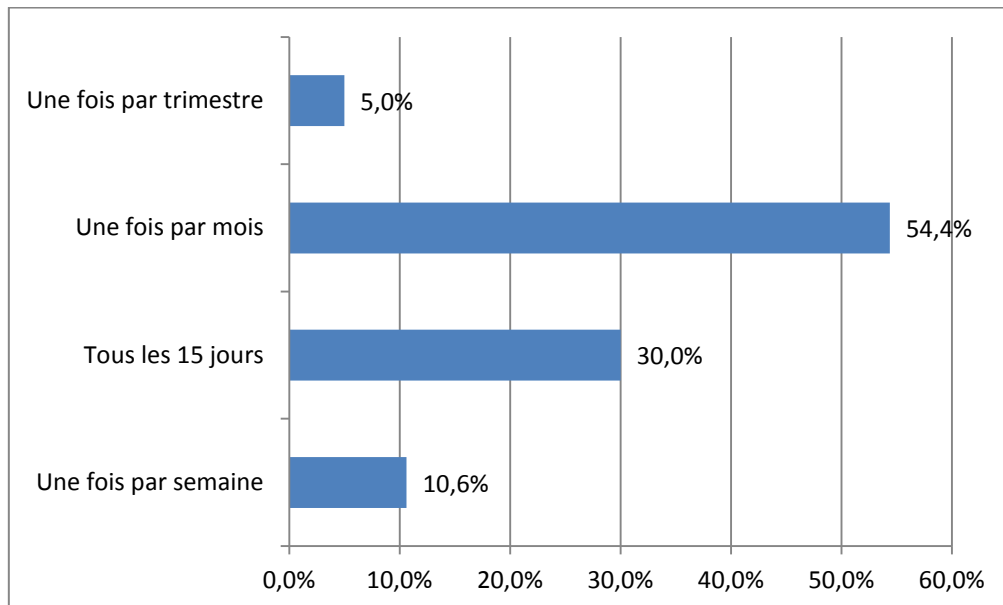


Figure 12 : Répartition en fonction de la fréquence d'examen de l'ulcère traité

1.5.1.3. Les examens complémentaires

62 patients ont bénéficié de la mesure de l'IPS, soit 38,8% au total (17,7% d'entre eux par leur médecin généraliste, et 82,3% par le médecin vasculaire).

L'IPS a été réalisé par le praticien lui-même pour seulement 11 patients, soit 6,9% de la population de l'étude (Figure 13). Dans la plupart des cas, cet examen a pris plus de 10 minutes (n=10) (Figure 14).

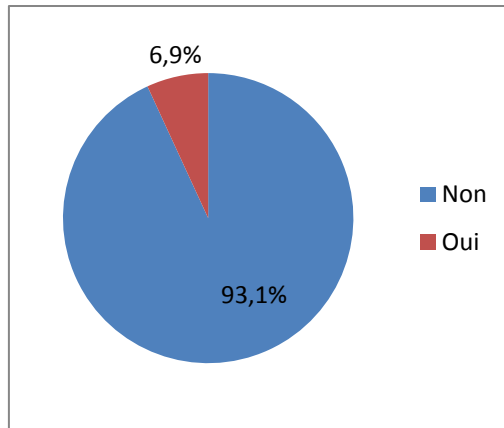


Figure 13 : Proportion de médecins ayant mesuré eux-mêmes l'IPS

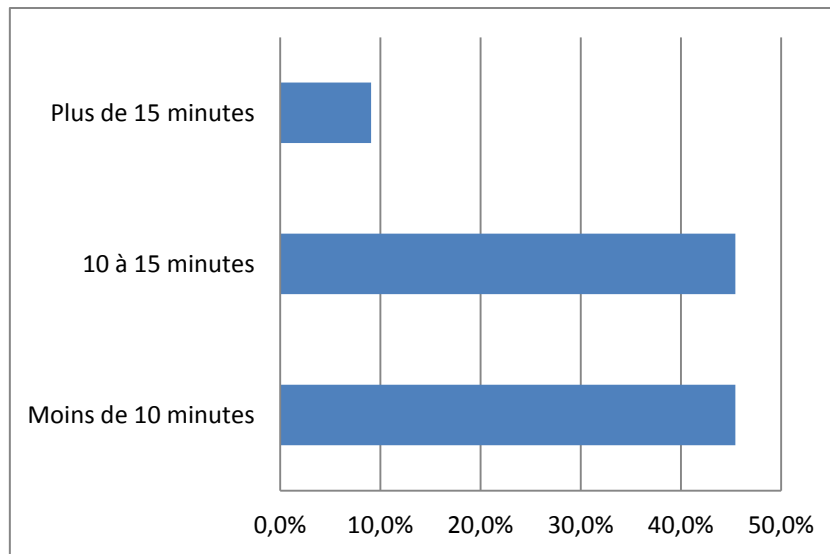


Figure 14 : Répartition des médecins en fonction du temps passé à mesurer l'IPS

L'échographie-doppler veineuse a été prescrite dans seulement 60,0% des cas (n=96) (Figure 15), et parmi cette population, pour seulement 53,1% (n=51) l'IPS était intégré au compte-rendu d'examen (Figure 16).

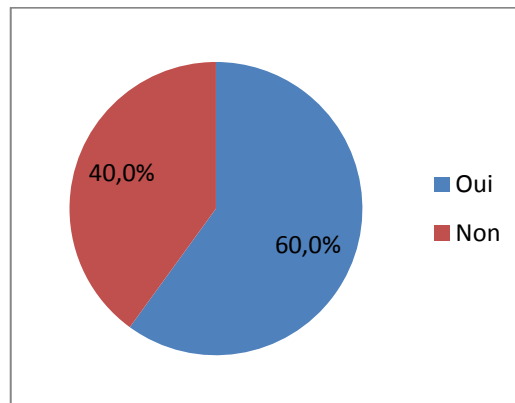


Figure 15 : Pourcentage de prescription d'échographie-doppler veineuse

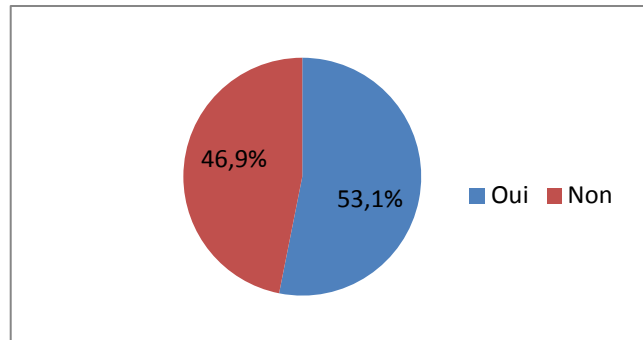


Figure 16 : Pourcentage de mesures d'IPS parmi ces échographie-doppler

Les médecins interrogés ont pour la plupart répondu que l'origine artérielle, veineuse ou mixte avait été établie (84,4%, n=135) (Figure 17).

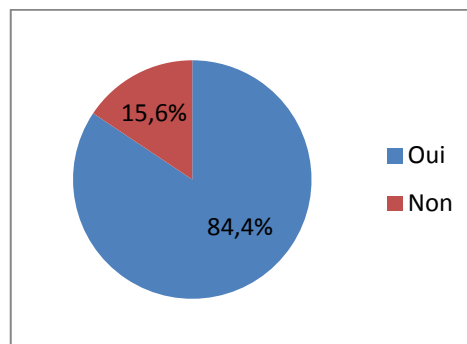


Figure 17 : Pourcentage de patients dont l'origine de l'ulcère a été établie

1.5.1.4. La compression

Le grade de compression le plus prescrit était le grade II, à 65,0% (n=104), puis la compression forte grade III et IV à 31,9% (n=50) (Figure 18).

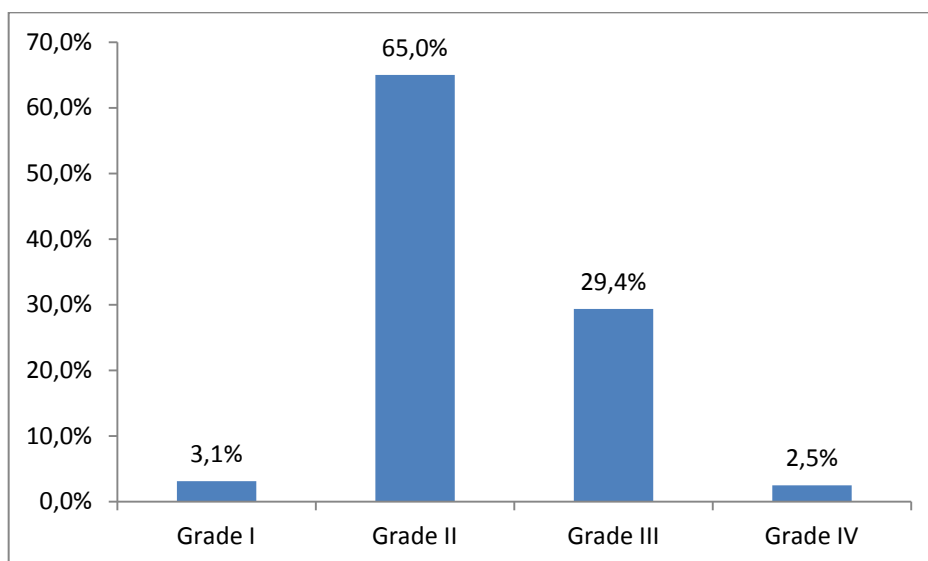


Figure 18 : Répartition des grades de compression veineuse prescrits par les médecins

Les bandes étaient le moyen le plus utilisé à 57,5% (n=92), avec ensuite les bas ou chaussettes à 22,5% (n=36) et la compression multitype (20,0%, n=32) (Figure 19).

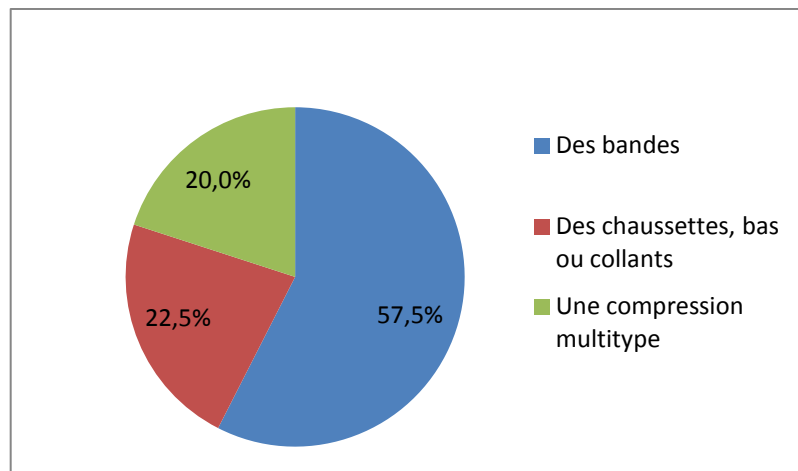


Figure 19 : répartition des moyens de compression prescrits par les médecins

Pour 83,1% des patients (n=133), la compression était mise en place par l'infirmier(e) (Figure 20).

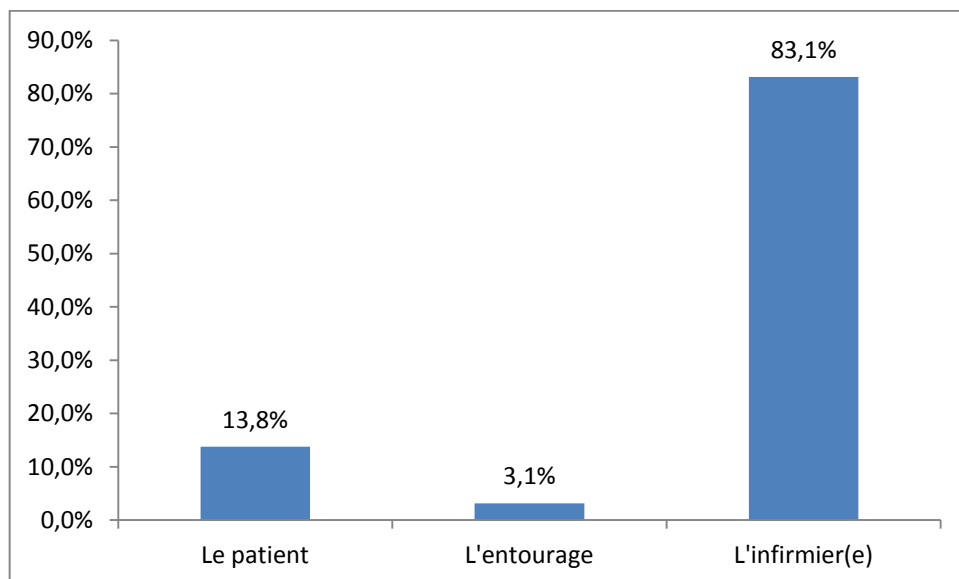


Figure 20 : Répartition en fonction de l'opérateur assurant la mise en place de la compression

Après cicatrisation de l'ulcère, 95,6% (n=153) des praticiens poursuivaient la compression (Figure 21), pour la plupart à vie (80,4%, n=123) (Figure 23) et en grande majorité avec un grade II (90,2%, n=138) (Figure 22).

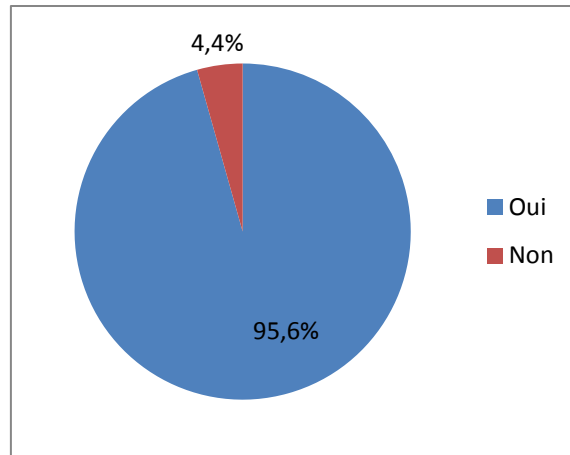


Figure 21 : Pourcentage de médecins poursuivant la compression en prévention secondaire

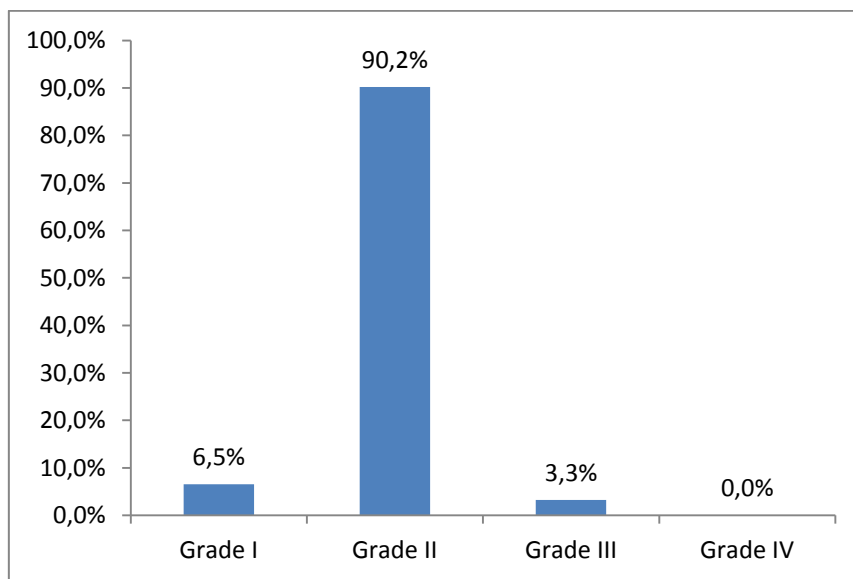


Figure 22 : Répartition des grades de compressions prescrits en prévention secondaire

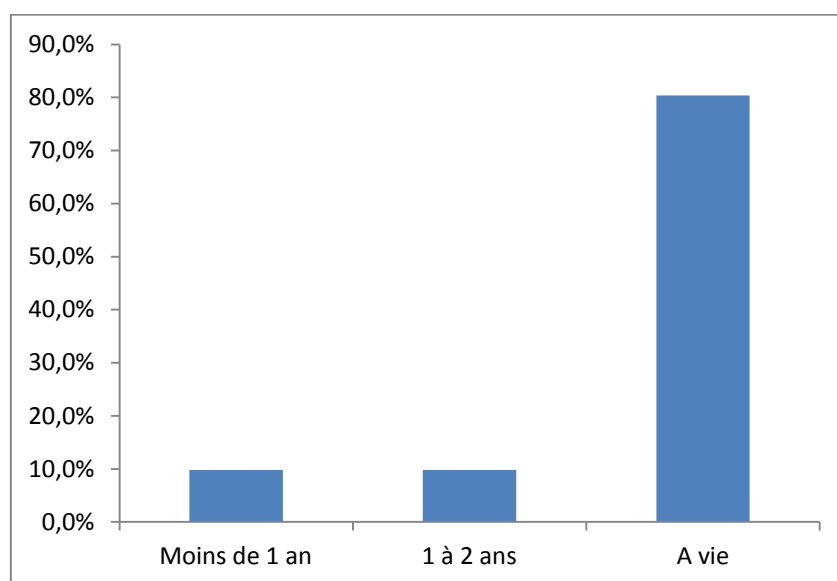


Figure 23 : Répartition de la durée du maintien de cette compression après cicatrization

Les principaux freins à la prescription de la compression veineuse sont résumés dans la Figure 24

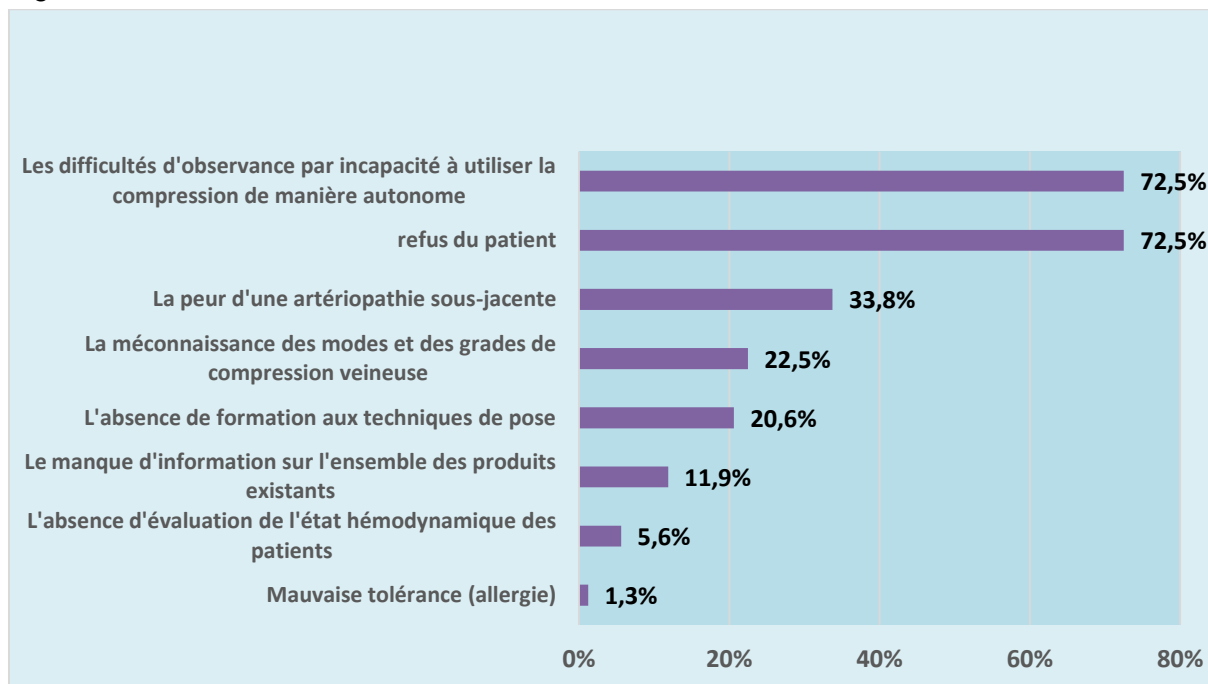


Figure 24 : Répartition des freins à la prescription de la compression pour les médecins interrogés

1.5.1.5. La formation

Plus de la moitié des médecins déclarait ne pas connaître les recommandations de l'HAS actualisées en 2006 sur la prise en charge de l'ulcère de jambe (53,1%, n=85) (Figure 25).

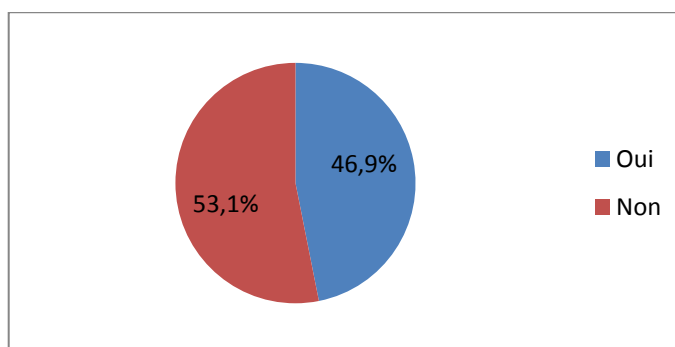


Figure 25 : Pourcentage de médecins se déclarant informés des recommandations HAS de 2006 sur la prise en charge de l'ulcère de jambe

26,3% (n=42) des médecins généralistes interrogés estimaient avoir été bien formés sur les ulcères de jambe pendant leurs études (Figure 26) ; pourtant, 85,6% (n=137)

pensaient qu'une meilleure formation pendant cette période améliorerait les prescriptions dans cette pathologie (Figure 27).

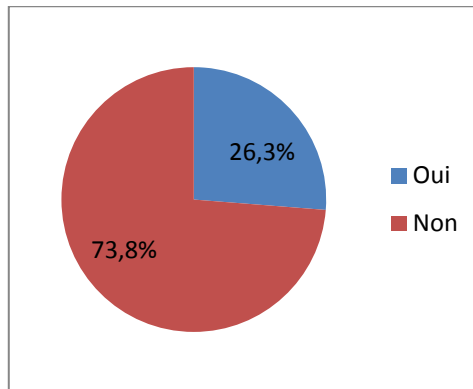


Figure 26 : Proportion de médecins satisfaits ou non de leur formation initiale

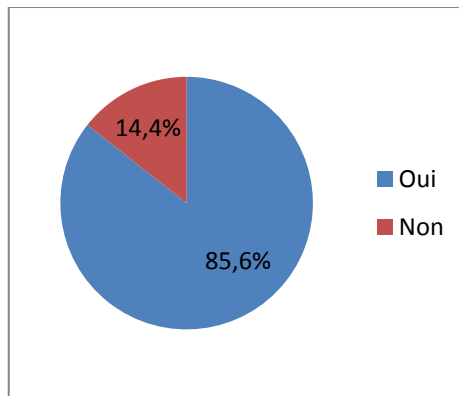


Figure 27 : Pourcentage de médecins estimant qu'une meilleure formation durant l'internat améliorerait les prescriptions dans la prise en charge de l'ulcère veineux

Une minorité d'entre eux a suivi une formation médicale continue sur le sujet (35,0%, n=56) (Figure 28) et 77,5% (n=124) se documentait via la presse spécialisée (Figure 29).

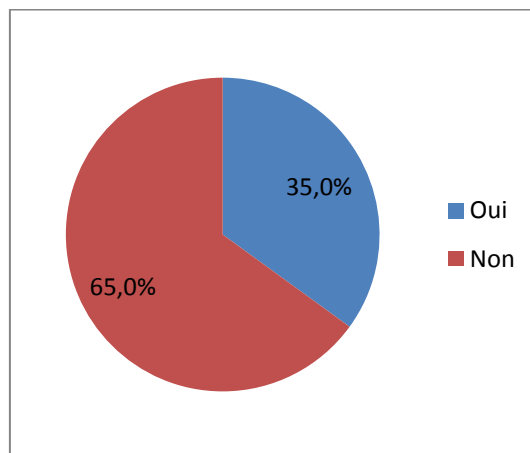


Figure 28 : Proportion de médecins ayant participé à une formation pratique ou théorique sur le sujet

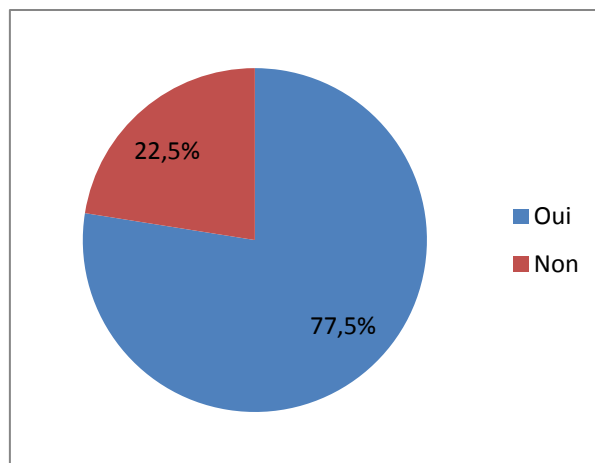


Figure 29 : Pourcentage de praticiens ayant lu un ou des articles médicaux concernant l'ulcère de jambe au cours des deux dernières années

1.5.2. Analyse en deux sous-groupes

Les résultats de ce travail ont été analysés pour comparer deux groupes dans la population. Le premier groupe comprend les réponses des médecins ayant prescrit une compression de force 1 ou 2, soit insuffisante d'après les recommandations de l'HAS ; et le deuxième groupe comprend les réponses des médecins ayant prescrit un grade de compression de force 3 ou 4 comme le préconisent ces mêmes recommandations.

Dans le tableau en Annexe 3 se trouvent les données question par question des deux groupes.

Dans l'ensemble, on retrouve très peu de différences entre les groupes, que cela concerne le profil des médecins prescripteurs, des patients ou bien les conditions de diagnostic et de suivi de l'ulcère.

Les différences retrouvées portent sur la prescription de l'échographie doppler veineuse, qui est significativement plus importante dans le groupe utilisant une compression forte, et sur la connaissance des recommandations, là encore plus importante dans ce groupe. On remarque aussi que la prévention secondaire après cicatrisation de l'ulcère est plus souvent prescrite et de manière plus prolongée dans le groupe prescrivant une compression forte.

1.6. Discussion

L'étude enregistre un taux de réponse de 24,1%, ce qui semble cohérent avec les données de la littérature pour ce genre de travaux (10,12). Malgré tout, on aurait pu imaginer qu'en contactant les médecins généralistes directement par téléphone, et en leur présentant le but de cette étude, le taux de réponse aurait été plus élevé.

En ce qui concerne les données démographiques de la population étudiée, une majorité des médecins est masculine (68,8%), avec une moyenne d'âge de 54,7 ans. Ils sont pour la plupart installés depuis plus de 15 ans (78,1%, n=125). Ces chiffres sont retrouvés dans d'autres études sur le même sujet (23,24)

Cela correspond également aux chiffres avancés par l'Agence Régionale pour la Santé (ARS) et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), qui retrouvent un âge moyen de 53 ans et une proportion de femmes de 33% (25) en 2014 pour la région Limousin. A noter que ces chiffres portent sur les médecins généralistes exerçant au 1^{er} janvier 2014, et donc, parmi eux, certains ont une activité salariée, ou ne pratiquent pas la médecine générale libérale exclusive. L'ARS du Limousin rapporte un chiffre de 48,4% de praticiens généralistes âgés de 55 ans et plus.

L'analyse ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

Les médecins généralistes ayant participé à l'étude exercent majoritairement en milieu rural à 64,4%, seuls à 59,4%, et rares sont ceux installés en maison de santé pluridisciplinaire (9,4%). Ici non plus, on ne retrouve pas de différence sur ces trois critères entre les groupes. Cela semble correspondre au profil d'exercice en région Limousin.

Ainsi, il ne semble donc pas y avoir de différence de pratique selon le genre, l'âge, le lieu ou le mode d'exercice des médecins. Le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire n'apparaît pas influencer les prescriptions.

En ce qui concerne les patients, on retrouve une proportion de 68,8% de femmes, et un âge moyen de 76,0 ans, tout comme dans l'étude de Attal et coll. (13). L'HAS retrouve également une prédominance féminine pour cette pathologie avec un ratio hommes/femmes de 1/1,6. Bien qu'on puisse penser que le groupe ayant bénéficié d'une compression plus forte soit moins âgé, on ne retrouve pas de différence significative sur la moyenne d'âge entre les groupes.

Pour la très grande majorité des questionnaires, l'ancienneté de la lésion est inférieure à 1 an (86,3%), là aussi sans différence entre les groupes. Une compression forte n'est pas corrélée à une évolution plus ancienne de l'ulcère. A noter que cette étude porte sur une pratique de médecine générale ambulatoire uniquement, et donc qu'éventuellement les lésions sont moins sévères ou anciennes que les études faites en milieu hospitalier, ou lors de consultations spécialisées en dermatologie ou médecine vasculaire.

Environ la moitié des patients sont examinés et suivis en visite, soit 51,4%. Là encore, les groupes ne présentent pas de différence significative. On aurait pu imaginer que les patients les plus valides et moins poly pathologiques, pouvant se déplacer au cabinet, bénéficieraient d'une compression plus forte.

La fréquence de suivi est majoritairement mensuelle (54,4%), ce qui est pratique courante en médecine générale. Le suivi bimensuel est tout de même assez fréquent, avec 30,0% des praticiens interrogés. Les consultations hebdomadaires et trimestrielles sont rares. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne le suivi pour les deux groupes, une plus grande fréquence n'étant pas corrélée à une prescription de compression plus forte.

Dans cette étude, seulement un peu plus de la moitié des patients a parlé spontanément de sa lésion au médecin traitant. On peut imaginer une certaine banalisation de la plaie du membre inférieur, qui peut être indolore ou peu douloureuse, survenir suite à un traumatisme mineur et pour laquelle le retard de cicatrisation n'est pas pris en considération par le patient. Dans presque un tiers des cas, c'est le médecin lui-même qui repère l'ulcère, possiblement pour les mêmes raisons. Pour les 11,9% de lésions repérées par l'infirmier, il pourrait s'agir de patients ayant une autonomie physique et/ou psychique diminuée, puisque nécessitant des soins infirmiers. La même réflexion peut s'appliquer à ceux mentionnés par l'entourage, et pour le patient sous curatelle.

Dans les deux groupes, le suivi se fait à plus de 94% en collaboration avec l'infirmier. Seuls 9 patients ne sont pas suivis de manière conjointe.

Dans presque 85% des cas, les médecins interrogés déclarent que l'origine de l'ulcère avait été établie. Pourtant, seulement 77,5% ont perçu tous les pouls périphériques, à peine plus d'un tiers des patients a bénéficié de la mesure de l'IPS, et seulement 60,0% ont eu une échographie-doppler veineuse. Ce dernier chiffre est plutôt inférieur aux résultats retrouvés dans d'autres études (23, 24). La présentation clinique de l'ulcère des membres inférieurs ainsi que la palpation des pouls orientent fortement vers une origine veineuse ou artérielle.

Cependant la coexistence d'une AOMI, qui rendrait la lésion mixte, ne peut être évaluée qu'en mesurant l'IPS ou en réalisant un doppler artériel en cas de résultat douteux.

Soulignons que cette pathologie est très fréquente pour la tranche d'âge concernée par cette étude, de l'ordre de 15 à 20% (26). Il est donc nécessaire de vérifier l'état hémodynamique artériel chez ces patients, pour ne pas risquer d'aggraver une ischémie du membre inférieur, qui pourrait être pauci ou asymptomatique. Connaître la présence ou non d'une artériopathie permet également de bien choisir le type et la force de compression la plus adaptée.

On constate que, tout comme dans la littérature (8,9,27), l'IPS est largement sous utilisé par les praticiens. Moins de 10% des médecins interrogés le mesurent eux-mêmes, et seulement la moitié des médecins vasculaires qui réalisent le doppler veineux pour ces patients l'intègrent à leur compte-rendu. Il n'y a pas plus d'évaluation de l'IPS dans le groupe prescrivant une compression forte, qu'il soit mesuré par le médecin lui-même ou par le médecin vasculaire.

De même, la prescription de l'échographie est insuffisante. Cela peut s'expliquer par l'âge des patients, qui parfois ont une autonomie limitée ou des difficultés à se déplacer pour réaliser cet examen. En effet 51,3% d'entre eux sont vus en visite à domicile, ce qui laisse penser que les déplacements sont limités ou compliqués. Dans le cas de pathologies annexes lourdes, il est possible que le médecin juge le bénéfice attendu du doppler veineux insuffisant. Portier et coll. rapportent que seuls un peu plus d'un tiers des médecins le prescrivent systématiquement (24).

Par contre, on retrouve cette fois une différence significative entre les deux groupes, avec 74,5% de doppler veineux prescrits dans le groupe utilisant une compression forte, contre 53,2% dans le groupe ayant prescrit des grades 1 et 2.

En ce qui concerne la prescription de compression, un réajustement a été fait, puisque 19 médecins avaient prescrit une compression multitype, pour 18 d'entre eux équivalente à un grade 2, et un à un grade 1. Ces réponses ont été réajustées et incluses dans le groupe prescrivant une compression forte, puisque ces méthodes entraînent une force de compression d'au moins 36 mm Hg d'après leur fabricant. Cela montre toutefois une méconnaissance des techniques de compression.

Dans l'ensemble de la population, le grade de compression le plus prescrit est le grade 2 (65,0%, n=104). Le grade 1 est anecdotique avec seulement 5 patients. Par contre, 51 médecins ont prescrit une compression forte, soit 31,9%, ce qui semble similaire à une autre étude française de 2015 où le chiffre est de 28% (24). Donc, moins d'un tiers des patients

reçoit une compression en accord avec les recommandations de l'HAS dans cette pathologie.

On sait que la compression est souvent mal acceptée par le patient, mais également que les médecins ont des réticences à prescrire des pressions élevées.

Dans les freins à la prescription de compression, on retrouve en premier le refus du patient et les difficultés d'observance par incapacité à utiliser la compression de manière autonome (72,5%). Pourtant, la compression est mise en place par l'infirmier(e) dans plus de 83% des cas, ce qui est en accord avec les chiffres de la littérature française (13), sans différence entre les groupes, bien que l'acte ne soit pas pris en charge par l'assurance maladie.

La peur d'une artériopathie sous-jacente est également un frein pour un tiers des médecins, et cela peut partiellement expliquer pourquoi nombre d'entre eux prescrivent une force insuffisante.

Par ailleurs, 22,5% des praticiens interrogés déclarent une méconnaissance des modes et grades de compression, et cela semble donc un facteur limitant dans la prescription de compression forte. De même 20,7% et 11,9% mentionnent respectivement une absence de formation sur les techniques de pose et un manque d'information sur les produits existants.

Finalement, l'absence d'examen complémentaires pour évaluer l'état hémodynamique des patients semble être rarement à l'origine d'une limitation de la prescription de compression veineuse, avec seulement 5,7% des réponses.

A propos de la prévention secondaire, la quasi-totalité (96,7%) des praticiens a prescrit une compression veineuse. Il existe une différence de pratique significative entre les deux groupes, avec une force de compression plus importante et surtout une durée plus longue dans le groupe prescrivant une compression forte.

Dans l'ensemble, le principal facteur limitant l'application des recommandations en matière de compression est d'abord le refus du patient. Toutefois, les lacunes concernant les indications, les méthodes ou les moyens d'application de la compression ont un rôle important dans la prise en charge de cette pathologie.

Un des exemples les plus parlants est la méconnaissance des recommandations HAS de 2006 : moins de la moitié des praticiens interrogés déclarent en avoir connaissance. Cette fois, on retrouve une différence significative entre les deux groupes, avec presque 2/3 des médecins prescrivant une compression forte disant en être informés, et seulement

38,5% pour le groupe prescrivant une compression faible. On retrouve cependant des chiffres plus marqués dans la littérature avec moins de 40% des praticiens interrogés ayant connaissance de ces recommandations (24,27).

Dans le même esprit, le nombre de médecins ayant lu des articles spécialisés est significativement plus élevé dans le groupe prescrivant une compression forte : 92,2% contre 70,6%, bien que les chiffres soient globalement élevés dans les deux groupes.

Il n'y a en revanche pas de différence significative en ce qui concerne la formation théorique ou pratique, avec environ un tiers des praticiens déclarant y avoir participé dans chaque groupe.

Dans l'ensemble, les trois quarts des médecins interrogés sont insatisfaits de leur formation initiale, et plus de 85% d'entre eux estiment qu'une meilleure formation durant le troisième cycle permettrait une amélioration de la prise en charge des ulcères veineux.

En conclusion, le suivi des recommandations est largement insuffisant, tant sur le plan de la réalisation des examens complémentaires, que de la prescription de compression. Cela peut s'expliquer par plusieurs difficultés :

- Le manque d'information des médecins, qui connaissent mal ces recommandations, et qui sont insuffisamment formés sur les modes et grades de compression.
- Le refus des patients qui limite l'application de la compression, or l'éducation thérapeutique et la délivrance d'informations par le médecin améliore sensiblement l'adhésion et l'observance du patient.

1.7. Perspectives

En ce qui concerne la prescription de compression, on pourrait imaginer un outil simplifié d'information résumant les recommandations, et recensant les principales techniques de compression avec des fiches pratiques et ordonnances types.

Le praticien mieux informé est alors à même de proposer des explications et une éducation thérapeutique qui améliorera la compliance du patient.

Il serait intéressant, compte-tenu de l'insatisfaction des médecins interrogés concernant la formation initiale, de réviser celle-ci en intégrant la prise en charge de l'ulcère veineux de manière plus spécifique, avec une attention spéciale sur l'IPS.

Quant aux examens complémentaires et notamment à la mesure de l'IPS, plusieurs études ont été réalisées sur le sujet, et une des pistes serait une meilleure rémunération de l'acte, qui s'intégrerait dans une démarche de dépistage des maladies cardio-vasculaires, et pourrait faire partie des projets de nouvelles Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Enfin, on pourrait discuter d'une plus grande implication des médecins vasculaires, qui auraient alors un rôle de conseil en proposant au médecin prescripteur le grade de compression le plus adapté à l'état hémodynamique du patient.

Références bibliographiques

1. O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 17 nov 2015].

Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000265.pub2/abstract>

2. Prise en charge des affections veineuses chroniques des membres inférieurs : Recommandations basées sur les preuves scientifiques - EM|consulte [Internet]. [cité 25 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/228899/prise-en-charge-des-affections-veineuses-chronique>
3. Lévy E, Lévy P. [Management of venous leg ulcer by French physicians, diversity and related costs: a prospective medicoeconomic observational study]. J Mal Vasc. févr 2001;26(1):39-44.
4. Recommandations finales pdf - recommandations_finales_pdf.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2015].

Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_finales_pdf.pdf

5. RAPPORT_COMPRESSION_MEDICALE_VF - rapport_compression_medical_1276_vf.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2015].

Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rapport_compression_medical_1276_vf.pdf

6. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C, et al. Measurement and Interpretation of the Ankle-Brachial Index: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 11 déc 2012;126(24):2890-909.
 7. Mesure de l'index de pression systolique. Quels sont les outils disponibles ? - EM|consulte [Internet]. [cité 25 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/792024/article/mesure-de-lindex-de-pression-systolique-quels-sont>
 8. Priollet P, Mourad J-J, Cacoub P, Lévesque H, Luizy F, Benelbaz J, et al. L'artériopathie des membres inférieurs en médecine générale Quelle prise en charge ? /data/revues/03980499/00290005/249/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 19 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/125093>
 9. Meyer D, Bureau J-M, Vu Tri D. Index de pression systolique et médecine de ville : motivation, formation, mesure et valorisation de l'acte. Enquête auprès d'un échantillon de 165 médecins généralistes d'Île-de-France. J Mal Vasc. févr 2014;39(1):18-25.
 10. Prise en charge de l'ulcère veineux : évaluation des pratiques des médecins généralistes en Midi-Pyrénées - EM|consulte [Internet]. [cité 25 mars 2015].
- Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/791938/article/prise-en-charge-de-lulcere-veineux-evaluation-des->
11. Chaby G, Senet P, Ganry O, Caudron A, Thuillier D, Debure C, et al. Prognostic factors associated with healing of venous leg ulcers: a multicentre, prospective, cohort study. Br J Dermatol. nov 2013;169(5):1106-13.

12. Begarin L, Beaujour A, Fainsilber P, Hermil J-L, Lévesque H, Benhamou Y. Compression et ulcère veineux en pratique de ville : une étude observationnelle en médecine générale. *J Mal Vasc.* déc 2014;39(6):382-8.
13. Attal R, Mahé E, Bilan P, Sin C, Amy de la Breteque M, Dias C, et al. La compression dans la prise en charge des ulcères veineux des membres inférieurs. Évaluation des pratiques professionnelles sur 100 patients. *J Mal Vasc.* mai 2015;40(3):158-64.
14. Stansal A, Lazareth I, Michon Pasturel U, Ghaffari P, Boursier V, Bonhomme S, et al. Compression therapy in 100 consecutive patients with venous leg ulcers. *J Mal Vasc.* juill 2013;38(4):252-8.
15. PROFORE - pp020501.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pp020501.pdf>
16. Fiche Avis nouveau médicament - urgo_k2_4250__urgo_k2__latex_free_4274-15_mai_2012_synthese_davis.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/urgo_k2_4250__urgo_k2__latex_free_4274-15_mai_2012_synthese_davis.pdf
17. Fiche Avis nouveau médicament - coban_2_6_novembre_2012_4280_synthese_davis.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/coban_2_6_novembre_2012_4280_synthese_davis.pdf
18. Avis relatif au tarif en euros TTC du système de compression veineuse bi-bandes 3M COBAN 2 visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
19. Avis relatif aux tarifs en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
20. Avis relatif aux tarifs en euros TTC des systèmes de compression veineuse bibandes URGO K2 et URGO K2 LATEX FREE visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
21. Barwell JR, Davies CE, Deacon J, Harvey K, Minor J, Sassano A, et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 5 juin 2004;363(9424):1854-9.
22. Kahn SR, Shapiro S, Wells PS, Rodger MA, Kovacs MJ, Anderson DR, et al. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet.* mars 2014;383(9920):880-8.
23. Begarin L, Beaujour A, Fainsilber P, Hermil J-L, Lévesque H, Benhamou Y. Compression et ulcère veineux en pratique de ville : une étude observationnelle en médecine générale. *J Mal Vasc.* déc 2014;39(6):382-8.
24. Prise en charge de l'ulcère veineux : évaluation des pratiques des médecins généralistes en Midi-Pyrénées. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 20 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/493761/>
25. limousin_2013.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2015]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf

26. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33(1):S1-75.
27. Sfeir D, Lazareth I, Priollet P. Comment les ulcères de jambe sont-ils évalués en médecine de ville ? J Mal Vasc. mars 2013;38(2):114.

Table des annexes

Annexe 1. Classification CEAP	41
Annexe 2. Questionnaire	42
Annexe 3. Tableau récapitulatif de la comparaison des deux sous-groupes	45

Annexe 1. Classification CEAP

Classification clinique

- C0 : pas de signe visible ou palpable de maladie veineuse
- C1 : télangiectasies ou veines réticulaires
- C2 : varices
- C3 : œdème
- C4a : pigmentation et/ou eczéma
- C4b : lipodermatosclérose et/ou atrophie blanche
- C5 : ulcère veineux cicatrisé
- C6 : ulcère veineux actif
- S : symptômes comprenant douleur, constriction, irritation cutanée, lourdeur, crampes musculaires et également d'autres plaintes en rapport avec une dysfonction veineuse
- A : asymptomatique

Classification étiologique

- Ec : congénital
- Ep : primaire ou primitif
- Es : secondaire (post-thrombotique)
- En : pas d'étiologie veineuse identifiée

Classification anatomique

- As : veines superficielles
- Ap : veines perforantes
- Apr : veines profondes
- An : pas de localisation veineuse identifiée

Classification physiopathologique

CEAP basique :

- Pr : reflux
- Po : obstruction
- Pr, o : reflux et obstruction
- Pn : pas de physiopathologie veineuse identifiée

CEAP élaborée :

Même classification que basique mais le siège anatomique de l'anomalie physiopathologique est indiqué en utilisant la classification de 1 à 18 détaillée ci-dessous :

Veines superficielles :

- 1. Veines réticulaires/télangiectasies
- 2. Grande veine saphène (GVS) au-dessus du genou
- 3. GVS en dessous du genou
- 4. Petite veine saphène
- 5. veine non saphène

Veines profondes :

- 6. Veine cave inférieure
- 7. Veine iliaque commune
- 8. Veine iliaque interne
- 9. Veine iliaque externe
- 10. Veine pelvienne: gonadique, du ligament large, autres
- 11. Veine fémorale commune
- 12. Veine fémorale profonde
- 13. Veine fémorale
- 14. Veine poplitée
- 15. Crurales : tibiale antérieure, tibiale postérieure, ou fibulaires (toutes doubles)
- 16. Musculaire : gastrocnémiennes, soléaires, autres

Veines perforantes :

- 17. A la cuisse
- 18. Au mollet

Annexe 2. Questionnaire

Enquête de pratiques sur la prescription de la compression dans la prise en charge de l'ulcère veineux de jambe

Votre pratique

Quel est votre sexe ?

Homme Femme

Quel est votre âge ?

Depuis combien d'années exercez-vous ?

Moins de 5 ans

5 à 15 ans

15 à 20 ans

Plus de 10 ans

Quelle est la prédominance de votre exercice ?

Urbain Rural

Etes-vous installé(e) dans une maison de santé pluridisciplinaire ?

Oui Non

Exercez-vous seul ou en association au sein d'un cabinet ?

Seul En association

A propos du dernier ulcère de jambe que vous avez traité

Le dernier patient pris en charge pour cette pathologie était-il

Un homme

Une femme

Quel était son âge au moment de la prise en charge ?

Le premier examen a-t-il été fait

A votre initiative

A la demande du patient

A la demande de son entourage

A la demande de l'infirmier(e)

Autre

L'examen de l'ulcère s'est-il fait

Au cabinet

En visite

Quelle était l'ancienneté de cette lésion ?

Moins de 1 an

Plus de 1 an

Les pouls périphériques étaient-ils tous perçus ?

Oui Non

A quelle fréquence examinez-vous cet ulcère?

- Hebdomadaire
- Tous les 15 jours
- Mensuelle
- Trimestrielle
- Semestrielle
- Annuelle

Le suivi de l'ulcère se fait-il conjointement avec l'infirmière ?

- Oui
- Non

L'origine veineuse, artérielle ou mixte de cet ulcère a-t-elle été établie ?

- Oui
- Non

Lors de la prise en charge de cet ulcère, avez-vous mesuré vous-même l'IPS (Index de Pression Systolique ?)

- Oui
- Non

Si oui, combien de temps cet examen vous a-t-il pris ?

- Moins de 10 minutes
- 10 à 15 minutes
- Plus de 15 minutes

Avez-vous prescrit une échographie-doppler veineuse pour cet ulcère de jambe ?

- Oui
- Non

Si oui, l'évaluation de l'IPS était-elle intégrée au compte-rendu de l'échographiste ?

- Oui
- Non

La compression

Etes-vous informé des recommandations HAS de 2006 concernant la prescription de la compression dans l'ulcère de jambe d'origine veineuse ?

- Oui
- Non

Quel grade de compression avez-vous prescrit pour cet ulcère de jambe ?

- Grade I
- Grade II
- Grade III
- Grade IV

Avez-vous prescrit

- Des bandes
- Des chaussettes, bas ou collants
- Une compression multicouche

Qui assure la mise en place de la compression ?

- Le patient
- L'infirmier(e)
- L'entourage

Poursuivrez-vous la compression après cicatrisation de l'ulcère ?

Oui Non

Si oui, à quel grade ?

Grade I

Grade II

Grade III

Grade IV

Et pendant combien de temps ?

Moins de 1 an

1 à 2 ans

A vie

De manière générale

Pour vous, quels sont les freins à la prescription d'une compression veineuse optimale ? (plusieurs réponses possibles)

La peur d'une artériopathie sous-jacente

L'absence d'évaluation de l'état hémodynamique des patients

La méconnaissance des modes et des grades de compression veineuse

L'absence de formation aux techniques de pose

Le manque d'information sur l'ensemble des produits existants

Le refus du patient

Les difficultés d'observance par incapacité à utiliser la compression de manière autonome

Autre

Estimez-vous avoir été bien formé sur la prise en charge des ulcères de jambe au cours de votre formation initiale ?

Oui Non

Avez-vous participé à une formation théorique ou pratique sur ce sujet depuis que vous êtes installé(e) ?

Oui Non

Avez-vous lu un ou plusieurs articles médicaux à ce sujet au cours des 2 dernières années ?

Oui Non

Pensez-vous qu'une meilleure formation sur la compression veineuse durant l'internat permettrait une amélioration de la prescription dans la prise en charge des ulcères veineux de jambe ?

Oui Non

Annexe 3. Tableau récapitulatif de la comparaison des deux sous-groupes

Questions		Groupe compression grades 1 et 2	Groupe compression grades 3 et 4	Différence (p)
Genre des médecins	Hommes	77 70,6%	33 64,7%	0,45030
	Femmes	32 29,4%	18 35,3%	Odds Ratio : 1,3102 [0,6033 ; 2,8059]
Age moyen des médecins		54.7 ans	52.9 ans	0,4723
Mode d'exercice	Rural	66 60,6%	37 72,5%	0,13972
	Urbain	43 39,4%	14 27,5%	Odds Ratio : 0,5827 [0,2591 ; 1,26]
Exercice isolé	Seul	62 56,9%	33 64,7%	0,34765
	En association	47 43,1%	18 35,3%	Odds Ratio : 0,721 [0,3382 ; 1,5053]
Maison de santé pluridisciplinaire	Oui	8 7,3%	7 13,7%	0,19656
	Non	101 92,7%	44 86,3%	Odds Ratio : 0,5002 [0,1481 ; 1,7289]
Ancienneté d'exercice	Moins de 5 ans	6 5,5%	3 5,9%	0,82129
	5 à 15 ans	17 15,6%	9 17,6%	
	15 à 30 ans	48 44,0%	25 49,0%	
	Plus de 30 ans	38 34,9%	14 27,5%	
Genre des patients	Hommes	36 33,0%	14 27,5%	0,47822
	Femmes	73 67,0%	37 72,5%	Odds Ratio : 1,3012 [0,5951 ; 2,9504]
Age moyen des patients		76.3	75.3	0,6139
Ancienneté de la lésion	Moins d'un an	95 87,2%	43 84,3%	0,6266
	Plus d'un an	14 12,8%	8 15,7%	Odds Ratio : 1,2605 [0,4248 ; 3,5094]
Perception des pouls périphériques	Oui	84 77,1%	40 78,4%	0,84697
	Non	25 22,9%	11 21,6%	Odds Ratio : 0,9244 [0,372 ; 2,1835]
Origine de l'ulcère établie	Oui	92 84,4%	43 84,3%	0,98835
	Non	17 15,6%	8 15,7%	Odds Ratio : 1,0068 [0,3478 ; 2,697]

Lieu d'examen	Visite	59 54,1%	23 45,1%	0,28691
	Cabinet	50 45,9%	28 54,9%	Odds Ratio : 1,4332 [0,6987 ; 2,9639]
Fréquence de cet examen	Trimestriel	3 2,8%	5 9,8%	0,30453
	Mensuel	61 56,0%	26 51,0%	
	Bi mensuel	34 31,2%	14 27,5%	
	Hebdomadaire	11 10,1%	6 11,8%	
Suivi en collaboration avec infirmier(e)	Oui	103 94,5%	48 94,1%	1
	Non	6 5,5%	3 5,9%	Odds Ratio : 1,0724 [0,1666 ; 5,2783]
Méthode de compression	Bandes	77 70,6%	15 29,4%	2,23595
	Bas ou chaussette	32 29,4%	4 7,8%	
	Multitype	0 0,0%	32 62,7%	
Prévention secondaire	Oui	105 96,3%	48 94,1%	0,68052
	Non	4 3,7%	3 5,9%	Odds Ratio : 1,6352 [0,2306 ; 10,0774]
Grade de compression en prévention secondaire	Grade 1	7 6,7%	3 6,3%	0,00439
	Grade 2	98 93,3%	40 83,3%	
	Grade 3	0 0,0%	5 10,4%	
Durée de la prévention secondaire	Moins d'un an	12 11,4%	3 6,3%	0,03041
	1 à 2 ans	14 13,3%	1 2,1%	
	A vie	79 75,2%	44 91,7%	
Personne chargée de la mise en place de la compression	Patient	16 14,7%	6 11,8%	0,86945
	IDE	89 81,6%	44 86,3%	
	Entourage	4 3,7%	1 2,0%	
Mesure personnelle de l'IPS par le praticien	Oui	5 4,6%	6 11,8%	0,10592
	Non	104 95,4%	45 88,2%	Odds Ratio : 0,3632 [0,0831 ; 1,5096]

Prescription d'un doppler veineux	Oui	58 53,2%	38 74,5%	0,01038
	Non	51 46,8%	13 25,5%	Odds Ratio : 0,3913 [0,1714 ; 0,8509]
Si oui, mesure IPS par le médecin vasculaire	Oui	32 55,2%	19 50,0%	0,61944
	Non	26 44,8%	19 50,0%	Odds Ratio : 1,2281 [0,5004 ; 3,0251]
Freins à la prescription	Refus du patient	79 72,5%	37 72,5%	0,4208
	Peur d'une artériopathie	36 33,0%	18 35,3%	0,5295
	Méconnaissance des modes et grades	22 20,2%	14 27,5%	0,2015
	Difficultés d'observance	83 76,1%	33 64,7%	0,5285
	Absence de formation aux techniques de pose	20 18,3%	13 25,5%	0,1933
	Manque d'info sur les produits existants	12 11,0%	7 13,7%	0,5050
	Absence d'évaluation hémodynamique	5 4,6%	4 7,8%	0,4276
	Autres	0 0,0%	2 3,9%	0,1002
Satisfaction concernant la formation initiale	Oui	29 26,6%	13 22,5%	0,88122
	Non	80 73,4%	38 74,5%	Odds Ratio : 1,0592 [0,4697 ; 2,4809]
L'amélioration de la formation durant l'internat permettrait une meilleure prise en charge ?	Oui	91 83,5%	46 90,2%	0,25960
	Non	18 16,5%	5 9,8%	Odds Ratio : 0,5514 [0,1504 ; 1,671]
Participation à des formations théoriques ou pratiques	Oui	39 35,8%	17 33,3%	0,76239
	Non	70 64,2%	34 66,7%	Odds Ratio : 1,1135 [0,5252 ; 2,4138]
Lecture d'articles médicaux	Oui	77 70,6%	47 92,2%	0,00209
	Non	32 29,4%	4 7,8%	Odds Ratio : 0,2065 [0,0499 ; 0,6359]
Connaissance des recommandations ?	Oui	42 38,5%	33 64,7%	0,00199
	Non	67 61,5%	18 35,3%	Odds Ratio : 0,3443 [0,1605 ; 0,7198]

Table des figures

Figure 1 : Pourcentage d'hommes et de femmes parmi les questionnaires exploités	19
Figure 2 : Répartition de la durée d'exercice des médecins sondés	19
Figure 3 : Prédominance de l'exercice des médecins ayant répondu	20
Figure 4 : Pourcentage de médecins exerçant seuls ou en association	20
Figure 5 : Pourcentage de médecins installés en MSP	20
Figure 6 : Pourcentage d'hommes et de femmes parmi les patients traités pour un ulcère de jambe	21
Figure 7 : Répartition de l'ancienneté de la lésion traitée.....	21
Figure 8 : Pourcentage de patients pour lesquels les pouls périphériques étaient tous perçus	21
Figure 9 : Répartition des demandeurs pour le premier examen de l'ulcère	22
Figure 10 : Répartition des lieux d'examen de l'ulcère.....	22
Figure 11 : Pourcentage de suivi conjoint avec l'infirmier(e)	23
Figure 12 : Répartition en fonction de la fréquence d'examen de l'ulcère traité	23
Figure 13 : Proportion de médecins ayant mesuré eux-mêmes l'IPS.....	24
Figure 14 : Répartition des médecins en fonction du temps passé à mesurer l'IPS	24
Figure 15 : Pourcentage de prescription d'échographie-doppler veineuse.....	24
Figure 16 : Pourcentage de mesures d'IPS parmi ces échographie-doppler.....	25
Figure 17 : Pourcentage de patients dont l'origine de l'ulcère a été établie.....	25
Figure 18 : Répartition des grades de compression veineuse prescrits par les médecins.....	25
Figure 19 : répartition des moyens de compression prescrits par les médecins.....	26
Figure 20 : Répartition en fonction de l'opérateur assurant la mise en place de la compression.....	26
Figure 21 : Pourcentage de médecins poursuivant la compression en prévention secondaire	27
Figure 22 : Répartition des grades de compressions prescrits en prévention secondaire	27
Figure 23 : Répartition de la durée du maintien de cette compression après cicatrisation	27
Figure 24 : Répartition des freins à la prescription de la compression pour les médecins interrogés	28
Figure 25 : Pourcentage de médecins se déclarant informés des recommandations HAS de 2006 sur la prise en charge de l'ulcère de jambe.....	28
Figure 26 : Proportion de médecins satisfaits ou non de leur formation initiale	29
Figure 27 : Pourcentage de médecins estimant qu'une meilleure formation durant l'internat améliorerait les prescriptions dans la prise en charge de l'ulcère veineux	29
Figure 28 : Proportion de médecins ayant participé à une formation pratique ou théorique sur le sujet.....	29
Figure 29 : Pourcentage de praticiens ayant lu un ou des articles médicaux concernant l'ulcère de jambe au cours des deux dernières années	30

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification CEN de 2001 concernant les classes de compression et la pression à la cheville	12
Tableau 2 : Classification française de la compression veineuse	12

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Evaluation de la prescription de compression dans l'ulcère veineux de jambe par 160 médecins généralistes en Limousin

Résumé :

Objectifs. - Evaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes en Limousin dans la prescription de compression veineuse.

Méthodologie. - Il s'agit d'une enquête de pratiques, adressée à des médecins généralistes installés en Limousin. 663 questionnaires ont été envoyés de juin 2014 à février 2015, visant à recueillir la prise en charge du dernier patient vu pour un ulcère de jambe. Les résultats ont été analysés dans leur globalité, puis comparés en deux sous-groupes répartis selon le niveau de force de compression prescrite (classe I et II vs classe III et IV).

Résultats. - Le taux de réponse était de 25,0%, soit 160 questionnaires interprétés. L'âge moyen des médecins est de 54,1 ans, 68,8% d'entre eux sont des hommes. L'âge moyen des patients est de 76,0 ans, dont 68,8% de femmes. L'Index de Pression Systolique est mesuré dans 38,8% des cas. L'échographie est réalisée dans 60,0% des cas. Une compression forte classe III ou IV est prescrite à 31,9% des patients. Les principaux freins à la prescription sont le refus du patient et les difficultés d'observance. 53,1% des médecins déclarent ne pas connaître les recommandations HAS de 2006, et seuls 26,3% estiment avoir été bien formé sur cette pathologie. L'analyse en deux sous-groupes retrouve des différences significatives, principalement concernant l'échographie avec 74,5% de prescription dans le groupe utilisant une compression forte contre 53,2% dans l'autre groupe, et la connaissance des recommandations avec 62,7% des médecins dans ce même groupe contre 38,5% dans le second.

Discussion. - Les recommandations sont appliquées dans moins d'un tiers des cas. Le manque d'information des médecins, et des patients, semble en être le principal facteur limitant.

Mots-clés : Ulcère veineux de jambe, compression médicale, index de pression systolique, médecine générale.

Abstract :

Objective. – To evaluate professional practices of general practitioners in Limousin, regarding prescription of compression therapy.

Methods. – Evaluation study of professional practices, addressed to general practitioners in Limousin. 663 questionnaires were sent from June 2014 to February 2015, asking them to report the methods to treat their last patient with venous leg ulcers. Results were analysed in entirety, then separated in two groups, regarding the force of compression (group 1: class I and II versus group 2: class III and IV).

Results. – The response rate was 25,0%, 160 questionnaires were included. Average age of practitioners is 54,4 years old, 68,8% of them are men. Average age of patients is 76,0 years old, 68,8% are women. The Ankle-brachial Pressure Index (API) is measured in 38,8% cases. Doppler ultrasound is prescribed in 60,0% cases. Class III or IV compression is prescribed to 31,9% of patients. Principal obstacles to compression therapy are patient denial and lack of compliance. 53,1% practitioners declare unawareness of the French Superior Health Authority recommendations of 2006, and only 26,3% consider having been well-trained about this pathology. The two-groups analysis reveals mostly significant differences regarding prescription of doppler ultrasound (74,5% in group 1 versus 53,2% in group 2) and awareness of recommendations (62,7% practitioners in group 1 versus 38,5% in group 2).

Discussion. – Recommendations are insufficiently applied in less than a third cases. Lack of information of practitioners, and patients, seems to be the principal limiting factor.

Keyword : Venous leg ulcer, venous compression, ankle-brachial pressure index, general practice.