



HAL
open science

Contention et insuffisance veineuse : rôle du pharmacien d'officine

Margaux Lefaure

► **To cite this version:**

Margaux Lefaure. Contention et insuffisance veineuse : rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2017. hal-01947173

HAL Id: hal-01947173

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01947173v1>

Submitted on 22 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2017

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le 21 décembre 2017, sur un sujet
dédié à :

**Contention et insuffisance veineuse :
rôle du pharmacien d'officine**

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Margaux LEFAURE

Née le 26 Décembre 1991 (88)

Membres du Jury

Président :	Mme Béatrice FAIVRE	Directrice du collegium Santé, Vice-Doyen de la faculté de pharmacie de Nancy, Docteur en Pharmacie, Professeur en Hématologie-biologie cellulaire
Juges :	M. Jacques CALLANQUIN	Docteur en Pharmacie, Ex chargé d'enseignement à la Faculté de Pharmacie de Nancy
	M. Julien PERRIN	Maître de conférences des universités, Praticien Hospitalier CHU de Nancy, Chargé d'enseignement à la Faculté de Pharmacie de Nancy
	M. François DUPUIS	Maître de conférences des universités
	Mme Marine LEICK	Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2017-2018

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsables de la filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Responsables de la filière Industrie

Julien GRAFOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsables de la filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Responsable Pharma Plus ENSIC

Marie SOCHA

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus ENSGSI

Raphaël DUVAL

Responsable de la Communication

Igor CLAROT

Responsable de la Cellule de Formation Continue

Marie-Paule SAUDER

et individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable de la Commission d'agrément

François DUPUIS

des maîtres de stage

Responsable ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Alain MARSURA

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre DIXNEUF
 Marie-Madeleine GALTEAU
 Thérèse GIRARD
 Michel JACQUE
 Pierre LABRUDE
 Vincent LOPPINET
 Alain NICOLAS
 Janine SCHWARTZBROD
 Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
 Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
 Mariette BEAUD
 Gérald CATAU
 Jean-Claude CHEVIN
 Jocelyne COLLOMB
 Bernard DANGIEN
 Marie-Claude FUZELLIER
 Françoise HINZELIN
 Marie-Hélène LIVERTOUX
 Bernard MIGNOT
 Jean-Louis MONAL
 Blandine MOREAU
 Dominique NOTTER
 Christine PERDICAKIS
 Marie-France POCHON
 Anne ROVEL
 Gabriel TROCKLE
 Maria WELLMAN-ROUSSEAU
 Colette ZINUTTI

ENSEIGNANTS

Section CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique et Epidémiologie</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique, Audioprothèse</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Hématologie, Biologie cellulaire</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Eau, Santé, Environnement</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Alexandre HARLE	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPEL	82	<i>Biothérapie</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET
Anne MAHEUT-BOSSER

86 Pharmacie clinique
86 Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD

11 Anglais

⌘ *En attente de nomination*

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

À Madame FAIVRE,

Pour m’ avoir fait l’honneur de présider le jury de cette thèse,

Pour vos enseignements,

Veillez trouver ici l’ expression de ma profonde gratitude.

À Monsieur CALLANQUIN,

Vos conseils éclairés, votre disponibilité et votre réactivité m’ ont été d’ une aide précieuse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes plus respectueuses considérations.

À Monsieur PERRIN,

Pour l’honneur que vous me faites de juger cette thèse,

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur DUPUIS,

Pour me faire l’honneur de juger cette thèse,

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À Marine,

Tu as été mon binôme pendant toutes ces années, ma meilleure amie, ma confidente, et c’ est aujourd’ hui avec une émotion bien particulière que tu sièges à mon jury. Je finis mes études de la plus belle des manières, à tes cotés comme toujours. Merci pour tout.

À ma famille,

À Papa et Maman,

C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. J'espère que vous êtes fiers de moi, et que je serais à la hauteur comme vous l'avez été pour nous. (C'est bon elle est enfin terminée cette thèse... CHAMPAGNE !)

À Charles,

Pour ta patience au quotidien. Vivement que toutes ces études se finissent pour profiter encore plus, voyager et construire notre petit chez nous. J'ai hâte.

À Agathe,

Hâte de faire mon grand retour Vosgien, et de continuer à être aussi proches dans les années à venir.

À Brieuç,

Même si tu m'as devancée dans ce travail je suis aujourd'hui fière de t'offrir à mon tour le champagne !

À Chloé,

Six années d'études ne m'auront pas permis d'égaliser ton niveau d'anglais (malgré 5 wei consécutifs.. !). Je suis fière que tu représentes à mes cotés la pharmacie dans notre famille. À quand notre collaboration entres jumelles ?

À Thomas et Charlotte,

Je ne pouvais pas rêver mieux comme beau frère et belle sœur.

À mon petit Martinos d'amour et à sa future petite sœur,

Trop fière d'être votre tata.

À Quentin et Paul,

Mes petits chatons d'amour. Hâte de découvrir votre nouveau chez vous et d'inaugurer les apéros dans le jardin.

À Philippe et Nathalie,

Pour m'avoir donné envie de faire ce beau métier.

À Mamie Jo,

Ma super mamie. Merci d'être toujours là pour nous, et pour ces bons moments passés à tes cotés. Une pensée particulière pour papi qui aurait été si heureux d'être là aujourd'hui.

À Papi Jean et Mamie Marlène,

C'est toujours un plaisir de venir vous voir. Pleins de bons souvenirs à Luxeuil à aller cueillir les pommes avec Papi et manger les crêpes au Nutella de Mamie.

À la famille Lehair,

Pour ces bons moments passés et ceux à venir.

À la famille Chatron,

Merci pour tous les bons moments au ski et ailleurs, qui n'auraient pas le même parfum sans vous.

À mes amis et à tous ceux qui me soutiennent,

À Geoffrey et Arthur,

Mes petits chouchous. Je suis trop fière de voir qu'on a tous réussi.

À Gautier,

Tu es l'une de mes plus belles rencontres de ces années d'études à Nancy. Merci d'être toujours là pour moi.

À Chloé et Morgane,

Mes piaffounettes d'amour. Merci pour toutes ces soirées passées ensemble, tous ces fous rires et ceux à venir.

À Lucie,

Mon petit rayon de soleil de tous les jours. C'est vraiment un plaisir de travailler à tes côtés.

À Delphine,

Ma canadienne préférée. Merci d'être là depuis 9 ans déjà. Tellement hâte que tu reviennes ! On aura plein de choses à fêter à ton retour (promis je te garde une bouteille !).

À Saber,

Pour notre soutien mutuel durant toutes ces études (et la fameuse deuxième année !), pour ces films pourris que tu m'emmènes voir, et pour tous les bons moments à tes côtés.

À Carole,

Ma pharmacienne préférée. C'est toujours un réel plaisir de passer des moments avec toi.

À Brigitte,

Pour ton soutien durant toutes ces études. Je suis heureuse d'avoir appris tant de choses à tes cotés au marché. Merci pour tout.

À Pascal et Catherine,

Marley ne pouvait pas rêver mieux comme nounou ! Merci de votre gentillesse, c'est toujours un plaisir de vous voir.

À Monsieur Guiotat,

Merci de m'accorder votre confiance. Avec le kravmaga, les patients n'ont qu'à bien se tenir !

À Monsieur Labrude,

Pour votre enseignement à la faculté, et les connaissances que vous m'avez permis d'acquérir. Pour votre gentillesse et votre disponibilité. Je serai toujours reconnaissante de ce que vous m'avez apporté. Merci pour tout.

À l'équipe de nuit (Adrien, Clément, Florent, Guillaume, Pierre-Louis, Pierrick et Vincent), à Patrick, à Emma, à Victoria, à Alix, et à tous ceux que j'ai pu oublier...

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
Première partie : la pathologie veineuse du membre inférieur	8
1. Rappel anatomique et physiologique sur le système veineux (3, 4).....	9
a. Structure de la paroi veineuse (4, 5, 6).....	9
b. Fonction des veines des membres inférieurs (7).....	10
c. Système veineux (5).....	10
i. Système veineux superficiel.....	10
ii. Système veineux profond.....	10
d. Mécanisme permettant le retour veineux (10, 11, 12, 13, 14).....	12
i. Pompe musculaire du mollet et semelle plantaire de Lejars (cf. <i>infra</i>).....	12
ii. Système abdomino-diaphragmatique.....	12
iii. Valvules.....	13
e. Pression veineuse (3, 10).....	14
2. La maladie veineuse chronique (18, 19).....	15
a. Épidémiologie (21).....	15
b. Facteurs de risques (4, 22, 23, 24).....	16
i. Facteurs prédisposants.....	16
ii. Facteurs favorisants.....	16
c. Symptômes (19, 23, 25).....	17
d. Complications de l'insuffisance veineuse.....	17
i. Rupture de varice (26, 27).....	17
ii. Thrombose veineuse superficielle (28).....	17
iii. Ulcère veineux (29).....	18
e. Traitements de l'insuffisance veineuse (14, 19, 30, 31, 32).....	18
Deuxième partie : la contention élastique des membres inférieurs	20
1. Bref historique de la compression médicale (33, 34).....	21
2. Compression et contention (33, 35, 36).....	22
a. Contention.....	22
b. Compression.....	22
c. Intérêt de la compression (37, 38, 39).....	23
3. Méthodes de fabrication des bas de compression : visite d'une entreprise vosgienne. (33, 34, 40).....	23
a. Préparation des fils.....	24
b. Tricotage.....	24
c. Fermeture des pointes de pied.....	25
d. Préformage.....	25
e. Teinture.....	25
f. Étiquetage et contrôles qualités.....	25
g. Conditionnement.....	26
4. Choix de la compression et indications.....	26
a. Rappel des classes de compression (42).....	26

b.	Notion de dégressivité.....	26
c.	Choix de la compression-contention selon la situation clinique (42, 43, 44, 45, 46).....	27
5.	Moyens de compression-contention (4, 33, 34, 35, 41, 47)	30
a.	Bandes de compression et de contention (4, 35)	30
i.	Bandes non élastiques (33, 35).....	30
ii.	Bandes élastiques	31
b.	Orthèses de contentions (4, 35, 42, 50, 51).....	32
i.	Bas jarrets	33
ii.	Bas cuisse	34
iii.	Collants	35
iv.	Collants de grossesse	36
v.	Hémi-collants.....	36
vi.	Bas anti-thrombose (35)	37
6.	Contre-indications de la compression médicale (60).....	38
a.	Contre-indications absolues (43)	38
b.	Contre-indications relatives (34)	39

Troisième partie : rôle du pharmacien dans la délivrance des contentions des membres inférieurs..... 40

1.	Prise en charge du patient.....	41
a.	Élaboration du bilan fonctionnel : interrogatoire du patient.....	41
b.	Évaluation de la classe de compression choisie par le prescripteur.....	41
c.	Prise de mesures (61).....	42
i.	Local et règles de bonnes pratiques	42
ii.	Mesures.....	42
iii.	Mesure des hauteurs.....	43
iv.	Mesure des circonférences.....	43
d.	Choix du modèle (64)	45
e.	Application / Essayage	45
f.	Systèmes d'aide à l'enfilage et à la dépose des bas	46
g.	Conseils d'entretien (33).....	50
h.	Conseils hygiéno-diététique associés	50
2.	Réglementation	51
a.	Validité de l'ordonnance.....	51
i.	Règles de prescription (37, 76)	51
ii.	Prescripteurs autorisés (71)	51
b.	Garantie (70)	51
c.	Prise en charge (72, 73).....	52
d.	Stocks.....	52
e.	Délai de délivrance.....	53
f.	Déclaration à la matériovigilance (3)	53
3.	Évaluation de la prise en charge	55
a.	Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient à l'officine (ETP)	57
i.	Définition (77).....	57
ii.	Éducation thérapeutique dans la contention (78).....	57
b.	Coopération médecin/pharmacien	58
c.	Évaluation de la prise en charge.....	59
i.	Description de la pharmacie	59

ii. Éducation thérapeutique sur la contention	59
iii. Mise en place du « dossier patient »	59
iv. Enquête sur l'observance de la contention à la pharmacie.....	60
v. Analyse des résultats - Bilan	61

Quatrième partie : cas de comptoir : mise en application des bonnes pratiques de dispensation à l'officine 64

1. Cas n°1 : Les bas anti-thromboses	65
a. La prise en charge du patient	66
i. Élaboration du bilan fonctionnel	66
ii. Prise de mesures.....	66
iii. Choix du modèle	66
iv. Application/Essayage.....	66
v. Entretien.....	67
b. La réglementation	67
i. Validité de l'ordonnance	67
ii. Garantie	67
iii. Prise en charge.....	67
iv. Stock.....	67
2. Cas n°2 : mi-bas de contention	69
a. La prise en charge du patient	70
i. Élaboration du bilan fonctionnel	70
ii. Évaluation des capacités physiques du patient.....	70
iii. Prise de mesures	70
iv. Choix du modèle.....	70
v. Application/Essayage	71
vi. Entretien.....	71
b. La réglementation	71
i. Validité de l'ordonnance	71
ii. Garantie	71
iii. Prise en charge.....	72
iv. Délai de délivrance	72
3. Cas n°3 : Collant sur-mesure.....	73
a. La prise en charge du patient	74
i. Élaboration du bilan fonctionnel	74
ii. Prise de mesures.....	74
iii. Choix du modèle	76
iv. Entretien.....	76
b. La réglementation	76
i. Validité de l'ordonnance	76
ii. Garantie	76
iii. Prise en charge.....	76
iv. Délai de délivrance	76
4. Cas n°4 : Collant de maternité.....	78
a. La prise en charge du patient	79
i. Elaboration du bilan fonctionnel	79
ii. Prise de mesures.....	79
iii. Entretien	79

b. La réglementation	79
i. Validité de l'ordonnance	79
ii. Prise en charge	79
CONCLUSION	81

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

<i>Figure 1 - Structure de la paroi d'une veine (8)</i>	9
<i>Figure 2 - Représentation schématique du système veineux superficiel et profond (9)</i>	11
<i>Figure 3 - Effet de la semelle plantaire de Lejars à la marche sur la circulation veineuse (15)</i>	12
<i>Figure 4 - Effet de la contraction du muscle du mollet sur la circulation veineuse (16)</i>	12
<i>Figure 5 - Fonctionnement des valvules saines et dysfonctionnement des valvules incontinentes (17)</i>	13
<i>Figure 6 - Evolution de la pression veineuse au pied en fonction de l'activité (10)</i>	14
<i>Figure 7 - Comparaison d'une hyperpression veineuse sur un système veineux sain et défectueux (20)</i>	15
<i>Figure 8 - Variations de pression exercée par la contention-compression à l'effort et au repos (34)</i>	22
<i>Figure 9 - Le guipage (40)</i>	24
<i>Figure 10 - Le tricotage (33)</i>	25
<i>Figure 11 - Bande élastique (49)</i>	31
<i>Figure 12 - Bas jarret (52)</i>	33
<i>Figure 13 - Bas cuisse auto-fixants (53)</i>	34
<i>Figure 14 - Bas simple nécessitant un système de fixation (54)</i>	35
<i>Figure 15 - Collant (55)</i>	35
<i>Figure 16 - Collant de maternité (56)</i>	36
<i>Figure 17 - Hémi collant (57)</i>	37
<i>Figure 18 - Bas anti-thrombose avec fenêtre d'auscultation sur l'avant du pied (58)</i>	38
<i>Figure 19 - Bas anti-thrombose avec pied ouvert (59)</i>	38
<i>Figure 20 - Prise de mesures du patient à l'officine (62)</i>	43
<i>Figure 21 - Mètre digital (63)</i>	44
<i>Figure 22 - Conseils d'enfilage des bas de contention (62)</i>	46
<i>Figure 23 - Système d'aide à l'enfilage à armature métallique (65)</i>	47
<i>Figure 24 - Système d'aide à l'enfilage semi-rigide (66)</i>	48
<i>Figure 25 - Système d'aide à l'enfilage souple (chausson) (67)</i>	48
<i>Figure 26 - Système d'aide à l'enfilage souple (membrane remplie d'eau) (68)</i>	58
<i>Figure 27 - Système "retire-bas" (69)</i>	49
<i>Figure 28 - Fiche de déclaration à la matériovigilance (74)</i>	54
<i>Figure 29 - Prescripteurs des contentions médicales</i>	60
<i>Figure 30 - Fréquence de port des contentions médicales</i>	61
<i>Figure 31 - Raisons d'inobservance de la contention médicale</i>	61
<i>Tableau 1 - Traitements de l'insuffisance veineuse en fonction de la clinique du patient (30)</i>	18
<i>Tableau 2 - Classification CEAP (43)</i>	28
<i>Tableau 3 - Choix du dispositif de compression-contention selon la situation clinique (43)</i>	29
<i>Tableau 4 - Indications des classes de compression des orthèses (35)</i>	32
<i>Tableau 5 - Conseils hygiéno-diététique à l'officine</i>	50

GLOSSAIRE

- ✓ Embolie pulmonaire : Oblitération d'une ou plusieurs branches de l'artère pulmonaire par des corps étrangers, le plus souvent des thrombus provenant du territoire de la veine cave inférieure.
- ✓ Phlébotrope : Médicament renforçant le tonus des parois veineuses.
- ✓ Saphènes : Veines superficielles des membres inférieurs, qui parcourent le membre de sa face antéro-interne jusqu'à sa crosse par laquelle elles se jettent dans la veine fémorale (pour la grande saphène) et dans la veine poplitée (pour la petite saphène).
- ✓ Sclérothérapie : Destruction chimique des varices par l'injection intra-variqueuse d'un produit sclérosant.
- ✓ Télangiectasie : Dilatation des vaisseaux éloignés du cœur.
- ✓ Ulcère : Perte de substance du revêtement cutané ou muqueux, ayant peu de tendance à la cicatrisation.
- ✓ Valvule : Repli membraneux de la tunique interne d'une veine, destiné à son occlusion intermittente pour éviter un reflux.
- ✓ Varice : Dilatation permanente d'une veine.
- ✓ Veines perforantes : Veines assurant la communication des veines superficielles avec celles du réseau profond.

INTRODUCTION

Le pharmacien a une fonction importante à remplir lors de la dispensation des contentions médicales, dispositifs indispensables aux traitements des pathologies veineuses. Tout comme pour la délivrance des médicaments, le pharmacien doit respecter la posologie (port quotidien), le dosage (la classe de compression) et la durée du traitement. La qualité de l'information transmise au patient est également primordiale.

Cependant, la Haute Autorité de Santé a constaté que « la qualité des délivrances des bas de compression est parfois discutable en termes de prise de mesures et d'essayage, et de moins en moins délivrés par des professionnels formés. Or, les bas de contention sont les articles du petit appareillage les plus délicats à délivrer ». (2) Le pharmacien d'officine doit remédicaliser son attitude face à ce type de dispensation.

La dispensation, même lors d'un renouvellement, doit être rigoureuse. Les échanges quotidiens du pharmacien d'officine avec ses patients lui donnent la possibilité de promouvoir des conseils hygiéno-diététiques et de les convaincre de l'importance des traitements, en particulier ceux de la compression veineuse. Pour être efficace, la contention élastique doit être acceptée et portée par les patients.

La délivrance de la contention médicale ne se conçoit pas sans une connaissance précise de l'anatomie, de la physiologie du système veineux des membres inférieurs et de sa pathologie. C'est l'objet de notre première partie.

La deuxième partie présente les principes de la contention/compression veineuse ainsi que les différents dispositifs utilisés pour répondre aux différentes pathologies.

La troisième partie détaille les grandes étapes de la délivrance de la contention à l'officine allant de la prise en charge du patient jusqu'à la réglementation. Cette partie s'inscrit davantage dans le cadre de la pratique professionnelle, puisqu'elle est avant tout destinée à définir le rôle du pharmacien quant à la prévention et au traitement de la maladie veineuse. Même si, aujourd'hui, peu de données dans la littérature concernent l'observance de la compression veineuse, celles qui sont publiées mettent en évidence une mauvaise observance. Nous détaillons ces études, et proposons des pistes d'amélioration.

Enfin, la quatrième et dernière partie illustre ces bonnes pratiques de délivrance au travers de cas cliniques détaillés.

Première partie : la pathologie veineuse du
membre inférieur

1. Rappel anatomique et physiologique sur le système veineux (3, 4)

Le système veineux assure le retour du sang au cœur quelle que soit la position de notre corps. La pesanteur ou encore la distensibilité des veines s'opposent à ce bon retour veineux. La pompe musculaire du mollet, la présence de valvules dans les veines ainsi que la respiration, permettent de contrebalancer ces obstacles donnant ainsi le sens du flux veineux.

La connaissance de l'anatomo-physiologie de la circulation veineuse au niveau des membres inférieurs est indispensable pour comprendre et améliorer la prise en charge de sa pathologie.

La physiologie de cette circulation est très complexe, tant les variations sont nombreuses : trajet veineux poplité ou fémoral unique, double ou triple, anastomoses inconstantes, localisation variable des perforantes (cf. *infra*).

a. Structure de la paroi veineuse (4, 5, 6)

La paroi veineuse est composée de 3 tuniques concentriques (Figure 1) :

- l'adventice, en superficie, qui renferme dans du tissu conjonctif, les vaisseaux nourriciers de la veine, des lymphatiques et les terminaisons nerveuses sympathiques ;
- la media, au centre, constituée de fibres musculaires lisses ainsi que d'une trame élastique et conjonctive ;
- l'intima, en profondeur, composée d'endothélium vasculaire et d'une couche sous endothéliale de tissu conjonctif, de mucoglycoprotéines et de cellules indéterminées.

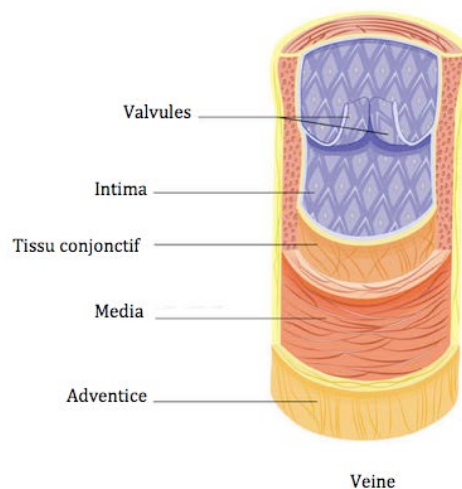


Figure 1 - Structure de la paroi d'une veine (8)

b. Fonction des veines des membres inférieurs (7)

Les veines ont pour mission de ramener le sang des organes au cœur. Mission d'autant plus difficile, que les contractions cardiaques entraînant une pression sanguine n'interviennent pas dans le retour veineux des membres inférieurs. Le retour veineux n'est réalisé que par les veines elles-mêmes.

Contrairement aux artères, les veines ont très peu de cellules musculaires lisses ; elles peuvent se dilater de façon importante mais ont une faible capacité de contraction.

Les veines ont également un rôle de réservoir du sang grâce à leurs parois très extensibles et interviennent dans la thermorégulation cutanée par redistribution du débit sanguin de la surface vers le centre du corps.

c. Système veineux (5)

Le retour veineux du membre inférieur s'effectue par deux réseaux qui coexistent. Tout d'abord, le réseau profond qui draine 90 % du sang des membres inférieurs jusqu'au cœur droit, et dans un second temps, le réseau superficiel qui draine les 10 % restants.

i. Système veineux superficiel

Les veines superficielles drainent le sang sus-aponévrotique et le conduisent vers le système veineux profond. Ce drainage se fait presque exclusivement dans les saphènes (cf. *infra*).

Le système veineux superficiel comprend (Figure 2) :

- la grande veine saphène (saphène interne) : c'est la veine la plus longue de notre corps. Elle est située en avant de la malléole interne, et remonte le long du bord postéro-interne du tibia jusqu'à la face latérale du condyle fémoral pour rejoindre l'aîne. Cette veine possède une tunique musculaire bien développée et une dizaine de valvules (cf. *infra*) ;
- les saphènes accessoires : antérieures et postérieures, crurales et jambières ;
- la petite veine saphène (saphène externe) : en dessous de la malléole externe, qui remonte verticalement jusqu'à s'aboucher à la veine poplitée. Elle draine le sang de la face externe du pied.

ii. Système veineux profond

C'est le plus important ; il est protégé par les muscles qui l'entourent et draine 90 % du sang veineux des membres inférieurs.

Il comprend comme veines principales (Figure 2) :

- les veines jambières, qui regroupent les veines tibiales antérieures et postérieures, et les veines péronières. Elles se rassemblent en un tronc unique, la veine poplitée ;
- la veine poplitée, qui naît de la jonction des veines tibiales antérieures et du tronc veineux tibio-péronier ;
- la veine fémorale, qui correspond à la continuité de la veine poplitée après son passage dans l'anneau des adducteurs ;
- la veine iliaque et la veine cave ;
- les veines perforantes, qui communiquent avec le réseau superficiel.

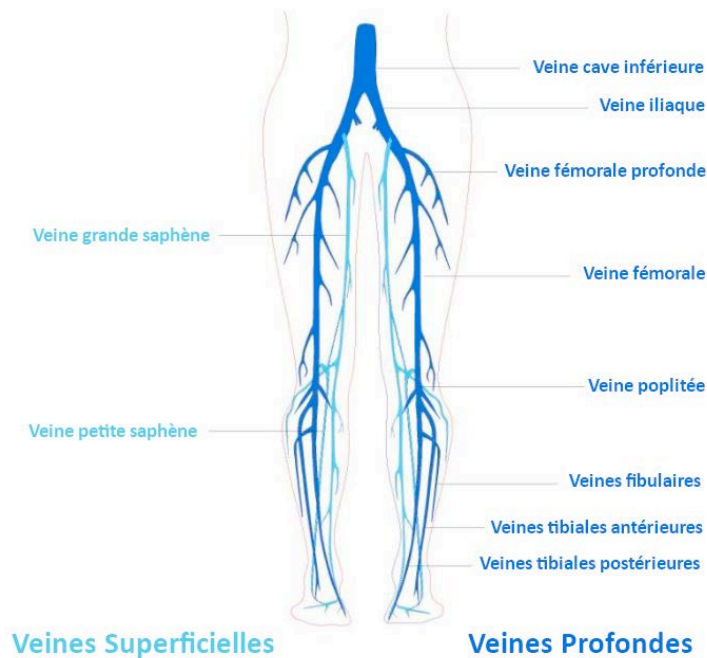


Figure 2 - Représentation schématique du système veineux superficiel et profond (9)

d. Mécanisme permettant le retour veineux (10, 11, 12, 13, 14)

Le sang est soumis à l'effet de pesanteur. Il est donc sans cesse poussé vers le bas.

Le retour veineux est possible grâce à un phénomène actif, dû aux pompes musculaires (plante du pied, mollet, cuisse), relayé par un effet passif d'aspiration abdomino-diaphragmatique lié à la respiration, et d'un système de valvules qui empêche le sang de refluer vers le bas.

i. Pompe musculaire du mollet et semelle plantaire de Lejars (cf. *infra*)

La pompe veineuse musculaire est l'acteur majeur du retour veineux des membres inférieurs. Elle résulte de l'action des muscles, de l'écrasement des veines entre ces muscles lors de la contraction et de la canalisation du flux par les valvules.

En position debout, l'appui du corps sur le pied écrase la semelle veineuse plantaire (riche en veines, véritable réservoir de sang) et expulse le sang vers le mollet (Figure 3). À la marche, les muscles du mollet se contractent, compriment les veines, et ainsi chassent le sang vers le cœur (Figure 4).

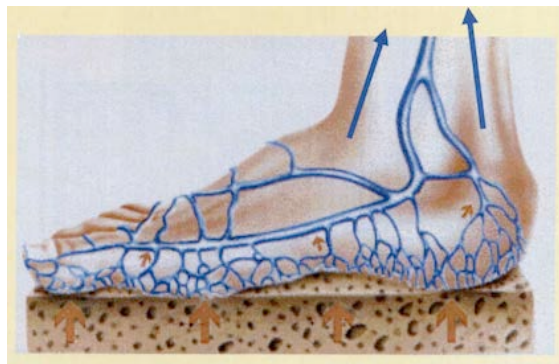


Figure 3 - Effet de la semelle plantaire de Lejars à la marche sur la circulation veineuse (15)

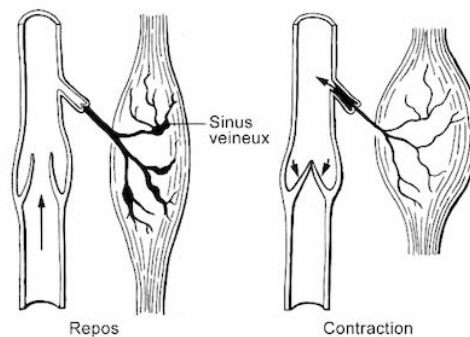


Figure 4 - Effet de la contraction du muscle du mollet sur la circulation veineuse (16)

ii. Système abdomino-diaphragmatique

Il est essentiel lorsque l'on se trouve en position couchée.

Lors de l'expiration, le diaphragme remonte dans la cage thoracique et le sang veineux des membres inférieurs peut affluer dans la cavité abdominale.

Lors de l'inspiration, la cage thoracique augmente de volume. Il s'ensuit une baisse de la pression intra-thoracique, ce qui provoque un effet de succion des veines abdominales vers le thorax. En même temps, l'augmentation de la pression intra abdominale tend à aplatir la veine cave inférieure, ce qui chasse son contenu vers le thorax.

iii. Valvules

Elles sont présentes dans les veines du système superficiel et profond. Ce sont des valves qui empêchent le sang présent dans la veine de redescendre : c'est un système « anti-reflux » (Figure 5).

Lors de la diastole (c'est à dire lors du relâchement des muscles cardiaques), les bords libres des valvules s'accolent, ferment la lumière veineuse, empêchant le flux veineux de subir la loi de la gravité. En revanche, en systole (lorsque les muscles du cœur se contractent), les bords ne sont plus accolés et le sang repart en direction du cœur.

En cas de dysfonctionnement de ces valvules, le sang s'accumule dans les veines entraînant l'apparition de varice. (*cf infra*)

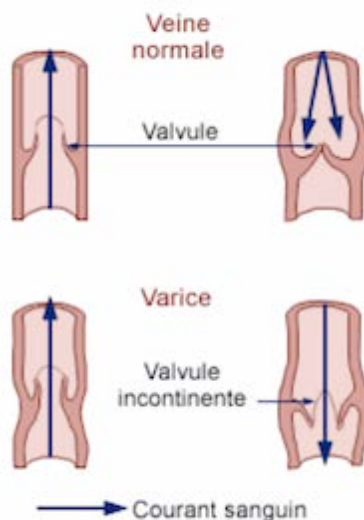


Figure 5 - Fonctionnement des valvules saines et dysfonctionnement des valvules incontinentes (17)

e. Pression veineuse (3, 10)

La pression veineuse est la pression exercée par le sang sur la paroi des veines.

Elle est mesurée à la cheville d'un sujet, et diffère suivant la position couchée, debout, au repos, et lors de la contraction des muscles du mollet (Figure 6).

En effet :

- en position couchée seule la pompe veineuse respiratoire (système abdomino-diaphragmatique) assure le retour veineux au cœur ;
- en position debout immobile (orthostatisme), l'effet de la pesanteur intervient. Les mécanismes de propulsion initiale de retour veineux (compression de la semelle plantaire et pompe musculaire de mollet) ne fonctionnent toujours pas. Tout comme en position couchée, seule la pompe veineuse respiratoire opère ;
- à la marche (orthodynamisme), la pompe musculaire du mollet fonctionne, abaisse les pressions veineuses, réduit le volume de stase veineuse et facilite ainsi le retour veineux au cœur. Au cours du déroulement du pas, la compression de la semelle plantaire agit comme une éponge, évacuant le sang vers l'aval à chaque pas. Il faut l'équivalent de sept pas pour faire baisser la pression, d'où l'inefficacité du piétinement.

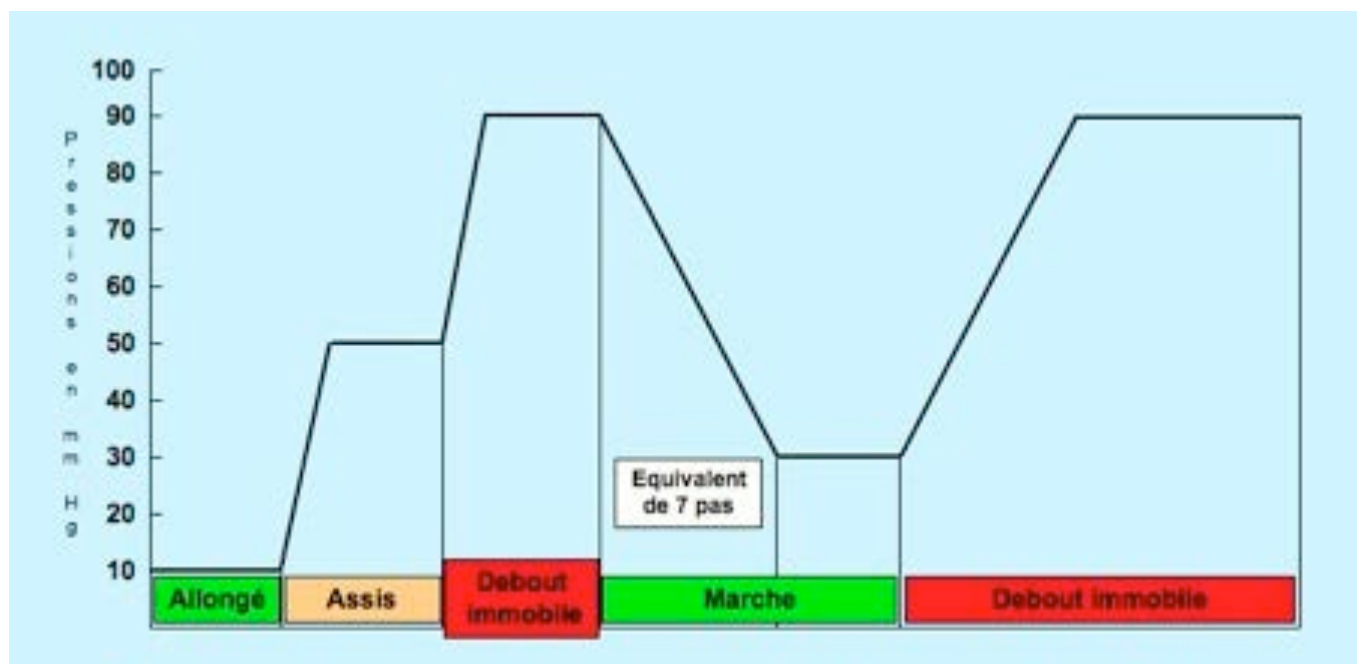


Figure 6 - Evolution de la pression veineuse au pied en fonction de l'activité (10)

2. La maladie veineuse chronique (18, 19)

La maladie veineuse des membres inférieurs rassemble toutes les manifestations liées au mauvais retour sanguin des pieds vers le cœur. On appelle ce phénomène l'insuffisance veineuse chronique.

Elle traduit un mauvais fonctionnement des veines, dû à une dilatation de la veine (augmentation du calibre de la veine qui engendre une perte d'élasticité), à une altération valvulaire, un reflux, ou encore un mauvais fonctionnement de la pompe musculaire du mollet.

Toutes ces altérations ont pour conséquences un ralentissement de la circulation de retour (stase) ainsi qu'une hyperpression veineuse (Figure 7).

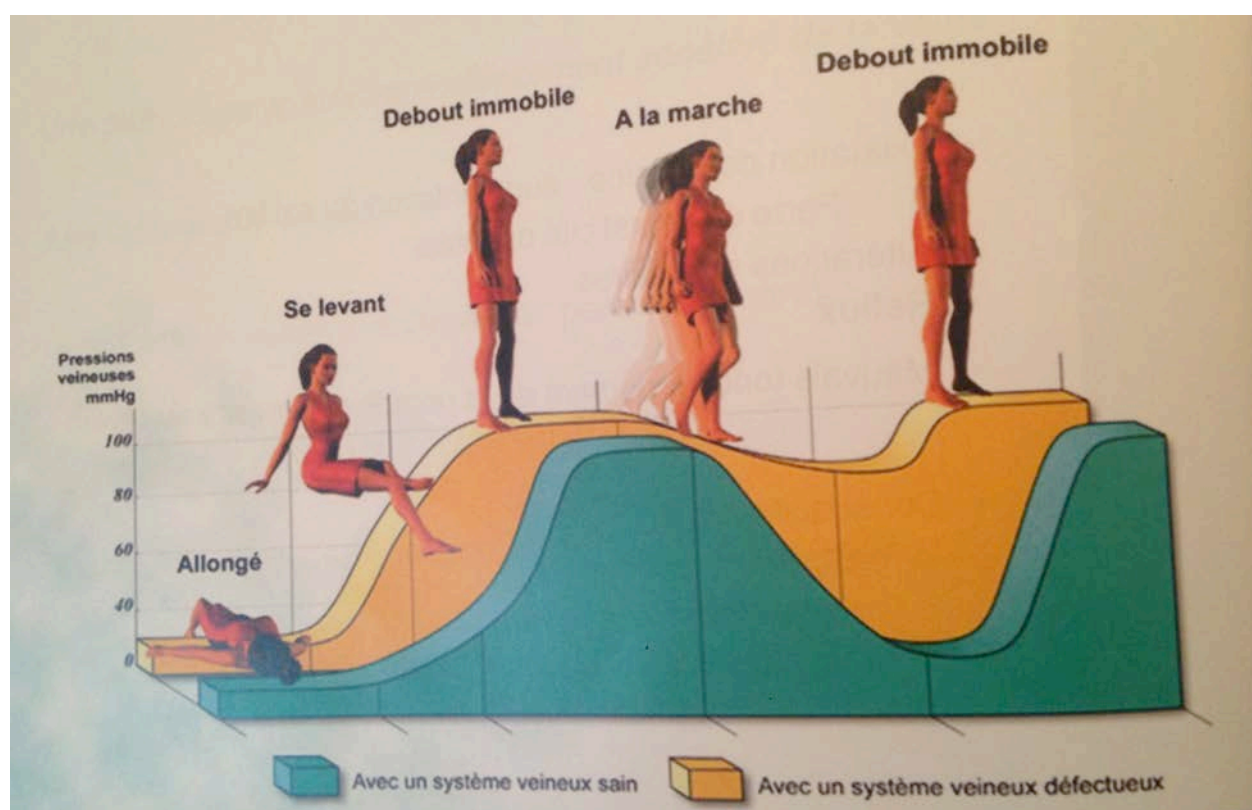


Figure 7 - Comparaison d'une hyperpression veineuse sur un système veineux sain et déficient (20)

a. Épidémiologie (21)

L'insuffisance veineuse chronique touche près de dix huit millions de Français, soit plus de 30 % de la population française, avec une nette prépondérance féminine (une femme sur deux, contre un homme sur dix). Cette différence s'explique, entre autre, par la présence de récepteurs aux oestrogènes dans le système veineux.

Elle représente 2,6 % de l'ensemble des dépenses de santé (ce chiffre n'englobe pas le coût des traitements des complications thrombo-emboliques). Le traitement préventif de cette pathologie est donc essentiel.

b. Facteurs de risques (4, 22, 23, 24)

L'insuffisance veineuse est une maladie multifactorielle, où l'importance de certains facteurs de risque est bien établie, alors que d'autres sont plus controversés.

Le principal facteur de risque de l'insuffisance veineuse est l'âge du patient. En effet, l'avancée de l'âge augmente la prévalence des varices, et leur degré de sévérité. Ainsi, à 70 ans, 70 % des hommes et des femmes présentent des symptômes liés à l'insuffisance veineuse.

D'autres facteurs interviennent également. On peut les séparer en deux catégories :

- les facteurs prédisposants ;
- les facteurs favorisants.

i. Facteurs prédisposants

Ce sont :

- le sexe : le sexe féminin constitue un facteur de risque. En effet, les veines sont sensibles à l'évolution des taux d'hormones sexuelles (notamment la progestérone et les œstrogènes). Les femmes sont donc plus touchées que les hommes, du fait des nombreux épisodes hormonaux que sont la puberté, les périodes menstruelles, la grossesse, la ménopause ;
- l'hérédité : les antécédents familiaux jouent un rôle prépondérant dans le risque variqueux. En effet, le risque est multiplié par deux lorsqu'un des parents est atteint, et par trois lorsque les deux sont concernés.

ii. Facteurs favorisants

Les principaux facteurs sont :

- la sédentarité : la position debout, assise, ou les piétinements répétés pendant une longue période favorisent l'apparition de la pathologie. Le sang s'accumule dans les jambes car la pompe musculaire du mollet ne joue plus son rôle ;
- la chaleur : elle provoque une dilatation des veines, et donc altère le bon retour veineux ;

- l'excès de poids : il entraîne une pression supplémentaire au niveau du système veineux des membres inférieurs.

c. Symptômes (19, 23, 25)

L'insuffisance veineuse chronique se traduit par de nombreux symptômes, variables d'une personne à une autre ou selon l'évolution de la maladie, qui sont :

- la douleur : sensation de jambes lourdes, d'apparition progressive dans la journée, débutant souvent lors des beaux jours sous l'effet de la chaleur, calmée lors de la marche ou par surélévation des jambes au repos ;
- des fourmillements, une sensation d'engourdissement des membres inférieurs, des démangeaisons, ou parfois des crampes ;
- des œdèmes, en particulier au niveau des chevilles et des mollets ;
- l'apparition de télangiectasies (cf. *infra*) ou de varices (cf. *infra*) ;
- la modification de la couleur de la peau ;
- ou enfin, dans un stade plus avancé, l'apparition d'ulcères (cf. *infra*).

Ces symptômes sont améliorés par le froid, la surélévation des membres inférieurs, l'exercice physique et la contention ou compression veineuse.

d. Complications de l'insuffisance veineuse

i. Rupture de varice (26, 27)

Elle est souvent annoncée par l'existence d'une zone violacée, nécrosée, au sommet d'une varice. La rupture externe est généralement provoquée par un traumatisme sur cette zone et s'accompagne d'une hémorragie externe, parfois grave. Elle peut être également interstitielle ou musculaire lorsqu'elle survient après un effort musculaire, avec apparition d'un hématome très douloureux.

ii. Thrombose veineuse superficielle (28)

La thrombose veineuse superficielle se définit par l'obstruction d'une veine de surface par un thrombus (ou caillot). Elle concerne la grande veine saphène dans 60 à 80 % des cas, et la petite veine saphène dans 10 à 20 % des cas, parfois dans les deux membres inférieurs. Elle peut évoluer en thrombose veineuse profonde voire en embolie pulmonaire (cf. *infra*) dans 20 à 40 % des cas.

iii. Ulcère veineux (29)

L'ulcère se définit comme une perte de substance cutanée, sans tendance spontanée à la cicatrisation. Il est généralement peu douloureux et de grande taille. Il est la conséquence d'une hyperpression veineuse (provoqué elle-même par la stase veineuse). En effet, l'hyperpression veineuse entraîne de nombreuses modifications microcirculatoires qui aboutissent à une hypoxie tissulaire locale à l'origine de cette perte de substance cutanée.

e. Traitements de l'insuffisance veineuse (14, 19, 30, 31, 32)

Le traitement de l'insuffisance veineuse chronique dépend de son stade clinique (Tableau 1).

L'intérêt du tableau suivant n'est pas de détailler chaque traitement, mais de mettre en évidence le rôle de la compression quelque soit le stade clinique.

Tableau 1 - Traitements de l'insuffisance veineuse en fonction de la clinique du patient (30)

Stade clinique	Traitements
absence de signe clinique de la maladie veineuse	hygiène veineuse, phlébotrope, <u>compression médicale</u>
télangiectasies ou veines réticulaires	hygiène veineuse, phlébotrope, <u>compression médicale</u> , sclérose
veines variqueuses	hygiène veineuse, phlébotrope, <u>compression médicale</u> , éradication des varices
œdème	hygiène veineuse, phlébotrope, <u>compression médicale</u>
altérations cutanées ou du tissu cellulaire sous cutané liées à une maladie veineuse chronique	éradication des varices, <u>compression médicale</u>
ulcère cicatrisé	éradication des varices, <u>compression médicale</u>
ulcère non cicatrisé	<u>compression médicale</u> , traitements locaux (lavage, déterSION, pansements adaptés)

Une compression bien adaptée permet de supprimer les signes fonctionnels, d'arrêter l'évolutivité des dilatations variqueuses, de réduire les oedèmes, et d'éviter leur récurrence, de prévenir les

thromboses veineuses profondes, et d'être l'élément le plus important du traitement en cas de thrombose veineuse superficielle ou d'ulcère de jambe.

En effet, elle agit :

- sur l'hémodynamique veineuse : en s'opposant à l'hyperpression veineuse (par diminution du reflux, du volume de sang résiduel, et de la pression à la marche). Notons que la contention, en réduisant le calibre veineux, s'oppose au reflux, ce qu'aucun autre traitement n'est capable de faire ;
- sur la stase veineuse : elle améliore l'efficacité de la pompe musculaire du mollet à la marche ;
- sur les tissus : elle augmente la pression vasculaire, ce qui permet la diminution du volume du membre (effet anti-œdème). C'est la décongestion tissulaire.

La compression, associée à une déambulation du patient permet un soulagement rapide et permanent des symptômes.

Elle offre trois avantages indiscutables : ses effets sont immédiats, elle est non agressive, et son coût est faible.

La maladie veineuse concerne une grande partie de la population et représente un véritable enjeu socio-économique. En effet les complications de la maladie veineuse sont importantes et peuvent entraîner des traitements longs et coûteux. Actuellement, les possibilités thérapeutiques qui permettent de corriger ou de limiter sa progression sont nombreuses. La compression est un des éléments clés du traitement quel que soit le stade de la maladie. Pour être efficace, elle doit être acceptée et portée par les patients. Actuellement, les industriels fournissent beaucoup d'efforts pour augmenter l'observance de la compression en améliorant la qualité de leurs produits grâce à de nouveaux matériaux et des procédés de fabrication innovants. Nous détaillons le principe de la contention dans la seconde partie.

Deuxième partie : la contention élastique des membres inférieurs

1. Bref historique de la compression médicale (33, 34)

La contention médicale est très ancienne. Depuis la préhistoire, on applique une pression sur un membre ou sur une autre partie du corps pour soulager une zone qui fait mal, qui est en souffrance ou qui est gonflée. Cette contention est également appliquée lors de saignements pour stopper la pression d'une hémorragie superficielle veineuse.

Elle s'effectue tout d'abord par une simple pression avec les mains, puis est rapidement remplacée par des végétaux puis du tissu.

La contention médicale évolue au XIII^{ème} siècle sous forme d'épais bandages, qui servent à isoler les plaies et les ulcères de l'air ambiant considéré comme néfaste à cette époque. Faits de coton et très épais (environ 3 à 4 largeurs de doigt), ces bandages permettaient d'assurer une pression uniforme et de protéger les plaies conformément à cette théorie « d'infection par l'air ». Cette théorie fut ensuite contestée au XVII^{ème} siècle, où l'on conseille l'utilisation de bas lacés rigides, comme moyen de contention. Les tricotés élastiques n'existant pas, seul un laçage permettait l'enfilage du bas. Fabriqués en peau de chien, en corde, en treillis, ou en tricot, ils gênaient souvent la marche et occasionnaient des œdèmes.

La confection du tissu élastique au XVIII^{ème} siècle a été envisageable grâce à l'apparition du caoutchouc naturel. Cependant, la pression exercée par ce tissu ne semblait pas suffisamment efficace et stable. Ce problème a été résolu par l'américain Charles Goodyear, qui chauffa le caoutchouc, lui faisant perdre sa dureté et sa fragilité. Vient ensuite la fabrication des bas élastiques en coton et en soie, apportant plus de confort au patient. En 1851, Sparks dépose son brevet de guipage des fils élastiques permettant la fabrication des bas en tricotage linéaire donnant ainsi la possibilité de confectionner toutes les formes de bas de compression.

L'aspect esthétique se développe par la suite, notamment avec l'apparition des bas sans couture, puis par une technique de production de fils élastiques ultra-fins à double élasticité.

De nos jours, la composition des contentions dérive de différentes matières ; elles peuvent être :

- d'origine animale : laine, soie ;
- d'origine végétale : lin, coton ;
- chimiques : fibres artificielles à base de dérivés cellulosiques ;
- synthétiques : à base de polyamide ou d'élasthanne.

Le plus utilisé est l'élasthanne (Lycra®), très élastique et résistant, il possède une force de rappel élastique plus importante que celle du caoutchouc.

Le coton est également très utilisé et apprécié pour son pouvoir thermorégulateur, bien qu'il reste fragile aux érosions mécaniques.

Les polyamides (Nylon®) sont, quant à eux, beaucoup plus fragiles, de faible élasticité, mais plus esthétiques que ces deux derniers, donnant un aspect soyeux, doux et respirant.

2. Compression et contention (33, 35, 36)

Ces deux termes sont souvent utilisés l'un pour l'autre, bien qu'il existe une réelle distinction entre les deux.

a. Contention

La contention est réalisée avec des matériaux non élastiques ou peu élastiques. Elle s'oppose à l'augmentation du muscle à l'effort de manière passive, en réalisant une « pression de travail ». Au repos, cette contention est pratiquement nulle ; elle est appelée « pression de repos ». On peut donc porter la contention la nuit car la jambe n'est pas comprimée. On la rencontre dans les bandes à allongement court (Figure 8)

b. Compression

La compression est réalisée avec des matériaux élastiques. Elle agit de manière active en exerçant une force constante à l'effort et au repos. En effet, cette élasticité fait reprendre sa forme initiale au bas lorsque le muscle n'est pas contracté. De ce fait, on ne peut pas porter de compression la nuit. On la rencontre dans les bandes à allongement long et les bas (Figure 8).

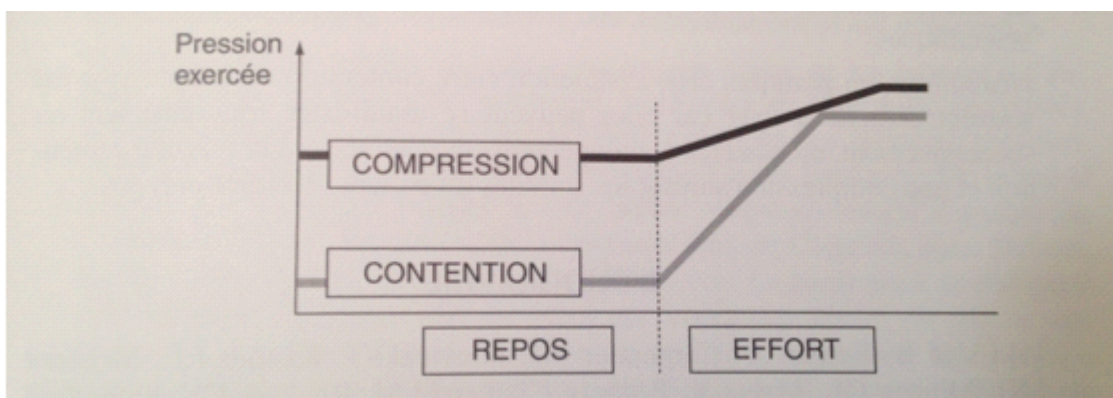


Figure 8 - Variations de pression exercée par la contention-compression à l'effort et au repos (34)

La contention-compression vasculaire des membres inférieurs est destinée aux traitements des affections veineuses et/ou lymphatiques. Dans le cadre de cette thèse, nous développons uniquement la pathologie veineuse (35).

c. Intérêt de la compression (37, 38, 39)

La contention élastique est le traitement de référence de l'insuffisance veineuse, pour plusieurs raisons :

- réduction de la dilatation des veines et augmentation du débit sanguin ;
- effet anti œdémateux entraînant une diminution du volume du membre ;
- amélioration du retour veineux lors de la marche ;
- effet positif sur la microcirculation cutanée.

De ce fait, elle est utilisée en traitement préventif ou curatif pour :

- prévenir ou soulager les symptômes de jambes lourdes, de douleurs au niveau des jambes ;
- éviter ou diminuer un œdème des membres inférieurs ;
- éviter ou traiter des complications dermatologiques liées à l'insuffisance veineuse ;
- aider à la cicatrisation d'un ulcère veineux ;
- prévenir une phlébite ou une thrombose veineuse ;
- traiter la maladie thromboembolique veineuse en complément d'un traitement anticoagulant.

3. Méthodes de fabrication des bas de compression : visite d'une entreprise vosgienne. (33, 34, 40)

J'ai eu la chance de pouvoir visiter une entreprise de textile médicale située à Noméxy. Accompagnée de Monsieur CHENY (responsable développement produit et qualité), j'ai pu voir et comprendre chaque étape permettant l'obtention des bas de compression.

Cette réalisation se fait en plusieurs étapes :

- la préparation des fils ;
- le tricotage ;

- la fermeture des pointes de pied ;
- le préformage ;
- la teinture ;
- l'étiquetage et les contrôles qualités ;
- le conditionnement.

a. Préparation des fils

La première étape consiste à recouvrir un fil élastique « âme » d'une ou plusieurs « couvertures » constituées de fils non élastiques : c'est le guipage (Figure 9).

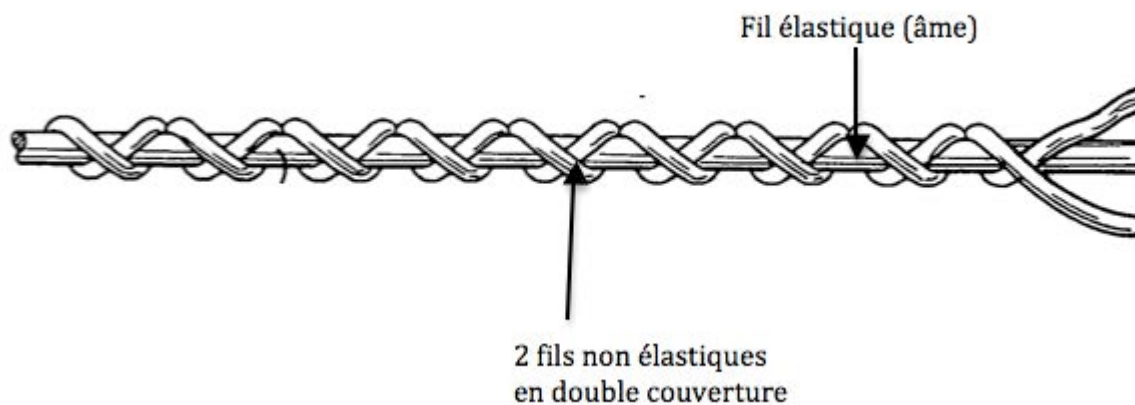


Figure 9 - Le guipage (40)

Le fil élastique n'est donc jamais visible et jamais en contact avec la peau. Plus ce fil est étiré au moment du guipage, plus sa force de rappel élastique est bloquée.

Cette étape est donc essentielle car elle conditionne les caractéristiques finales du bas.

b. Tricotage

Un bas de compression est tricoté avec des fils de « maille » et des fils de « trame » (Figure 10).

La maille constitue l'élément de base du tricot. Il s'agit d'une boucle de fil qui passe dans celle qui la précède. Elle donne l'élasticité longitudinale du bas.

La trame constitue la fibre élastique qui passe perpendiculairement à l'intérieur des mailles selon une alternance régulière. Elle donne la force de pression et le périmètre du bas.

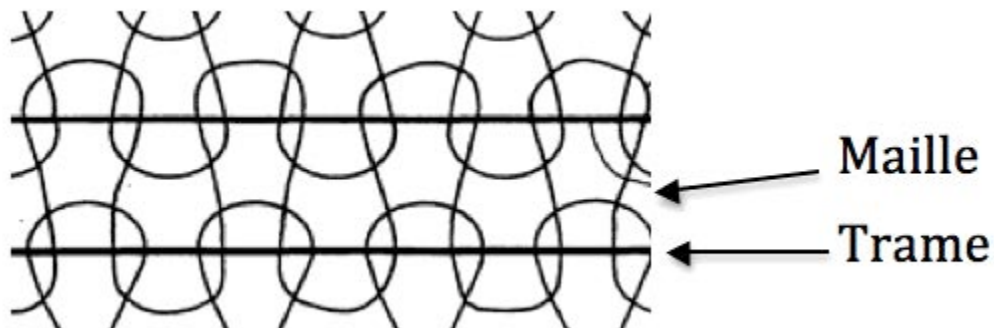


Figure 10 - Le tricotage (33)

Cette étape est réalisée par des tricoteuses circulaires informatisées, comportant 300 aiguilles. Il faut environ 2 à 3 minutes pour tricoter une chaussette de compression.

c. Fermeture des pointes de pied

C'est la première opération de confection. Dans cette usine elle se fait manuellement à l'aide de machine à coudre, permettant une solidité, un confort et un esthétisme plus réussi.

d. Préformage

C'est l'action de la vapeur d'eau surchauffée sur les mailles du tricot, permettant de donner au bas sa forme anatomique en resserrant les mailles tout en augmentant sa compression.

Cette étape permet aussi de défroisser le tissu et d'éviter ainsi les effets marbrés lors de la teinture.

e. Teinture

Contrairement aux idées reçues, la majorité des articles sont tricotés avec des fils non teints. La teinture est la dernière étape automatisée. Elle est obtenue après mélange de colorant et d'eau à température élevée, afin d'avoir le coloris final souhaité.

f. Étiquetage et contrôles qualités

L'étiquette permet à l'utilisateur une identification de la classe de contention et de la taille du produit.

Les contrôles qualités sont de trois types :

- contrôle visuel : à la recherche d'un défaut d'assemblage, de tache, d'une différence de couleur... ;
- contrôle de conformités aux spécifications techniques ;
- contrôle de comportement à l'usage : après lavage sous différentes températures, en extension pendant douze heures sous l'allongement prévu par le fabricant (rapport des circonférences des orthèses au repos et au porter).

g. Conditionnement

C'est la dernière étape de fabrication. Le pliage est effectué manuellement, suivi d'un encartonnage automatique.

4. Choix de la compression et indications

a. Rappel des classes de compression (42)

On distingue 4 classes de compression :

Classe I (10 à 15 mmHg*) : compression légère.

Classe II (15 à 20 mmHg*) : compression moyenne (la plus utilisée).

Classe III (20 à 36 mmHg*) : compression forte.

Classe IV (+ de 36 mmHg*) : compression extra-forte.

* Pression au niveau de la cheville.

Plus la classe est élevée, plus la pression exercée est importante, et donc plus il est difficile de les enfiler. La classe IV n'est pratiquement plus utilisée. On préfère la superposition de classes inférieures (pour une classe IV, deux classe II), permettant un enfilage plus aisé.

Cette classification est spécifique aux normes françaises ; à l'étranger ils existent d'autres normes de classification.

b. Notion de dégressivité

Les bas sont confectionnés de manière à exercer une pression régulièrement dégressive à partir de la cheville.

La pression dans le système veineux des membres inférieurs, chez le sujet debout, est plus importante au pied qu'au niveau de la cuisse (pression hydrostatique). En cas d'insuffisance veineuse, cette pression augmente. Pour contrecarrer cette augmentation de pression, il est nécessaire d'appliquer par voie externe une pression qui doit être à la fois supérieure à la pression qui crée l'insuffisance veineuse, et plus forte au niveau du pied qu'à la cuisse. C'est pourquoi cette pression doit nécessairement être dégressive. Si elle ne l'était pas, elle réaliserait un effet garrot.

La loi de Laplace a montré que la pression « P » appliquée sur le membre est proportionnelle à la tension « T » du tissu élastique et inversement proportionnelle au rayon de courbure « r » de la surface comprimée.

$$\text{Loi de Laplace : } P=T/r$$

En pratique, nous utiliserons la circonférence de la jambe à la place du rayon de courbure du membre car celui-ci n'est pas accessible.

Plus le rayon est petit, plus la pression exercée est importante. Sous tension constante, comme le rayon moyen d'une jambe augmente vers le haut, la pression diminue dans la même mesure.

- c. Choix de la compression-contention selon la situation clinique (42, 43, 44, 45, 46)

Le choix de la force de compression est déterminé selon la classification de l'insuffisance veineuse « CEAP ».

C'est une classification médicale internationale, fondée sur des critères de retentissement cliniques (C), étiologiques (E), anatomiques (A), et physiopathologiques (P) (

Tableau 2). Chaque membre présentant une maladie veineuse chronique doit être classé en tenant compte de ces critères.

Tableau 2 - Classification CEAP (43)

Classification « C » (clinique)	Classification « E » (étiologique)	Classification « A » (anatomique)	Classification « P » (physiopathologique)
C0 : pas de signe visible ou palpable de la maladie	Ec : congénitale	As : système veineux superficiel	Pr : reflux
C1 : télangiectasies ou veines réticulaires	Ep : primitive	Ad : système veineux profond	Po : obstruction
C2 : veines variqueuses	Es : secondaire (post TVP)	Ap : veines perforantes	Pr,o : obstruction et reflux
C3 : œdème			
C4 : atteinte cutanée	En : pas d'étiologie retrouvée	An : pas de lésion anatomique identifiée	Pn : pas de mécanisme physiopathologique identifié
C4a : dermite ocre ou eczéma			
C4b : hypodermite scléreuse ou atrophie blanche			
C5 : ulcère cicatrisé			
C6 : ulcère ouvert, non cicatrisé			
(A) : asymptomatique			
(S) : symptomatique			

Nous présentons ci-après le tableau de la HAS (Haute Autorité de Santé) (Tableau 4). Il représente les moyens de compression et/ou contention à utiliser pour le traitement des patients en fonction de leur situation clinique.

L'utilisation de la classification CEAP se limite souvent à la lettre C, comme ici où seuls les critères cliniques sont pris en compte.

Aux premiers stades cliniques de cette classification (C0 et C1), aucune étude ne permet de montrer que la compression veineuse freine l'évolution de l'affection. La compression veineuse est le traitement de base des affections veineuses chroniques à partir du stade C2 (Tableau 4).

Quelque soit le stade clinique, « la pression à retenir est la plus forte supportée par le patient » (43).

Tableau 4 - Choix du dispositif de compression-contention selon la situation clinique (43)

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3 mm (stade C2)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg 	► Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	<ul style="list-style-type: none"> • bas indiqués pour les varices • ou bandes sèches à allongement court 	► 4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg • ou bandes sèches à allongement court ou long 	► Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfiques/risques
Pigmentation, eczéma veineux (stade C4a)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg • ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites 	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (stade C4b)	<ul style="list-style-type: none"> • bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique) 	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	<ul style="list-style-type: none"> • bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 ou > 36 mmHg • ou bandes sèches à allongement court 	
Ulcère ouvert (stade C6)	<ul style="list-style-type: none"> • bandages multitypes en première intention • ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court • ou bandes enduites • ou bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg 	► Jusqu'à cicatrisation complète

5. Moyens de compression-contention (4, 33, 34, 35, 41, 47)

Il existe un grand choix de moyens pour exercer une pression au niveau des membres inférieurs. Il est nécessaire de connaître les avantages et inconvénients de chacun pour une utilisation précise, efficace et adaptée à chaque patient.

Les habitudes personnelles et culturelles doivent être réévaluées au vu de la diversité et de l'efficacité des moyens thérapeutiques existants.

a. Bandes de compression et de contention (4, 35)

Les bandes sont généralement utilisées pour le traitement de cas bien définis :

- en phase aiguë (œdème important, ulcère) ;
- en post opératoire, après sclérothérapie ou chirurgie de varices ;
- en préventif, en cas d'activité sportive à risque ;
- pour les personnes dans l'incapacité d'enfiler un bas de compression.

Leur largeur est généralement de 8 ou 10 centimètres, et leur longueur dépend de la surface à recouvrir ainsi que de l'importance du chevauchement du bandage.

Elles nécessitent un réel apprentissage de pose, c'est pourquoi on utilise préférentiellement des bandes étalonnées pour plus de facilité.

On distingue deux grands types de bandes : les bandes non élastiques et les bandes élastiques.

i. Bandes non élastiques (33, 35)

Ce sont des bandes de contention ; elles n'exercent leur action que lors d'une contraction musculaire. De par l'absence d'élasticité, elles exercent une force de résistance lors de la contraction : c'est la « pression de travail ». De ce fait, elles ne sont efficaces que si le patient marche.

La « pression de travail », inactive au repos, a pour avantage qu'elles puissent être portées la nuit, au repos et en décubitus.

Ce sont en général des bandes sèches tissées.

De plus, comme toutes les bandes, elles ont l'avantage de pouvoir s'adapter en fonction de l'évolution de la pathologie. En effet, on peut modifier la force de compression en fonction de l'étirement qu'on lui applique au moment de la pose.

En pratique, l'inconvénient de ces bandes est la difficulté de pose nécessitant un professionnel formé pour les poser (phlébologue, infirmier).

On les utilisera pour le traitement d'ulcère cicatrisé ou ouvert, pour traiter un eczéma veineux, ou encore pour désinfiltrer un œdème.

ii. Bandes élastiques

Ce sont des bandes de compression : elles exercent une pression constante au mouvement et au repos (Figure 11).



Figure 11 - Bande élastique (49)

Elles peuvent être uni-sens (fibres élastiques dans le sens de la longueur) ou bi-sens (fibres élastiques dans le sens de la longueur et de la largeur), et sont de loin les bandes les plus utilisées dans le traitement de la maladie veineuse.

Leur élasticité les rend faciles à manipuler et permet d'épouser les formes très convexes.

Pour faciliter la pose, elles sont généralement étalonnées et certaines comportent un système d'étrier qui permet d'enfiler le bout du pied. Une formation reste tout de même nécessaire pour obtenir une compression dégressive correcte.

Comme la majorité des bandes, elles sont adaptables à l'évolution de la pathologie.

Elles sont utilisées pour le traitement de maladies veineuses superficielles, d'un ulcère de jambe, en prévention d'une thrombose veineuse profonde, ainsi qu'après une chirurgie de varices.

b. Orthèses de contentions (4, 35, 42, 50, 51)

Quelque soit le modèle choisi, les orthèses de contentions ont pour fonction de réaliser une compression élastique sur la jambe, favorisant le retour veineux, évitant ainsi la stase et le thrombus.

Leurs indications dépendent de la classe de compression (Tableau 5) :

Tableau 5 - Indications des classes de compression des orthèses (35)

Classe de compression	Indications
classe I 10 à 15mm de Hg	<ul style="list-style-type: none"> - syndromes affectant le système veineux superficiel - télangiectasies isolées - varicosités - prévention de la thrombose veineuse profonde chez le sujet alité - insuffisances veineuses de la grossesse - oedèmes vespéraux
classe II 15 à 20mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> - varices symptomatiques ou non - oedèmes vespéraux - prévention de la thrombose - grossesse avec ectasies veineuses - voyage de longue durée - insuffisances veineuses sévères de la grossesse - suites de chirurgie - sclérothérapies
classe III 20 à 36mm de Hg	<ul style="list-style-type: none"> - varices et oedèmes - dermites, dermites ocre, atrophies blanches - ulcères de phase de cicatrisation - lymphoedèmes - syndromes post-thrombotiques - thromboses veineuses profondes - ulcères variqueux - suites de chirurgie - complications de varice

classe IV > 36mm de Hg	<ul style="list-style-type: none">- ulcères ouverts- lymphoedèmes- troubles trophiques sévères- syndromes post-thrombotiques
---------------------------	---

i. Bas jarrets

Également appelés mi-bas, ou tout simplement chaussettes, c'est le moyen de compression le plus ancien et le plus connu des patients (Figure 12).



Figure 12 - Bas jarret (52)

Ils existent dans toutes les classes de compression, en pied ouvert ou fermé.

Leur longueur se limite au sommet du mollet, ce qui permet un enfilage plus aisé, cependant ils sont quelquefois mal tolérés à leur arrêt sur la jambe (effet garrot).

Ils ne permettent pas la compression de varices remontant plus haut que le genou.

Leur esthétique est plus adaptée à la mode masculine, et ils sont mieux tolérés lors de forte chaleur.

ii. Bas cuisse

Ce sont deux bas séparés qui montent jusqu'en haut de la cuisse, entraînant une compression sur l'ensemble du membre inférieur (bien que cette pression soit largement supérieure au niveau de la cheville, comme vu précédemment).

Il existe deux types de bas :

- les bas cuisse « simples », appelés également « bas à volant », qui nécessitent un système de fixation (porte-jarretelle) (Figure 14) ;
- les bas cuisse « auto-fixants », qui comportent un système de fixation incorporé au bas. Il s'agit d'une bande de silicone, permettant l'adhésion du bas à la cuisse (Figure 13).

Bien que plus pratiques, les bas cuisses auto-fixants sont parfois mal supportés du fait de la transpiration qu'ils entraînent, de la traction désagréable sur les poils, ou encore en raison des allergies qu'ils peuvent occasionner.



Figure 13 - Bas cuisse auto-fixants (53)



Figure 14 - Bas simple nécessitant un système de fixation (54)

Les bas existent dans toutes les classes de compression, ainsi que dans de nombreux coloris, avec ou sans dentelle, donc très appréciés des femmes.

La séparation des deux jambes facilite leur enfilage, et permet également d'appliquer une compression unilatérale si nécessaire, ou d'utiliser une taille différente pour chaque jambe.

Du fait de leur longueur, ils peuvent être utilisés en cas de pathologies étendues à toute la jambe.

iii. Collants

Il s'agit de deux bas réunis entre eux par une culotte (Figure 15).



Figure 15 - Collant (55)

Contrairement aux bas de compression, ils ne nécessitent aucun moyen de fixation.

Ils existent également dans toutes les classes de compression et se rapprochent des habitudes vestimentaires des femmes.

Leur inconvénient principal réside dans la difficulté à les enfiler, donc ils conviennent peu aux personnes âgées, obèses, ou à mobilité réduite. De plus, ils ne sont pas adaptés aux personnes en surpoids ainsi qu'aux femmes enceintes à cause de la pression exercée par la culotte au niveau du ventre.

iv. Collants de grossesse

Ils sont identiques aux collants de compression mais la forme de la culotte s'adapte plus ou moins aux modifications morphologiques provoquées par la grossesse (Figure 16).



Figure 16 - Collant de maternité (56)

Ils sont donc adaptés aux femmes enceintes ou en surpoids, et présentent les mêmes avantages et inconvénients que les collants.

v. Hémi-collants

Ils ne comportent qu'un seul bas cuisse et une demi culotte avec ceinture pour les maintenir en place (Figure 17).

De ce fait, la prescription doit préciser s'il s'agit d'un hémi-collant droit ou gauche.



Figure 17 - Héli collant (57)

Ils sont de moins en moins utilisés car ils ne présentent pas de grands avantages. En effet, ils permettent, tout comme un bas cuisse, de réaliser une compression unilatérale. Cependant, ils sont peu confortables notamment au niveau des plis fessiers et à l'entrejambe, et tout comme les collants, la ceinture n'est pas adaptée aux personnes en surcharge pondérale.

Il est donc préférable pour le patient de choisir un bas cuisse si l'on souhaite avoir une pression unilatérale.

vi. Bas anti-thrombose (35)

Ils sont généralement de couleur blanche (en rapport avec leur utilisation hospitalière) ce qui permet de les distinguer facilement des autres bas compressifs. Ils peuvent être disponibles en bas jarret, bas cuisse et ont un pied ouvert (Figure 19) ou une fenêtre d'auscultation sous ou sur l'avant du pied (Figure 18). Cette ouverture permet un rapide contrôle de la couleur et de la chaleur des téguments ainsi que du pouls.

Ils sont utilisés dans le but de réduire le risque de thrombose veineuse profonde lors d'un alitement prolongé. Ils doivent être mis en place durant toute la période d'absence de déambulation, jour et nuit.



Figure 18 - Bas anti-thrombose avec fenêtre d'auscultation sur l'avant du pied (58)



Figure 19 - Bas anti-thrombose avec pied ouvert (59)

Ils exercent une pression à la cheville entre 15 et 20mmHg. En l'absence de chaussettes correspondant strictement à ces caractéristiques, ils peuvent être remplacés par des bas jarrets de classe II (48).

6. Contre-indications de la compression médicale (60)

On parle souvent de bas médicaux de compression car ce sont des dispositifs médicaux qui ne doivent pas faire l'objet d'une automédication.

En effet, tout comme les médicaments, il existe certaines contre-indications qui doivent être prises en compte par le prescripteur et par le pharmacien. (37)

a. Contre-indications absolues (43)

Les cas de contre-indication absolue de la compression médicale veineuse sont les suivants :

- artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) avec un indice de pression systolique inférieure à 0,6. Cette pression s'obtient par un examen au doppler, et est synonyme dans ce cas d'artérite sévère (IPS normal entre 1 et 1,2). Il s'agit d'un rétrécissement voire d'une occlusion d'une artère du membre inférieur ; le débit sanguin diminue entraînant une irrigation insuffisante du membre pouvant aller jusqu'à la gangrène (mort tissulaire) de la zone mal irriguée ;

- microangiopathie diabétique évoluée ;
- Phlegmatia Coerulea Dolens (phlébite bleue). C'est une phlébite de survenue brutale, très douloureuse, et de teinte cyanosée (bleuâtre). La peau est froide, l'état général est profondément altéré. Il y a un risque de survenue d'une gangrène, pouvant entraîner une évolution mortelle ;
- thrombose septique.

b. Contre-indications relatives (34)

Une réévaluation du rapport bénéfice/risque s'impose dans les cas suivants :

- artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un indice de pression systolique compris entre 0,6 et 0,9 ;
- neuropathie périphérique évoluée ;
- dermatose suintante ou eczématisée ;
- intolérance aux fibres utilisées : polyamide (Nylon), élasthane (Lycra), coton, et quelque fois fibres de caoutchouc naturel (Latex). De plus les solvants, colorants ou auxiliaires de teintures utilisés sont potentiellement allergisants ou irritants. Par ailleurs, l'allergie de contact au latex est un problème de plus en plus récurrent, et devra être systématiquement recherché devant tout prurit ou urticaire déclenché suite au port de la compression.

La contention/compression devenue l'un des éléments majeurs de la prophylaxie et du traitement de la maladie veineuse chronique est souvent méjugée par les malades qui l'associe à l'image de la vieillesse, de l'invalidité, d'un textile épais, loin des « critères esthétiques » actuels. Cette image change, grâce au développement de nouvelles fibres textiles, bien mieux tolérées, plus confortables et plus élégantes qu'auparavant, mais également plus faciles à enfiler grâce aux aides techniques mises sur le marché. Ces progrès techniques sont primordiaux pour améliorer l'observance de nos patients et ainsi permettre l'efficacité des traitements. Le pharmacien joue un rôle essentiel lors de la délivrance de la contention, validant les prescriptions et donnant les conseils nécessaires pour optimiser l'observance des patients. Nous détaillons dans la prochaine partie toutes les règles de bonnes pratiques à respecter à l'officine pour garantir une bonne dispensation.

Troisième partie : rôle du pharmacien dans la
délivrance des contentions des membres
inférieurs

La dispensation d'orthèses de compression/contention est loin d'être un acte anodin. Elle doit être réalisée par un professionnel de santé selon des règles de bonnes pratiques. Si le prescripteur est un acteur fondamental dans le choix de la compression, le pharmacien est un acteur incontournable qui doit faire valoir son expertise dans la prise en charge du patient (validation des prescriptions, dispensation des conseils indispensables à la bonne observance...) et dans le respect de la réglementation.

1. Prise en charge du patient

Le pharmacien doit s'informer de l'indication de la prescription auprès du patient et doit surtout expliquer la nécessité d'une bonne observance de celle-ci. La qualité de l'information donnée au patient lors de la délivrance conduit à une bonne compliance au traitement.

a. Élaboration du bilan fonctionnel : interrogatoire du patient

Le pharmacien évalue la pertinence de la prescription et la perception que le patient en a en interrogeant celui-ci sur :

- l'indication de la prescription ;
- la fréquence de port ;
- ses capacités physiques ;
- la présence éventuelle d'aide à domicile.

Tous ces points permettent au pharmacien :

- d'apprécier la compréhension du traitement par le patient pour pouvoir cibler ce qu'il a compris ou non, et de lui apporter les informations nécessaires pour une bonne observance ;
- d'évaluer si le patient a besoin d'un enfile bas, d'une superposition de classe, ou de l'aide d'une tierce personne pour mettre en place sa compression.

b. Évaluation de la classe de compression choisie par le prescripteur

Nous avons vu dans la deuxième partie (Tableau 5) le choix de la classe de compression à appliquer en fonction de la clinique.

Ce tableau, qui doit être adapté à chaque situation et à chaque patient, sert d'aide à titre indicatif au pharmacien.

c. Prise de mesures (61)

La prise de mesures est essentielle et doit être précise afin d'avoir une pression adaptée au patient et à sa pathologie. Il est de la responsabilité du pharmacien ou du personnel spécialisé chargé de prendre les mesures, de respecter certaines règles de dispensation.

i. Local et règles de bonnes pratiques

Tout d'abord un local adapté est nécessaire afin de respecter l'intimité de chacun. Celui-ci doit être suffisamment isolé, pour respecter la confidentialité et permettre au patient de se déshabiller à l'abri des regards. Il doit comporter un espace minimum de déambulation (3,50 m de long et 1,20 m de large avec une tolérance possible de 50 cm), un point d'eau, une table et un fauteuil d'examen.

Que ce soit en matière de médicaments ou d'orthèses, le pharmacien est soumis au secret professionnel. Il ne doit en aucun cas divulguer à quiconque des informations concernant le patient, son traitement ou sa pathologie.

De plus, sa profession ne lui confère pas la fonction de prescripteur, c'est pourquoi il doit toujours s'en tenir à la prescription médicale qu'il ne peut pas modifier sans l'accord préalable du prescripteur.

Par ailleurs, les règles de bonnes pratiques prévoient le respect du libre choix du professionnel de santé : chaque patient peut choisir librement son fournisseur.

Le pharmacien doit être à l'écoute des besoins du patient et doit l'informer sur les différentes possibilités qui s'offrent à lui en matière d'appareillage, et expliquer leurs points communs et leurs différences. Le coût, le remboursement éventuel, le délai d'obtention sont également des éléments à faire connaître au patient pour lui permettre de choisir son orthèse en toute connaissance de cause.

ii. Mesures

La prise de mesures doit être faite sur une jambe libre d'œdème. L'idéal pour avoir une jambe sans œdème est de prendre les mesures le matin, avant même que le patient ne pose un pied à terre, ou de faire allonger le patient une vingtaine de minutes avec les jambes surélevées.

D'un point de vue pratique, ces conditions sont rarement respectées. Cependant, l'élasticité des produits laisse une marge de manœuvre à l'opérateur, à qui il appartient d'évaluer si la prise de mesures est possible ou non.

La prise de mesures s'effectue toujours à même la peau, avec un mètre ruban, sans serrer.

Selon la prescription et/ou le choix du patient pour le type de compression, la prise de mesure est différente, mais quel que soit le modèle retenu, les mesures doivent être prises sur les deux jambes.

Prendre des mesures, c'est toujours mesurer des circonférences à des hauteurs préalablement repérées et mesurées. On repère les hauteurs et ensuite on mesure les circonférences (Figure 20).

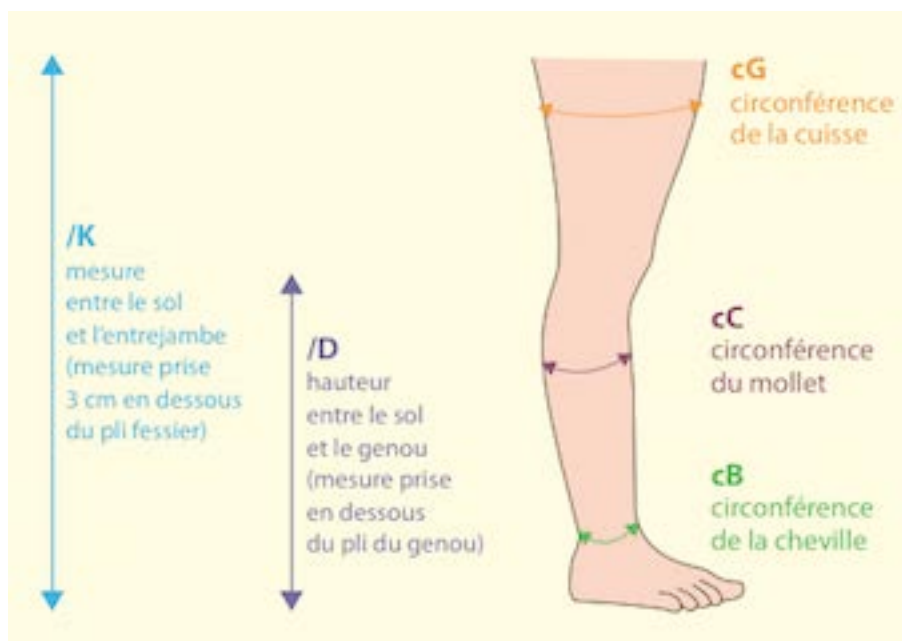


Figure 20 - Prise de mesures du patient à l'officine (62)

iii. Mesure des hauteurs

Les mesures des hauteurs dépendent de la contention voulue :

- s'il s'agit de chaussettes : on mesure la hauteur du sol jusqu'en dessous du genou ;
- s'il s'agit de bas auto-fixants, de bas à vollants ou de collants : on mesure la hauteur du sol jusqu'au niveau de l'entre-jambe.

On repère également les hauteurs nécessaires à la prise de mesures des circonférences : la cheville au plus fin, ainsi que le mollet et la cuisse au plus fort.

iv. Mesure des circonférences

Le pharmacien doit veiller à bien tenir le mètre ruban horizontalement sous peine de nombreuses erreurs.

Les mesures à effectuer dépendent de la hauteur de la contention :

- s'il s'agit de chaussettes : on prend le tour de cheville (au plus fin, c'est-à-dire environ deux centimètres au-dessus de la malléole), ainsi que le tour de mollet (au plus fort) ;

- s'il s'agit de bas : les mesures sont les mêmes. On y ajoute la circonférence de la cuisse (au plus fort) ;
- enfin s'il s'agit de collants : les mesures sont identiques à celles des bas. On y ajoute la circonférence de la taille. C'est ainsi que pour plus de confort, le pharmacien peut juger nécessaire de délivrer des collants « maternité » qui présentent l'avantage d'avoir une ceinture plus large et donc mieux adaptée aux personnes en surpoids ou enceintes.

En fonction des mesures effectuées, trois sortes de bas sont envisageables :

- les bas de série : ils répondent à des intervalles de mesures précises donnés par le fabricant ;
- les bas « à mesures adaptées » : ils relèvent de la série mais sont ajustés aux mesures du patient, ayant par exemple un mollet plus petit que celui correspondant normalement à son tour de cuisse selon les standards habituels ;
- les bas sur-mesures : ils nécessitent les mensurations exactes des deux jambes et sont donc propres à chaque patient. Il est nécessaire d'y recourir lorsqu'il n'est pas possible d'appareiller le patient avec les deux solutions précédentes. Ces bas s'adressent par exemple aux personnes en surpoids où la mesure adaptée ne peut répondre à leur morphologie.

Depuis 2016, un laboratoire d'orthopédie propose un système permettant de prendre ces mesures de manière informatique. Ce système permet, depuis une tablette numérique, de « numériser » le patient afin de réaliser une prise de mesures digitale, précise au millimètre près. La prise de mesures se fait sans contact direct avec le patient (Figure 21).

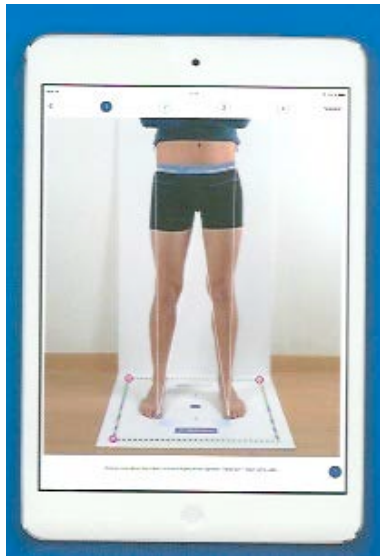


Figure 21 - Mètre digital (63)

Ce système a pour avantage de suivre l'évolution morphologique du patient lors du renouvellement des contentions, donc d'assurer un meilleur suivi.

La simplification de prise de mesures grâce à cet appareil peut être un réel atout lors de contentions sur mesures.

d. Choix du modèle (64)

Le choix du modèle est essentiel pour avoir une bonne observance. Un bas qui ne plaît pas au patient ne sera jamais porté. D'où l'intérêt de disposer d'échantillons de taille suffisante pour apprécier véritablement les textures et les coloris disponibles selon les classes de contention et les différents fabricants.

Le patient sera alors en mesure de faire un choix résultant d'un compromis entre confort, fonctionnalité et esthétique.

Par ailleurs, la vitrine de la pharmacie est un endroit privilégié pour informer les patients des nouveautés en matière de compression. Elle doit être renouvelée régulièrement et permet de changer l'image négative de la compression auprès de certains patients.

e. Application / Essayage

La bonne application de la contention est obligatoire pour avoir l'effet attendu. Quel que soit le modèle choisi, elle repose en grande partie sur le bon positionnement du talon (un vrai talon est obligatoire qu'il s'agisse de chaussettes, bas ou collants).

Une fois le talon correctement placé, les trames sont réparties conformément à leur objectif de compression. Il suffit ensuite de dérouler délicatement le bas sur la jambe.

Plus la classe retenue est grande (c'est-à-dire présentant une force de compression élevée), plus il est difficile d'enfiler le bas de contention ; c'est pourquoi il est parfois plus judicieux de superposer deux bas de classe de compression inférieure. Par exemple, on peut remplacer un bas de classe III en superposant un bas de classe I et un bas de classe II.

Cependant, quelques conseils sont à donner aux patients rencontrant quelques difficultés lors de l'enfilage (Figure 22) :

- enfiler les bas dès le lever, avant même de poser un pied à terre ;
- ne pas hydrater ses jambes avant l'enfilage (un corp gras empêche le glissement du tissu sur la jambe) ;
- talquer les talons si besoin (pour faciliter le glissement du tissu) ;
- rester en position assise ou couchée ;
- retourner le bas à l'envers jusqu'au talon ; enfiler le bout du pied puis le talon ; retourner le bas et le dérouler sur la jambe sans tirer en faisant attention à ne pas faire de plis ;
- masser la jambe de bas en haut afin d'ajuster la mise en place des bas. (33)

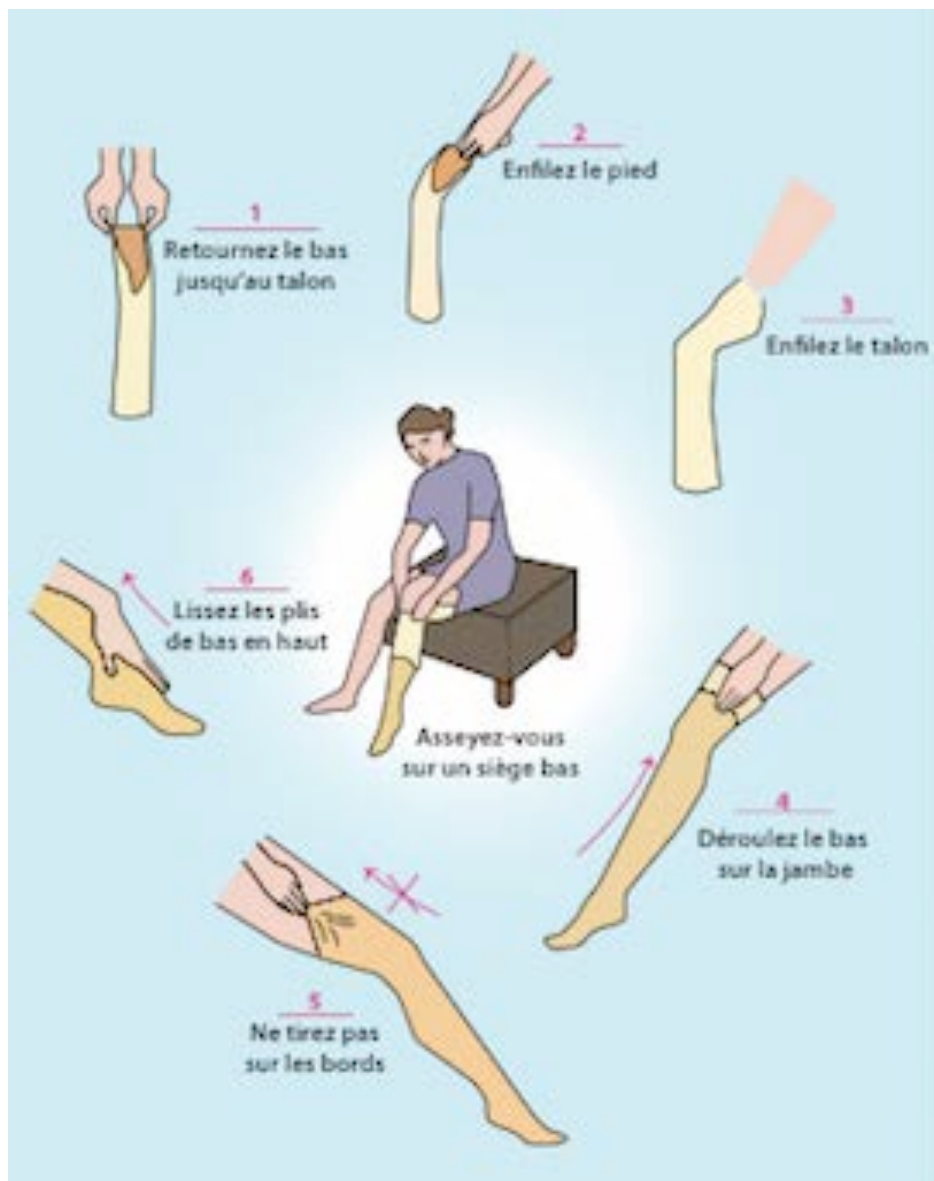


Figure 22 - Conseils d'enfilage des bas de contention (62)

Il se peut également que la difficulté d'enfilage vienne de l'orthèse choisie. En effet les collants sont à proscrire chez les personnes âgées ou en surpoids. Pour une meilleure observance, on choisira plutôt des chaussettes voire des bas lorsque cela est nécessaire.

f. Systèmes d'aide à l'enfilage et à la dépose des bas

Malgré les recommandations vues dans le paragraphe précédent, la mise en place des bas à la maison peut être difficile. Pour pallier à cette difficulté, il existe des systèmes d'aide à l'enfilage qui sont de trois types :

- mécaniques (Figure 23) : à armature métallique type abat-jour ;



Figure 23 - Système d'aide à l'enfilage à armature métallique (65)

- semi-rigides (Figure 24) : constitués d'une partie en matière plastique et de sangles en coton ;



Figure 24 - Système d'aide à l'enfilage semi-rigide (66)

- souples : sous la forme d'un simple chausson permettant de faciliter le glissement du bas ou d'une membrane élastique remplie d'eau (Figure 25, Figure 26) (33).

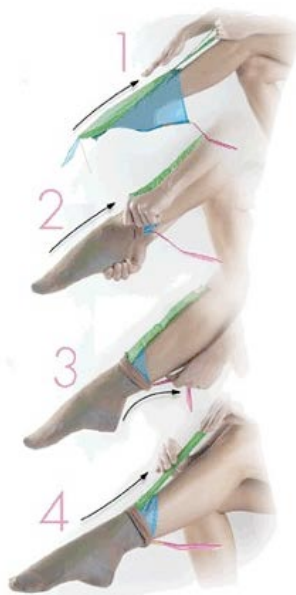


Figure 25 - Système d'aide à l'enfilage souple (chausson) (67)



Figure 26 - Système d'aide à l'enfilage souple (membrane remplie d'eau) (68)

Le choix dépend de l'âge et de la force musculaire du patient ainsi que de l'aide d'une tierce personne qu'il peut ou non recevoir.

Pour 50% des patients, la dépose du bas est au moins aussi difficile que l'enfilage. Certains la compensent par une modification de la position d'appui (allongé sur un lit par exemple), mais d'autres sont dans l'incapacité de le faire.

Il existe des systèmes retire-bas (Figure 27) qui permettent, grâce à une spatule, de faire glisser le bas le long de la jambe jusqu'au niveau du talon, pour enfin le pousser jusqu'au bout du pied afin qu'il soit entièrement retiré.



Figure 27 - Système "retire-bas" (69)

Tous les modèles nécessitent un réel apprentissage de leur utilisation par le patient, et le pharmacien doit s'assurer régulièrement que cet apprentissage est toujours acquis.

Aucun dispositif n'est remboursé par la sécurité sociale.

Enfin, si même à l'aide d'un de ces dispositifs le patient n'est pas en mesure de mettre ou retirer sa compression, le pharmacien doit s'assurer que le patient dispose de l'aide d'une tierce personne à domicile.

g. Conseils d'entretien (33)

Pour des raisons d'hygiène, mais également de compression, il faut laver les bas de compression tous les jours. Le lavage permet au bas de reprendre sa forme initiale et donc sa capacité de compression.

Il est conseillé de laver les bas à la main ou à 30°C à la machine à laver, dans un filet de protection, avec une lessive sans adoucissant ni détergent.

Le séchage s'effectue à l'air libre, à plat, loin d'une source de chaleur. Il ne faut surtout pas tordre les bas de contention pour en faire sortir l'eau car cela endommage les fibres élastiques.

Pour respecter ces conseils d'entretien il est donc préférable d'avoir plusieurs paires à disposition.

Malgré un entretien irréprochable, on n'utilise pas les compressions élastiques plus de six mois.

h. Conseils hygiéno-diététique associés

Les conseils hygiéno-diététiques doivent être préconisés quel que soit le stade de l'insuffisance veineuse (Tableau 6).

Tableau 6 - Conseils hygiéno-diététique à l'officine

Situations du quotidien ayant un impact sur le retour veineux	Action	À éviter	Conseils
La chaleur	Augmente les symptômes, car provoque une dilatation des veines → douleur, sensation de jambes lourdes.	Bains chauds, sauna, couverture chauffante, épilation à la cire chaude...	Préférer un jet d'eau froide à faible pression en remontant de la pointe des pieds jusqu'à l'aîne → active la circulation veineuse, soulage les douleurs.
Le port de vêtements serrés	Diminue le retour veineux + sensation de chaleur.	Ceintures et gaines trop serrées à la taille, ou chaussettes trop serrées.	
Port de talon (>3cm) ou de chaussures plates	Pas de pression suffisante au bon retour veineux.	Les chaussures plates ou trop hautes.	Changer régulièrement de chaussures, avec des hauteurs de talons différentes.
Stations assises ou debout prolongées	Réduit la chasse veineuse vers le haut et provoque la stagnation du sang dans les jambes.	Croiser les jambes en position assise.	Prévoir des pauses régulières pour se dégourdir les jambes.
Pratique d'une activité physique régulière et adaptée	Améliore le fonctionnement de la pompe veineuse.	Les sports brutaux comme le football, rugby, sport de combat, ski alpin, tennis,...	Privilégier la marche, la natation, la gymnastique ou le cyclisme.

Tabac et alcool	Le tabac contribue à la détérioration de la paroi veineuse. L'alcool entraîne une dilatation des capillaires sanguins.		Proposer les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac (patch, gomme, inhalateur...).
-----------------	---	--	---

2. Réglementation

Tout comme la délivrance des médicaments, le pharmacien doit respecter certaines règles de dispensation.

a. Validité de l'ordonnance

i. Règles de prescription (37, 76)

La prescription est indispensable pour obtenir un remboursement par la sécurité sociale.

La prescription doit respecter quelques règles ; pour être prise en compte elle doit :

- figurer sur une ordonnance séparée de toute autre prescription ;
- être rédigée par un professionnel autorisé à prescrire ces orthèses ;
- préciser au minimum l'orthèse voulue et notamment sa hauteur sur la jambe ainsi que la classe de compression ;
- indiquer le nombre de boîtes à délivrer.

Si le prescripteur mentionne sur l'ordonnance le nom de marque souhaitée, la substitution n'est autorisée qu'après son accord (sauf urgence).

Le nombre d'orthèses de contention remboursé par la sécurité sociale varie selon les caisses d'assurance maladie. En Meurthe et Moselle, il est limité, depuis janvier 2016, à deux orthèses tous les 6 mois, sauf changement de taille ou de classe de compression.

ii. Prescripteurs autorisés (71)

Les professionnels autorisés à prescrire sont les médecins, les kinésithérapeutes, et les sages femmes.

Dans le cas d'un renouvellement, les infirmières peuvent prescrire à l'identique, après accord du premier prescripteur.

b. Garantie (70)

La contention élastique et les bandes de contention sont garanties 6 mois à compter de la livraison au patient.

Cette garantie comprend les problèmes liés à la fabrication, à la finition et à la qualité du dispositif médical.

À noter que cette garantie ne joue pas si l'altération est liée à un mésusage de la part du patient (lavage à plus de 30°C, séchage sur un radiateur, ou dégradation du tissu lors de l'enfilage).

c. Prise en charge (72, 73)

La prise en charge des dispositifs médicaux est subordonnée à leur inscription sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). Cette liste est établie après avis d'une commission de la haute autorité de santé appelée CNEDIMTS (Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé).

En ce qui concerne les orthèses élastiques de compression/contention, elles sont inscrites au sein de cette liste au :

- Titre II : Orthèses et prothèses externes non orthopédiques
 - o Chapitre 1 : orthèses (petit appareillage de série ou sur mesure)
 - Section D : Orthèses élastiques de contention des membres.

Les tarifs réglementaires (ou bases de remboursement) en vigueur en 2017 sont les suivants :

- chaussettes (classe 1, 2 ou 3) : 22€40 la paire ;
- bas (classe 1, 2 ou 3) : 29€78 la paire ;
- collant (classe 1, 2 ou 3) : 42€03.

La sécurité sociale prend en charge 60% du tarif réglementaire (90 % pour les assurés de la caisse d'Alsace Moselle).

Les 40 % restants (10 % pour les assurés de la caisse d'Alsace Moselle) et les éventuels dépassements effectués par l'orthésiste sont à la charge du patient, mais peuvent également être pris en charge, intégralement ou en partie, par sa mutuelle en fonction de son contrat.

Sans prescription médicale, l'assurance maladie ne prend en charge aucun remboursement. Le patient doit payer la totalité du traitement et ne sera pas remboursé.

d. Stocks

Le pharmacien doit disposer à l'officine d'un certain nombre de tailles et de modèles différents afin de répondre à la majorité des demandes et des urgences. Cependant, l'offre de plus en plus importante et diversifiée des laboratoires en matière de coloris et de textures ne permet pas au pharmacien de tout détenir en stock.

e. Délai de délivrance

Lorsque les bas ne sont pas immédiatement disponibles, le pharmacien doit les commander. Pour les bas de série, il peut se faire livrer dans les 24 à 48 heures suivant la commande. Pour les contentions demandées avec des mesures adaptées (cf. *supra* § prise de mesures) le délai est de quelques jours. La livraison des bas fabriqués intégralement sur mesures est plus longue. Il faut compter une à deux semaines entre la prise de mesures et la réception de la commande.

f. Déclaration à la matériovigilance (3)

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation de dispositifs médicaux mis sur le marché.

Elle comporte le signalement, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention.

Son objectif est d'éviter que ne se reproduisent des incidents et risques d'incidents graves mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et/ou correctives appropriées.

Le pharmacien a l'obligation de participer à la matériovigilance des bas de compression élastique. Il y participe en déclarant tout événement indésirable qu'il constate ou qui est porté à sa connaissance par les patients (Figure 28).

Ces déclarations concernent les effets indésirables liés à l'utilisation des dispositifs de compression médicale, et non ceux liés à leurs qualités intrinsèques (par exemple un défaut dans le tissage d'un bas). Le pharmacien les déclare soit directement sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), soit auprès du correspondant local de matériovigilance, soit auprès de l'industriel qui commercialise le produit.

ENVOI PAR FAX :

Si un accusé de réception ne vous est pas parvenu dans les 16 j, prière de confirmer le signalement par ENVOI POSTAL AVEC A.R.



Ministère de la Santé - Préfecture
de la Région Île-de-France

**SIGNALEMENT
D'UN
INCIDENT ou
RISQUE D'INCIDENT**

Cadre réservé à l'ANSM

Numéro
Atributaire
Sous-commission
Date d'attribution

Code de la Santé publique : articles L. 5212-2,
R. 5212-14 à 18

Date d'envoi du signalement

L'émetteur du signalement		Le dispositif médical impliqué (DM)	
Nom, prénom		Dénomination commune du DM	
Qualité		Dénomination commerciale: modèle/ type/ référence	
Adresse professionnelle		N° de série ou de lot	Version logicielle
code postal / commune		Nom et adresse du fournisseur	
E-mail		code postal / commune	
Téléphone / Fax		Nom et adresse du fabricant	
<input checked="" type="checkbox"/> Etablissement de santé : N° FINESS <input type="checkbox"/> Association distribuant DM à domicile ? <input type="checkbox"/> Fabricant / Fournisseur <input type="checkbox"/> Autre		code postal / commune	
L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
L'incident ou le risque d'incident			
Date de survenue / Lieu de survenue		Conséquences cliniques constatées	
Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter			
Circstances de survenue / Description des faits		Mesures conservatoires et actions entreprises	
<p>Le cas échéant joindre une attestation plus complète sur papier A4e. Préciser ainsi le nombre de pièces jointes.</p> <p><input type="text"/></p> <p>et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.</p>			
Situation de signalement (de A à N) <input type="text"/> voir nomenclature page 22		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ?	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Figure 28 - Fiche de déclaration à la matériovigilance (74)

La déclaration à la matériovigilance est une obligation du pharmacien. Le délit d'abstention de signalement d'un incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient est lourdement sanctionné (amende voire emprisonnement).

À ce jour, la matériovigilance des bas de compression fait essentiellement apparaître des phénomènes allergiques, en particulier au niveau des bandes autofixantes des bas-cuisses.

3. Évaluation de la prise en charge

« Une compression efficace est celle qui est portée ». De nombreuses études montrent que ce n'est pas toujours le cas, l'observance dans le domaine de la compression doit être améliorée.

Les praticiens français estiment que l'observance du port de la contention est mauvaise, avec moins de 70 % d'utilisation à moyen terme.

Les études sur l'observance du port de la contention sont peu nombreuses et surtout réalisées à l'étranger.

Les études suivantes tiennent compte uniquement des maladies veineuses chroniques, et suivent la classification CEAP (*cf deuxième partie, choix de la compression et indications*) en tenant compte uniquement de l'item C (la clinique).

- L'étude de S. Raju et al., réalisée en 2007 (78), basée sur l'observance et l'efficacité des bas de contention, a montré que :
 - 21 % des patients les portent quotidiennement ;
 - 16 % des patients les portent occasionnellement ;
 - et 63 % des patients ont abandonné après un essai.

Les raisons de la non-utilisation sont nombreuses :

- 30 % des patients sont incapables de fournir une explication relative au non port de leur compression ;
- 25 % ne les portent pas car la prescription ne vient pas de leur médecin traitant ;
- 15 % pensent que la compression ne les aidera pas ;
- 13 % ont l'impression d'avoir la circulation coupée ;
- 7 % trouvent que les bas tiennent trop chaud ;
- 2 % ont des douleurs ;
- 2 % les trouvent inesthétiques ;
- 2 % n'arrivent pas à les mettre sans aide ;
- 2 % présentent des démangeaisons ;

- 2 % mettent en cause leur prix.
- L'étude de F.A. Allaert réalisée en 2013 (75) a enquêté sur les facteurs qui influent sur l'observance du port des bas de contention chez 2 265 patients. Seulement 36,6 % ont porté les bas tous les jours.

Les principales causes de mauvaise observance sont :

- un nombre insuffisant de paires disponibles pour permettre de les mettre tous les jours (24,5 %) ;
 - des difficultés d'enfilage (23,8 %) ;
 - des difficultés à les ôter (14,5 %) ;
 - l'absence d'amélioration (9,1 %).
-
- L'étude de C.J. Moffat et al. réalisée en 2004 (76), porte sur l'observance du port des bas de contention et des bandages pour traiter des ulcères veineux.

Les raisons pour expliquer la mauvaise observance sont triples : difficultés d'application, inefficacité, manque de confort.

La durée réelle du port des bas de contention ne peut actuellement être appréciée que par l'interrogatoire du patient. Le risque de fausses réponses n'est donc pas évalué. Quelques indices nous renseignent comme, par exemple, le fait de constater le port d'un bas de contention lors d'une consultation médicale ou à la pharmacie.

De plus, aucune étude n'intervient sur la qualité de la dispensation. Seules les causes d'inobservance sont traitées.

Néanmoins ces études soulèvent les 4 principaux éléments qui influent sur l'observance :

- le choix du modèle (alliant confort et esthétique) ;
- la facilité d'emploi (enfilage et dépose du bas) ;
- l'information du patient sur ce traitement ;
- la durée de traitement (plus elle est longue, plus le risque d'inobservance est élevé).

Tous ces éléments relèvent de la qualité de dispensation des contentions à l'officine et peuvent donc être améliorés.

Des progrès restent à faire pour que ce traitement prenne toute la place qui lui revient dans la prise en charge des affections veineuses chroniques. Ainsi, nous proposons deux solutions pour

améliorer l'observance : la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient et d'une coopération médecin-pharmacien s'appuyant sur l'établissement d'un dossier patient à l'officine.

a. Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient à l'officine (ETP)

L'observance thérapeutique des patients est une des grandes priorités du pharmacien. Elle est indispensable à l'efficacité des traitements, mais elle n'est pas toujours facile à obtenir. L'une des pistes pour améliorer cette observance est la mise en place d'entretiens thérapeutiques.

i. Définition (77)

La haute autorité de santé (HAS), dans ses recommandations, précise que l'ETP, via des entretiens thérapeutiques entre professionnels de santé et patients, « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble (patient, famille et professionnels de santé) et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Ces entretiens d'éducation thérapeutique visent à ce que le patient devienne l'acteur principal de sa santé, en s'impliquant dans la prise en charge de sa maladie.

Chaque entretien thérapeutique est unique, ciblé sur chaque patient. En effet, si l'objectif reste le même, la façon de l'atteindre peut être très différente d'un patient à l'autre.

ii. Éducation thérapeutique dans la contention (78)

L'éducation thérapeutique dans la contention est primordiale car, comme nous l'avons vu, de nombreuses études montrent qu'il existe des problèmes au niveau de l'observance.

La mise en place d'actions d'éducation thérapeutique dans le domaine de la contention n'est pas encore d'actualité, alors qu'elles paraissent pourtant indiquées dans cette problématique. Elles permettraient aux patients d'acquérir une compétence nouvelle avec un dispositif médical, d'en comprendre l'utilité, d'être en mesure de l'appliquer correctement, et de le porter facilement sur une certaine durée.

Elles permettraient l'amélioration de l'observance et donc la réduction des récurrences et des complications des maladies thromboemboliques veineuses.

Enfin elles permettraient d'optimiser les dépenses engagées par la sécurité sociale en diminuant le nombre de contentions prescrites, délivrées par le pharmacien et non portées.

b. Coopération médecin/pharmacien

Compte tenu de l'importance de l'adéquation entre le dispositif médical et la pathologie à traiter, une coopération entre le prescripteur et le dispensateur apparaît comme une véritable nécessité.

Pourquoi ne pas envisager un retour au prescripteur sur l'observance du patient ? Le pharmacien, plus à même d'évaluer la bonne utilisation de la contention à intervalles réguliers, pourrait s'en charger. Ce suivi garantirait l'efficacité de la stratégie médicale choisie.

Pour ce faire, le pharmacien peut constituer un « dossier patient » comprenant :

- Un dossier administratif :
 - Identité du patient
 - Prescripteur
 - Date de délivrance
- Un compte rendu de l'anamnèse :
 - Primo délivrance ? Renouvellement ?
 - Indications de la prescription
 - Mode de vie du patient (profession, aide à domicile... ?)
 - Facteur limitant la capacité d'enfilage
 - Traitements médicamenteux associées
 - Remarques particulières
- Un dossier technique
 - Prises de mesures effectuées
- Les références de l'orthèse délivrée
 - De série, sur mesure
 - Couleur
 - Marque
 - Modèle choisi
 - CIP (Code Interface Produit)
- Appareil annexe éventuellement délivré (enfile-bas...)

Le pharmacien serait tenu de mettre ce compte rendu à la disposition du prescripteur.

Ce « dossier patient » a un rôle dans la traçabilité des délivrances au sein de l'officine, permettant notamment de faciliter le renouvellement d'ordonnance. Le pharmacien doit le mettre à jour après chaque délivrance, ou après chaque retour d'information du patient.

De plus, ce dossier peut réellement être un atout pour le prescripteur (à condition qu'il en ait connaissance) lors du renouvellement pour vérifier l'efficacité de la contention et améliorer l'observance du patient si les objectifs ne sont pas atteints.

Bien entendu ce dossier a ses limites :

- il nécessite que le patient soit suivi dans la même pharmacie ;
- il demande du temps au pharmacien et au médecin.

Nous avons tenté de mettre en pratique à la pharmacie ces études et le résultat de nos réflexions à leur sujet.

c. Évaluation de la prise en charge

Elle a été évaluée dans la pharmacie où je travaille.

i. Description de la pharmacie

La pharmacie est située dans un quartier défavorisé de Nancy. Elle est de taille moyenne avec une patientèle de quartier, fidèle. Elle est située à côté d'une maternité et de nombreux médecins généralistes exercent à proximité. La pharmacie propose une gamme de contention avec et sans dépassement du tarif de remboursement.

ii. Éducation thérapeutique sur la contention

Aucun entretien d'éducation thérapeutique (au sens strict du terme) concernant la contention n'a été mis en place dans la pharmacie. En effet, les entretiens thérapeutiques sont soumis à un accord avec l'Assurance maladie, suivant des règles strictes. Actuellement, seuls les entretiens thérapeutiques des patients sous AVK et des patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés depuis au moins six mois sont rémunérés.

iii. Mise en place du « dossier patient »

Nous avons mis en place un « dossier patient » pour améliorer l'observance de la contention de nos patients (Annexe 1). Il est rempli et complété après chaque dispensation. Ce dossier reste à la pharmacie, il nous sert à la délivrance, au suivi des renouvellements et des problèmes que peuvent rencontrer certains patients pour appliquer leur contention. Ce dossier n'est remis au médecin traitant que lorsque nous jugeons nécessaire de l'informer de certaines difficultés. Par exemple, nous avons eu le cas d'un patient qui ne pouvait plus mettre ses chaussettes de contention (par défaut de mobilité) malgré les aides techniques (enfile-bas) ; nous avons averti le médecin afin qu'il mette en place les dispositifs d'aide pour ce patient (une infirmière à domicile).

Par ce système, nous avons également remarqué que beaucoup de patients n'osent pas parler à leur médecin des difficultés rencontrées alors qu'ils en avertissent plus facilement le pharmacien. Ainsi les patients, au vu des nombreuses notes et interrogations dont nous leur avons fait part pour remplir ce dossier, se sentent écoutés et parfois prennent davantage conscience de l'importance de leur traitement.

iv. Enquête sur l'observance de la contention à la pharmacie

L'enquête a été réalisée, durant l'été 2017, à l'aide d'un questionnaire distribué au patient. Les résultats ne regroupent que les personnes ayant déjà eu recours à la contention pour une affection chronique (Figure 29, 30, 31). Il a été effectué de manière anonyme et compte une cinquantaine de patients.

Voici les résultats de cette enquête menée à la pharmacie (questionnaire en Annexe) :

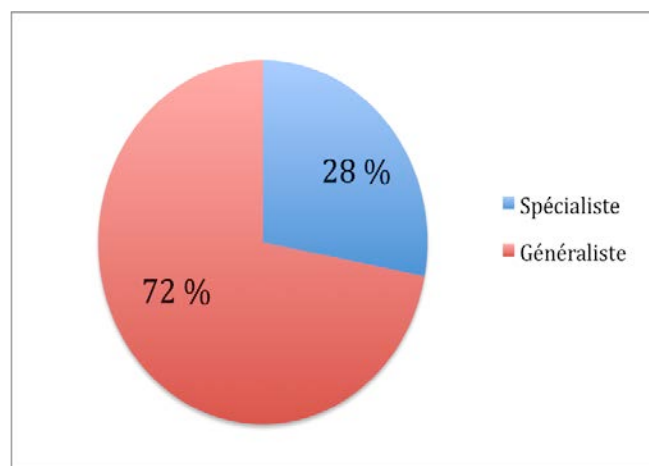


Figure 29 - Prescripteurs des contentions médicales

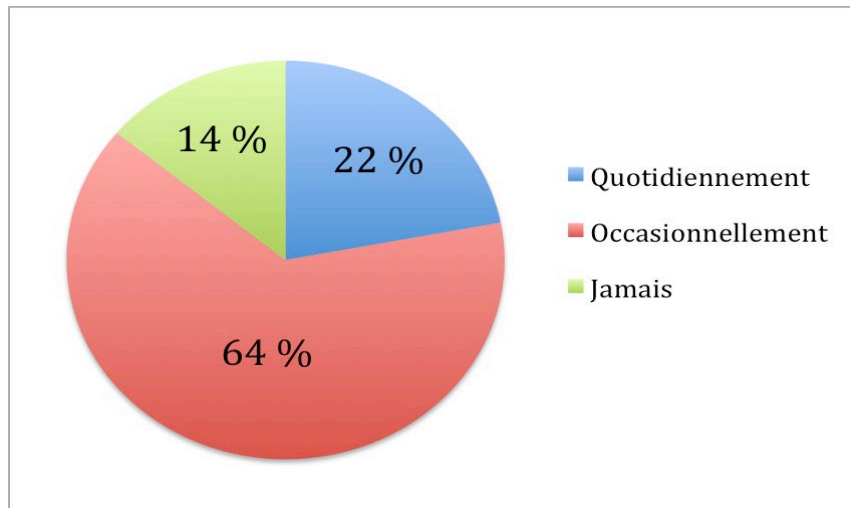


Figure 30 - Fréquence de port des contentions médicales

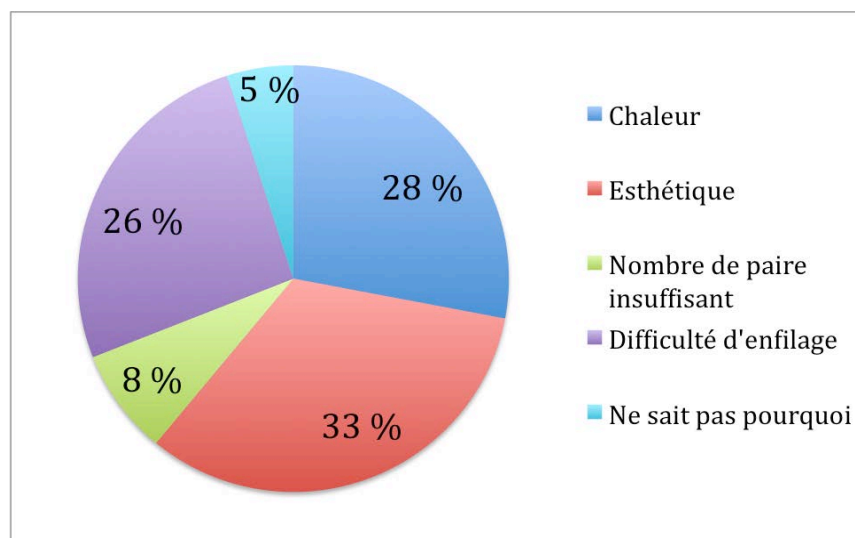


Figure 31 - Raisons d'inobservance de la contention médicale

v. Analyse des résultats - Bilan

Cette étude montre que les médecins généralistes sont les prescripteurs majoritaires (72 %) dans cette pharmacie. La proximité de la pharmacie avec ces médecins et la facilité de prise de rendez-vous sont les explications les plus probables.

Malgré la mise en place du dossier patient depuis 2017, nous constatons qu'une majorité de patient ne porte pas leur contention tous les jours (l'étude ayant été faite après le dossier patient, nous ne pouvons pas juger de son efficacité sur l'observance).

Il est également important de préciser le contexte de l'étude, celle-ci ayant été réalisée en été, période où la majorité des patients renonce à porter leur contention tous les jours du fait des grosses chaleurs.

Le pharmacien, lors de chaque délivrance, doit être en mesure de trouver une solution adaptée à chaque patient, pour permettre la meilleure observance de la contention médicale.

Pour mieux comprendre le nombre important de patients qui ne portent pas régulièrement leur contention (78 %) il faut s'intéresser aux problèmes qu'ils rencontrent. Nous présentons ci-après les 5 principales causes d'inobservance relevées par notre enquête.

- 33 % estiment que l'esthétique a une importance sur leur inobservance.

En dépit des progrès et malgré les efforts fournis par les pharmaciens (vitrines, échantillons, choix importants), ils justifient par l'esthétique leur inobservance.

- 28 % déclarent que les bas de contention tiennent trop chaud.

Il est important de souligner qu'il n'existe pas de différence d'efficacité entre les chaussettes, les bas et les collants de compression. Le choix du modèle est donc une étape primordiale pour améliorer l'observance notamment lors de fortes chaleurs où les contentions sont difficilement supportées. De plus, il est opportun de proposer des contentions à « pieds ouverts » lors de forte chaleur pour ces mêmes raisons.

- 26 % des patients rencontrent des difficultés lors de l'enfilage.

Comme nous l'avons vu, il existe des aides techniques à l'enfilage et à la dépose des contentions. Elles ne sont malheureusement pas remboursées par la sécurité sociale. L'emplacement de la pharmacie dans ce quartier défavorisé explique que très peu de patients peuvent avoir accès à ces aides. Le pharmacien doit être en mesure de proposer des alternatives telles que la superposition de classes inférieures ou la mise en place d'aide à domicile lorsqu'il le juge nécessaire. De plus, le choix du modèle influe sur la facilité d'enfilage. Par exemple une paire de chaussettes est plus facile à enfiler qu'un collant.

- 8 % mettent en avant un nombre de paires insuffisant pour pouvoir les porter tous les jours.

En effet, l'utilisation quotidienne de deux paires, renouvelées seulement tous les six mois, peut amener une détérioration des contentions. Par ailleurs, ce nombre insuffisant de paires contraint les patients à une organisation rigoureuse pour l'entretien.

Malheureusement nous ne pouvons pas intervenir sur ce point. Nous pouvons cependant leur conseiller de se faire prescrire deux paires d'emblée pour faciliter l'entretien.

- 5 % des patients ne sont pas en mesure de donner une explication à leur inobservance.

L'observance est influencée par les informations données au patient. Un patient mal informé ne se sent pas concerné par son traitement et risque d'y renoncer plus rapidement. Le pharmacien doit véhiculer des informations claires au patient et doit l'accompagner dans son traitement.

Le pharmacien a un rôle majeur à jouer pour traiter et prévenir efficacement la maladie veineuse chronique ; en effet 80 % des patients sondés reconnaissent ce rôle essentiel.

La dispensation, même lors d'un renouvellement, doit être accompagnée de conseils précis et s'effectuer en différentes étapes : la prise correcte de mesures, l'essayage dans de bonnes conditions, les conseils d'utilisation et d'entretien.

Le pharmacien participe de manière active à l'adhésion au traitement et à l'observance du patient. Il faut écouter le patient, voir ce qu'il a compris sur son traitement, sur l'utilisation de la compression veineuse, savoir répondre à ses difficultés et l'orienter au mieux pour le faire adhérer à son traitement.

En outre, le pharmacien, lors de la délivrance de la contention, doit permettre l'amélioration de la santé du patient, en mettant le patient au centre du tryptique « médecin – patient – pharmacien » pour une observance maximale.

Quatrième partie : cas de comptoir : mise en
application des bonnes pratiques de dispensation
à l'officine

1. Cas n°1 : Les bas anti-thromboses

Docteur Je
DES d'Anesthésie Réanimation

Essey les Nancy, le mercredi 30 mars 2016

Pharmacie
54000 NANCY

08 AVR. 2016

OU

Tas: 03/06/1947

Bas anti-thrombose

2 paires

Prophylaxie de la maladie thromboembolique périopératoire : Pancréatite +ur le <Date à définir>.
A porter dès le jour de l'opération après avoir pris votre douche pré-opératoire.

Docteur Je:

longueur Chausse / Crava poplitée → 30 cm -
Diamètre Chausse 25 cm -
" Mollet 46 cm - (au @ Feet)
" Crava poplitée 47 cm
longueur du pied 20 cm -

En cas d'urgence : 03 83 18 86 10

En cas de doute ou d'extrême urgence, appelez le Centre 15

Membre d'une association de Gestion Agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

a. La prise en charge du patient

i. Élaboration du bilan fonctionnel

✓ Indication de la prescription

Sur cette ordonnance, le médecin motive son choix de prescrire des bas anti-thrombose : « prophylaxie de la maladie thromboembolique péri opératoire ». Le patient va être alité, la prescription de bas anti-thrombose est tout à fait justifiée. En effet, il a été montré que la fréquence des thromboses après une chirurgie diminue de moitié lorsque le patient porte des bas anti-thromboses.

✓ Fréquence de port

Il est important de rappeler la durée de port du bas. Pour ce type de compression, elle doit être mise en place dès le pré-opératoire, jusqu'en post-opératoire et doit couvrir toute la période d'absence de déambulation. Les bas sont portés de jour comme de nuit.

ii. Prise de mesures

On constate que des mesures ont déjà été prises puisqu'elles figurent en bas de l'ordonnance. La patiente est présente à l'officine, il est donc opportun de reprendre les mesures. On ne sait pas par qui elles ont été prises (famille, infirmière, aide soignante, patiente ?), et elles ne sont, de surcroît, pas correctes (longueur du pied, diamètre du creux poplité ?).

La prise de mesures est essentielle pour le confort du patient, elle influe sur l'observance et l'efficacité de la compression. Un bas mal adapté peut avoir un effet de striction et sera vite abandonné par le patient.

La prise de mesures est la même que pour les bas de contention : hauteur du sol à l'entre-jambe ; circonférence de la cheville au plus fin, du mollet et de la cuisse au plus fort.

Contrairement aux bas-cuisses, ils sont plus souples et s'adaptent facilement à toutes les morphologies.

iii. Choix du modèle

Pour ce type de contention, la patiente n'a pas à choisir le coloris. Pour la plupart des marques, les bas anti-thromboses sont de couleur blanche en rapport avec leur utilisation hospitalière.

Nous choisissons un bas avec une fenêtre d'auscultation sur le dessus du pied, qui, contrairement aux ouvertures classiques « pied ouvert », ne s'enroule pas et donc ne forme pas un bourrelet douloureux sur l'avant du pied. (Figure 18)

iv. Application/Essayage

L'essayage n'est pas nécessaire contrairement aux autres modèles de compression. En effet, ces bas étant très souples, ils s'adaptent facilement à toutes les morphologies. De plus, ils sont généralement mis en place par les professionnels de santé de l'hôpital. Les techniques d'enfilage et de retrait ne seront donc pas nécessaires à apporter au patient.

Cependant, il est toutefois important de rappeler qu'il faut remettre les bas en place deux fois par jour pour une meilleure efficacité (un bas qui glisse n'exerce plus une pression suffisante).

v. Entretien

Le port de ce type de bas est transitoire et relativise l'intérêt des conseils d'entretien.

b. La réglementation

i. Validité de l'ordonnance

Cette ordonnance est prescrite par un médecin anesthésiste, professionnel autorisé par la réglementation en vigueur. De plus, les bas sont prescrits sur une ordonnance séparée de toute autre prescription. Le médecin y précise le dispositif voulu, ainsi que le nombre de paires à délivrer.

Pour toutes ces raisons, cette ordonnance suit les règles de prescription des compressions médicales.

ii. Garantie

Le port de ce type de bas est transitoire.

iii. Prise en charge

Les bas anti-thromboembolique ne figurent pas en tant que tels dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Cependant, certains fabricants proposent des bas anti-thromboses qui sont en fait des bas médicaux de compression de classe II, blanc, à pieds ouverts. Ceux-ci sont classés dans la LPPR sous « petit appareillage » catégorie II, donc remboursables lorsqu'ils sont prescrits. Pour ces raisons, ce sont généralement ces derniers qui sont délivrés au patient.

iv. Stock

Les bas anti-thromboses se limitant à un coloris et quelques tailles, le stock à l'officine est beaucoup plus simple à gérer que pour les bas médicaux de contention. Il est important d'avoir toujours un stock minimum à l'officine pour traiter les urgences.

2. Cas n°2 : mi-bas de contention

CENTRE MEDICAL

54100 NANCY

Docteur **CH.** []
Diplômé de la Faculté de Médecine,
Médecine Générale

consultations:
8h45 à 11h30 et 15h 30 à 18h30
sauf mardi après-midi, jeudi après-midi
et samedi après-midi

Le vendredi 8 juillet 2016
De [] A []
né(e) le 26/05/1958

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.
(AFFECTION EXONERANTE)

FLURIDONE 20 mg cp (PREVISCAN 20 mg Cpr quadriséq 2Piq/16 (30))
selon dernière indication pendant 1 mois
CONTENTION VEINEUSE CLASSE 3....2 PAIRES DE CHAUSSETTES

bouts ouverts

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée.
(MALADIES INTERCURRENTES)

LEVOTHYROXINE SODIQUE 125 µg cp (LEVOTHYROX 125 µg Cpr séc Piq/30)
1 comprimé sécable 1 fois par jour le matin pendant 1 mois ARGX

DOLIPRANE 1 G

1 Cp 3 à 4 x par j pendant 10 j

CHLORHEXIDINE GLUCONATE 0,1 % + CHLOROCREBOL 0,3 % + HEXAMIDINE DI-45ETIONATE 0,1 % sol p appl
cut (CYTEAL 5 moussante FV259ent)

1 application (voie cutanée) le soir pendant 3 semaines

CYCLOPIROX OLAMINE 1 % crème (MYCOSTER 1% Cr T/30g)

1 crème 1 fois par jour le soir pendant 3 semaines

*Zipidone 7,5mg 1/2 pipexan Vu avec
médecin par AT de 08/07/16*

Pour les visites à domicile (qui doivent être médicalement justifiées) merci de téléphoner avant 10 h.

*Pharmacie
iv R.P.
08/07/16
54000 NANCY*

a. La prise en charge du patient

i. Élaboration du bilan fonctionnel

✓ Indication de la prescription

La patiente nous expose que ses veines se sont « bouchées ».

De plus, d'après cette même ordonnance, on constate qu'elle est sous Prévican®. C'est un anticoagulant oral qui appartient à la famille des antivitamines K. Il empêche la formation des caillots en se substituant à la vitamine K, vitamine indispensable à la synthèse par le foie des facteurs de la coagulation. Il est utilisé dans le traitement préventif et curatif des accidents thromboemboliques.

Au vu de l'ordonnance, la prescription d'une compression de classe III semble être cohérente.

✓ Fréquence de port

La compression veineuse élastique est complémentaire du traitement anticoagulant. Ce traitement permet de réduire d'environ 90% le risque de récurrence des maladies thromboemboliques veineuses. La compression doit être portée tous les jours, dès le lever du lit jusqu'en fin de journée.

Le pharmacien rappelle à la patiente l'importance de la compression dans la prise en charge de la maladie thromboembolique, associée à son traitement anti-coagulant. La patiente doit savoir pourquoi on lui a prescrit des chaussettes de compression et le rôle qu'elles ont dans son traitement pour améliorer son observance.

ii. Évaluation des capacités physiques du patient

La patiente est en mesure de mettre sa contention seule. Ses capacités physiques seront évaluées lors de l'essayage.

iii. Prise de mesures

Les mensurations du patient ne correspondent pas à la même taille à la jambe droite et à la jambe gauche.

Deux solutions sont envisageables :

- le fabricant peut dépareiller deux paires pour avoir un mi-bas de chaque taille. Cette option proposée par le fabricant nécessite un dépassement et n'est donc pas très économique ;
- ou comme c'est le cas ici, le patient ayant deux paires de mi-bas de prescrites, la solution consiste à lui délivrer une paire de chaque taille. Le patient peut ensuite les dépareiller et bénéficier ainsi de deux paires de bas parfaitement adaptées.

iv. Choix du modèle

Les fabricants proposent aujourd'hui de nombreuses nuances de coloris et d'épaisseur de tissu, comparables aux chaussettes ou collants habituellement portés par la patiente. Il est donc important de lui soumettre toutes les possibilités afin de permettre une bonne observance quotidienne.

Néanmoins, si la liberté relative au choix des coloris semble totale, elle se révèle être plus réduite lorsque l'on progresse en classe de compression comme ici, et lorsque l'on a une orthèse de compression à pied ouvert (c'est à dire qui laisse libre les orteils ; c'est ici le choix de la patiente qui n'aime pas avoir les orteils comprimés).

v. Application/Essayage

La contention de classe III, qui plus est en pied ouvert, ne représente qu'une part minime des prescriptions de contention. Il faut généralement commander le produit. Cependant, les laboratoires proposent des modèles d'essayage qui permettent d'évaluer la taille, en procédant à l'essayage de manière habituelle. Cet essayage permet également à l'orthésiste d'évaluer les capacités d'enfilage et de défilage de la contention veineuse par le patient.

Nous avons fait essayer à cette patiente les échantillons correspondants à sa taille. Elle n'a présenté aucun problème d'un point de vue de l'enfilage malgré la contention III, et la taille était tout à fait adaptée à cette patiente.

vi. Entretien

Les conseils d'enfilage et d'entretien vus dans la partie 3 (*cf supra*) seront à rappeler avant chaque dispensation.

b. La réglementation

i. Validité de l'ordonnance

L'ordonnance est prescrite par un médecin généraliste. Le médecin précise la classe de compression (compression de classe III), et le modèle souhaité (chaussette). Cependant, la compression n'est pas prescrite sur une ordonnance séparée du traitement chronique du patient. En théorie, aucun remboursement ne peut se faire. En pratique, ce type d'ordonnance concerne 20 % des ordonnances de compression. La caisse primaire tolère ce type de prescription, la tarification sera quand même appliquée. Il est judicieux dans ce type de cas de tarifier cette ordonnance en deux fois, en séparant les médicaments des contentions.

ii. Garantie

La contention est garantie 6 mois à compter de la délivrance au patient. Elle comprend les problèmes liés à la fabrication, à la finition et à la qualité du dispositif médical.

iii. Prise en charge

Nous sommes dans le cas d'une affection de longue durée. La prise en charge par la sécurité sociale est de 100 % du tarif réglementaire.

Cependant, les orthèses de compression élastique à « pied ouvert », considérées comme des modèles « adaptés », font généralement l'objet d'un dépassement tarifaire qui reste à la charge du patient.

iv. Délai de délivrance

La livraison de ce type de contention se fait dans un délai de 24 à 48 heures.

3. Cas n°3 : Collant sur-mesure

CABINET MEDICAL des Docteurs

DOCTEUR .
MÉDECINE GÉNÉRALE

mercredi 2 novembre 2016

Madame F. CUI

VARISMA 2 COLLANT SUR MESURE

2 paires

Attestation Association agréée. Le paiement des honoraires par chèque est accepté!

a. La prise en charge du patient

i. Élaboration du bilan fonctionnel

✓ Indication de la prescription

Le médecin précise qu'il faut des collants « sur-mesure ». Cette mention est obligatoire pour obtenir le remboursement par la sécurité sociale (le LPP étant différent que pour les collants de série).

Le sur-mesure est indiqué au-delà d'un certain degré de dysmorphie, les articles de série ou de mesures adaptés s'avérant inadéquats. Nous sommes ici dans le cas d'une obésité qui s'étend jusqu'en-dessous du genou.

✓ Fréquence de port

Tout comme les bas de série, ils doivent être mis en place le matin au réveil, et retirés la nuit pour éviter une compression exagérée.

✓ Évaluation des capacités physiques du patient

Il s'agit ici d'un renouvellement, la patiente porte sa contention depuis plusieurs années. Aucune aide n'est nécessaire à cette patiente pour appliquer quotidiennement ses collants de contention.

ii. Prise de mesures

La dispensation de bas sur-mesure ne peut se faire que si l'on possède le Diplôme Universitaire d'orthopédie.

Cette patiente a déjà eu de la contention sur-mesure il y a moins d'un an. En effet, lors de la première prise de mesures, nous avons constaté que cette patiente avait une cheville très fine par rapport à son tour de mollet et de cuisse. Elle ne rentrait pas dans la contention de série.

Il en a été de même pour cette ordonnance, où nous avons dû reprendre les mesures nécessaires pour effectuer un collant sur mesure.

Les mesures prises sont les suivantes :

L'ajustement exact des collants sur-mesure dépend totalement de l'exactitude des mesures prises préalablement. Il est donc indispensable de se trouver dans les meilleures conditions et se baser précisément sur les fiches préétablies par chaque fabricant.

En effet, les erreurs de mesure ou les données incorrectes ne portent pas seulement atteinte au confort du patient. Elles ont des conséquences graves, engendrant par exemple des valeurs de pression trop élevées, trop basses, ou une mauvaise dégressivité de la compression.

iii. Choix du modèle

Le prescripteur a précisé la marque de contention sur l'ordonnance (Varisma®). Sans son accord, nous ne pouvons changer le fabricant prescrit.

iv. Entretien

Les conseils d'entretien vus dans la partie 3 (*cf supra*) sont les mêmes pour les contentions de série et sur-mesure.

b. La réglementation

i. Validité de l'ordonnance

L'ordonnance est prescrite par un médecin généraliste. Il précise sur l'ordonnance la marque (Varisma) et le type de compression (collant) souhaités, la classe de compression (classe II), et le fait qu'il s'agit de collant « sur mesure ».

De plus, cette ordonnance est prescrite sur une ordonnance séparée du traitement chronique de cette patiente ; pour toutes ces raisons, elle est conforme aux règles de prescription des contentions médicales.

ii. Garantie

La contention élastique est garantie 6 mois à compter de la livraison au patient.

Cette garantie comprend les problèmes liés à la fabrication, à la finition et à la qualité du dispositif médical.

iii. Prise en charge

Les collants de contention sur-mesure figurent dans la Liste des Prestations et des Produits Remboursables. Cependant, ils sont très chers à l'achat ce qui oblige le pharmacien à faire un dépassement assez conséquent, à la charge du patient. C'est pourquoi, il est parfois nécessaire de demander un devis afin d'informer le patient du prix avant de les commander. Le devis est gratuit et rapide, donc n'intervient quasiment pas dans les délais de livraison.

iv. Délai de délivrance

Le délai de livraison pour du sur-mesure est d'environ une à deux semaines entre la prise de mesures et la livraison.

4. Cas n°4 : Collant de maternité

Docteur AL
MEDECINE GENERALE
Consultations sur Rendez-vous

Docteur
MEDECINE GENERALE
Consultations sur Rendez-vous

7 1 1/2017
Mme Ag. de L.F.I.
79 ans

1) 2 paires de collants de contention maternité force 2
AR2x

0 spécialité(s) prescrite(s)

Votre médecin est dans l'obligation de prescrire des médicaments génériques et votre pharmacien dans l'obligation de les délivrer. Vous pouvez toutefois refuser la substitution en perdant le bénéfice de la dispense d'avance des frais sur le médicament non substitué.
En cas d'urgence, appeler le centre 15
Membre d'un A.S.A. Paiement par chèque accepté

a. La prise en charge du patient

i. Elaboration du bilan fonctionnel

✓ Indication de la prescription

La grossesse est un état physiologique favorisant l'apparition et le développement des troubles veineux. Le statut hormonal, la compression exercée par l'utérus et l'augmentation du volume sanguin participent à leur survenue.

La contention élastique est indiquée en prévention de la thrombose veineuse y compris en l'absence de signes cliniques. La classe II est recommandée. Cependant, en cas d'affection veineuse chronique déjà présente, la classe III ou IV peut être préconisée.

✓ Fréquence de port

La contention doit être portée pendant toute la durée de la grossesse. Elle est aussi utilisée en post-partum pendant six semaines ou pendant six mois en cas de césarienne.

✓ Evaluation des capacités physiques du patient

La patiente ne peut plus mettre ses collants de contention seule au vu de l'avancée de la grossesse. Nous lui proposons un enfile-bas à armature métallique (Figure 23). Il permet l'introduction de la jambe dans le collant sans avoir à se baisser.

ii. Prise de mesures

La prise de mesures est la même que pour des collants de contention. La culotte très extensible s'adapte aux modifications morphologiques de la grossesse.

iii. Entretien

Les conseils d'entretien sont les mêmes que ceux vu précédemment (cf *supra* partie 3). Il est également important de rappeler que la durée de vie d'un bas est d'environ quatre mois.

b. La réglementation

i. Validité de l'ordonnance

Les règles de prescription des contentions médicales sont respectées :

- ✓ prescription par un médecin ;
- ✓ ordonnance séparée ;
- ✓ précision de la classe de contention, du type de contention souhaité.

ii. Prise en charge

La patiente entame son septième mois de grossesse, elle bénéficie donc d'une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

La prise en charge à 100 % s'applique à partir du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement.

Certain fabricant propose des collants maternités sans dépassement tarifaire.

CONCLUSION

Parce qu'elle touche près de dix huit millions de français, l'insuffisance veineuse est un réel problème de santé publique. Outre la prise en charge des complications, elle représente 2,6 % de l'ensemble des dépenses de santé. Le traitement préventif de cette pathologie est donc primordial.

Utilisée dans la prévention et le traitement de la maladie veineuse, la compression médicale a fait ses preuves. En effet, la compression est un des éléments clés du traitement quel que soit le stade de la maladie. Ses effets indésirables relatifs et ses rares contre-indications contribuent à renforcer son utilisation thérapeutique.

Bien que très ancienne, la contention médicale a énormément évolué ces dernières années. Les progrès techniques réalisés par les fabricants permettent de combiner efficacité et esthétique. Les bas de contention sont de plus en plus confortables, transparents, tricotés avec de nouveaux matériaux suivant des procédés de fabrication innovants. Les efforts ainsi faits dans ce domaine afin d'améliorer l'observance permettent d'espérer pour l'avenir la diminution des complications graves liées à l'insuffisance veineuse.

Le prescripteur est un acteur fondamental puisqu'il rédige la prescription qui doit préciser le type, la classe, la hauteur et la durée de la compression adaptée à l'état pathologique du patient et devant être régulièrement renouvelée.

Le pharmacien est lui aussi un acteur incontournable du traitement par la validation des prescriptions, la qualité de la dispensation et les conseils délivrés au patient.

Cependant, la contention veineuse n'est pas toujours bien acceptée et ce traitement ne bénéficie pas toujours d'une très bonne observance de la part des patients. La persistance d'une image négative de la compression relative aux anciens bas à varices et souvent considérée comme exclusivement réservée aux personnes âgées, les difficultés d'enfilage ou encore de port par de fortes chaleurs sont les principales causes identifiées de non-observance.

Un manque d'implication des patients en raison d'un défaut d'information ou d'éducation de la part du médecin et/ou du pharmacien peut également engendrer l'abandon du traitement.

Le pharmacien, en collaboration avec le médecin prescripteur, doit affirmer son rôle clé et convaincre le patient de l'intérêt de la contention. Chaque étape de la délivrance doit participer activement à l'adhésion complète du malade à son traitement afin d'aboutir à l'amélioration de son état pathologique. Le respect quotidien des règles hygiéno-diététiques simples représente un élément complémentaire indispensable à la guérison.

Ainsi, l'éducation du patient conditionne la bonne observance, qui est une des clés du succès.

Compte tenu de l'importance de l'adéquation entre le dispositif médical et la pathologie à traiter, une coopération entre les professionnels de santé « prescripteur » et le professionnel de santé « dispensateur » apparaît comme une véritable nécessité. Cette coopération pourrait être renforcée par l'intermédiaire de « dossiers patients » à mettre en place à l'officine, qui évalueraient la compliance au traitement et amélioreraient le suivi afin de garantir l'efficacité de la stratégie médicale.

La mise en place de ce dossier au sein de l'officine dans laquelle je travaille a permis de mieux évaluer l'observance de nos patients, et renforce la prise en charge. La constitution du dossier (indication de la prescription, prise de mesures précises, évaluation de l'enfilage et du retrait) et l'anamnèse du patient rendent ce dernier plus sensible à l'importance de son traitement, qu'il considérait jusque là comme moins bénéfique qu'un traitement médicamenteux « classique ». Cette prise de conscience aide à replacer la contention au centre de la prise en charge de la maladie veineuse.

Ce dossier est également un atout lors des renouvellements, puisqu'il permet une tracabilité des délivrances au sein de l'officine, avec la prise des mesures précises, les difficultés rencontrées lors de l'enfilage et du retrait, et il peut être transmis aux médecins lorsque nous le jugeons nécessaire. Tout le personnel de la pharmacie a adhéré à ce dossier et s'implique quotidiennement.

Notre réflexion et notre travail se sont portés sur la délivrance des contentions des membres inférieurs, avec la mise en place du dossier patient. Pourquoi ne pas appliquer ce dossier à l'ensemble des orthèses ? Cette démarche renforcerait le rôle du pharmacien orthésiste au sein des professionnels de santé.

Annexe 1 : Dossier patient contention pharmacie X

- Dossier administratif

Nom
 Prénom
 Numéro de sécurité sociale

- Compte-rendu de l'anamnèse

Prescription*

Primo prescription
 Renouvellement

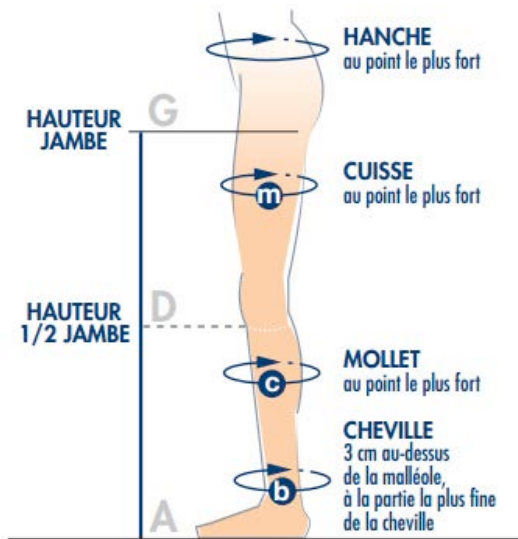
Date de prescription

Prescripteur

Classe prescrite* I II III IV
 Orthèse prescrite* mi-bas bas collant ATE

Indications

- Mensurations du patient



	Chaussette	Bas	Collant
Cheville « b »			
Mollet « c »			
Cuisse « m »			
Hanche			
Hauteur « AD »			
Hauteur « AG »			

- Facteurs limitant l'enfilage*

* Entourer la réponse correspondante.

Aucun
Force musculaire diminuée
Surpoids, obésité
Enraidissement du rachis
Autre

- Difficulté de désenfilage*

Oui
Non

- Orthèse délivrée

Orthèse* De série
 Mesure adaptée
 Sur mesure

Classe délivrée*	I	II	III	IV
Orthèse délivrée*	mi-bas	bas	collant	ATE
Marque				
Taille				
Couleur				

Modification effectuée*

Aucune
Pied ouvert
Modification de la pointure
Raccourcissement de la hauteur
Transformation du collant en hémi-collant
Raccourcissement de la culotte du collant
Autre

Code CIP

Délivrance d'aide technique

Commentaires/observations :

* Entourer la réponse correspondante.

Annexe 2 : Questionnaire sur l'observance de la contention à la pharmacie X

1. Avez-vous déjà eu recours à la contention pour une affection chronique ?
 - Oui
 - Non

2. Les bas de contention vous ont été prescrit par :
 - Un médecin spécialiste
 - Un médecin généraliste

3. Vous portez vos bas de contention :
 - Quotidiennement
 - Occasionnellement
 - Jamais

4. Quelles sont les raisons de la non utilisation de vos bas de contention ?
 - Le prix
 - La chaleur
 - L'esthétisme
 - Le nombre de paires insuffisant
 - Le manque de confort
 - La douleur
 - La difficulté d'enfilage
 - Le manque d'efficacité
 - Autre :

5. Sur une échelle de 0 (aucun rôle) à 5 (rôle majeur), estimez-vous que le pharmacien joue un rôle essentiel sur l'utilisation de vos bas de contention (choix des textiles, de la couleur, prise de mesures adaptées, conseil d'enfilage...) :
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5

Bibliographie

Glossaire

1. GARNIER M., DELAMARE V.
Dictionnaire illustré, 30^{ème} édition
Paris : Maloine, 2009

Introduction

1. HAS ((HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)
Dispositif de compression médicale à usage individuelle-utilisation en pathologies vasculaires ; consulté en juillet 2016
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rapport_compression_medical_1276_vf.pdf

Première partie : la pathologie veineuse du membre inférieur

2. RAMELET A.-A, PERRIN M., KERN P.
Les varices et télangiectasies, 2^{ème} édition
Lausanne, Lyon et Vevey : Masson, 2010, p. 7-101 et 159-170
3. RAMELET A.-A, PERRIN M., KERN P. et al
Phlébologie
Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, p. 28-95
4. TOLEDANO A.
Guide pratique de la thrombose veineuse des membres inférieurs
Paris : Vernazobres-Grego Edition, 2012, p. 20-27
5. BARTHELEMY P., LEFEBVRE D.
Insuffisance veineuse des membres inférieurs
Paris : Masson, 1994, 112 p.
6. FEDERATION FRANCAISE DE CARDIOLOGIE

Les artères et les veines ; consulté en ligne en octobre 2016

<http://www.fedecardio.org/votre-coeur/anatomie/arteres-et-veines>

7. Représentation schématique d'une veine ; consulté en ligne en juin 2017
<https://www.dreamstime.com/stock-image-artery-vein-vector-illustration-diagram-image39773551#>
8. Représentation schématique du système veineux superficiel et profond ; consulté en ligne en août 2016
https://www.mes-jambes.com/Infos-et-conseils/49_traitement-insuffisance-veineuse
9. LEFEBVRE-VILARDEBO M.
Fonctionnement de nos veines ; consulté en ligne en août 2016
<http://lefebvre-vilardebo.com/page1/page2/page2.html>
10. RAMELET A.-A., HAFNER J.
Anatomie et anatomie pathologique des veines des membres, 5^{ème} édition
Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, p. 15-18
11. DEVULDER B.
Généralités-Anatomie et physiologie du système circulatoire
Paris : Masson, 1998, p. 85-134
12. TOLEDANO A.
La maladie veineuse
Paris : ESTEM, 1999, p. 24-82
13. LEMASLE P., CORNU-THENARD A., LEFEBVRE-VILARDEBO M.
Varices thromboses œdèmes
Paris : Doin, 1996, p. 73-86
14. TOULZE J. (Sigvaris®)
Représentation de la semelle plantaire de Lejars à la marche
Diplôme universitaire d'orthopédie, Nancy, 2015
15. MAGGISANO R., HARRISON A.
Effet de la contraction du muscle du mollet sur la circulation veineuse ; consulté en ligne en septembre 2016
<http://www.wsiat.on.ca/french/mlo/fvenous.htm>
16. AMELI
Fonctionnement des valvules saines et dysfonctionnement des valvules incontinentes ; consulté en ligne en octobre 2016

<http://www.ameli-sante.fr/comment-se-deroule-un-echondashdoppler-veineux-des-membres-inferieursnbsp.html>

17. BLANCHEMAISON P.
La maladie veineuse... Son évolution et sa prévention
Paris : Edition phase 5, 2006, 47 p.
18. CEMV (Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire), CFCV (Collège Français de Chirurgie Vasculaire)
Circulation - Métabolisme, Item n°08.225, Insuffisance veineuse, varices ; consulté en ligne en septembre 2016
<http://pufr-editions.fr/>
19. TOULZE J. (Sigvaris®)
Représentation d'une hyperpression veineuse sur un système veineux sain et défectueux
Diplôme universitaire d'orthopédie, Nancy, 2015
20. CLERE N.
L'insuffisance veineuse à l'officine
Actualités pharmaceutiques, 2012, n°515
21. CLERE N.
L'insuffisance veineuse
Actualités pharmaceutiques, 2009, n°486
22. ALLAERT F.-A.
La maladie veineuse, l'indication phare de la compression élastique,
Masson, *Actualités pharmaceutiques*, Supplément formation au n°547, 2015
23. PITTAGULA P., CHASTANET J., REA B., BARBE R. et al.
Corrélation entre l'âge, les signes et symptômes de l'insuffisance veineuse superficielle et les résultats de l'exploration écho-doppler
Paris : Phlébologie, 2006, vol. 59, n°2, p. 149-156
24. GUEX J.-J., ZAMBROWSKI J.-J.
La maladie veineuse : Un véritable enjeu
Le quotidien du pharmacien, 2008, n°2556
25. BOCCALON H., FAUVEL J.-M.
Insuffisance veineuse chronique
Paris : Varices, 2001, p. 48-60

26. DEVULDER B., ALARCON B.
Médecine vasculaire
Paris : Masson, 2004, p. 498-515
27. MINVIELLE F.
Les thromboses veineuses superficielles ; consulté en ligne en octobre 2016
http://www.angio-pro.com/Dr-Laroche/Thrombose-Veineuse-Superficielle-definition_a35.html
28. PERRIN M.
Place de la chirurgie dans le traitement de l'ulcère veineux de jambe
Paris : Elsevier SAS, 2004, p. 44-46
29. LAROCHE J.-P., RIGHINI
Thrombose veineuse : mode d'emploi
Montpellier : Sauramps médical, 2004, p. 25-33
30. DEBURE C.
La compression veineuse dans l'insuffisance veineuse
Paris : Elsevier Masson, p.32-68
31. GUILMOT J.-L., HAMEL-DESNOS C.
La maladie veineuse chronique
Paris : Elsevier Masson, p. 77-88

Deuxième partie : la contention élastique des membres inférieurs

32. GARDON-MOLLARD C., RAMELET A.-A.
La compression médicale, 2^{ème} édition
Paris : Masson, 2005, 425 p.
33. GARDON-MOLLARD C., RAMELET A.-A.
La contention médicale
Paris : Masson, 1999, p. 3-93 et 213-237
34. CALLANQUIN J., LABRUDE P.
Les orthèses de série – Guide à l'usage des praticiens
Paris : Pharmathèmes, 2009, p. 66-75

35. CORNU-THENARD A., BENIGNI J., BOIVIN P. et al.
Bas de contention ou bas de compression ? Une question de définition
Paris : Phlébologies françaises, 2007, p. 179-186
36. SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE,
La contention et la compression veineuse ; consulté en ligne en septembre 2016
<http://www.sf-phlebologie.org/les-bas-de-compression>
37. BENIGNI J., ALLAERT F.
La compression est-elle un bon antalgique veineux ?
Paris : Phlébologies françaises, 2005, p. 83-86
38. BENIGNI J., SADOUN S., ALLAERT F. et al.
Efficacy of class I elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study
Int. Angiol., 2003, p. 383-392
39. BENIGNI J., GOBIN J., UHL J. et al.
Utilisation quotidienne des bas médicaux de compression
Paris : Phlébologie, 2009, p. 95-102
40. RASTEL D.
Guide pratique de la compression par bas et bandes des affections veineuses des membres inférieurs ; consulté en ligne en janvier 2017
<http://drrastel.fr/Doc-medicaux/GuidePratiqueCompression-i.pdf>
41. EKLOF B., RUTHERFORD R.-B., BERGAN J.-J et al.
Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders : consensus statement
Vasc. Surg., 2004, p. 48-52
42. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)
La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse ; consulté en ligne en septembre 2016
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-
43. GALANAUD J.-P., QUERE I.
Insuffisance veineuse chronique. Varices ; consulté en ligne en octobre 2016
http://etudiants.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/items-revue/pdf/rdp_2015_9_supp-items.pdf

44. BEEBE H.-G., BERGAN J.-J., BERGQUIST D. et al.
Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs : a consensus statement
Vasc. Surg., 1996, p. 5-11
45. BECKER F.
Pathologie veineuse tomes 1 et 2
Paris : Masson, 2004
46. GRANDIN M., MERLET C., LEROUX A. et al.
Prévention des complications de l'insuffisance veineuse,
Masson, *Actualités pharmaceutiques*, 2014, n°534
47. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)
La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse ; consulté en ligne en octobre 2017
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_en_prevention_de_la_thrombose_veineuse.pdf
48. Bande élastique
Catalogue BSN Médical® 2016-2017
49. LUN B., RASTEL D., CREPIN D. et al.
La physique de la compression : définition et méthodes d'évaluation
Paris : Phlébologie, 2014, p. 24-32
50. UHL J., LUN B.
Action physique et effets physiologiques des bas médicaux de compression : signification de la notion « pression de travail - pression de repos »
Paris : Phlébologiques françaises, 2008, p. 29-41
51. Bas jarret
Catalogue RADIANTE® 2016-2017
52. Bas cuisses auto-fixants
SIGVARIS® ; consulté en ligne en février 2017
<https://www.sigvaris.com/france/fr-fr/produit/intrigue-0>
53. Bas simple nécessitant un système de fixation

THERAFIRM® ; consulté en ligne en février 2017

<http://www.legstherapy.com/blog/les-porte-jarretelles-et-les-modeles-de-jarretieres-a-hauteur-de-cuisse/>

54. Collant

SIGVARIS® ; consulté en ligne en février 2017

<https://www.sigvaris.com/france/fr-fr/produit/diaphane-0>

55. Collant maternité

GIBAUD® ; consulté en ligne en février 2017

<https://www.mes-jambes.com/gibaud-venactif/895-collants-maternite-venactif-douceur-classe-2.html>

56. Hémi collant

Catalogue RADIANTE® 2016-2017

57. Bas anti-thrombose avec fenêtre d'auscultation sur l'avant du pied

DONJOY® ; consulté en ligne en février 2017

http://www.djoglobal.eu/fr_FR/Bas-ATE-Anti-Thrombose-Classe-2-Veinax-74923.html

58. Bas anti-thrombose avec pied ouvert

Catalogue THUASNE® 2016-2017

59. RASTEL D.

Les contre-indications, effets secondaires et précautions d'usage du traitement par compression médicale élastique

Paris : Phlébologie, 2014, p. 50-57

Troisième partie : rôle du pharmacien dans la délivrance des contentions des membres inférieurs

60. CHAUVEAU M., ROBINET P., CROS F. et al.

Les chaussettes de compression pour homme sont-elles bien adaptées à la population masculine française ? Quel impact sur la pression délivrée ?

Paris : Phlébologie, 2012, p. 7-11

61. ALLAERT F.-A.

Eduquer le patient pour accroître l'efficacité de la compression veineuse


Masson, *Actualités pharmaceutiques*, 2015, n°547

62. Mètre digital
THUASNE® ; consulté en ligne en avril 2017
<http://www.usinenouvelle.com/article/thuasne-connecte-les-patients.N386690>
63. LAMIER Ch., LE FLOCH E.
Thérapeutique et observance de traitement par compression médicale (analyse de la littérature médicale)
Entretiens de BICHAT, Paris, 2006
64. Système d'aide à l'enfilage à armature métallique
Catalogue RADIANTE® 2016-2017
65. Système d'aide à l'enfilage semi-rigide
Enfile bas Dorking, PATTERSON MEDICAL France®, consulté en ligne en mars 2017
<https://www.pcmad.fr/-/grand-public/article-227>
66. Système d'aide à l'enfilage souple (chausson)
Easy slide caran, MATERIEL-SERVICE-MEDICAL® ; consulté en ligne en mars 2017
<http://www.msmedical.net/sante-quotidien/881-enfile-bas-easy-slide-caran.html>
67. Système d'aide à l'enfilage souple (membrane remplie d'eau)
Rolly, SIGVARIS® ; consulté en ligne en mars 2017
<https://www.sigvaris.com/france/fr-fr/rolly-lenfile-bas>
68. Système « retire-bas »
MEDIVEN® ; consulté en ligne en mars 2017
<http://www.pharmareva.com/chaussure-et-orthopedie/87-retire-bas-medi.html>
69. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)
Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies médicales ; consulté en ligne en décembre 2016
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/avis_compression_medicale_1276_23_11_2010.pdf
70. ALLAERT F.-A.
Prescription médicale et délivrance pharmaceutique d'une compression élastique
Angéiologie, 2008, p. 51-55
71. Liste des produits et prestations remboursables ; consulté en ligne en mars 2017
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/LPP.pdf

72. LEGIFRANCE
Code de la sécurité sociale, Article L165-1 ; consulté en ligne en avril 2017
www.legifrance.gouv.fr
73. ANSM
Fiche de déclaration à la matériovigilance ; consulté en ligne mars 2017
[http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/(offset)/0)
74. ALLAERT F.-A., et *al.*
Factors influencing compliance with compression stockings : an observational study in community pharmacies,
Poster in AVF : 2013, p. 54-56
75. MOFFATT C., KOMMALA D., DOURDIN N., CHOE Y.
Factor that affect concordance with compression therapy
Wound Care, 2004, p. 291-294
76. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)
Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ; consulté en ligne en mars 2017
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
77. RAJU S., HOLLIS K., NEGLEN P et *al.*
Use of compression stockings in chronic vnous disease : patient compliance and efficacy ;
consulté en ligne en avril 2017
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980798>

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 21 décembre 2017

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : Margaux LEFAURE</p> <p><u>Sujet</u> : CONTENION ET INSUFFISANCE VEINEUSE : RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président et Directeur : Mme Béatrice FAIVRE, Professeur</p> <p>Juges : M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en pharmacie M. François DUPUIS, Maître de conférences universitaires M. Julien PERRIN, Maître de conférences universitaires, Praticien Hospitalier CHU de Nancy Mme Marine LEICK, Docteur en Pharmacie</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 28/11/2017.</p> <p align="center">Président du Jury et Directeur de Thèse</p> <p align="center">Mme FAIVRE</p> 
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 28.11.2017</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p>  <p align="center">Francine PAULUS</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 12.12.17</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p>  <p align="center">Pierre MUTZENHARDT</p> <p align="center">N° d'enregistrement : 10147</p>

N° d'identification :

TITRE

**CONTENTION ET INSUFFISANCE VEINEUSE : RÔLE DU PHARMACIEN
D'OFFICINE**

Thèse soutenue le 21 décembre 2017

Par Margaux LEFAURE

RESUME :

Le pharmacien a une fonction importante à remplir lors de la dispensation des contentions médicales, dispositifs indispensables aux traitements des pathologies veineuses. Tout comme pour la délivrance des médicaments, le pharmacien doit respecter la posologie (port quotidien), le dosage (la classe de compression) et la durée du traitement. La qualité de l'information transmise au patient est également primordiale. Cependant, la Haute Autorité de Santé a constaté que « la qualité des délivrances des bas de compressions est parfois discutable en termes de prise de mesures et d'essayage, et de moins en moins délivrée par des professionnels formés. Or, les bas de contention sont les articles du petit appareillage les plus délicats à délivrer ». Le pharmacien d'officine doit remédicaliser son attitude face à ce type de dispensation. La dispensation, même lors d'un renouvellement, doit être rigoureuse. Les échanges quotidiens du pharmacien d'officine avec ses patients lui donnent la possibilité de leur promouvoir des conseils hygiéno-diététiques et de les convaincre de l'importance des traitements, en particulier ceux de la compression veineuse. Pour être efficace, la contention élastique doit être acceptée et portée par les patients. Cependant, la contention veineuse n'est pas toujours bien acceptée et ce traitement ne bénéficie pas toujours d'une très bonne observance de la part des patients. La persistance d'une image négative de la compression relative aux anciens bas à varices et souvent considérée comme exclusivement réservée aux personnes âgées, les difficultés d'enfilage ou encore de port par de fortes chaleurs sont les principales causes identifiées de non-observance.

Un manque d'implication des patients en raison d'un défaut d'information ou d'éducation de la part du médecin et/ou du pharmacien peut également engendrer l'abandon du traitement. Le pharmacien, en collaboration avec le médecin prescripteur, doit affirmer son rôle clé et convaincre le patient de l'intérêt de la contention. Chaque étape de la délivrance doit participer activement à l'adhésion complète du malade à son traitement afin d'aboutir à l'amélioration de son état pathologique.

MOTS CLES : CONTENTION, COMPRESSION, INSUFFISANCE VEINEUSE, DISPENSATION, OBSERVANCE

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Béatrice FAIVRE	Laboratoire d'hématologie	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input checked="" type="checkbox"/>

Thèmes **1 – Sciences fondamentales** **2 – Hygiène/Environnement**
 3 – Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**
 5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**