



HAL
open science

Éducation thérapeutique à la compression veineuse chez des patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde : une expérience d'un an au sein de la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble

Jessica Urban

► To cite this version:

Jessica Urban. Éducation thérapeutique à la compression veineuse chez des patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde : une expérience d'un an au sein de la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00903588

HAL Id: dumas-00903588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903588v1>

Submitted on 12 Nov 2013

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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 JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2013

N°

**EDUCATION THERAPEUTIQUE A LA COMPRESSION VEINEUSE CHEZ DES
PATIENTS AYANT PRESENTE UNE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE.
UNE EXPERIENCE D'UN AN AU SEIN DE LA CLINIQUE DE MEDECINE
VASCULAIRE DU CHU DE GRENOBLE.**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

JESSICA URBAN
Née le 14 juin 1988 à Chambéry

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 4 novembre 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur Benoît ALLENET

Directeur de thèse : Madame Bernadette SATGER

Membres : Monsieur Gilles PERNOD

Monsieur Bruno HERVE

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leur auteurs.

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



Doyen de la Faculté : **M. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2012-2013

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES (n=11)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle: Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=6)

CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEUR EMERITE (n=1)

GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (L.A.P.M)
----------------	-------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (n=31)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)

Dernière mise à jour : 23/10/2012

Rédacteur : LANTOU FAURE : Secrétaire doyen Pharmacie

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL. : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)
<u>MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=3)</u>		
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoît	Pharmacie (MCU-PH-IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I/MCU-PH)
<u>PROFESSEUR CERTIFIE (PRCE) (n=2)</u>		
FITE	Andrée	P.R.C.E
GOUBIER	Laurence	P.R.C.E

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
BEJEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)
DON	Martin	Laboratoire TIMC-IMAG

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (n=1)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M.)
----------	---------------	----------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

SUEUR	Charlotte	Virologie (U.V.H.C.I)
VAN NOOLEN	Lactitia	Biochimie Toxicologie (HP2-DBTP-BGM)

ATER (n= 6)

DAYDE David	ATER	Parasitologie Mycologie (J.R)
FAVIER Mathieu	ATER	Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
HADDAD-AMAMOU Anis	ATER	Laboratoire de Pharmacie Galénique
HENRI Marion	ATER	Physiologie – Laboratoire HP2 (JR)
LEHMANN Sylvia	ATER	Biochimie Biotechnologie (JR)
REGENT-KLOEKNER Myriam	ATER	Biochimie (LECA-UJF)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=9)

CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Laboratoire (TIMC-IMAG)
MELAINE	Feriel	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
LECERF-SHMIDT	Florine	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Pharmacochimie (DPM)
BERTHOIN	Lionel	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire (TIMC-IMAG-THEREX)
MORAND	Jessica	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire HP2 (JR)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 23/10/2012

Rédacteur : LANTOU FAURE : Secrétaire doyen Pharmacie

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

REMERCIEMENTS

A Monsieur Benoit ALLENET,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse. J'ai appris à découvrir l'éducation thérapeutique en vous écoutant sur les bancs de la faculté durant mon cursus et j'ai découvert le véritable sens de cette discipline.

A Madame Bernadette SATGER,

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir toujours soutenue dans l'écriture de ma thèse et d'avoir tout mis en œuvre pour que ces consultations soient un plaisir et une source de motivation pour tous les externes en stage.

Veillez trouver dans ces quelques mots le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde admiration pour votre humanité et pour la façon dont vous abordez l'éducation thérapeutique.

A Monsieur Gilles PERNOD,

Je souhaite ici vous exprimer mes plus sincères remerciements pour m'avoir fait confiance sur ce projet. Soyez assuré de mon profond respect et de mon admiration pour le professionnel de santé que vous êtes.

A Monsieur Bruno HERVE,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail, avec votre expérience de la compression et votre regard de pharmacien.

A Bernard IMBERT, Perrine LEVEQUE,

Merci d'avoir participé à ce projet et de m'avoir aidé dans la réalisation de certains documents.

A Pauline MEUNIER, Michael MIRAILLES, Audrey MANET, Vanessa MAITRE,

Merci d'avoir réalisé ces consultations avec le plus grand sérieux, et de vous être investis autant. J'ai pris un grand plaisir à rédiger cet écrit, grâce à notre travail à tous.

A Damien ROUVIERE, Alexandra SALORT, Sylvain COLLET,

Merci pour votre contribution à ce projet, pour vos conseils et votre aide.

Aux patients, aux cotés de qui j'ai appris beaucoup. Je sors enrichie de cette expérience.

A toute l'équipe de médecine vasculaire du CHU de Grenoble, grâce à qui j'ai vécu un stage enrichissant aussi bien en termes de connaissances que sur le plan humain.

A mes parents,

Sans qui je n'en serais certainement pas là aujourd'hui. Merci de m'apporter chaque jour votre amour et votre confiance qui me rendent plus forte. Merci pour votre soutien immense durant ces longues et difficiles années d'études. Vous avez toujours été là pour m'épauler face à toutes mes remises en question, mon manque de confiance, mes moments de tristesse. Je sais que ce parcours est une fierté pour vous, même s'il n'a pas été de toute tranquillité et aujourd'hui je suis heureuse de ce chemin parsemé d'embuches et de joies que nous avons vécu ensemble pendant sept ans ! Vous êtes tout pour moi et je vous aime d'un amour infini.

A Gabin,

Mon amour, avec qui je m'épanouis chaque jour, avec qui je suis comblée et heureuse. Merci pour toutes les heures que tu passes à me rassurer, merci de m'aimer telle que je suis. Tu n'imagines pas combien je t'aime, tu n'imagines pas combien tu es important pour moi. Merci d'être là, d'être toi, et à nous l'avenir, je sais qu'il sera merveilleux!

A pépé, mémé Toulon, Domi, Pat, Just et ma mémé d'Oncin,

Merci d'avoir cru en moi toutes ces années. Je vous aime fort.

A ma Jools,

Ma complice, ma super copine, un petit bout de nana précieuse à mes yeux et dans mon cœur. Merci pour tous ces moments qu'on a vécu ensemble !! Je sais que le temps ne nous éloignera pas et je te dis à très vite !!

A Marinette,

Merci pour tous ces moments passés avec toi. Merci pour ta sincérité, ta joie de vivre. Tu es dans mon cœur et le chemin de la vie est encore long, je souhaite que tu restes à mes côtés.

A Margotte et Prisse,

Merci pour votre amitié qui de la maternelle au lycée, puis du lycée à la fac est restée la même. J'ai tellement de souvenirs avec vous et il y en a encore tant à inscrire dans nos mémoires.

A toute la promo 2008,

On a vraiment vécu des années géniales tous ensemble !! Vous êtes tous de merveilleuses rencontres.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures.....	p.9
Liste des tableaux.....	p.9
Liste des abréviations.....	p.10
Introduction.....	p.11
1. Revue générale de la littérature sur le sujet traité.....	p.13
1.1. Physiologie du système veineux des membres inférieurs.....	p.13
1.1.1. Organisation du système veineux.....	p.13
1.1.2. Retour veineux.....	p.14
1.2. Thrombose veineuse profonde.....	p.15
1.2.1. Définition.....	p.16
1.2.2. Epidémiologie.....	p.16
1.2.3. Physiopathologie de la TVP.....	p.17
1.2.4. Signes cliniques.....	p.18
1.2.5. Diagnostic.....	p.18
1.2.6. Examens complémentaires.....	p.19
1.2.7. Syndrome post-thrombotique.....	p.20
1.2.8. Traitements médicamenteux.....	p.22
1.3. Compression médicale élastique.....	p.22
1.3.1. Indication dans les TVP.....	p.22
1.3.2. Classification des bas de compression médicale.....	p.23
1.3.3. Rappel de terminologie.....	p.23
1.3.4. Actions de la compression veineuse.....	p.24
1.3.5. Structure d'un bas médical de compression.....	p.24
1.3.6. Contre-indications.....	p.25
1.3.7. Règles de prescription.....	p.26
1.4. Education thérapeutique.....	p.27
1.4.1. Définitions.....	p.27
1.4.2. ETP et compression.....	p.28
2. Matériel et méthode.....	p.30
2.1. L'EPP de janvier 2012.....	p.30
2.1.1. Les patients concernés.....	p.31
2.1.2. L'organisation de la demande de consultation.....	p.32
2.1.3. Lieu et éducateur.....	p.32
2.1.4. La formation des externes en pharmacie.....	p.33
2.1.5. Les documents.....	p.33
2.1.6. Le kit d'éducation.....	p.36
2.1.7. Les documents de traçabilité.....	p.36
2.2. Déroulement de l'action d'ETP.....	p.38
2.2.1. Description du déroulement de l'action d'ETP grâce à un mode opératoire... p.39	
2.2.2. Un cas concret.....	p.48
2.3. Evaluation du protocole d'éducation thérapeutique.....	p.49
2.3.1. Audit à six mois.....	p.49
2.3.2. Les points positifs.....	p.50
2.3.3. Les décisions prises.....	p.51
3. Résultats.....	p.52
3.1. Evaluation de l'activité sur un an.....	p.52
3.1.1. Caractéristiques de l'étude et des patients.....	p.52

3.1.2. Entretien téléphonique à trois semaines.....	p.53
3.2. Evaluation de la satisfaction des externes.....	p.58
3.3. Evaluation de la satisfaction des médecins et des internes.....	p.59
4. Discussion.....	p.61
4.1. Interprétation des résultats.....	p.61
4.2. Limites.....	p.63
4.3. Une pédagogie adaptée.....	p.64
4.4. Propositions pour la suite.....	p.66
Conclusion.....	p.68
Bibliographie	p.70
Annexes.....	p.75
Serment des apothicaires.....	p.94

Liste des figures

Figure n° 1 : Organisation du réseau veineux.

Figure n° 2: Réseau veineux du membre inférieur

Figure n° 3 : Veine normale

Figure n° 4 : Veine avec reflux

Figure n° 5: Veine avec thrombus

Figure n° 6: Hypodermite scléreuse - Atrophie blanche et ulcère - ulcère veineux

Figure n° 7: Mailles et trames

Figure n° 8 : Déroulement schématisé de l'action d'éducation

Figure n° 9 : Nombre de questionnaires analysés

Figure n° 10: Achat des bas ou chaussettes de compression

Figure n° 11: Achat d'une aide pour enfiler ou retirer la compression veineuse

Figure n° 12: Evaluation de l'observance

Figure n° 13 : Evaluation de l'envie de porter la compression

Figure n° 14 : Evaluation du ressenti bénéfique de la compression

Figure n° 15: Difficultés

Figure n° 16: Types de difficultés rencontrées

Figure n° 17: Evaluation de l'aide apportée par la consultation d'ETP

Figure n° 18: Estimation de la satisfaction des patients vis-à-vis de la consultation d'ETP

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonction de leur pathologie

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament.

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

ARS : Agence régionale de santé.

AVK : Anti-vitamine K (anticoagulants oraux).

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

DM : Dispositif médical.

EP : Embolie pulmonaire.

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles.

ET : Education thérapeutique.

ETP : Education thérapeutique du patient.

G.R.A.N.T.E.D: Grenoble angiological network for thromboembolic disease.

HAS : Haute autorité de santé.

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire.

HNF : Héparine non fractionnée.

Loi « HPST » : Loi « hôpital, patients, santé, et territoire ».

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état.

IPS : Indice de pression systolique.

MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse.

OMS : organisation mondiale de la santé.

SPT : Syndrome post-thrombotique.

TVP : Thrombose veineuse profonde.

INTRODUCTION

Le port d'une compression veineuse élastique est indispensable pour les patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde (TVP) et s'inscrit en prévention du syndrome post-thrombotique (SPT) [1]. En effet, les séquelles du syndrome post-thrombotique se développent chez presque la moitié des patients présentant une TVP proximale et le port de bas/chaussettes de compression pendant deux ans réduit ce taux d'environ 50 % [2].

Nous disposons à l'heure actuelle de peu de données dans la littérature concernant l'observance de la compression veineuse, et celles existantes, largement ciblées sur les ulcères de jambe [3], ou englobant l'ensemble des maladies veineuses chroniques, mettent en évidence une mauvaise observance [3] [4].

De plus, il est classique de dire que l'observance est un problème pour les personnes à qui on prescrit une compression veineuse élastique [3].

Ainsi, l'éducation thérapeutique (ET), « *visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer aux mieux leur vie avec une maladie chronique* » [5] [6], présente donc un réel intérêt dans la prise en charge des suites d'une TVP, en s'intéressant en particulier à la problématique du port d'une compression veineuse élastique.

Une action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au sein de la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble, a institué la mise en place d'une séance d'éducation thérapeutique à la compression veineuse, destinée aux patients hospitalisés ayant présenté une TVP. Ces consultations ont été réalisées par l'externe en 5^{ème} année de pharmacie, présent dans le service, pendant la durée de son stage. Cette action a été évaluée

par un audit à six mois, et par une analyse des résultats à un an de fonctionnement, dans le cadre de l'EPP.

Cette thèse décrit l'ensemble des étapes de mise en place d'une séance d'éducation thérapeutique à la compression veineuse, et l'analyse des résultats sur une année, de février 2012 à février 2013.

1. REVUE GENERALE DE LA LITTERATURE SUR LE SUJET

1.1. Physiologie du système veineux des membres inférieurs

Nous allons décrire l'anatomie et la physiologie du système veineux de façon claire et simplifiée, pour mieux comprendre par la suite l'utilité de la compression veineuse dans la TVP.

1.1.1. Organisation du système veineux

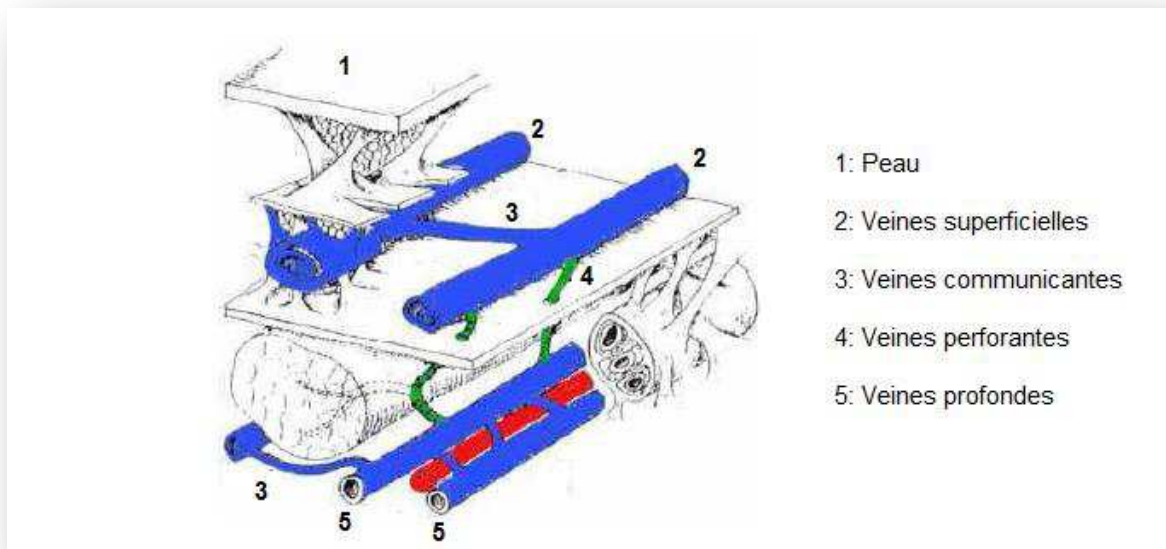


Figure n° 1 : Organisation du réseau veineux [7]

On distingue trois systèmes de veines au niveau des membres inférieurs : le réseau veineux superficiel, le réseau veineux profond, et le réseau des veines perforantes, qui relie les deux précédents entre eux. (Figure n° 1).

Dans la figure n° 2, est résumé le nom de l'ensemble des veines du membre inférieur, avec en a) et b) le réseau veineux superficiel respectivement en vue antérieure et postérieure, et en c) le réseau veineux profond.

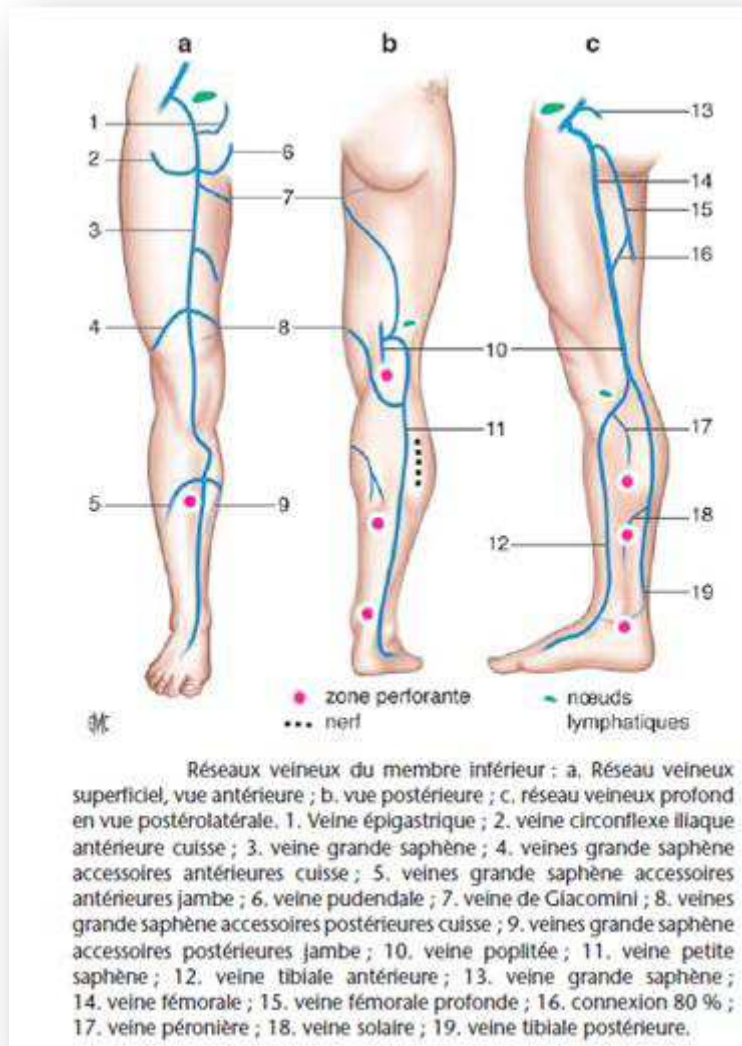


Figure n° 2 : Réseau veineux du membre inférieur [8]

1.1.2. Retour veineux

Le sang périphérique retourne au cœur afin d'être ré-oxygéné. Ce retour veineux est principalement assuré par :

- Les valvules : Les veines superficielles comme les veines profondes sont munies de valves qui empêchent le sang de circuler à contresens, c'est-à-dire de redescendre vers les pieds. Elles représentent un système « anti-reflux ». Lors de la diastole les bords libres des valves s'accolent empêchant le flux veineux de subir la loi de la gravité.

Lors de la systole, les bords libres ne sont plus accolés et le sang repart en direction du cœur. [7]

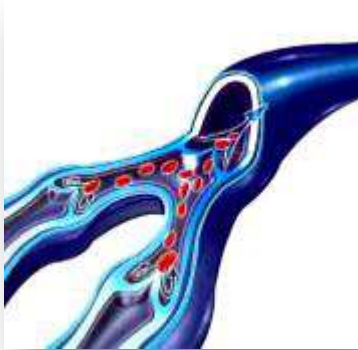


Figure n° 3 : Veine normale [9]



Figure n° 4 : Veine avec reflux [9]

- La semelle plantaire et la pompe musculaire: En position *debout*, l'appui du corps sur le pied écrase la semelle veineuse plantaire, que l'on peut comparer à un réservoir, dont le contenu est expulsé. Puis, la contraction des muscles du mollet comprime les veines, chassant le sang vers le cœur.
- Les mouvements respiratoires : En position *couchée*, c'est le diaphragme qui joue un rôle important. L'inspiration entraîne une chute de la pression intra-thoracique et une augmentation de la pression intra-abdominale, qui freine le retour veineux. L'expiration, le favorise. [10] [11]

1.2. Thrombose veineuse profonde

Pour mieux comprendre la pathologie nous allons la décrire, expliquer comment son diagnostic est fait, quelles en sont les complications et les traitements. Nous comprendrons mieux par la suite l'importance de la compression veineuse.

1.2.1. Définition

La thrombose veineuse profonde (TVP) anciennement appelée « phlébite » est une obstruction totale ou partielle d'une ou plusieurs veines par un caillot sanguin (thrombus). Lorsque la veine obstruée est uniquement superficielle la thrombose est dite superficielle, elle est dite profonde dans les autres cas. L'embolie pulmonaire (EP) est une complication de la TVP, caractérisée par la migration du thrombus dans la circulation pulmonaire. La TVP survient le plus fréquemment au niveau des membres inférieurs. La TVP est dite proximale lorsqu'elle englobe une partie de la veine poplitée jusqu'au niveau de la veine cave. Une TVP localisée en dessous de la veine poplitée est dite distale ou surale. [12]

La thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire constituent la maladie thromboembolique veineuse (MTEV).



Figure n° 5 : Veine avec thrombus [9]

1.2.2. Epidémiologie

En France, l'incidence annuelle de la thrombose veineuse (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par an) est de 1.24‰, de 0.6 ‰ pour l'EP et de 1.83‰ pour la MTEV. La MTEV serait

responsable de plus d'un million d'évènements cliniques ou fatals par an d'après une estimation faite sur six pays de l'union européenne. [13] [14] [15]

1.2.3. Physiopathologie de la TVP

Il est courant de dire que la formation du thrombus est induite par des modifications de trois types, regroupés sous le nom de « Triade de Virchow » [16] :

- La stase veineuse : Elle est favorisée par l'alitement, l'immobilisation prolongée, l'insuffisance cardiaque, respiratoire, l'obésité... Elle va conduire à une agglomération des cellules sanguines.
- L'activation des facteurs de la coagulation (ou hypercoagulabilité) : Elle peut être constitutionnelle (déficit en certains facteurs de la coagulation) ou acquise (cancer, grossesse, infection, syndrome des anti-phospholipides...)
- L'altération de la paroi veineuse : D'anciennes thromboses peuvent engendrer des séquelles au niveau de la paroi des veines et, l'intima, normalement hypo-coagulante ne jouera plus son rôle correctement. Les cathéters veineux centraux, les infections, les varices ou certaines chirurgies peuvent également endommager la paroi veineuse.

Un certain nombre de facteurs de risque tels que l'âge, l'obésité, les antécédents de thrombose, les cancers, les hémopathies, les contextes d'immobilisation prolongée, la grossesse ou la prise de certains traitements médicamenteux... sont à l'origine de ces modifications, pouvant conduire à une TVP. [17]

Le thrombus naît dans un « nid valvulaire », espace situé entre la valvule et la paroi de la veine. « *Lorsque les capacités de lyse physiologique du patient sont dépassées* » [18] le thrombus « grossit » et se propage en amont et en aval. A ce stade, le thrombus n'adhère pas à la paroi veineuse, et risque de se détacher, de migrer dans la circulation sanguine en direction

du cœur et des poumons, et de provoquer une embolie pulmonaire. Au bout de plusieurs jours le thrombus devient adhérent, l'obstruction du vaisseau devient quasi, voire totale, les symptômes de l'hyperpression apparaissent. [18] [19]

1.2.4. Signes cliniques

D'un point de vue clinique la TVP se manifeste par un ensemble de symptômes parmi lesquels [20] :

- Une douleur, d'intensité variable. Elle est liée notamment à la stase sanguine, et à l'inflammation de la veine.
- Un œdème de la jambe ou de l'intégralité du membre inférieur.
- Une tension du mollet.
- La présence de signes inflammatoires avec une hyperthermie cutanée locale.
- La dilatation des veines superficielles.

L'asymétrie avec l'autre membre est une aide utile au diagnostic.

1.2.5. Diagnostic

Il est important de préciser que les signes cliniques de TVP ne sont ni sensibles (ils peuvent être absents en présence de la maladie), ni spécifiques (ils peuvent être présents en dehors de la maladie). [20]

Ils sont importants pour évoquer le diagnostic mais ne suffisent pas à l'affirmer. Il faut donc confronter les signes cliniques, aux différents facteurs de risque de thrombose afin de poser un diagnostic probabiliste. S'ensuit, la réalisation d'examen complémentaires nécessaires pour affirmer le diagnostic.

1.2.6. Examens complémentaires

Dosage des D-dimères :

Les D-dimères sont des produits de dégradation de la fibrine et augmentent dans le plasma lors d'un événement thromboembolique. Des D-dimères négatifs éliminent le diagnostic de TVP. Toutefois des D-dimères positifs ne sont pas synonyme de TVP car leur augmentation peut être liée à de nombreux autres facteurs (âge, infection, maladie inflammatoire...) [21].

Echographie-doppler :

Il s'agit d'un examen indolore, non invasif, réalisé en première intention pour confirmer le diagnostic de TVP. Le médecin explore les veines à l'aide d'une sonde d'échographie sur le membre atteint en la déplaçant de haut en bas sur l'intégralité du membre, et en effectuant des manœuvres de compression/décompression. Trois critères permettent de poser le diagnostic de thrombose veineuse [22] :

- La morphologie : Une veine dilatée, avec un diamètre augmenté et une paroi épaissie sont les signes d'une thrombose. Le thrombus peut également être visible.
- L'incompressibilité : Une veine normale est compressible par la sonde. L'incompressibilité d'une veine est le signe d'une thrombose en échographie.
- L'hémodynamique : L'absence de flux signe une thrombose occlusive ; on retrouve la persistance d'un flux périphérique en cas de thrombose non occlusive et l'étude des flux va permettre d'évaluer les conséquences du thrombus sur la circulation sanguine.

1.2.7. Syndrome post-thrombotique

Définition

Le syndrome post-thrombotique se développe chez environ 50% des patients ayant présentés une TVP proximale. Les symptômes apparaissent généralement dans les deux ans qui suivent l'épisode thrombotique [2].

Physiopathologie

A la phase aiguë de la TVP, le thrombus laisse des lésions anatomiques notamment au niveau des valvules qui ne vont plus remplir leur rôle physiologique conduisant à un reflux, et à une hyperpression veineuse.

L'hyperpression veineuse conduit à une dilatation des micro-vaisseaux, favorisant l'apparition d'un œdème par augmentation de la perméabilité capillaire. Le fibrinogène se transforme en fibrine autour de la membrane capillaire, altérant les échanges d'oxygène avec les tissus. De plus une réaction inflammatoire apparaît par souffrance du tissu endothélial, avec libération des médiateurs de l'inflammation. S'installent alors, les troubles trophiques (mauvais apport circulatoire d'un tissu), en quelques mois, voire plusieurs années après l'épisode initial. [23] [24] [25]

Symptômes

Le SPT représente la complication à long terme d'une TVP, et se manifeste par un ensemble de symptômes non spécifiques, qui sont ceux de l'insuffisance veineuse et qui peuvent différer d'un patient à l'autre. On retrouve notamment [23] [24]:

- Une douleur, à type de lourdeur, de crampe, pouvant aller jusqu'à la claudication intermittente veineuse (qui se manifeste par une douleur lors de la marche),

- L'apparition de paresthésie, trouble de la sensibilité (fourmillement, engourdissement),
- Un prurit,
- Un œdème,
- Des dilatations veineuses à type de varicosités (ou télangiectasies) ou de varices,

On peut rencontrer également des troubles trophiques, altérations de la peau liée à une hypoxie tissulaire, qui font la gravité du SPT :

- L'hypodermite scléreuse, (figure n° 6 a).
- La « dermite ocre » : l'hyperpression veineuse entraîne la rupture des vaisseaux, avec libération d'hématies dans les tissus. Les hématies libèrent l'hémoglobine dont le fer colore les tissus en ocre.
- L'atrophie blanche : ce sont des zones de tissus cicatriciels sur lesquelles les capillaires dilatés sont visibles, (Figure n° 6 b).
- L'apparition d'ulcère cutané, stade ultime du SPT, (Figure n° 6 c).



Figure n° 6 : a) Hypodermite scléreuse - b) Atrophie blanche et ulcère - c) ulcère veineux [26]

Le syndrome post-thrombotique a un impact significatif sur la qualité de vie des patients qui en souffrent. Le traitement reste très difficile et coûteux, d'où l'importance de la prévention.

1.2.8. Traitements médicamenteux

L'objectif n'étant pas de détailler l'ensemble des stratégies thérapeutiques de la TVP et de ses cas particuliers, nous en ferons une synthèse brève en s'appuyant sur les recommandations actuelles en vigueur.

L'anti-coagulation par héparine non fractionnée (HNF), héparines de bas poids moléculaire (HBPM) ou le Fondaparinux, constitue le traitement de référence d'une TVP. Le Rivaroxaban, inhibiteur direct du facteur Xa, peut aussi être utilisé d'emblée. Le traitement doit être mis en place le plus rapidement possible [27].

Il vise à prévenir l'extension du thrombus, et à éviter sa migration vers le parenchyme pulmonaire.

Un relai du traitement initial par les anti-vitamines K (AVK) est ensuite réalisé si le traitement initial est de type héparine ou Fondaparinux.

1.3. Compression médicale élastique

1.3.1. Indication dans les TVP

Selon l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), « *le port de chaussettes ou bas de compression veineuse élastique délivrant 30 à 40 mmHg à la cheville est recommandé dès que possible après le diagnostic de TVP et l'instauration du traitement anticoagulant, pour une durée minimale de 2 ans (ou plus s'il persiste des symptômes) (grade A). Un alitement systématique n'est pas recommandé ; au contraire, une mobilisation précoce (lever) est recommandée dès qu'elle est possible. (grade B)* » [27]

Il n'y a pas de différence d'efficacité démontrée entre les différents types de bas* (chaussettes, bas-cuisse, collants). La pression à retenir est la plus forte supportée par le patient. [28]

La durée du traitement est de deux ans dans les suites d'une TVP proximale. Concernant les TVP distales, en l'absence de données scientifiques les mêmes recommandations sont formulées « *dès lors qu'il s'agit de TVP étendues des veines tibiales postérieures ou fibulaires (Accord professionnel).* » [29].

1.3.2. Classification des bas de compression médicale

« *En France, selon la pression de compression mesurée au niveau de la cheville, les bas/chaussettes de compression sont répartis en quatre classes :*

- *entre 10 et 15 mmHg : classe I ;*
- *entre 15,1 et 20 mmHg : classe II ;*
- *entre 20,1 et 36 mmHg : classe III ;*
- *supérieur à 36 mmHg : classe IV. » [30]*

1.3.3. Rappel de terminologie

Il est essentiel de ne pas confondre les termes « contention » et « compression ».

« *La compression se définit comme la force exercée par une orthèse élastique, qui agit sur un segment de membre de manière « active », au repos et à l'effort. Elle comprime les tissus en permanence sans grande variation à l'exercice » [31]. La compression est constituée de fibres élastiques et exerce une pression active permanente, au repos et à l'effort.*

* Bas est le terme général pour chaussettes (ou bas-jarret), bas-cuisse, collants.

« La contention se définit comme la force exercée par une orthèse rigide [...], qui agit de manière « passive » sur un segment de membre. Elle exerce au repos une faible compression sur les tissus, déployant son activité lors de la mobilisation de la masse musculaire [...] » [31].

La contention, constituée de matériaux non élastiques, exerce une faible pression et s'avère peu efficace quand le membre est au repos. Elle exerce une très forte pression quand les muscles se contractent. Elle agit comme un « mur », s'opposant à l'augmentation du volume musculaire lorsqu'il est en mouvement.

Contrairement à la contention qui peut être maintenue sans risque la nuit, la compression devra être retirée afin de ne pas exercer une pression trop forte, pouvant s'avérer dangereuse [32].

1.3.4. Actions de la compression veineuse

La compression a plusieurs mécanismes d'actions supposés. Elle agit [33] :

- sur l'hémodynamique veineuse : elle s'oppose à l'hyperpression veineuse et diminue le reflux veineux.
- sur la stase veineuse : elle diminue le risque d'atteinte de la paroi endothéliale et réduit la stase veineuse en augmentant les vitesses circulatoires.
- sur les tissus : elle possède un effet anti-œdémateux et favorise l'oxygénation tissulaire.

1.3.5. Structure d'un bas médical de compression

Un bas médical de compression est tricoté avec des fils de maille et des fils de trame. (Figure n° 7).

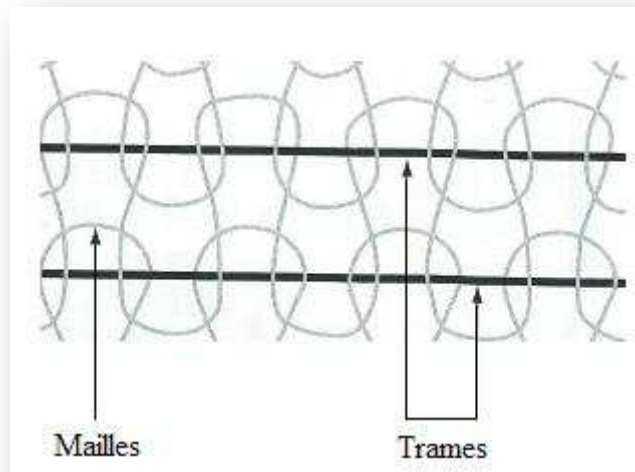


Figure n° 7: Mailles et trames. [34]

Les fils de maille constituent la structure de base et apportent l'esthétique et le confort. Le fil de trame est un fil élastique passé perpendiculairement à l'intérieur des mailles et qui assure la compression adéquate. Lorsque l'on tire de manière transversale sur le tricot, c'est la trame qui s'allonge, développant ainsi une force. La somme des forces exercées sur le membre donne la compression.

A noter que la compression est dégressive, elle est forte à la cheville et diminue en remontant vers la cuisse.

1.3.6. Contre-indications

Les contre-indications absolues de la compression médicale sont [28] :

- L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) avec indice de pression systolique (IPS) < 0,6 ;
- La microangiopathie diabétique évoluée (pour une compression > 30 mmHg) ;

- La phlegmatia coerulea dolens (phlébite bleue douloureuse avec compression artérielle) ;
- La thrombose septique.

Une surveillance médicale régulière du rapport bénéfice/risque doit être effectuée en cas d'AOMI avec un IPS $> 0,6$ et $< 0,9$, de neuropathie périphérique évoluée, de dermatose suintante ou eczématisée, d'intolérance aux fibres utilisées.

1.3.7. Règles de prescription

En dehors des médecins, les autres professionnels de santé habilités à prescrire des bas de compression veineuse sont :

- les infirmiers, « *dans le cadre d'un renouvellement à l'identique et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient* », [35]
- Les sages-femmes et les masseurs kinésithérapeutes, « *autorisés à prescrire dans le cadre de l'exercice de leur compétence* » [36] [37].

Afin d'obtenir une prise en charge par la caisse d'assurance maladie la prescription d'une compression élastique « *doit être libellée sur une ordonnance séparée, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil* » [38], et doit comporter :

- Les noms, prénoms du patient et la date,
- Le modèle prescrit (bas, chaussette, collant...) et éventuellement la marque (« *en cas de prescription sous nom de marque, une substitution ne peut être pratiquée qu'après accord express du prescripteur* ») [38],
- La pression du dispositif (exprimée en mmHg, en classe ou en hPa),

- Le nombre d'unités à délivrer (« *La première prescription sera au maximum de 2 paires [...]* », et pourra être « *renouvelable une fois pour 6 mois maximum [...]* ». « *Les prescriptions suivantes sont renouvelables un an au maximum* » [38] à condition que la mention « à renouveler » soit expressément précisée sur l'ordonnance),
- « *Les informations permettant une application correcte du dispositif* » [38].

1.4. Education thérapeutique

1.4.1. Définitions

Différentes définitions ont été données à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). La haute autorité de santé (HAS) dans ses recommandations [5] [6], précise que l'ETP « *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 leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

En 2009, la loi « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) [39] mentionne que « *Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et*

donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.» [40]

Au-delà de ces définitions officielles, on peut dire que, l'ETP a pour but d'aider le patient atteint d'une maladie chronique « *à prendre soin de lui* », [41] à mieux comprendre et vivre avec sa maladie, à s'impliquer dans la prise en charge de celle-ci, en devenant l'acteur principal de sa santé. [41] [42]

Il est toutefois très important de bien différencier l'éducation thérapeutique, de l'information (ou du conseil) qui consiste à la simple diffusion de savoirs médicaux. L'ET, elle, s'attache en premier lieu au patient, à sa représentation de la maladie, à son vécu, et tend à lui apporter des outils d'aide adaptés. Le patient est au centre de l'ETP, qui « *vise l'appropriation des savoirs et donc leur transformation par la personne à qui ils sont transmis* ». [43]

Chaque personne est unique, chaque consultation d'ETP l'est aussi, et même si l'objectif reste le même, la façon de l'atteindre n'est pas complètement reproductible d'un patient à l'autre. Il s'agit « *d'être à l'écoute de la personne malade dans toute sa complexité, physique, psychologique et sociale* ». [41]

1.4.2. ETP et compression

Les quelques études réalisées sur l'utilisation des bas de compression montrent une observance relativement faible avec environ 33% (Raju et al.2007), 39% (Heinen et al. 2007) et 52% (Jull et al. 2004) des patients portant la compression tous les jours ou quasiment tous les jours [44]. Les problèmes d'observance ont diverses explications. Dans l'étude de Raju *et al.* 2007 [3], 30% des patients sont incapables de fournir une explication relative au non port de leur compression, 25% disent ne pas les porter car la prescription ne provient pas de leur médecin traitant, 14% n'ont pas l'impression que cela les aidera, 13% ont la sensation d'avoir la circulation coupée, 8% 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 et 2% mettent en cause leur prix.

En 2009, une analyse, destinée à juger l'efficacité de l'éducation thérapeutique s'est appuyée sur environ 500 études concernant une dizaine de maladies chroniques. Parmi celles-ci on retrouve le diabète, les pathologies respiratoires (asthme, broncho-pneumopathie obstructive), les maladies cardiaques, les cancers, les pathologies rhumatismales et l'obésité. [45]

Parmi les études précédemment citées, il ressort de manière claire que 58% d'entre elles montrent une amélioration significative des différents critères de santé communément admis, grâce à l'éducation thérapeutique. [45]

Ainsi, il semble légitime de penser que l'ETP dans le domaine de la compression est efficace, comme dans la plupart des maladies chroniques où ses bénéfices « *sont désormais incontestables* » [43]. Peu de données existent dans la littérature concernant la mise en place d'actions d'ETP dans le domaine de la compression, alors qu'elles paraissent pourtant indiquées dans cette problématique. En effet, il s'agit pour le patient d'acquérir une compétence nouvelle avec un dispositif médical (DM), d'en comprendre l'utilité, d'être en mesure de l'appliquer correctement, de le porter et ceci, sur une certaine durée.

Ainsi, l'intégration d'actions d'éducatives ciblées sur le patient, pourraient contribuer à l'amélioration de l'observance ainsi qu'à la réduction des récurrences et des complications liées au SPT.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. L'EPP de janvier 2012

Une première réunion de l'équipe de médecine vasculaire a permis de sensibiliser à l'intérêt de la mise en place d'une consultation d'ETP à la compression veineuse dans les suites d'une TVP proximale. Les patients présentant une TVP bénéficiaient déjà d'une séance d'éducation aux anticoagulants oraux par une infirmière d'éducation, dans le cadre du programme d'ETP « *les traitements anticoagulants au quotidien* » autorisé par l'agence régionale de santé (ARS) en 2011. Cependant, il restait la problématique de l'éducation à la compression veineuse élastique.

Antérieurement, des essais d'ateliers hebdomadaires d'éducation thérapeutique à la compression veineuse, dans des créneaux horaires réguliers, réalisés par une kinésithérapeute, avaient été tentés, mais abandonnés, devant la complexité de cette organisation (disponibilité de la salle, des patients, difficulté dans la transmission de l'information). Il se posait le problème de proposer cette action d'ETP dans le service sur le long terme et d'une façon opérationnelle. La présence régulière des externes en pharmacie a été une opportunité pour développer une séance d'ETP à la compression veineuse. (Annexe 1)

Dans la figure n° 8 (page suivante), le déroulement de cette action d'ETP est résumé de façon schématique.

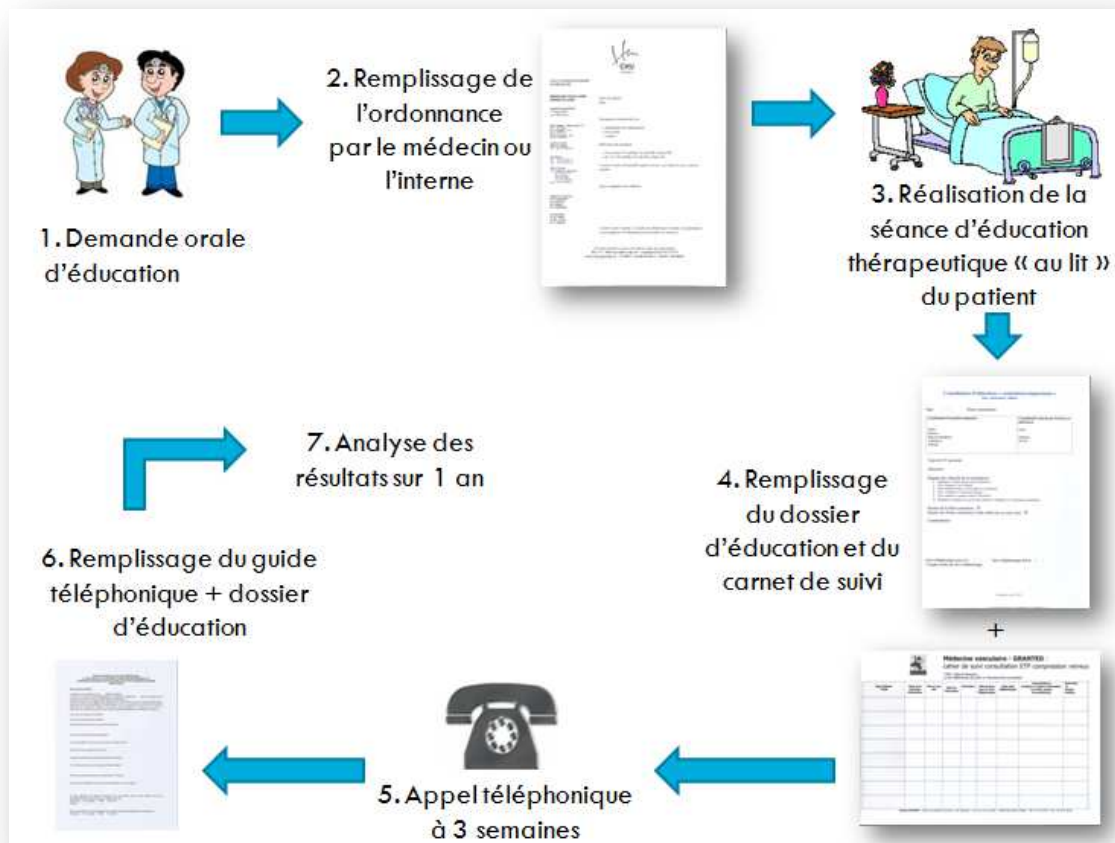


Figure n° 8 : Déroulement schématique de l'action d'ETP

2.1.1. Les patients concernés

La consultation d'éducation thérapeutique à la compression veineuse a été initialement prévue pour des patients ayant présenté une TVP proximale. Il a également été proposé en réunion d'élargir cette consultation aux personnes ayant présenté une TVP distale avec embolie pulmonaire.

Il a été décidé que l'un des objectifs de la consultation serait aussi de détecter les personnes qui ne pourraient pas mettre leur contention seule, de façon à le signaler aux médecins du service pour une prescription d'IDE à la sortie. Il a été également convenu de comptabiliser les éducations non réalisées et d'en noter les raisons.

L'éducation d'une personne ressource a été initialement prévue pour les patients qui ne pourraient être éduqués eux même, en raison de leur état de santé physique ou psychique.

2.1.2. L'organisation de la demande de consultation

Il a été convenu que les demandes d'éducation soient consignées par écrit dans le carnet de suivi par les médecins et internes du service, et que l'ordonnance soit remplie et rangée dans le dossier infirmier, incitant l'externe en pharmacie à consulter régulièrement le carnet de suivi.

Il a été prévu de ranger le compte rendu d'éducation dans un classeur spécifique dédié à l'activité d'ETP et de joindre un double dans la partie « courrier » du dossier médical.

2.1.3. Lieu et éducateur

Les consultations d'ETP ont toutes eu lieu dans le service de médecine vasculaire du CHU de Grenoble, pendant l'hospitalisation du patient.

Elles ont été réalisées par l'étudiant en 5^{ème} année de pharmacie présent à mi-temps en unité de soins pendant environ trois mois. Les étudiants hospitaliers participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité du personnel médical et pharmaceutique, et sous la surveillance des internes en médecine et en pharmacie [46]. Les étudiants en 5^{ème} année hospitalo-universitaire sont également sensibilisés à la communication en santé et sont tenus au secret professionnel, de même que tous les acteurs de santé.

La consultation a été réalisée au lit du patient avec son accord, et en s'assurant que le moment choisi soit le plus propice à l'acquisition de compétences nouvelles. En effet, un patient détendu, ne se souciant pas de l'approche d'un éventuel examen, n'attendant pas de résultats particuliers, ou de réponses sur son état de santé, est plus enclin à participer au dialogue. Le moment de l'éducation est choisi en fonction de la disponibilité du patient.

2.1.4. La formation des externes

Un cycle de formation a été mis en place tous les trois mois, c'est-à-dire à chaque changement d'externe en pharmacie. Initialement, il a été prévu que l'externe :

- Suive une formation à la compression veineuse, assurée par une kinésithérapeute du service.
- Suive une formation à la séance d'éducation thérapeutique et à l'utilisation du kit dédié à l'unité, par une personne ressource (médecin vasculaire référent du service.)
- Passe une demi-journée avec l'infirmier(re) diplômé(e) d'état (IDE), réalisant les éducations AVK.
- Soit encadré par un référent pédagogique lors du premier appel téléphonique.

2.1.5. Les documents

**Dossier d'éducation sous forme de fiche (Annexe 2)*

Il s'agit d'une « fiche patient » à renseigner de la façon suivante :

- 1^{er} partie : nom, prénom, date de naissance (en cas d'homonymes), numéro de téléphone du patient, date de la consultation.
- 2^{ème} partie : nom, prénom, statut de l'éducateur.
- 3^{ème} partie : type de compression prescrite (bas, chaussette, collant), indication, et type de documentation remise au patient.
- 4^{ème} partie : Résumé de la consultation.
- 5^{ème} partie : Date et Résumé de l'entretien téléphonique.

Les parties 1, 2, 3 et 4 doivent être complétés immédiatement après la séance, afin qu'aucune information ne soit oubliée. Une zone permettant d'évaluer la durée de la consultation est également présente et sera remplie après la séance.

Enfin la rédaction de la 5^{ème} partie fait suite à l'entretien téléphonique. Ces fiches sont remplies pour chaque patient et rangées dans le classeur dédié à l'activité d'ETP dans un ordre chronologique.

*Fiches d'informations aux patients

a) « Fiche d'information-Réseau Ville-Hôpital GRANTED » (Annexe 3) : Cette fiche a été distribuée à tous les patients ayant suivi une séance d'éducation thérapeutique à la compression veineuse. Elle synthétise les principaux éléments abordés pendant la séance, permettant aux patients de retrouver les informations essentielles. Le numéro de téléphone ainsi que l'adresse du réseau GRANTED (Grenoble angiological network for thromboembolic disease) y figurent.

Trois fiches sont largement illustrées avec des photographies :

b) Fiche « Comment utiliser un enfile bas » (Annexe 4): Elle est destinée aux patients qui souhaitent utiliser une aide pour enfiler les bas/chaussettes de compression. Les différentes étapes sont imagées de façon très explicite.

c) Fiche « Comment utiliser un retire bas » (Annexe 5) : Elle est destinée aux patients qui souhaitent utiliser une aide pour retirer les bas/chaussettes de compression.

Les fiches d'aide à l'enfilage et au retrait, ont été remises uniquement aux patients intéressés par ces moyens d'aide, et à ceux encore indécis par rapport à leur utilisation. Il nous paraissait inutile de noyer les autres patients dans une information qui ne les visaient pas particulièrement.

d) Fiche d'aide à l'enfilage par retournement « Comment enfiler un bas/chaussette de compression » (Annexe 6): Cette fiche d'aide à été créée en cours d'année par une externe en pharmacie. Elle décrit les différentes étapes de l'enfilage « par retournement » des bas de compression et peut servir d'aide mémoire aux patients lorsqu'ils se retrouvent seuls à la maison. Elle constitue un nouveau support d'autonomie pour les patients.

*Fiche d'informations pour les externes en pharmacie

La fiche de « Réponses aux principales questions posées par les patients » (Annexe 7) a également été créée en cours d'année. Elle répertorie les questions les plus souvent posées par les patients et permet à tous les externes en pharmacie de donner une réponse juste, claire et identique à tous les patients. Le discours de chacun reste cohérent en toutes circonstances.

* Ordonnance type (Annexe 8)

* Guide d'entretien téléphonique (Annexe 9)

Il constitue une trame à suivre lors de l'appel téléphonique des patients, trois semaines après leur sortie de l'hôpital, son objectif étant d'évaluer à distance les compétences acquises par le patient. Le guide téléphonique est rangé avec le dossier d'éducation, il est donc important d'utiliser un nouveau guide pour chaque patient et de noter les noms, prénoms et date de naissance sur ce dernier. On retrouve en préambule une phrase introductive, puis une succession de questions abordant plusieurs points, notamment le vécu de la compression, l'observance, les bénéfices ressentis, les difficultés éprouvées, ainsi que la satisfaction vis-à-vis de l'action d'éducation. La plupart des questions sont fermées et imposent une réponse par « oui » ou « non », facilitant l'analyse ultérieure des résultats. Toutefois, la question concernant les difficultés éprouvées par les patients reste ouverte, leur offrant la possibilité de s'exprimer avec leurs propres mots.

2.1.6. Le kit d'éducation (Annexe 10)

Il se compose :

- D'un sac de rangement,
- 1 enfile bas (réf. 4318466),
- 1 retire bas (medi Buttler Off),
- 1 boîte vide de bas de compression avec la notice d'utilisation,
- 1 échantillonnage de différentes matières de chaussettes et bas,
- 2 chaussettes femme classe 3 (noires),
- 1 chaussette homme classe 3 (noire),
- 1 bas femme classe 3 (noir),
- 1 bas femme classe 3 (sable),

L'externe en pharmacie se munit de ce sac à chaque consultation et le remet à sa place à la fin de la séance. Un endroit lui est spécifiquement attribué de façon à ce que personne ne puisse le dégrader ou le dérober.

2.1.7. Les documents de traçabilité

***Carnet de suivi (Annexe 11)**

Un carnet de suivi, répertoriant l'ensemble des patients ayant reçu une consultation d'ETP, est complété régulièrement par l'externe en pharmacie. Il est rangé dans le classeur dédié à l'activité d'éducation thérapeutique et se compose de huit colonnes :

- Noms, prénoms et date de naissance du patient (obligatoire en cas d'homonyme),
- Date de la demande d'éducation,
- Fait ou Non fait (la consultation d'ETP a-t-elle eut lieu ? En cas de réponse négative, indiquer la raison),
- Date de l'éducation (la date de la demande n'est pas forcément la date de l'éducation),

- Les noms et prénoms de l'éducateur,
- Date prévue pour le suivi téléphonique,
- Date du suivi téléphonique,
- Commentaires (cette colonne est généralement complétée par le numéro de téléphone du patient ainsi que ses disponibilités pour l'appel téléphonique).

Une neuvième colonne « *Noter dans le dossier patient* » a été rajoutée à titre de « pense-bête » pour ne pas oublier de consigner dans le dossier médical du patient, la réalisation d'une éducation thérapeutique. De cette façon, le médecin qui effectuera le suivi aura un rappel de cet événement au moment de sa consultation.

**Le classeur d'éducation*

Il est au centre de cette activité d'ETP. Il renferme :

- Le carnet de suivi,
- Les documents à distribuer aux patients (les différentes fiches d'information),
- Les documents d'aide pour les externes en pharmacie (Recommandation de la HAS, fiche « Réponses aux principales questions posée par les patients »),
- Les dossiers d'éducation et guide d'entretien téléphonique pour chaque patient, rangés par ordre chronologique dans des pochettes plastifiées,
- La procédure, et les modes opératoires à suivre pour mener une séance d'ETP,
- Les informations utiles pour les externes en pharmacie (contacts...),
- L'inventaire du kit d'éducation.

2.2. Déroulement de l'action d'ETP

Le déroulement de l'action d'ETP a été résumé sous la forme d'une procédure (Annexe 12) et de différents modes opératoires qui constituent une trame à suivre pour les externes en pharmacie arrivant dans le service. Ces modes opératoires sont là pour que l'externe ait un repère et puisse s'appuyer, dans ses débuts, sur des bases adaptées.

Bien évidemment, il serait impensable en terme d'éducation thérapeutique de reproduire chez tous les patients un schéma bien construit tel que celui-ci. *« Les schémas, les planifications, les protocoles sont là pour introduire de la rationalité dans les pratiques. Simplificateurs par essence, ils rassurent les soignants. Néanmoins, il serait dommage d'envisager l'éducation thérapeutique comme une simple technique. [...] Éliminer les biais, c'est éliminer la subjectivité dans la collecte des données. Or que devient l'éducation si elle ne prend pas en compte la subjectivité ? »* [41]. Il ne s'agit pas de rentrer dans une approche médicale standardisée, mais bien de développer une démarche personnalisée pour chaque patient.

Ainsi, il est donc essentiel de considérer ce qui va suivre comme un support d'aide et non comme une marche à suivre rigide, car beaucoup d'autres données (notamment concernant l'empathie, la gestuelle...), difficiles à décrire, entrent en jeu et restent propres à chaque éducateur.

La consultation d'ETP comporte différents temps décrits précisément dans la procédure ci-dessous. Un « bilan éducatif partagé (ou diagnostic éducatif) » permet la prise de contact avec le patient, l'évaluation de ses connaissances, et de ses représentations vis-à-vis de sa pathologie et du traitement compressif. Une synthèse est faite avec lui sur les éventuelles difficultés qu'il pourrait rencontrer, et sur ce qui pourrait l'aider. Les priorités qui en émergent seront à aborder plus précisément. Ces éléments sont notés dans la fiche du dossier d'éducation.

Nous présentons ci-après le déroulement de la séance d'ETP sous la forme d'un mode opératoire, disponible actuellement dans le service.

2.2.1. Description du déroulement de l'action d'ETP à l'aide d'un mode opératoire

Modalités de réalisation des consultations d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à la compression veineuse élastique

(Pré-requis, déroulement, utilisation des documents et traçabilité)

Date de diffusion : 09/09/13	Rédigé par : J.URBAN
Version : 1	Vérifié par : B.SATGER, P.LEVEQUE
Nombre de pages : 8	Approuvé par : B.IMBERT
Destinataires : Externes en pharmacie, en stage dans la clinique de médecine vasculaire	

Objet : Préciser les modalités des consultations d'ETP à la compression veineuse élastique

1. FORMATION

Étapes de la tâche	Détails des étapes	Documents, Matériels	Remarques
1. Formation par « compagnonnage »	<ul style="list-style-type: none"> Visite du service pendant laquelle le futur externe pourra assister à une séance d'éducation à la compression veineuse par l'externe en poste. 		
2. Formation et suivi prévus par le Docteur SATGER (en cas d'absence : un autre médecin de l'unité)	<ul style="list-style-type: none"> Contacter par messagerie le Docteur SATGER avant l'arrivée en stage et convenir d'une matinée de formation (en général le jeudi matin). Formation avec : <ol style="list-style-type: none"> Présentation de la consultation, des documents et du kit d'éducation. L'externe observe une consultation assurée par le Dr Satger. Analyse commune de la consultation. Le Dr Satger et l'externe conviennent de la suite, avec différentes options : observation d'une nouvelle consultation, observation croisée, consultation en solo. L'externe peut contacter par messagerie le Dr Satger pour toute question. Un point régulier sera fait le jeudi matin après le staff de médecine vasculaire. 	<p>BSatger@chu-grenoble.fr</p> <p>Kit d'éducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sac de rangement - Enfile bas - Retire bas - Echantillonnage - 3 Chaussettes classe 3 - 2 Bas classe 3 - Boite vide de démonstration 	<p>Se rendre en staff de médecine vasculaire le jeudi matin (à 8h45).</p>

2. CONSULTATION

a) Avant la consultation

Étapes de la tâche	Détails des étapes	Documents, Matériel	Remarques
1. Remplir le carnet de suivi des consultations	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les noms, prénoms et date de naissance du patient. Indiquer la date de la demande. 	Carnet de suivi	Bien faire apparaître la date de naissance (en cas d'homonyme)
2. Prendre connaissance du dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> Analyser le dossier médical. Connaitre la pathologie du patient. 	Dossier papier, Gulper, résultat d'écho-doppler...	
3. Réunir les éléments nécessaires à la consultation	<ul style="list-style-type: none"> Se munir du kit d'éducation. Se munir de l'ordonnance du patient, préalablement remplie par le médecin ou l'interne. Vérifier le numéro de chambre du patient. 	Kit d'éducation Ordonnance type	Sac rangé dans le bureau de la cadre de santé : Mme MARBAT

b) La consultation

Étapes	Détails des étapes	PHRASES à titre d'exemple	Remarques, Documents support
1. Se présenter	<ul style="list-style-type: none"> Nom + Prénom + statut (externe en pharmacie). Préciser le but de notre visite : explication de la compression veineuse. Précisez la durée approximative de l'entretien (environ 10-15 min). Vérifier que le patient est d'accord pour prendre ce temps avec nous. 	<i>Bonjour Mr, Mme..., je me présente je suis ... externe en pharmacie, et je viens vous voir pour vous expliquer le fonctionnement et l'utilité des bas/chaussettes de compression qui viennent de vous être prescrits. Il y en a pour environ un quart d'heure. Avez-vous un peu de temps à m'accorder ? Ou, voulez-vous que je repasse plus tard ?</i>	S'assurer qu'il s'agit du bon patient. Se présenter afin que le patient sache en face de qui il se trouve.

2. Installer l'espace d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Éteindre la télé (si nécessaire) avec l'accord du patient. Saluer le voisin de chambre le cas échéant. • Demander à rester seul avec le patient (s'il y a de la visite dans la chambre). • Prendre une chaise et s'asseoir face au patient, idéalement à côté du lit. 		Poser des questions ouvertes commençant par « comment »
3. Établir la communication avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre des nouvelles du patient, lui demander comment il se sent. • Interroger le patient sur le motif de son hospitalisation, sa pathologie et la chronologie des événements. 	<i>Comment vous sentez vous aujourd'hui ? Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé ? Qu'avez-vous compris de votre maladie ?</i>	Instaure un climat de confiance et évite de démarrer de but en blanc la consultation.
4. Évaluer sa connaissance de la compression	<ul style="list-style-type: none"> • Partir des connaissances du patient sur la compression veineuse. • Rebondir sur ses interrogations, sa conception de la compression. 	<i>A votre avis, pourquoi vous a-t-on prescrit des bas ? En avez-vous déjà porté ? Ou, en avez-vous vu chez un proche ?</i>	Permet de savoir si le patient a compris sa pathologie
5. Présenter la prescription	<ul style="list-style-type: none"> • Lire avec le patient sa prescription. • Si le patient désire un type de compression différent (bas, chaussette, collant) de celui noté sur la prescription, en prendre note, afin d'en avvertir le médecin qui adaptera la prescription au cas par cas. • Lui expliquer que la prescription lui sera remise à sa sortie avec tous les autres papiers. 	<i>Voici votre prescription, nous allons la regarder ensemble.</i>	
6. Manipuler un bas	<ul style="list-style-type: none"> • Se munir d'un bas/chaussette correspondant à la classe prescrite au patient. • Invitez-le à manipuler le bas/chaussette. L'inciter à trouver l'endroit où celui-ci serre le plus (= la cheville). • Expliquer l'intérêt des bas/chaussettes dans sa pathologie, et dans la prévention de futures complications (favorise le retour veineux, évite la stase veineuse, prévient le syndrome post-thrombotique ...). 	<i>Je vous laisse manipuler le bas/chaussette et me dire à quel endroit il « serre » le plus. Comment l'expliqueriez-vous ?</i>	Possibilité d'employer « l'image du tuyau d'arrosage » pour expliquer le retour veineux, dire que les veines ont des parois souples.

<p>7. Procéder à l'étape d'enfilage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interroger le patient sur la manière dont il s'y prendrait pour enfiler seul un bas à la maison. • L'inviter à nous mimer le geste avec ses mains et le bas/chaussette. • Lui expliquer l'enfilage par retournement. • Le laisser faire seul avec la bonne méthode, plusieurs fois si besoin. • Si le patient est intéressé, lui présenter et lui expliquer le mode de fonctionnement d'un enfile et d'un retire bas (expérimentation de l'enfilage de la compression sur l'enfile bas, présentation de l'utilisation du retire bas). • L'informer des différents coûts (entre 30 et 40 € pour un enfile bas, idem pour un retire bas). 	<p><i>Montrez moi, avec vos mains, comment vous enfilerez le bas/ chaussette à la maison?</i></p> <p><i>Je vais vous montrer une technique qui pourra peut-être vous aider. Je vous laisse essayer de le faire, ce n'est pas grave si vous n'y arrivez pas du premier coup.</i></p> <p>NB : pour des raisons d'hygiène, ne pas faire enfiler « véritablement » les bas.</p>	<p>*Fiche d'aide à l'enfilage par retournement. *Comment utiliser un enfile bas. *Comment utiliser un retire bas</p>
<p>8. Quand mettre les bas ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lui demander à quel moment de la journée il enfilerait les bas/chaussettes. • Lui préciser qu'il est important de les mettre le matin, après la toilette, dans l'heure qui suit le lever. • Insister sur l'importance de les porter tous les jours, du matin au soir en les retirant pour dormir. 	<p><i>A quel moment de la journée pensez-vous mettre vos bas/chaussettes ?</i></p>	
<p>9. Indiquer la durée du port</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'informer sur la durée du port de la contention *2 ans pour une TVP proximale (cf. recommandation) *6 mois pour une TVP distale (il n'existe pas d'études scientifiques, donc consensus local de 6 mois à réévaluer avec le médecin) 		<p>Recommandation HAS</p>
<p>10. Définir les modalités d'achat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'interroger sur la façon dont il va s'y prendre pour se procurer les bas/ chaussettes. • Lui préciser l'importance de se rendre lui-même à la pharmacie, le matin (surtout en cas d'œdème) pour la prise des mesures (comme indiqué sur l'ordonnance). 	<p><i>Comment pensez vous faire pour vous procurer vos bas/ chaussettes?</i></p>	<p>Les jambes ont tendance à être plus « gonflées » en fin de journée et les mesures ne seront donc pas correctes.</p>

11. Manipuler la boîte	<ul style="list-style-type: none"> • Se munir du modèle de boîte. • Lui faire lire les différents logos (entretien...) • Lui faire remarquer la différence entre « Classe » et « Taille ». • Lui expliquer les différences entre les classes (classe I « qui serre le moins », classe IV « qui serre le plus ») 	<p><i>Dites moi un peu ce qui vous interpelle sur cette boîte?</i> <i>Que lisez-vous?</i> <i>Comment pourriez-vous expliquer la différence entre classe et taille?</i></p>	
12. Entretenir les bas/chaussettes	<ul style="list-style-type: none"> • Lui expliquer les différentes façons d'entretenir les bas/chaussettes (lavage en machine possible, sans adoucissant, séchage à plat...) • Insister sur l'importance de les renouveler au bout de 3-4 mois. 	<p><i>A votre avis comment allez-vous les laver ?</i> <i>A quel moment penseriez-vous les renouveler?</i></p>	
13. Remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le patient des couts et de la prise en charge des bas/chaussettes (le remboursement varie en fonction des mutuelles). 		
14. Répondre aux questions du patient	<ul style="list-style-type: none"> • A chaque étape de la consultation, solliciter le patient pour qu'il puisse exprimer ce qu'il pense, ce qu'il ressent. • Écouter ses remarques et répondre aux différentes questions qu'il peut se poser ou les noter, et les transmettre au médecin senior qui reviendra voir le patient ultérieurement, si vous ne connaissez pas la réponse. 		<p>Fiche « Réponses aux principales questions posées par les patients » NE JAMAIS INVENTER UNE REPONSE</p>
15. Procéder à la synthèse de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une synthèse <u>avec</u> le patient : <ol style="list-style-type: none"> 1. Le cas échéant, ce qui semble difficile pour lui. 2. Ce qui semble possible, ce qui va l'aider, les ressources possibles (IDE à domicile, personne ressource, achat de matériel spécifique d'aide à l'enfilage ou au retrait). 3. Les priorités, les points particuliers. 4. La suite à donner à cette consultation (éventuellement retour vers les médecins du service). 	<p><i>Maintenant que l'on a fait à peu près le tour, cela vous semble-t-il difficile?</i> <i>Contraignant ?</i> <i>Qu'est ce qui pourrait vous aider?</i> <i>Qu'en pensez-vous?</i></p>	

<p>16. Remettre les documents d'information et conclure l'entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remettre au patient : <ul style="list-style-type: none"> *La fiche d'information du réseau GRANTED *Fiche d'aide à l'utilisation d'un enfile et d'un retire bas (si le patient est intéressé par ces aides) *Fiche « Comment enfiler un bas/chaussette de compression » • Demander l'accord du patient pour «l'entretien téléphonique». • Noter son numéro de téléphone, ainsi que ses disponibilités, afin d'appeler dans un créneau horaire adapté (au patient et à l'externe). • Le prévenir de notre disponibilité en cas de questions ultérieures. • Remettre la chaise en place. Rallumez la télé (si vous l'aviez préalablement éteinte). • Sortir de la chambre. 		<p>Téléphone du secrétariat pour récupérer les fiches d'information en couleur : 04 76 24 90 34</p>
<p>17. Rangement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ranger le kit d'éducation 		

c) Après la consultation

Étapes	Détails des étapes	Matériel	Remarques
<p>1. Remplissage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du dossier d'éducation - du dossier médical - du carnet de suivi <p>(certains items peuvent être remplis avant ou pendant la consultation)</p>	<p><u>Dossier d'éducation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indiquer les noms + prénoms + date de naissance du patient. • Noter son numéro de téléphone et ses disponibilités. • Précisez les noms, prénoms de l'éducateur. • Renseigner le type de compression prescrite (bas, collant, chaussette) et la classe (I,II,III,IV) • Reporter l'indication précise (TVP distale, proximale...) • Cocher la case correspondant aux types de documents remis au patient. • Rédiger un compte rendu de la séance (remarques, questions du patient...) • Noter la date prévue pour le suivi téléphonique (3 semaines après la consultation) <p><u>Dossier médical :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Noter une phrase dans le dossier médical expliquant qu'une éducation à la compression veineuse à été réalisée. Mentionner la date et le nom de l'éducateur. • Noter si besoin les points intéressants à connaître pour les médecins lors du suivi. <p><u>Carnet de suivi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indiquer la date de l'éducation. Mentionner les noms et prénoms de l'éducateur. • Préciser que la consultation a été « Faite » (dans le cas contraire indiquez-en les raisons dans la case « remarques » : vacances, patient sorti avant la consultation...) • Indiquer la date prévue pour le suivi téléphonique • Cocher la case « noté dans le dossier patient » dans le carnet de suivi. 	<p>Dossier d'éducation</p> <p>Dossier médical</p> <p>Carnet de suivi</p>	<p>Ainsi le médecin qui suivra le patient par la suite sera au courant et pourra reparler avec le patient de sa compression.</p>
<p>2. Prescription</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ranger la prescription dans l'enveloppe de sortie du patient 		

3. ENTRETIEN TELEPHONIQUE

Étapes	Détails des étapes	Matériel	Remarques
1. Téléphoner au patient (3 semaines après sa sortie de l'hôpital)	<ul style="list-style-type: none"> Se munir du guide d'entretien. Lui lire les questions du guide en reportant ses réponses. NB : si le patient est absent, toujours lui laisser un message vocal pour lui expliquer l'objet de notre appel et précisez que nous le joindront ultérieurement, afin de ne pas l'inquiéter inutilement. Si le patient a des questions, les noter afin de le recontacter plus tard, après en avoir parlé aux médecins du service. 	Guide d'entretien téléphonique	Lire les 2 dernières questions en proposant au patient de choisir l'une des réponses : Pas du tout/ Pas vraiment/ Plutôt/ Tout à fait. Cela permettra de mesurer objectivement la satisfaction des patients.
2. Compléter le dossier d'éducation et le carnet de suivi	<ul style="list-style-type: none"> Faire un résumé de l'entretien téléphonique (difficultés rencontrées par le patient, questions posées, satisfaction...) dans le dossier d'éducation. Joindre le <u>guide téléphonique rempli</u> au <u>dossier d'éducation</u>. Indiquer la date de l'entretien téléphonique dans le carnet de suivi. 	Dossier d'éducation Carnet de suivi	Si l'entretien téléphonique ne peut être réalisé, en préciser les raisons.

4. RANGEMENT DES DOCUMENTS

Étapes	Détails des étapes	Matériel	Remarques
1. Rangement des documents	<u>Le dossier d'éducation, le guide téléphonique, le carnet de suivi</u> : sont stockés dans le classeur le temps du suivi téléphonique et de l'évaluation.	Classeur de suivi	
3. Lettre de sortie	La consultation d'ETP sera indiquée dans le courrier de sortie par l'interne en médecine		

2.2.2. Un cas concret

Ci-dessous, le carnet de suivi et le dossier d'éducation d'un patient, Mr P, ayant participé à l'une des consultations d'ET à la compression veineuse.

GRANTED : cahier de suivi consultation ETP
compression veineuse

* DDN : Date de Naissance -
Le suivi téléphonique est prévu à 3 semaines de la consultation

Nom Prénom *DDN	Date de la demande	Fait ou non fait	Date de l'éducation	Educateur	Date prévue pour le suivi	Date suivi téléphonique	Commentaires (indiquer la raison si éducation non faite, autres commentaires)	Noté dans le dossier patient
P 03/11/1944	23/03/12	Fait	26/03/12	Jessica URBAN	16/04/12	16/04/12	04.76 45.5"00.	X

Consultation d'éducation « contention/compression »
(bas, chaussettes, collant)

Date : 26 03/12

Coordonnées du patient (étiquette) NOM : P Prénom : Date de naissance : 03/11/1944 Téléphone : 04-76 Adresse :	Consultation assurée par Externe en pharmacie Nom : URBAN Jessica Tampon Service M.E
--	---

Rappels des objectifs de la consultation :

- Expliquer l'intérêt du port de la contention
- Dire comment il va l'acheter
- Dire comment mettre correctement sa contention
- Dire comment il l'entretient (lavage...)
- Dire comment et quand il doit la renouveler
- Expliquer et montrer les gestes pour faciliter l'enfilage et le retrait de la contention

* Chaussette classe 3 (bitermale)
* TVP proximale

Remise de la fiche contention :
 Remise des fiches (utilisation d'aide enfile bas ou retire bas) :

Remarques :

Entretien très intéressant. Patient ne connaît pas la contention.
 Question sur la durée, le port (des 2 côtés) (oui), le renouvellement.
 Enfilage par retournement à priori facile.
 A déjà eu une prescription de chaussettes, mais ne les avait jamais portées ("il n'en avait sûrement pas envie à l'époque") Le patient semblait prêt à bien porter cette contention. Très consentant de ce qu'il lui est arrivé.
 A priori satisfait de toutes ces informations.
 Suivi téléphonique prévu le : 16/04/12

Suivi téléphonique fait le : 16/04/12
 Compte-rendu du suivi téléphonique :
 Port de contention se passe très bien. Enfilage facile & bien compris par technique de retournement.
 Plaisir & soulagement de porter ces chaussettes → agréable surprise par le confort !
 L'éducation thérapeutique lui a été bénéfique.

Granted-Janvier 2012

2.3. Evaluation du protocole d'éducation thérapeutique

2.3.1. Audit à six mois

Un audit à six mois a permis d'évaluer les actions mises en place et les écarts éventuels par rapport à ce qui était initialement prévu, afin de prévoir des ajustements. Il a donné lieu à une nouvelle séance d'EPP pour l'équipe de médecine vasculaire. Trente dossiers ont été analysés (consultation initiale et appel téléphonique à trois semaines).

Cet audit a permis de mettre en évidence, qu'en pratique, d'autres patients qui ne répondaient pas aux critères énoncés en 2.1.1 ont bénéficiés de ce type de consultation, notamment à la suite de procédures de recanalisation veineuse, et dans d'autres cas particuliers dont nous parlerons dans la partie « Résultats ».

Il avait été initialement prévu de quantifier le nombre de consultations d'ETP non faites. Cependant la décision de ne pas entreprendre d'éducation chez un patient s'est faite par accord verbal avec les médecins, lorsqu'il a été estimé que le patient ne pouvait pas bénéficier de l'action d'éducation, principalement du fait de troubles cognitifs. Ces cas de figure n'ont pas été répertoriés dans le carnet de suivi.

De même, l'éducation d'une personne ressource et la détection des patients nécessitant l'aide d'une IDE, n'ont pas pu être mis en place, très certainement à cause d'un manque de clarté dans la transmission de cette information aux externes.

La demande d'éducation devait être formulée par écrit dans le carnet de suivi par les médecins du service, ce qui, en pratique, ne s'est pas fait de cette manière. Généralement, les demandes d'éducation se sont faites oralement pendant la visite, par les médecins, ou les internes. Les externes prirent également l'initiative de demander régulièrement aux internes si les patients nouvellement hospitalisés, étaient susceptibles d'être éduqués. De la même façon

l'ordonnance spécifique était demandée par l'externe, avant la consultation, et remise dans le dossier infirmier par celui-ci.

Il avait été décidé qu'un double du compte rendu de consultation serait rangé dans le dossier médical du patient, mais finalement cela n'a pas été fait. Seul un mot de l'externe indiquant la réalisation d'une consultation d'ETP a été apposé.

En ce qui concerne la formation des externes, il a été impossible pour l'externe de suivre l'IDE réalisant l'éducation AVK, pour des raisons essentiellement pratiques. Les externes sont présents à l'hôpital le matin, tandis les éducations ont lieu l'après midi. Pour des raisons d'emploi du temps encore, la formation par une kinésithérapeute, ainsi que la présence d'un référent pédagogique lors du premier appel téléphonique n'ont pas pu être mis en place. Toutefois, sur leur propre initiative, les externes ont instauré une formation par « compagnonnage ». Le nouvel externe arrivant dans le service assiste à une ou plusieurs séances d'éducation, réalisées par son prédécesseur qui lui présente l'action d'ETP dans sa globalité.

2.3.2. Les points positifs

L'implication et la motivation des externes ont été réelles et ont permis au projet de véritablement se concrétiser. Les externes ont mis en place une formation par « compagnonnage », ils ont créé de nouveaux documents pour aider leurs successeurs et se sont investis dans leur nouvelle mission. Les premiers résultats ont montré que les patients ont été satisfaits de cette action.

2.3.3. Les décisions prises

Au décours de la réunion d'EPP, des décisions ont été prises concernant l'organisation, la formation des externes et le circuit des documents. Il a également été décidé de faire le point sur les éducations avec les externes lors des visites hebdomadaires. (Annexe 13).

3. RESULTATS

3.1. Evaluation de l'activité sur un an

3.1.1. Caractéristiques de l'étude et des patients

Nous avons réalisé 65 consultations d'ETP entre le 2 février 2012 et le 2 février 2013 grâce à 5 externes en pharmacie.

Les tableaux I et II décrivent les caractéristiques médicales et démographiques des patients.

Pathologie	Nombre de patients (n=65)
TVP proximale	21
TVP proximale + EP	24
TVP distale + EP	12
Procédure de recanalisation veineuse	6
Syndrome de Klippel-Trenaunay	1
EP seule (sur demande)	1

Tableau I : Répartition des patients en fonction de leurs pathologies.

Moyenne d'âge	56 ans [17- 91]
Sexe	49% de femmes 51% d'hommes

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

Sur ces 65 consultations, nous avons pu analyser 52 appels téléphoniques (4 patients n'ont pas été rappelés après accord, en raison de la barrière de la langue ou de leur état de santé, 5 patients ont été impossibles à joindre après plusieurs essais, 2 ont refusé de répondre au questionnaire, et 2 questionnaires téléphoniques ont été égarés).

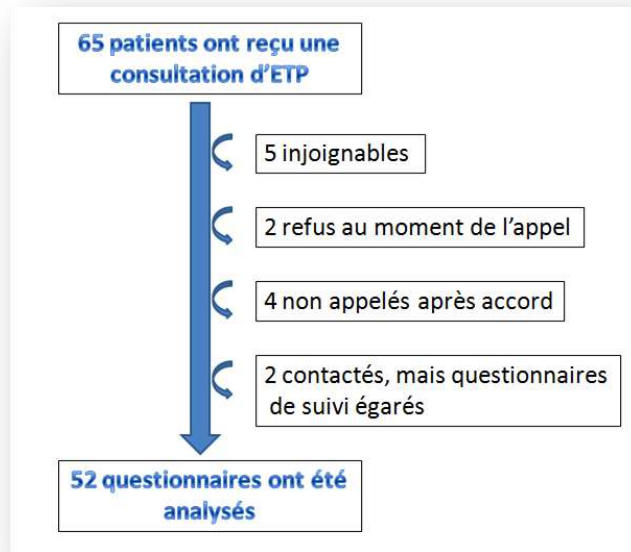


Figure n° 9: Nombre de questionnaires analysés

3.1.2. Entretien téléphonique à trois semaines

Nous avons analysé les réponses apportées par les patients lors de l'appel téléphonique à trois semaines (Figures n° 10 à 18).

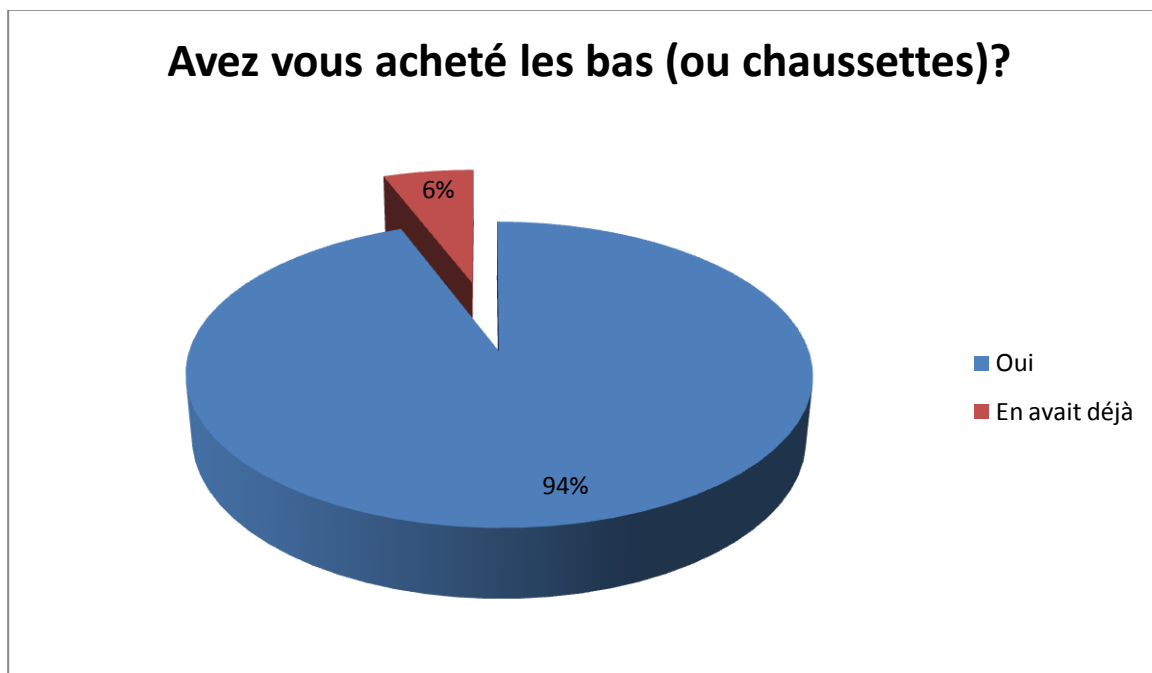


Figure n° 10 : Achat des bas/chaussettes de compression.

Avez-vous acheté un retire bas ou une aide pour enfiler les bas (ou chaussettes) ?

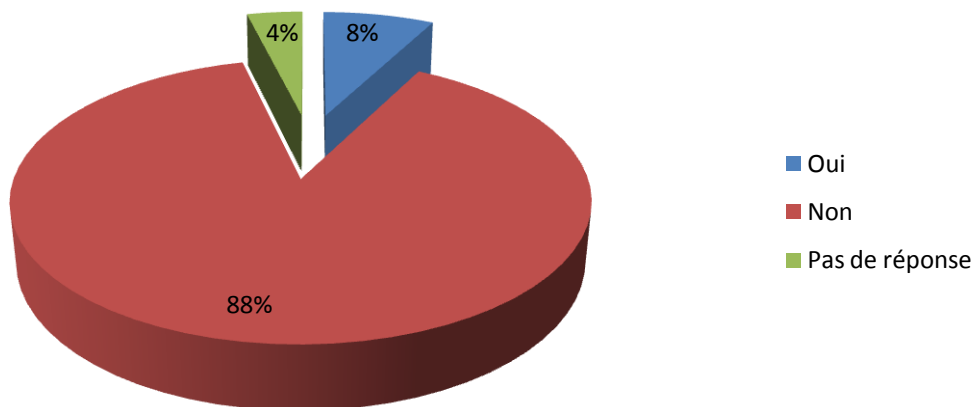


Figure n° 11 : Achat d'une aide pour enfiler ou retirer la compression veineuse.

Est-ce que vous les portez tous les jours ?

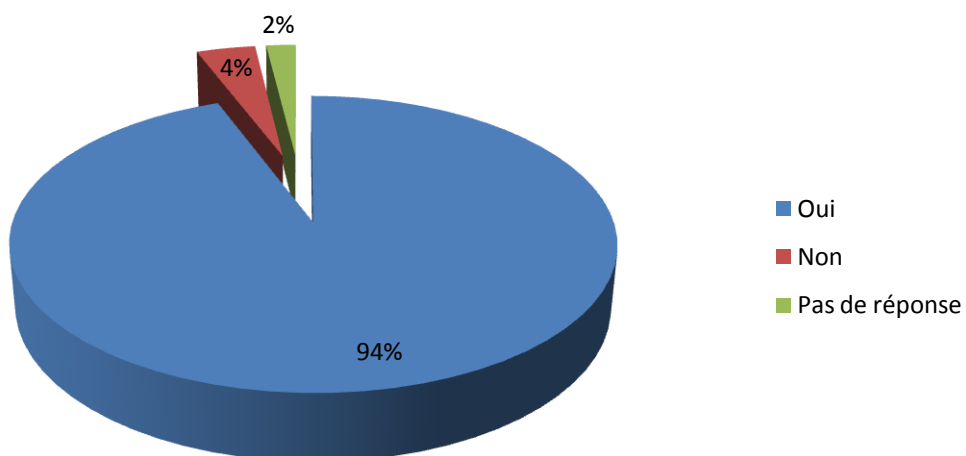


Figure n° 12 : Evaluation de l'observance.

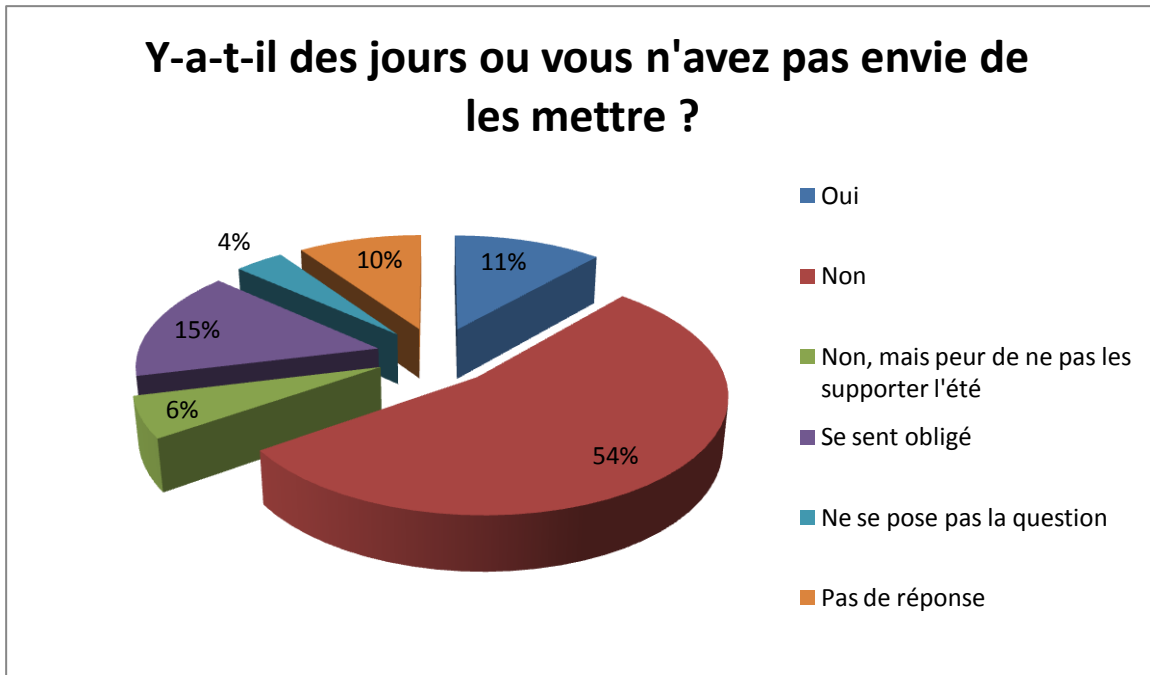


Figure n° 13 : Evaluation de l'envie de porter la compression veineuse.

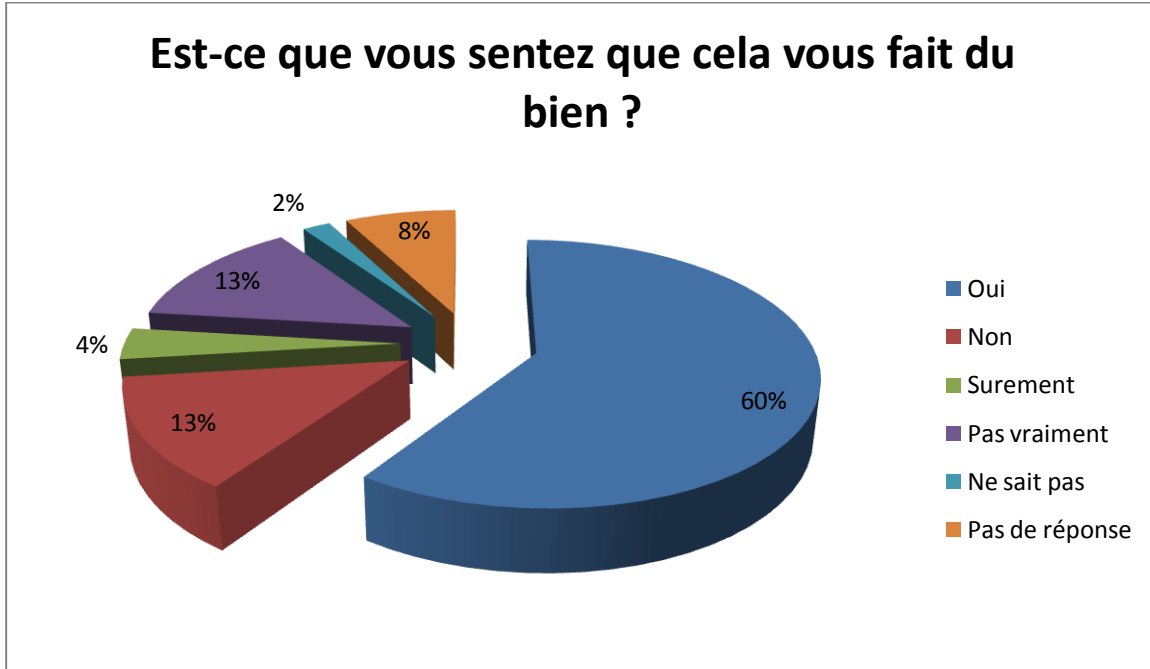


Figure n° 14 : Evaluation du ressenti bénéfique de la compression.

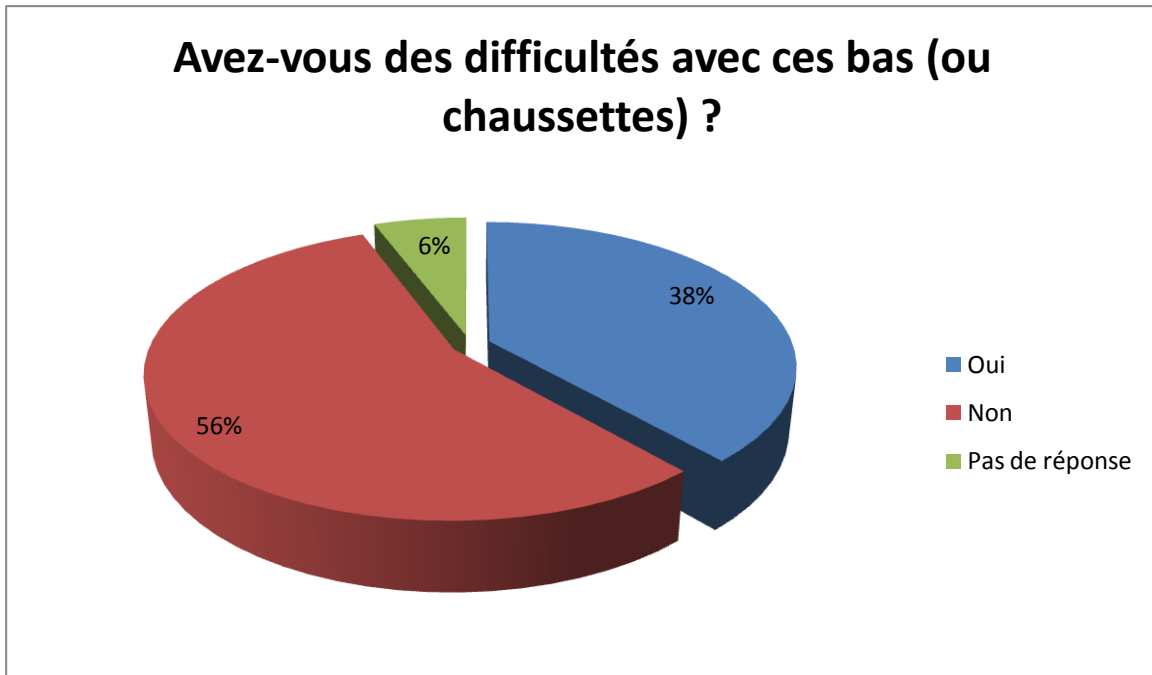


Figure n° 15 : Difficultés.

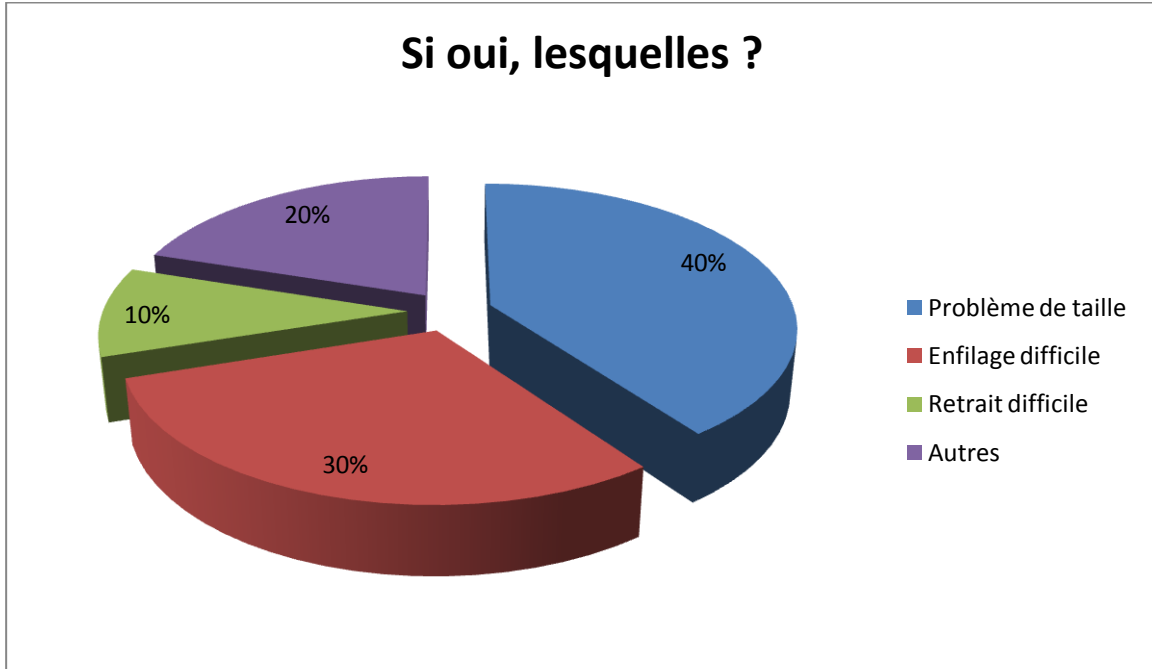


Figure n° 16 : Types de difficultés rencontrées.

En toute franchise, par rapport au moment ou je suis passé(e) vous voir pour parler des bas (ou chaussettes), diriez vous que cela vous a aidé pour la suite :

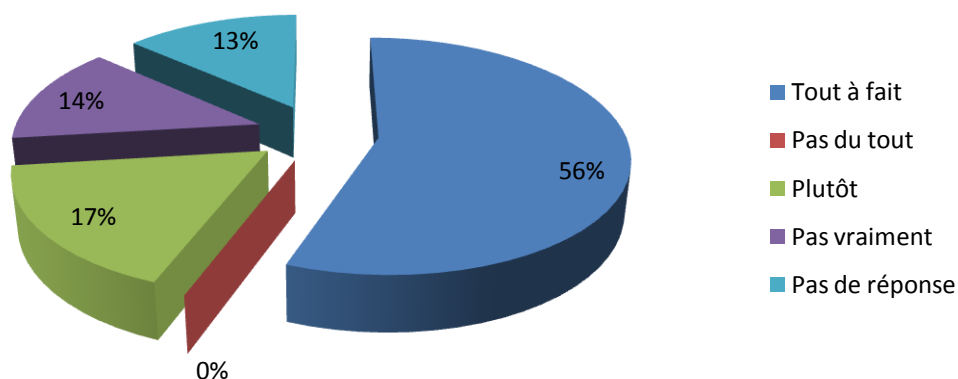


Figure n° 17: Evaluation de l'aide apportée par la consultation d'ETP.

Etes-vous satisfait de cette consultation pour parler des bas (ou chaussettes) de compression ?

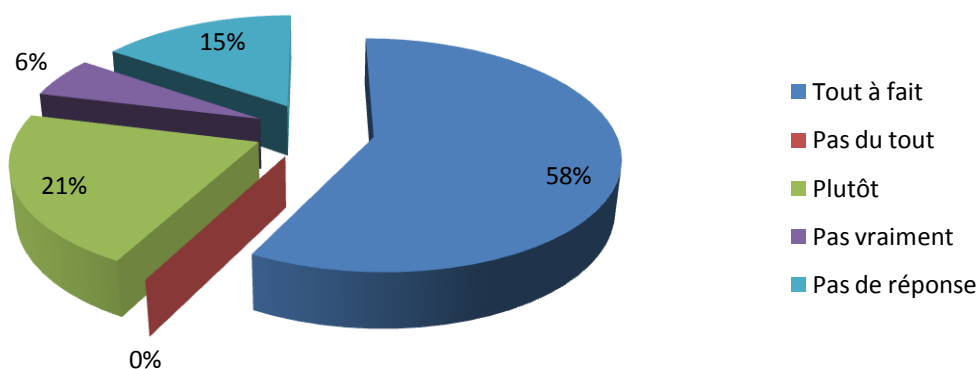


Figure n° 18 : Estimation de la satisfaction des patients vis-à-vis de la consultation d'ETP.

3.2. Evaluation de la satisfaction des externes

Un questionnaire de satisfaction (Annexe 14) a été rempli par chaque externe à la fin de son stage, permettant de rendre compte des compétences acquises, des points positifs et de ce qui pourrait être amélioré.

Les cinq externes ont été satisfaits de participer à cette action d'ETP et ont acquis de nouvelles connaissances en assurant ces consultations. Le sentiment d'apporter une véritable aide aux patients, d'avoir un rôle important au sein de l'équipe, et d'acquérir de nouvelles connaissances utiles dans leur pratique officinale, sont les arguments qui reviennent majoritairement dans les cinq questionnaires. Cette consultation a confronté les externes aux questions des patients, et ils ne savaient pas toujours y répondre. Ils ont dû rechercher des réponses consensuelles auprès de l'équipe soignante et cette démarche a été enrichissante pour eux. Par la suite, ces réponses ont été formalisées dans un document (Annexe 7).

Il a été facile pour les externes en pharmacie d'être au contact des patients qui ont été le plus souvent intéressés, et globalement satisfaits des consultations.

Il a été plus compliqué pour eux de s'adresser à des patients jeunes, ou très âgés, pour lesquels une approche différente est peut-être requise et nécessite une certaine expérience. Il a aussi été difficile d'intéresser des patients connaissant déjà la compression, ou étant peu impliqués dans leur pathologie. La transmission de certains messages, notamment sur l'observance et la durée du port, s'est parfois avérée difficile pour les externes. En effet, dans certains cas, les patients étaient inquiets et septiques à l'idée de porter une compression veineuse pendant deux ans.

Les propositions des externes pour la suite sont variées :

- recevoir quelques cours supplémentaires de communication,

- obtenir un avis objectif sur la réalisation de leur consultation en cours de stage, par un sénior,
- avoir de vraies chaussettes pour l'essayage,
- insister davantage sur l'importance du port de la compression, lors des visites.

3.3. Evaluation de la satisfaction des médecins et des internes

Un questionnaire de satisfaction a également été rempli par deux des médecins du service assurant les visites de médecine vasculaire, et par les trois internes en médecine qui se sont succédés de février 2012 à février 2013 (Annexe 15).

Globalement l'ordonnance utilisée pour prescrire la compression veineuse semble facile à utiliser. Les cinq personnes interrogées trouvent l'action d'ETP « *plutôt* » bien organisée avec néanmoins la présence de contraintes liées à l'utilisation d'un nouveau support et l'absence de solutions pour assurer les éducations lorsque l'externe est en congé.

L'analyse des questionnaires montrent que certains points restent à améliorer et nécessitent quelques ajustements :

- la formation des externes (afin d'éviter les problèmes de relais lors des changements),
- l'organisation d'un temps d'échange entre les médecins et l'externe (afin de discuter des problèmes rencontrés lors des éducations, de faire le point sur les patients à éduquer...),
- l'information aux internes lors de leur arrivée dans le service.

Pour la suite, ils proposent :

- d'organiser un débriefing entre médecins et externes deux fois par semaine (c'est-à-dire avant chaque visite) sur les éducations réalisées et celles à venir,
- de mieux informer les internes sur l'existence de ce programme d'ETP dès leur arrivée dans le service,
- d'évaluer à distance (à six mois par exemple) les patients ayant reçu ce type d'éducation.

4. DISCUSSION

Les résultats de l'entretien téléphonique à trois semaines nous ont permis d'évaluer l'observance, la satisfaction des patients vis-à-vis de cette consultation d'ETP, et leur vécu de la compression. Il y a eu un bon taux de réponse au suivi à trois semaines (52 réponses analysées sur les 65 patients éduqués).

4.1. Interprétation des résultats

La majorité des patients (94 %) a acheté les bas de compression prescrits, ceux qui ne l'ont pas fait en possédaient déjà (figure n° 10). On peut dire qu'un grand nombre de patient s'est senti concerné par sa pathologie et a fait la démarche de se procurer le traitement.

Par contre, très peu de patients (8%) ont acheté une aide pour enfiler ou retirer les bas (figure n°11). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat :

- Les patients sont complètement autonomes et n'en ont pas besoin,
- Le coût peut être un frein pour certains patients,
- La décision d'utiliser une aide n'a pas forcément encore été prise au moment de l'appel téléphonique,
- Les patients ne voient peut-être pas l'intérêt d'acheter une aide (présence d'une IDE, ou d'un parent pour la pose des bas...).

Il est donc difficile d'interpréter ce résultat et de savoir si les patients n'ont pas acheté d'aide pour les raisons évoquées ci-dessus, ou pour d'autres raisons que notre travail n'a pas permis de mettre en avant.

L'observance à trois semaines est très bonne étant donné que 94 % des patients portent les bas tous les jours (figure n°12). Il est toutefois important de souligner que 30% n'en ont pas envie et se sentent contraints de le faire (figure n°13). Ainsi, il serait intéressant de pouvoir mesurer sur une plus longue période, l'évolution de l'observance notamment chez les patients pour qui la compression représente une contrainte.

Un peu plus de la moitié des patients (60 %) ressent un bienfait au port de la compression (figure n° 14). Le bien-être apporté par le port de la compression laisse supposer que ces patients poursuivront plus facilement le port de leur compression.

Au total, 38% des patients présentent des difficultés avec les bas de compression (figure n° 15). Arrivent en tête les problèmes de taille pour 40% d'entre eux (problème de hauteur, bas trop grands, ou qui glissent lors de la marche) pouvant s'expliquer par de mauvaises prises de mesures en officine ou par la réduction d'un œdème chez le patient, rendant nécessaire la prise de nouvelles mesures. Arrivent ensuite les problèmes d'enfilage (30%) mais également de retrait (10%). D'autres difficultés sont décrites. Elles concernent 20% des patients. On retrouve « *une douleur liée à l'élastique* », « *une allergie au sommet de la cuisse* », « *une fracture douloureuse* » ou encore des « *cassures de bas lors de l'enfilage* » (figure n° 16). Ainsi, à trois semaines, une proportion non négligeable de patients signale des difficultés avec les bas et peut permettre de comprendre les problèmes d'observance ultérieurs.

En ce qui concerne l'aide apportée par la consultation, 73% des patients estiment avoir été aidés (tout à fait aidés, plutôt aidés) par cette consultation d'ETP et 79% en ont été satisfaits (tout à fait, et plutôt satisfaits) (figure n° 17 et 18). En ce qui concerne les autres patients, (ceux ayant répondu « pas vraiment ») il est important de souligner que la majorité d'entre eux connaissait déjà la compression et/ou en avait déjà porté.

L'ensemble de ces résultats est très encourageant, les patients sont globalement satisfaits de la séance d'éducation et reconnaissent l'aide que cela a pu leur apporter. Cette action d'éducation thérapeutique montre donc son intérêt et encourage à sa poursuite. Toutefois, il existe des limites à ces résultats, que nous décrivons ci-dessous.

4.2. Limites

Afin de mieux comprendre les explications qui suivent, se munir du guide téléphonique (annexe n° 9)

Parmi les limites de ce travail, nous pouvons citer les biais liés aux intervenants. Ceux-ci regroupent entre autre le sérieux de l'externe, son aptitude à la communication, et son niveau d'investissement et de motivation.

Le biais d'interprétation est également un élément important notamment en ce qui concerne le remplissage du guide téléphonique via les informations apportées par les patients (en particulier pour les deux dernières questions du guide téléphonique, concernant la satisfaction des patients vis-à-vis de l'action d'ETP).

Pour limiter ce biais il aurait fallu lire les quatre réponses et proposer au patient d'en choisir une, ce qui dans la réalité n'était pas évident à faire. Il est impossible de vérifier que cette façon de procéder ait été scrupuleusement respectée pour chaque questionnaire. On qualifie donc de « biais d'interprétation », le fait que l'externe ait pu interpréter la réponse du patient lorsque celui-ci ne répondait pas avec les mots exacts proposés dans les réponses.

Cependant, malgré ce biais d'interprétation, on imagine que les réponses apportées reflètent tout de même bien la réalité car pour chaque niveau de contentement (satisfait ou non satisfait) il n'y a que deux niveaux de précision (Tout à fait/plutôt et pas vraiment/pas du tout).

Le biais d'interprétation entre aussi en compte dans le recueil des données. Les réponses à la question n° 4, autres que « oui » et « non », ont été nombreuses. Pour ne pas fausser les résultats nous avons décidé de rapporter toutes les réponses, en tenant compte des « oui » et des « non » catégoriques ainsi que des autres réponses. La présence d'une négation dans l'énoncé de cette question « *Y a-t-il des jours où vous n'avez pas envie de les mettre ?* » explique sans doute l'abondance de réponses différentes, difficiles à interpréter. Il serait judicieux pour la suite de reformuler l'intitulé de la question, de cette façon par exemple : « *Avez-vous envie de mettre les bas/chaussettes de compression tous les jours ?* »

4.2. Une pédagogie adaptée

L'ET à la compression est complexe dans le sens où elle nécessite la maîtrise de trois domaines de compétences complémentaires : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Ces domaines pouvant être abordés du côté du « soignant » comme du côté du « patient ».

Du côté du soignant :

Dans notre cas, du côté de l'externe, la présence de connaissances suffisantes sur l'ensemble de la pathologie, ainsi que sur la fonction, et l'utilisation des bas de compression, est nécessaire. Grace aux études de santé qu'ils ont suivies pendant leur cursus les étudiants en cinquième année de pharmacie ont déjà des bases dans ce domaine, mais leurs connaissances doivent être approfondies. Il semble indispensable de mettre en place une formation pédagogique reprenant tous les points essentiels d'une consultation d'ETP.

Le « savoir » théorique (physiopathologie de la TVP, complications, durée de port ...) et « le savoir-faire » (technique d'enfilage, de retrait...) devront être repris durant cette formation, de même que la façon de transmettre ces connaissances avec des mots simples, adaptés aux personnes. Il est également nécessaire d'aborder le savoir-faire sans être en correction directe

des erreurs, mais en essayant d'en comprendre les raisons pour améliorer le geste (par exemple le fait de trop tirer sur une compression et de la disposer trop haut).

De plus, une formation à la « *dimension relationnelle* » [47] est capitale pour assurer ces consultations d'ET. En effet, toute la notion de savoir-être réside dans la capacité du soignant à adopter « *une posture éducative* », c'est à dire « *admettre qu'une collaboration entre soignant et patient est indispensable* » [41].

Il est important pour les externes d'être sensibilisés à l'écoute du patient, en développant « *une attitude à la fois réceptive et perceptive* » [47], de rentrer dans une démarche « *de compréhension* » [47], d'empathie, et d'apprendre à reformuler ce qu'a dit le patient. Cette dimension est utile pour tenter de comprendre d'éventuelles représentations du patient vis à vis de la compression veineuse, pouvant s'avérer être un frein au port de celle-ci.

Tous ces comportements nécessitent un certain entraînement.

Du côté du patient :

Dans le domaine de la compression, le patient va apprendre à maîtriser une technique d'enfilage et de retrait des bas. Il va acquérir des compétences sur leurs fonctionnements, leurs utilités dans sa pathologie et leurs entretiens. Il y a donc une véritable démarche d'« *appropriation des savoirs* » [42] par le patient. Il va apprendre à prendre soin de lui, et cette décision lui appartient. Elle est régie par un processus complexe qui a lieu « *en partie au moment de la consultation et au travers des relations avec les soignants, mais qui se passe aussi en grande partie à l'insu de ces derniers, dans la relation à soi-même et à son entourage familial et social.* » [42]

Pour certains, porter une compression veineuse peut être difficile du fait de la représentation qu'ils s'en font et parfois de la peur du regard des autres (par exemple, porter une compression l'été avec un short ou une jupe) ce qui peut entrer dans le domaine du « savoir être ».

Il est nécessaire de comprendre ce dont a besoin le patient, car la pédagogie doit être adaptée à chaque patient.

4.4. Propositions pour la suite

L'objectif à présent est de poursuivre ces consultations car elles présentent une réelle utilité. En consolidant les acquis d'une part et en progressant davantage sur la façon de mener ces éducations d'autre part, nous pourrions obtenir encore plus de satisfactions du côté des patients et des soignants. Il pourrait être envisageable par la suite, de généraliser ce programme à d'autres services et éventuellement à d'autres établissements.

La première des propositions consiste à améliorer le lien avec les professionnels de santé que le patient va rencontrer dans son parcours de soins (médecins, pharmaciens, IDE...).

Ce lien possible vers les autres professionnels de santé pourrait donc être plus développé dans la fiche d'information remise au patient à la fin de la séance et au moment du suivi téléphonique.

L'amélioration de la formation des externes est également un point important et central, sur lequel nous devons travailler davantage. L'une des propositions serait de pouvoir former en même temps les quatre externes en pharmacie qui interviennent dans l'année. En trouvant un créneau horaire adapté à tous, une formation plus complète pourrait être réalisée en intégrant notamment l'intervention d'une kinésithérapeute et des infirmières d'éducation. On pourrait facilement imaginer des « jeux de rôles » avec les externes, pour mimer une séance

d'éducation et répondre à leurs questions avant qu'ils ne se lancent dans les éducations à proprement parler. Pour ce faire, un créneau horaire dédié à cette formation devra être planifié, une fois par an.

Une autre des propositions serait de développer un lien plus grand avec les infirmières d'éducation, de façon à intégrer davantage cette démarche d'ETP à celle déjà existante sur les traitements anticoagulant oraux.

Enfin, la mise en place d'un fichier « Gulper » résumant chaque consultation pourrait être imaginée, de façon à ce que n'importe quel professionnel de santé du CHU puisse en prendre connaissance.

L'ETP est complexe, et nécessite de l'entraînement, de la maturité, et de la motivation. Dans ce travail, les externes en pharmacie ont participé avec leurs moyens. Même avec peu d'expérience chacun s'est investi, a apporté des éléments nouveaux et la démarche d'éducation thérapeutique à la compression veineuse élastique qui ne parvenait pas à se mettre en place, s'est concrétisée. Ainsi, même si les améliorations proposées sont encore à mettre en place afin que ces consultations d'éducation thérapeutique ressemblent à ce que nous imaginons, le chemin déjà parcouru est très prometteur.

THESE SOUTENUE PAR : Jessica URBAN

Education thérapeutique à la compression veineuse chez des patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde. Une expérience d'un an au sein de la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble.

CONCLUSION

Le port d'une compression veineuse élastique demeure indispensable pour les patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde, dans le but de prévenir la survenue d'un syndrome post-thrombotique. A l'heure actuelle peu de données sur l'éducation thérapeutique du patient dans ce domaine sont disponibles et les quelques études d'observance réalisées témoignent des difficultés rencontrées par les patients pour suivre au mieux leur traitement par compression.

Une action d'éducation thérapeutique à la compression veineuse, incluant une consultation au lit du patient et un suivi téléphonique à trois semaines, réalisée par les externes en pharmacie, a été mise en place dans le cadre d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), au sein de la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble. Cette consultation d'éducation thérapeutique est destinée aux patients ayant présenté une thrombose veineuse profonde, avec ou sans embolie pulmonaire, à qui une compression veineuse est prescrite pendant une certaine durée (de six mois à deux ans selon la localisation de la thrombose veineuse profonde). Les patients sont par ailleurs intégrés dans un programme d'éducation thérapeutique « *Les traitements anticoagulants au quotidien* », autorisé par l'agence régionale de santé, en janvier 2011.

La démarche d'éducation thérapeutique a permis d'aborder avec les patients la problématique d'un dispositif médical : la compression veineuse, avec ses aspects pratiques (l'achat, l'enfilage, le retrait, l'entretien, l'observance) ainsi que ses contraintes et ses avantages. L'approche pédagogique est centrée sur des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.

Soixante-cinq patients ont bénéficié de cette action sur une année, avec des résultats très encourageants en particulier pour l'observance et la satisfaction à trois semaines de la consultation. Les médecins prescripteurs, les internes en médecine et les externes en pharmacie du service ont été satisfaits de cette action qui a pu être mise en place grâce au partenariat de chacun dans cette démarche d'EPP.

Dans le cadre des nouvelles missions attribuées au pharmacien, ce travail donne des pistes d'actions concrètes à mettre en œuvre au moment de la délivrance d'un dispositif de compression veineuse, ou lors de temps dédiés, et plus largement encore pour les professionnels de santé engagés dans une démarche d'éducation thérapeutique à la compression veineuse élastique.

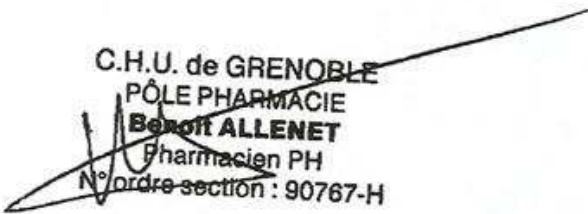
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 07/10/13

LE DOYEN,
Professeur Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE,
Docteur Benoit ALLENET



C.H.U. de GRENOBLE
PÔLE PHARMACIE
Benoit ALLENET
Pharmacien PH
N° ordre section : 90767-H



BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS. La compression médicale dans le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse. Fiche BUTS [Internet]. 2010 [consulté le 10 Juillet 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_le_traitement_de_la_maladie_thrombo-embolique_veineuse.pdf
- [2] Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Frulla M, Marchiori A, Bernardi E, et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 17 août 2004; 141(4):249-256.
- [3] Raju S, Hollis K, Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy. *Ann Vasc Surg.* nov 2007; 21 (6):790-795.
- [4] Ziaja D, Kocełak P, Chudek J, Ziaja K. Compliance with compression stockings in patients with chronic venous disorders. *Phlebology.* dec 2011;26(8):353-360.
- [5] HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 [consulté le 23 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- [6] Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 [consulté le 23 sept 2013]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>
- [7] Ramelet A-A, Hafner J. Anatomie et anatomie pathologique des veines des membres. *Phlébologie.* 5ème éd. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2006. p. 15-18.
- [8] Boisseau M., Bourdenx V, Diard A, Moore N. Physiologie de la circulation veineuse. *EM-Premium.* Elsevier masson; 2008. p. 3.
- [9] Rastel D. Guide pratique de la compression par bas et bandes des affections veineuses des membres inférieurs. Editions Lion six; 2010.

[10] Rimaud D. Effets cardiovasculaires et métaboliques de la contention veineuse: études au repos, à l'exercice et post-exercice, chez des sujets sains sportifs et des sujets blessés médullaires [Thèse doctorat]. [Saint-Etienne, France]: Faculté de médecine; 2007.

[11] Devulder B. Généralités-Anatomie et physiologie du système circulatoire. Médecine vasculaire. Paris, France; 1998. p. 1-11.

[12] Ramelet A-A, Hafner J. TVP-Définition. Phlébologie. 5^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2006. p. 13-14.

[13] Luizy R, Luizy F. Maladie thromboembolique veineuse. In: Constans J, éditeur. Traité de médecine vasculaire. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson, 2011. p. 6.

[14] Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JI, Bergqvist D, Brecht JG, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* oct 2007; 98 (4):756-764.

[15] Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France. EPI-GETBP Study Group. Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. *Thromb Haemost.* mai 2000; 83(5): 657-660.

[16] Laroche J-P, Righini M, Petit A, Bounameaux H, Janbon C, Samama MM. Thrombose veineuse: mode d'emploi. Montpellier, France: Sauramps médical; 2004.

[17] Toledano A. La thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Guide pratique de la thrombose veineuse des membres inférieurs. Paris, France: Vernazobres-Gregory; 2012. p. 20-27.

[18] Devulder B. Pathologie veineuse. Médecine vasculaire. Paris, France: Masson; 1998. p. 221-222.

[19] Fusi C, Bontemps F. La thrombose veineuse profonde. *Monit Pharm.* 18 sept 2010; Cahier 2(2846):16.

[20] Laroche J-P, Righini M, Petit A, Bounameaux H, Janbon C, Samama MM. De la clinique...de la TVP. Thrombose veineuse: mode d'emploi. Montpellier, France: Sauramps médical; 2004. P 25-33.

[21] Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H. D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. *J. Thromb Haemost.* juill 2008; 6 (7): 1059-1071.

[22] Toledano A. Diagnostique échographique. Guide pratique de la thrombose veineuse des membres inférieurs. Paris, France: Vernazobres-Gregg; 2012. P 28-30

[23] Prandoni P, Kahn SR. Post-thrombotic syndrome: prevalence, prognostication and need for progress. *British Journal of Haematology.* mai 2009;145(3):286-295.

[24] Garcia C, Gal GL, Guias B, Louis S, Mottier D. La maladie post-thrombotique veineuse. *Médecine thérapeutique.* janv 2004;10(1):7-13.

[25] Luizy R, Luizy F. Insuffisance veineuse profonde. In: Constans J, éditeur. *Traité de médecine vasculaire.* Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson, 2011. p. 229-230

[26] Graham-Brown R, Burns T. Pathologie vasculaire. Cours de dermatologie. Paris, France: Arnette; 1991. p. 207-212.

[27] Caulin C. Vidal Recos: recommandations en pratique, 2012. 4ème éd. Vidal SA, éditeur. Issy-les-Moulineaux, France: Vidal; 2011.

[28] HAS. La compression médicale dans le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse. Fiche BUTS [Internet]. 2010 [consulté le 12 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_le_traitement_de_la_maladie_thrombo-embolique_veineuse.pdf

[29] AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique pour la prévention et le traitement de la maladie thromboembolique veineuse en médecine [Internet]. 2009 [consulté le 12 juillet 2013]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ae4209ebc36d7164d4b7c876ddeaabab.pdf

[30] HAS. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. Fiche BUTS [Internet]. 2010 [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques.pdf

[31] Ramelet A-A, Hafner J. Compression élastique. Phlébologie. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2006. p. 307-308.

[32] Mollard J-M, Lance G. Contention/compression élastique. EM-Premium. Paris, France: Elsevier Masson; 2007. p. 1-7.

[33] HAS. Dispositifs de compression médicale à usage individuel. Utilisation en pathologie vasculaire. Révision de la liste des produits et prestations remboursables [Internet]. Dispositifs de compression médicale. 2010 [consulté le 21 juillet 2013]. P 36 Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/rapport_compression_medical_1276_vf.pdf

[34] Gardon-Mollard C, Ramelet A-A. Caractéristique textile des orthèses. La compression médicale. 2ème éd. Paris, France: Masson; 2006. p. 109.

[35] Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. (JORF n°88 du 14 avril 2007, page 6861 texte n° 126)

[36] Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. (JORF n°152 du 2 juillet 2006, page 9947 texte n° 19)

[37] Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. (JORF n°11 du 13 janvier 2006 page 532 texte n° 33)

[38] HAS. Dispositifs de compression médicale à usage individuel. Utilisation en pathologie vasculaire. Révision de la liste des produits et prestations remboursables [Internet]. 2010. p 285-286 [consulté le 15 août 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-2/rapport_compression_medical_1276_vf.pdf

[39] Article L1161-1 du Code de la santé publique.

[40] Article L1161-2 du Code de la santé publique.

[41] Sandrin-Berthon B. Éducation thérapeutique. Concept et enjeux. Adsp. mars 2009;(66):10-59.

[42] Satger B, Blaise S. Les principes de l'éducation thérapeutique du patient. Douleur et Analgésie. déc 2011;24(4):184-188.

[43] Foucaud J, Bury J., Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis, France : INPES; 2010, 414 p.

[44] Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. J Clin Nurs. mai 2010; 19(9-10): 1289-1297.

[45] Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Nutrition/Obésité. 2009; Volume 196(12): 688-690.

[46] Décret n°85-385 du 29 mars 1985 fixant le statut des étudiants hospitaliers en pharmacie. Legifrance [Internet]. [consulté le 2 Août 2013] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

[47] Lacroix A, Assal J-P. Formation des soignants impliqués dans le suivi des maladies chroniques. L'éducation thérapeutique des patients: accompagner les patients avec une maladie chronique. 3ème éd. Paris, France: Maloine; 2011. p. 135-152.

ANNEXE 1

Compte-rendu EPP 09/01/12 - Consultation d'éducation thérapeutique à la contention/compression dans les suites d'une TVP proximale.

P. Levêque, B. Satger

Mise en place d'une consultation d'ETP dans le service de médecine vasculaire.

La consultation :

- Sera réalisée par externe en pharmacie, après accord du patient, au lit du patient.
- La demande d'éducation est faite par les médecins du service.
- Une trame de la séance d'éducation est faite.
- Un suivi téléphonique par l'externe en pharmacie sera fait à 3 semaines de la consultation, un guide d'entretien pour mener cet appel est à faire (P. Levêque, B. Satger).
- Un des objectifs de la consultation est aussi de détecter les personnes qui ne pourront pas mettre leur contention seules, ce qui sera signalé aux médecins du service pour une prescription IDE à la sortie.

Traçabilité :

- Cahier avec spirale (comme pour le suivi des TVP en explorations fonctionnelles) avec date de la consultation d'ETP et date du suivi téléphonique (cahier à préparer par B. Satger).
- Mot dans le dossier médical
- Le compte-rendu d'éducation est mis dans un classeur spécifique pour organiser le suivi téléphonique.
- Un double du compte-rendu de la consultation d'ETP est rangé dans le dossier médical.

Pour qui ?

- Initialement prévue pour les personnes présentant une TVP proximale, il est décidé en réunion de proposer aussi cette consultation d'ETP aux personnes ayant présenté une TVP surale avec EP.
- La durée conseillée de port de la C/C ne sera pas alors de 2 ans (il n'y a pas de consensus).

Déroulement :

- La demande est faite par les médecins du service.
- Le médecin indique sa demande sur le cahier à spirale : nom, prénom du patient, date de la demande.
- Le médecin remplit l'ordonnance spécifique et la met dans le classeur patient infirmier.
- Les externes en pharmacie doivent donc régulièrement consulter le cahier à spirales.

Formation des externes :

- Les externes changent tous les 3 mois, ils sont présents le matin.
- Cycle de formation à organiser tous les 3 mois (4/an) :
- A chaque changement d'externe, une formation de l'externe en pharmacie sera assurée par B. Satger, Fanny ou Cécile R.

1/2

- Passer une demi-journée avec IDE d'éducation AVK la première semaine (problème c'est l'après midi)
- Formation à la compression (par Fanny ou Cécile R ?)
- Formation à la séance d'éducation (personne ressource : B Satger) et à l'utilisation du kit dédié à l'unité.
- Le premier appel téléphonique de suivi devrait être fait avec un référent pédagogique (BS, IDE d'éducation).

Evaluation de l'action (audit) :

- En septembre 2012 (à 6 mois).
- Concernera donc l'activité de 3 externes en pharmacie.
- Evaluation de l'activité :
 - nombre de demandes
 - nombre de consultations d'ETP faites
 - nombre de consultations d'ETP non faites (indiquer la raison : éducatibles, non éducatibles, sortie avant éducation...)
 - éducation ou non d'une personne ressource
- Evaluation du processus :
 - Compte-rendu présent ou non dans le dossier médical
 - Compte-rendu rempli ou non
 - Indication de l'action dans le dossier médical (un simple mot)
 - Indication de l'action dans la lettre de sortie

A faire :

- Une ordonnance type pour la prescription de contention (P. Levêque), en notant, classe 3 ou pression 30 mmHg, le type de bas
- Cahier à spirales pour le suivi (B. Satger)
- Classeur pour entreposer les comptes rendus d'éducation, les dossiers vierges d'éducation, les différentes fiches d'information, la trame d'entretien (BS)
- Guide d'entretien pour le suivi téléphonique à 3 semaines (BS, PL). Le guide d'entretien doit aborder les points suivants : achat ou on ? La contention est-elle portée ? Quand est-elle mise (douche) ? Bienfait ressenti ? Satisfaction de l'action d'éducation ?
- Quelques modifications sur la note d'information contention de Granted (titre : « Vous devez porter une compression élastique pour le traitement d'une maladie veineuse) (BS).
- Récupérer des échantillons de bas (BS)
- Achat d'enfile bas, retire bas, sac : facture à donner à P.C (BS)
- Faire un avenant pour le dossier d'autorisation ARS pour signaler cette nouvelle action dans le cadre du programme d'ETP autorisé (BS).

Remarques :

- Il faut parler de « compression veineuse élastique ».
- A noter, lors de la séance, conseiller d'aller acheter dans une officine orientée orthopédie pour avoir plus de choix (matière, marque), indiquer que les prix peuvent être différents d'une officine à l'autre.

ANNEXE 2

Consultation d'éducation « contention/compression » (bas, chaussettes, collant)

Date : / / Durée consultation :

Coordonnées du patient (étiquette)	Consultation assurée par Externe en pharmacie
NOM :	Nom :
Prénom :	
Date de naissance :	Tampon
Téléphone :	Service
Adresse :	

Type de C/C prescrite :

Indication :

Rappels des objectifs de la consultation :

- *Expliquer l'intérêt du port de la contention*
- *Dire comment il va l'acheter*
- *Dire comment mettre correctement sa contention*
- *Dire comment il l'entretient (lavage...)*
- *Dire comment et quand il doit la renouveler*
- *Expliquer et montrer les gestes pour faciliter l'enfilage et le retrait de la contention*

Remise de la fiche contention :

Remise des fiches (utilisation d'aide enfile bas ou retire bas) :

Commentaires :

Suivi téléphonique prévu le : / / - Suivi téléphonique fait le : / /
Compte-rendu du suivi téléphonique :

ANNEXE 3 (1/2)

COMMENT ENTREtenir SES BAS ?

Les laver tous les jours si possible. Le lavage permet de restituer leur élasticité d'où la nécessité d'en avoir au moins 2 paires disponibles.

Il est possible de les laver en machine en programme doux à moins de 40°C mais il ne faut pas utiliser de sèche-linge ni de produit assouplissant (suivez les conseils indiqués sur la notice de vos bas).

Si vous les lavez à la main, les essorer sans les tordre.

Si vos bas ont tendance à glisser, essayez la zone autofixante avec un linge légèrement imprégné d'alcool délivré en pharmacie pour qu'elle retrouve ses qualités d'adhésion.

COMMENT METTRE SES BAS ?

Les bas se mettent en place le matin si possible dans l'heure qui suit le lever. Il faut habituellement les enlever le soir au coucher (à faire préciser par votre médecin).

Il existe plusieurs techniques de pose, lisez la notice incluse dans la boîte des bas.

Ne vous découragez pas aux premiers essayages. Le personnel soignant peut vous conseiller et vous aider.

Une chaussette doit être mise en place jusqu'en haut du mollet, il ne faut pas la tirer sur le genou, ni retourner son extrémité supérieure.

Bien répartir la pression avec les mains de bas en haut après la mise en place pour faire disparaître les plis et répartir le bas de manière homogène. Ce geste évitera le glissement du bas.

Le port de gants peut faciliter l'enfilage et éviter les accros.

Il existe des systèmes facilitant l'enfilage (non remboursés) très utiles pour poser un bas sur un pansement par exemple ou si vous avez du mal à vous pencher en avant (glisse pied, enfileur en toile de voile...)



Enfin, si vous ne parvenez toujours pas à mettre en place le bas ou si le bas vous fait mal, n'en restez pas là et contactez rapidement votre médecin.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

Le port de bas ne dispense pas de marcher bien au contraire, si possible au moins 30 minutes 3 fois par semaine.

Eviter d'appliquer des crèmes hydratantes immédiatement avant l'enfilage. Si votre peau est sèche, vous pouvez appliquer une crème hydratante ou un lait pour le corps le soir.



Vous devez porter une compression élastique pour le traitement d'une maladie veineuse

Des réponses aux questions que vous vous posez peut-être...



**Fiche d'information
Réseau Ville-Hôpital GRANTED**

<http://Granted.ujf-grenoble.fr>

16 rue de la Tour de l'eau
38400 St Martin d'Hères
tél. : 04.76.24.90.34

Janvier 2012

ANNEXE 3 (2/2)

LES BAS DE COMPRESSION

Un bas de compression est un dispositif médical. Il exerce une pression contrôlée, maximale à la cheville. C'est donc normal qu'il vous serre, mais il ne doit pas vous faire mal.

Le bas médical est tricoté pour serrer de façon homogène, progressive, le long de la jambe sans faire de garrot lorsqu'il est mis en place correctement.

Le rôle du bas médical est de réduire la stase de sang dans les jambes, de diminuer la pression dans les veines et donc d'améliorer le retour veineux et de lutter contre l'œdème.

Le bas est plus ou moins serré du fait de la pression du bas, répartie en 4 classes, de 1 (la moins forte) à 4 (la plus forte). Elle est décidée par le médecin ou par le kinésithérapeute en fonction de votre maladie et doit être inscrite sur l'ordonnance.

Il ne faut pas confondre la classe (pression) avec la taille (mesure) du bas.

Il existe des collants, des bas cuisse et des bas jarret ou chaussettes.

Il existe 2 types de bas :

- **Le bas de prévention**, dit antithrombose en général de couleur blanche est délivré à l'hôpital. Il n'est utile qu'en position couchée dans la prévention de la phlébite et ne peut en aucun cas être utilisé en position debout.

- **Le bas médical de compression** est délivré sur ordonnance. Il est efficace couché comme debout. La marche (contraction musculaire) améliore son efficacité.

Il joue un rôle d'anti-douleur.

Il prévient la survenue de complications liées aux séquelles de phlébites.

Attention ! Les « bas de soutien » ou « bas anti-fatigue » ne sont pas des bas médicaux. Ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale car ils n'ont pas la même efficacité que les bas médicaux.

COMMENT SE PROCURER DES BAS ?

Auprès de votre pharmacien ou chez un orthopédiste.

La compression est un traitement à part entière à débiter le plus tôt possible en cas de phlébite. Le bas doit donc vous être délivré rapidement, dans la journée en cas de phlébite.

La prise de mesure effectuée par le pharmacien / orthopédiste est obligatoire (le plus souvent le tour de cheville et la hauteur de votre jambe) et doit être faite le matin ou après une période de repos allongé. Elle permet de vous donner une contention à votre taille.

Un bas doit être essayé avant d'être adopté !

Différentes matières et coloris sont disponibles. Le confort et la facilité d'enfilage peuvent varier selon les matières. A vous de voir celle qui vous convient le mieux. Dans certains cas votre médecin peut vous indiquer spécifiquement une matière.

Veillez à ce que les marques des produits choisis par votre médecin soient respectées.

LES BAS SONT-ILS REMBOURSES ?

Les bas remboursés (sur ordonnance) par la sécurité sociale sont inscrits sur une liste qui fixe la base de remboursement (LPPR). Il n'existe pas de limitation de prescription dans l'année : vous pouvez donc renouveler vos bas aussi souvent que nécessaire.

Le prix de vente est souvent plus élevé que la base du remboursement et il peut varier d'une pharmacie/orthopédiste à l'autre. La différence est à votre charge. Certaines mutuelles la prennent en charge.

N'hésitez pas à vous renseigner au préalable.

ANNEXE 4

Comment utiliser un enfile bas



1- Placez l'enfile bas sur une surface stable, la partie droite face à vous. Positionnez le bas à l'endroit dans l'arrondi métallique, le talon face à vous.



2- Enfilez le bas autour de l'armature métallique en le retournant.



3- Vérifiez que le talon soit toujours face à vous.



4- Quand vous voyez le bout du bas de compression, glissez votre pied à travers le bas.



5- Enfilez votre pied jusqu'à ce qu'il soit à plat au sol. Contrôlez que la pointe du pied et le talon soient bien en place.



6- Aidez vous des poignées pour faire remonter le bas jusqu'au genou. Puis retirez l'enfile bas et finissez de le remonter à la main.

ANNEXE 5

Comment utiliser un retire bas



1- Glissez la spatule rose entre le bas et votre mollet.



2- Vérifiez que le bas se cale dans le crochet à l'arrière de la spatule. Puis faites glisser le bas le long de la jambe à l'aide de la tige.



3- La spatule doit passer sur le talon comme un chausse-pied.



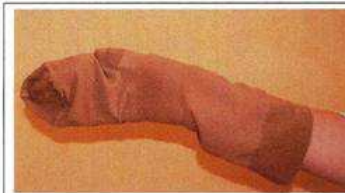
4- Une fois sur le talon, abaissez la tige pour faire glisser la spatule et le bas de compression sous le pied.



5- Poussez la tige jusqu'à ce que le bas soit retiré entièrement du pied.

ANNEXE 6

Comment enfiler un bas/chaussette de compression ?



1/ Introduire la main à l'intérieur du bas/chaussette et pincer le talon avec le pouce et l'index



2/ Retourner le bas/chaussette jusqu'à hauteur du talon



3/ Ecarter le bas/chaussette à l'aide de vos pouces



4/ Y introduire votre pied en vous assurant que le talon est bien en place



1



2



3



4

5/ Avec vos 2 mains, dérouler progressivement le bas/chaussette sur la jambe jusqu'à la hauteur voulue (juste en dessous du genou pour les chaussettes, et dessous plis fessier pour les bas). Ne pas le tirer directement vers le haut, ni d'un coup sec



6/ Vérifier que le bas/ chaussette est toujours en place au niveau de la pointe du pied (coutures) & talon, et passer les mains de bas en haut du bas/chaussette afin d'éliminer les plis s'il y en a

ANNEXE 7

REPONSES AUX PRINCIPALES QUESTIONS POSEES PAR LES PATIENTS



Suis-je obligé(e) de porter mes bas/chaussettes si je fais une randonnée en montagne, sur la plage... ?

Ponctuellement il est possible de les retirer pour une marche en montagne, une activité en piscine...

Toutefois sur la plage évitez de rester immobile au soleil (la chaleur + l'immobilité favorisent la stase veineuse). A noter que l'eau (lac, mer...) aide à la circulation. En effet, les forces exercées par l'eau fonctionnent comme une contention et aident au retour veineux. Par exemple être debout dans 50 cm d'eau équivaut à porter une contention de classe 4.

Le bas est plus serré au niveau de la cheville pour favoriser le retour veineux. Si un nouveau caillot se forme, ne risque-t-il pas de migrer plus facilement vers le poumon et d'entraîner à nouveau une EP ?

Il n'y a aucun risque. Vous allez bénéficier d'un traitement anticoagulant qui va fluidifier le sang, empêchant ainsi la formation d'un caillot.

Dire qu'une éducation pour ce type de traitement est prévue.

Le fait de laver trop souvent les bas/chaussettes risque-t-il de les abîmer ?

Non, au contraire cela restaure leur élasticité et donc leur action.
NB : Ne pas les essorer, ni les laisser sécher à proximité d'une source de chaleur (chauffage, soleil...). Ne pas utiliser d'adoucissant.

Dans combien de temps dois-je renouveler mes bas/chaussettes ?

Dès que vous vous apercevez qu'ils deviennent plus facile à enfiler, qu'ils « serrent moins qu'au début », cela signifie qu'ils sont usés et il faudra les changer.

Environ tous les 3-4 mois.

Puis-je quand même prendre l'avion ?

Il est possible de prendre l'avion, cela n'est pas contre-indiqué ! Toutefois pour les longs voyages (avion, train, car, voiture...), il est nécessaire de porter les bas durant le trajet. Il est aussi important de se lever régulièrement pour marcher afin d'éviter la stase sanguine ou d'effectuer des mouvements avec les chevilles et les pieds (rotation des chevilles, flexion-extension des pieds).

Puis-je porter des chaussures à talon avec mes bas/chaussettes ?

Oui, des talons « légers » sont conseillés (3 ou 4 cm) pour améliorer le retour veineux. Il est préférable d'éviter de porter des talons trop hauts ou des talons aiguilles.

Faut-il porter les bas/chaussettes des deux cotés ?

Non, il est possible de les porter uniquement du côté de la thrombose, ou des deux cotés, selon votre confort personnel.

Un collant ou un bas, qui « montent plus haut » qu'une chaussette, ne sont-ils pas mieux adaptés ?

Il n'y a pas de différence d'efficacité démontrée entre les différents types de bas (chaussettes/ bas cuisse/ collants), il faut choisir ce que vous préférez.

Les chaussettes de compression se portent-elles sous mes chaussettes habituelles ?

Oui, cela est possible.

Si je ne porte pas mes chaussettes de compression pendant quelques heures, y a-t-il un risque d'avoir à nouveau une phlébite ?

Non !

Document réalisé par : J. URBAN

Validé le 01/09/12 par : B. SATGER, P. LEVEQUE, G. PERNOD

ANNEXE 8



**POLE PLURIDISCIPLINAIRE
DE MEDECINE**

**MEDECINE VASCULAIRE
DERMATOLOGIE**

HOSPITALISATION
11^e étage unité C
Zone Belledonne

Dr B. Imbert - Responsable UF
RPPS : 10002992310
Dr I. Tempier - PH
RPPS 10003114617
Dr M. Leveque - ACC
RPPS 10 1000 31367

Cadre de Santé
Mme M. Marbat
Tél : 04 76 76 55 57

Secrétariat :
Tél : 04 76 76 57 17
Fax : 04 76 76 55 24

Office Infirmier :
Tel: médecine vasculaire:
04 76 76 87 51
dermatologie
04 76 76 88 25
Fax : 04 76 76 88 32

Médecine Vasculaire
Pr P Carpentier
Pr G Pernod
Dr S Blaise
Dr C Seinturier

Dermatologie
Pr JC. Beani
Pr MT. Leccia
Dr J. Charles

Nom du patient
Date

Une paire (à renouveler) de

- chaussettes de compression
- bas-cuisse
- collant

Délivrant une pression :

- d'au moins 30 mmHg à la cheville (classe III)
- de 15 à 20 mmHg à la cheville (classe II)

À porter le plus tôt possible après le lever, et à retirer le soir avant le coucher.

nom et signature du médecin

*Conseil: pour l'achat, se rendre de préférence le matin à la pharmacie
ou au magasin d'orthopédie pour prendre les mesures.*

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE
B.P. 217 - 38043 Grenoble Cedex 09 – Standard (33) 04 76.76.75.75
www.chu-grenoble.fr - N° SIRET : 263.800 302 000 14 - FINESS : 38.07800.80

ANNEXE 9

Guide d'entretien pour le suivi téléphonique

à 3 semaines de la consultation d'éducation thérapeutique à la contention/compression dans les suites d'une TVP proximale (ou distale)

(février 2012)

Nom, prénom du patient :

« Bonjour, je me présente, je suis (nom et fonction). Je vous ai vu lors de votre hospitalisation en médecine vasculaire le pour vous parler de la compression veineuse (ou bas ou chaussette de compression). Comme convenu je vous appelle pour prendre de vos nouvelles et voir avec vous comment cela se passe avec ces bas (ou chaussettes) de compression. *(A noter, si la personne veut aborder des éléments concernant la thrombose veineuse, bien préciser que l'entretien ne concerne que les bas ou chaussettes de compression et qu'il faut s'adresser au médecin traitant ou au médecin vasculaire).*

Avez-vous un moment à m'accorder ?

Je vais vous poser quelques questions :

Comment cela se passe avec ces bas (ou chaussettes) ?

Avez-vous acheté les bas (ou chaussettes) ?

Avez-vous acheté un retire bas ou une aide pour enfiler les bas ?

Est-ce que vous les portez tous les jours ?

A partir de quelle heure environ (par rapport à la toilette) ?

Y a-t-il des jours où vous n'avez pas envie de les mettre ?

Est-ce que vous sentez que cela vous fait du bien ? Précisez.

Avez-vous des difficultés avec ces bas (ou chaussettes) ? Si oui, lesquelles ?

En toute franchise, par rapport au moment où je suis passé(e) vous voir pour parler des bas (ou chaussettes) diriez-vous que cela vous a aidé pour la suite :

Pas du tout† Pas vraiment† Plutôt† Tout à fait†

Précisez

Etes-vous satisfait de cette consultation pour parler des bas (ou chaussettes) de compression ?

Pas du tout† Pas vraiment† Plutôt† Tout à fait†

ANNEXE 10



Le kit d'éducation



Une boîte et un échantillonnage



Divers modèles de bas et chaussettes



Un enfile et un retire bas

ANNEXE 11




Médecine vasculaire - GRANTED : cahier de suivi consultation ETP compression veineus

* DDN : Date de Naissance –
Le suivi téléphonique est prévu à 3 semaines de la consultation

Nom Prénom *DDN	Date de la demande d'éducation	Fait ou non fait	Date de l'éducation	Educateur	Date prévue pour le suivi téléphonique	Date suivi téléphonique	Commentaires (indiquer la raison si éducation non faite, autres commentaires)	Noté dans le dossier médical

Réseau GRANTED – Maison des Réseaux Sud Isère – Parc Héliopolis – 15 rue du Tour de l'Eau – 38400 Saint Martin d'Hères – Tél. 04 76 24 90 34 – Fax : 04 76 24 48 83

ANNEXE 12

	Procédure interne à la Clinique de Médecine Vasculaire	CHU de Grenoble
	Procédure d'éducation thérapeutique à la compression veineuse.	
Date de diffusion : 09/09/13 Version : 1 Nombre de pages : 2	Rédigé par : J.URBAN Vérifié par : B.SATGER, P. LEVEQUE Approuvé par : B.IMBERT	

I. Objectifs

L'objectif de ce document est de décrire les grandes étapes permettant d'assurer la consultation d'éducation thérapeutique à la compression veineuse.

II. Domaine d'application

Ce document s'applique à la clinique de médecine vasculaire du CHU de Grenoble.

III. Personnels concernés

Ce document s'adresse aux externes en pharmacie, en stage dans la clinique de médecine vasculaire.

IV. Définitions / abréviations

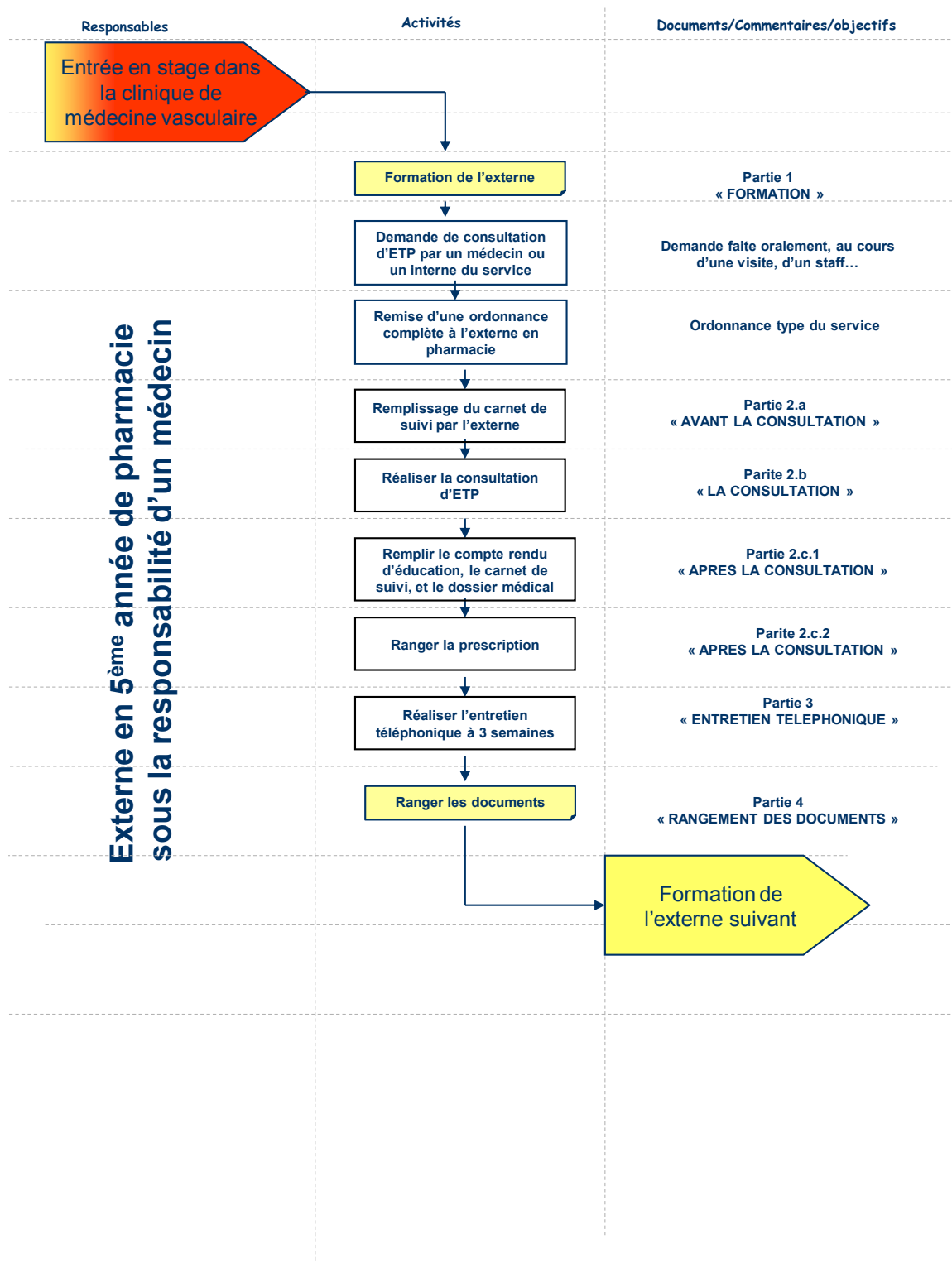
ETP : éducation thérapeutique du patient

V. Contenu

Cf logigramme

VI. Références

Document : « Modalités de réalisation des consultations d'éducation thérapeutique du patient à la compression veineuse élastique »



SYNTHESE DES EVOLUTIONS		
Révision	Date	Nature de l'évolution
A	09/09/13	Création du document

ANNEXE 13

Compte-rendu AUDIT de l'EPP (03/09/12)

Consultation d'éducation thérapeutique à la contention/compression dans les suites d'une TVP proximale

P. Levêque, B. Satger, J Urban

Point suite à 9 mois de l'EPP du 09/01/12 concernant la mise en place d'une consultation d'ETP à la C/C dans le service de médecine vasculaire.

Le diaporama résume l'évaluation des décisions prises suite à l'EPP du 09/01/12 :

- 39 demandes d'éducation à la compression ont été faites, certaines demandes n'ont pas été comptabilisées. Les indications ont été élargies (patient avec TVP distale, recanalisations veineuses, Sd Klippel Trenaunay).
- 38 consultations ont été faites, 30 sont évaluées (consultation + suivi téléphonique à 3 semaines).
- Des outils ont été mis au point :
 - o Cahier à spirale de traçabilité
 - o Kit éducation
 - o Ordonnance
 - o Dossier d'éducation
 - o Guide d'entretien pour la consultation, pour le suivi téléphonique
 - o Classeur avec les documents pour assurer la consultation et les dossiers en cours
 - o Fiches d'information pour aide à l'enfilage
 - o Réponses aux questions les plus souvent posées par les patients

Les points discutés :

- Les résultats :

Globalement les patients ont été satisfaits et ont une bonne observance de la C/C, certains ont eu des difficultés décelées au suivi téléphonique.
- Le déroulement :
 - o Les points faibles : le relai des externes en pharmacie, les demandes non comptabilisées, le suivi de la formation des externes.
 - o Ce qui a fonctionné : la consultation, la formation par compagnonnage entre externes, l'implication des externes en pharmacie, leur intérêt.
 - o Ce qui n'a pas été fait :
 - la formation à la C/C par les kinésithérapeutes du service.
 - l'utilisation du carnet à spirale pour noter les demandes par les médecins.
 - le double du dossier d'éducation dans le dossier patient.

Décisions prises décours de la réunion :

- faire le point à la visite, 2 fois par semaine :
 - des demandes d'éducation.
 - des patients présentant une problématique particulière avec la C/C et que le médecin doit revoir (retour des éventuels problèmes rencontrés par les externes en pharmacie).
 - toutes les demandes doivent être notées dans le cahier à spirale « traçabilité » pour comptabilité complète.
 - il faut penser à la possibilité d'éduquer une personne ressource, en organisant une consultation en fin de matinée.

- le CR éducation :
 - il est stocké dans le classeur le temps du suivi téléphonique et de l'évaluation.
 - puis les CR seront mis dans le dossier médical patient au niveau « courrier » (comme le CR éducation AVK).

- la consultation doit être notée dans le dossier médical comme faite, en notant si besoin les points particuliers intéressant à connaître pour les médecins lors du suivi.

- la consultation est notée dans le courrier de sortie au même niveau que la consultation AVK. On posera la question au Dr Olive sur une valorisation possible PMSI (*P. Levêque s'en charge*).

- finalisation d'une procédure pour les externes par J. Urban (en cours)

- pour la formation des externes en pharmacie :
 - stages de 3 mois, prochain stagiaire le premier lundi d'octobre.
 - il serait souhaitable que le nouvel externe puisse passer la semaine précédente pour rencontrer l'externe terminant son stage pour le passage des informations.
 - B Satger peut ensuite faire une première éducation la première semaine de stage et donner les éléments essentiels à savoir (jeudi matin).
 - un point sera fait après environ 1 mois avec B. Satger (jeudi matin et par messagerie).
 - il reste le problème des congés, les consultations pourront être assurées par B. Satger ou les IDE d'éducation (réunion prévue avec les IDE pour organisation).

Perspectives :

- J. Urban fait sa thèse sur ce thème, prévue en octobre 2013. B Satger est directrice de la thèse.
- On prévoit une évaluation pour 50 patients environ.
- Ce travail donnera lieu à un article soumis à JMV (mise en place d'une consultation d'ETP à la C/C et évaluation).

ANNEXE 14

Enquête de satisfaction auprès des externes en pharmacie – EPP contention/compression veineuse

Lors de votre stage en Médecine Vasculaire vous avez assuré des consultations d'éducation à la contention pour des personnes hospitalisées dans l'Unité.

Nous aimerions avoir votre avis sur votre participation à cette action. Merci pour cela de répondre aux questions ci-dessous.

Je suis content(e) d'avoir participé à ces consultations :

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait

Commentaires (dites-nous pourquoi) :

J'ai le sentiment d'avoir appris des choses en assurant ces consultations :

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait

Commentaires (dites-nous ce que vous avez appris) :

Dites-nous ce qui vous a semblé facile lors de ces consultations :

Dites-nous ce qui vous a semblé difficile lors de ces consultations :

Quelles seraient vos propositions pour la suite ?

ANNEXE 15

Enquête de satisfaction auprès des médecins en médecine vasculaire –

EPP contention/compression veineuse

*Une action d'éducation thérapeutique est organisée depuis février 2012 dans la clinique de Médecine Vasculaire sous forme de **consultation d'éducation à la compression veineuse élastique par un externe en pharmacie sur prescription médicale.***

Nous aimerions avoir votre avis sur cette action. Merci pour cela de répondre aux questions ci-dessous.

L'ordonnance utilisée pour prescrire la contention/compression vous parait facile à utiliser :

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait

Commentaires :

Cette action vous semble-t-elle bien organisée ? (Demande d'éducation auprès de l'externe, note dans le dossier par l'externe, transfert d'information, compte rendu accessible dans un classeur...)

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait

Commentaires (dites-nous pourquoi) :

Voyez-vous quelque chose qu'il faudrait améliorer ? Et comment ?

Quelles seraient vos propositions pour la suite ?

EPP contention compression 2012



Serment des Apothécaires

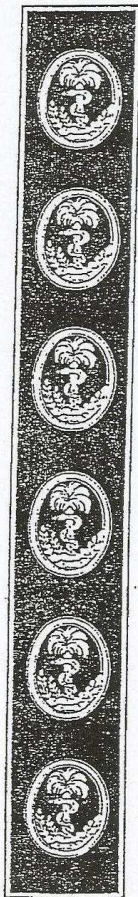
Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.



J'ai pris un réel plaisir à réaliser ces consultations d'éducation thérapeutique. Les patients m'ont beaucoup apporté. A leur contact j'ai appris à concevoir la maladie à travers leurs yeux, leurs cœurs, et cette expérience de vie, car c'est bien de cela qu'il s'agit, est précieuse.

L'éducation thérapeutique est une discipline enrichissante aussi bien pour les patients que pour ceux qui l'accomplissent. Elle crée un lien particulier entre eux.

J'espère véritablement que cette action perdurera dans le temps et que le service de médecine vasculaire du CHU de Grenoble pourra servir d'exemple à d'autres.