UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS 5

FACULTE DE MEDECINE PARIS DESCARTES – SITE COCHIN

Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR

Discipline :
Science de la Vie et de la Santé, Santé, Ethique médicale

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2007 à 14H30
par
Maïlys MICHOT-CASBAS

Titre :

QUELLE REPONSE MEDICALE A LA PLAINTE FONCTIONNELLE ? REFLEXION ETHIQUE SUR LA VISEE DU SOIN

EXEMPLE DE LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE IMPUTEE A L'INSUFFISANCE VEINEUSE

Directeur de thèse
Pr André BARRET
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Service de chirurgie vasculaire CHU Toulouse Purpan

JURY :

Monsieur le Professeur Christian Hervé – Paris	Président
Madame le Docteur Alessandra Bura-Rivière – Toulouse	Rapporteur
Monsieur le Professeur Michel Thomas – Paris	Rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe Arlet – Toulouse	Examinateur
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Marc-Vergnes – Toulouse	Examinateur
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Bossavy – Toulouse	Examinateur

THESE D'ETHIQUE MEDICALE
MAÏLYS MICHOT-CASBAS

QUELLE REPONSE MEDICALE A LA PLAINTE FONCTIONNELLE ?
REFLEXION ETHIQUE SUR LA VISEE DU SOIN
EXEMPLE DE LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE IMPUTEE A L'INSUFFISANCE VEINEUSE

Afin de réfléchir à l'avenir de la prise en charge des troubles fonctionnels, nous avons choisi d'étudier la symptomatologie fonctionnelle imputée à l'insuffisance veineuse. La première partie, prospective, a été réalisée sous la forme d'entretiens semi-directifs de patients et de praticiens. Elle met en avant un investissement important des patients autour de la pathologie « vasculaire ». Parallèlement le manque de solutions à apporter à la plainte, en balance de sa relative bénignité, est une source de démotivation des praticiens. La partie quantitative confirme ces données, en développant la notion de handicap chez les patients et en mettant en avant les difficultés des praticiens dans des situations cliniques non scientifiquement validées. Cela pose les bases de notre réflexion sur l'avenir de la prise en charge de ce genre de trouble dans un système limité à la fois en ressources mais aussi en effectifs, et sur la nécessité de réinventer la notion de Soin au delà du cadre médical.

Mots clés : Insuffisance veineuse / Symptomatologie fonctionnelle / Handicap / Missions de la médecine / Système de santé

WHAT MEDICAL ANSWER TO FUNCTIONAL DISORDERS
ETHICAL REFLECTION ABOUT CARE
VENOUS INSUFFICENCY SYMPTOMS AS AN EXAMPLE

In order to organize the future treatment of disorders related to venous insufficiency, we have studied its symptoms. The first part, carried out in a prospective manner, has consisted in guided interviews of patients and physicians. It highlights the major concern of patients for "vascular" diseases. The lack of treatment options and the relative mildness of these disorders lead to a lack of interest of physicians. The second part, objective and quantitative confirms these finding and highlights the concept of "handicap". This work is a step stone in the care of patients with venous insufficiency, where both therapeutic options and skills are limited. The care of venous insufficiency goes beyond medical treatment only.

Keyword: Venous Insufficiency / Venous Disease / Handicap / Medical mission / Care system

Remerciements

Il serait illusoire de vouloir être exhaustif en citant toutes les personnes qui m'ont soutenue, aidée, éclairée au cours de ces dernières années. Je sais qu'elles se reconnaîtront et qu'elles savent que je leur dédicace la réalisation de ce travail.
Plus particulièrement cependant je voudrais remercier, par ordre chronologique :

Pr. Christian Hervé, vous resterez toujours pour moi un modèle, pour votre vivacité d'esprit et votre humanisme. Le laboratoire d'Ethique médicale est, grâce à votre engagement, l'outil pour une médecine plus juste et plus éclairée.

Pr. Philippe Arlet, vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse de médecine, je suis heureuse de vous retrouver pour juger ce travail. Vos qualités humaines et votre ouverture d'esprit feront toujours de vous un monsieur en avance. Je revendique l'honneur de faire partie de vos élèves.

Dr Maryse Degeilh, la médecine vasculaire en France vous doit beaucoup. Ces quelques lignes ne suffiront pas ici à vous exprimer ma gratitude pour votre enseignement et pour votre confiance. Vous serez toujours pour moi un modèle, de simplicité, d'intelligence et de douceur.

Pr. André Barret, je vous remercie de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce chemin. Votre rigueur et votre patience ont permis à ce travail de mûrir et de se structurer. Je reste très honorée par votre confiance.

Pr. Jean–Pierre Bossavy, vous êtes le récipiendaire de la chefferie d'un service en pleine évolution. Votre intelligence et votre ouverture d'esprit intègrent au quotidien l'Ethique médicale au sein de la Chirurgie.

M. Jacques Garbay, malgré un emploi du temps plus que rempli par vos missions à la Région, vous avez su donner à ce travail son empreinte sociologique. Je vous remercie pour votre indulgence et pour votre disponibilité.

Pr. Michel Thomas, votre humanisme et votre vivacité d'esprit feront toujours de vous pour moi un modèle. Vous avez accepté de juger ce travail. Je vous en remercie

Dr Jean-Pierre Cambou, votre intelligence est hors du commun et n'a d'égal que votre humilité. Je suis fière, d'avoir pu avancer dans votre sillage, je suis touchée de votre confiance et espère avoir le plaisir de pouvoir travailler encore souvent avec vous.

Dr Alessandra Bura-Rivière, votre parcours est pour moi un modèle en tout point. Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger ce travail.

Pierre C Lille, et avec lui le centre d'histoire de la médecine, pour m'avoir transmis un peu de votre passion.

Dr JY Laffont, Dr Fimes, Dr Niesbourala, Pr Nicodème, pour m'avoir apporté votre soutien dans la réalisation pratique des entretiens de groupe.

A tous les médecins spécialistes comme généralistes et tous les professionnels qui ont accepté de participer à cette étude. Qu'ils me pardonnent de ne pas les remercier ici un à un nominativement, mais qu'ils soient assurés de ma reconnaissance, pour chacun, toute personnelle.
J'espère que ce travail sera à la hauteur de leur confiance et du temps qu'ils ont accepté de m'accorder.

Je remercie tout particulièrement ici les experts inclus. Leur enthousiasme et leur disponibilité à participer à ce travail, malgré des emplois du temps plus que chargés, doivent être salués. Leur éclairage est un enrichissement dont j'espère avoir correctement traduit la force et la profondeur. Leur motivation nous apparaît comme une preuve de l'implication de plus en plus large des différentes typologies de professionnels autour des questions de santé. L'importance de cette dimension politique et la place fondamentale reconnues aux préoccupations éthiques dans le débat actuel, doivent être mentionnées. Il faut aussi y voir le signe d'une aura certaine, du laboratoire d'Ethique de l'Université Paris V, ainsi que des différentes personnes qui ont accepté d'encadrer ce travail, au sein du monde universitaire.

Claire Ribau, Nathalie Duchange, Jean-Christophe Cafin, Grégoire Moutel, Mme Courteau, et tous les membres du laboratoire d'Ethique des Saints Pères, pour toute cette émulation intellectuelle, chaque jour renouvelée. Ce travail n'aurait jamais existé sans vous.

Zaza, Nathalie, Antoinette, Isabelle, Anne-Sylvie, Chrystelle, Laetitia, Paul, Hubert, Amar, Renaud, en remerciement de toute l'amitié que vous m'avez témoigné. Pour tous vos coups de pouce et toute votre énergie.

A mes parents pour votre soutien de toujours,
A Laurent pour notre amour,
A Perrine et Barthélémy, parce que je n'aurai de cesse de vous construire un monde plus beau,

A la mémoire de Marguerite Lombard

« Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses, c'est celui qui pose les vraies questions »

C. Levi-Strauss
Le cru et le cuit

« C'est un lieu commun de croire qu'il faille opposer l'intelligence et l'émotion. L'intelligence émeut, nous sommes d'accord. Alors pourquoi l'émotion ne serait-elle pas un ressort de l'intelligence »

A. Nothomb
Peplum

TABLES DES MATIERES

Introduction générale *11*

CHAPITRE 1 – La symptomatologie fonctionnelle veineuse, quel ressenti et quel vécu ? Une première approche sur un mode qualitatif *17*

1- Objectifs de la phase qualitative exploratoire **17**
1-1 Objectif principal 17
1-2 Objectifs secondaires 17

2- Méthodologie de la phase exploratoire qualitative **18**
2-1 La démarche participative 18
2-2 Le terrain d'investigation 23
2-3 La méthode de collecte des données 29
2- 4 La méthode d'analyse des données 40

3- Resultats de la phase exploratoire : le vécu des patients **44**
3- 1 Population étudiée 44
3-2 Résultats 49

4 - Resultats de la phase exploratoire : le vécu des praticiens **80**
4-1 Rappels méthodologiques 80
4-2 Population étudiée 81
4-3 Résultats 84

5- Résultats de la phase exploratoire : Le point de vue des experts **121**
5-1 Présentation des experts 121
5-2 Les principales idées de chaque interlocuteur 122
5-3 Convergences et divergences : Les principaux axes émergeant de la réflexion 130

6- Des interrogations concrètes motivant la nécessité d'une phase quantitative **131**
6-1 Fondements de la partie quantitative destinée aux patients : L'émergence de la notion de handicap 131
6-2 Fondements de la partie quantitative praticiens : Quelles réalités sur le terrain ? 133

CHAPITRE 2 - La symptomatologie fonctionnelle veineuse : Quelles réalités sur le terrain pour les patients ? Les résultats de la phase quantitative *135*

1- Objectifs: **135**
1-1 Objectif principal 135
1-2 Objectifs secondaires 135

2- Méthodologie de la phase quantitative **136**
2-1 La méthode de collecte de données 136
2-2 Le recueil des données 141
2-3 La réalisation pratique 142

3- Les résultats de la phase quantitative **143**
3-1 La typologie des patients inclus 143
3-2 Le diagnostic d'insuffisance veineuse 144
3-3 Résultats de l'analyse univariée 145
3-4 Les résultats de l'analyse multivariée 153

CHAPITRE 3 - La symptomatologie fonctionnelle veineuse quelles réalités sur le terrain pour les praticiens ? Les résultats de la phase quantitative. *155*

1- Objectifs: **155**
1-1 Objectif principal 155
1-2 Objectifs secondaires 155

2- Méthodologie de la phase quantitative **155**
2-1 Elaboration de la phase quantitative 155
2-2 La méthode de collecte de données 157
2-2 L'analyse statistique des résultats 158

3- Résultats de la phase quantitative praticiens 158
3-1 Les médecins généralistes et la symptomatologie fonctionnelle veineuse 158
3-2 Les médecins vasculaires et la symptomatologie fonctionnelle veineuse 161
3-3 Comparaison des résultats des médecins généralistes et des médecins vasculaires 165
3-4 Les données à retenir de l'évaluation des pratiques 167

CHAPITRE 4 – Discussion et mise en perspective des résultats de la recherche 168

1- Analyse historique de la plainte veineuse 168
1-1 La reconnaissance de la pathologie veineuse 168
1-2 Repères d'actualité 172
1-3 Ce qui reste à définir 173

2- Discussion méthodologique 179
2-1 La méthode participative 179
2-2 Les patients inclus 180
2-3 Les praticiens inclus 182
2-3 Les experts 184

3- La plainte veineuse a- t'elle une place dans l'avenir des pratiques et dans une perspective éthique du soin 185
3-1 Epidémiologie 185
3-2 Comparaison de nos résultats concernant les patients avec ceux de la littérature 189
3-3 Comparaison des résultats obtenus auprès des praticiens avec ceux de la littérature 194

4- L'acte de soin garde t'il sa visée éthique s'il abandonne la plainte fonctionnelle ? 201
4-1 Des résultats croisés qui interpellent 201
4-2 En réponse à cela : revenir à une véritable approche patient 204

5- La problématique du partage des pratiques : une question de pouvoir ? 226
5-1 Évaluer et mesurer l'inconfort 228
5-2 Place de la réflexion transdisciplinaire 228

Conclusion générale 232

ANNEXES 234

Introduction générale

La plainte du patient est par essence profane. Elle « est », sans se soucier des dernières avancées de la science, ni de ce qui est communément admis dans le milieu médical. Elle ne se préoccupe pas du système explicatif dans lequel elle s'intègre. Ce que le patient sait c'est qu'il ne se sent plus en « bonne santé », et son mode d'approche est celui de son quotidien.

L'Organisation Mondiale de la Santé (et non de la médecine !) tient compte de cette modification profonde de référentiel quand elle offre comme définition de la santé :
« …un état de bien être physique, mental et social » considérant ainsi qu'elle
« …ne consiste pas seulement en une absence de maladie » [1] .

Il s'agit là d'une reconnaissance importante du sujet, abordant le soin au-delà du cadre de la « pathologie ». Les anglo-saxons possèdent des terminologies différentes pour permettre la distinction entre la maladie vécue par le patient et celle perçue par le médecin. C'est à cette dernière, véhiculée par le terme de « disease » que s'adresse la médecine technique, qui n'est pas pour autant la plus adaptée pour répondre aux problèmes de « illness » [2]. En France, la même terminologie est la même pour parler de ces deux entités, par essence très différentes. Il est de ce fait parfois difficile de ne pas les confondre, d'autant plus dans un système « de soin » de plus en plus amené à proposer des réponses techniques.
En cela, la façon qu'a l'OMS d'aborder le soin pourrait presque paraître anachronique. L'approche dite humaniste nous vient d'une époque où le littéraire et le scientifique n'étaient pas si éloignés. Le soin était vraisemblablement moins systématiquement interventionniste, ne serait-ce que par l'absence de procédure opposable dans un certain nombre de situations.
La théorie de la transition épidémiologique peut représenter une explication à l'évolution de la société face au système de soin. Certains auteurs estiment que les pathologies avaient auparavant moins tendance à s'inscrire dans le temps et que leur vécu bref était peu propice à l'élaboration d'une réflexion de fond [3]. Quelle peut être la place laissée à la notion de qualité de vie quand la quantité n'y est pas ?

---

[1] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Actes officiels de l'OMS.19-22 juin 1946 ;2:100.
Pour mémoire celle-ci a été signée le 22 juillet 1946 par la Conférence Internationale sur la Santé réunie à New York où 61 Etats étaient représentés. Elle est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946
[2] Lloyd AR, Hickie IB, Loblay RH. Illness or disease ? The case of chronic fatigue syndrome. MJA 2000 ;172:471-2.
[3] Robine JM Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie: le cas de la France.Population.2001;56:199-221

La médecine a ainsi, récemment et profondément, changé de visage, accompagnant comme il se doit la population pour laquelle elle s'engage. Avec l'extension du champ des pathologies dites chroniques et l'évolution plus générale de notre société qui se veut dans l'ère de l'information, elle se doit d'intégrer d'autres outils pour pouvoir se rapprocher de celui à qui elle cherche à venir en aide. Elle se doit aujourd'hui d'accompagner le patient et de lui apprendre à s'approprier un certain nombre d'outils, dans une obligation qui ne saurait être seulement « contractuelle »[4]. Les mentalités sociales changent, cherchant à s'inscrire davantage dans une logique de contrôle, ceci a de fait une incidence au sein aussi de la relation de soin[5].

Dans le même temps, l'augmentation de la prévalence des pathologies « asymptomatiques » comme peut l'être l'hypertension artérielle, oblige à un changement dans le discours médical, puisque qu'il ne s'agit plus seulement de soulager un patient, mais aussi de tâcher de modifier son histoire de vie. Le berceau de ce grand bouleversement se trouve entre autres dans des aventures comme la grande étude observationnelle américaine dite étude de Frammingham [6], où pour la première fois émerge la notion de facteur de risque. La façon d'approcher la médecine en Occident et en Orient semble ainsi se réconcilier à travers cette notion. En Chine, la médecine dite « traditionnelle » est la gardienne de la santé. Si le sujet tombe malade le praticien se doit d'offrir ses soins gracieusement puisqu'ayant « échoué » dans sa mission première [7]. En Occident en général et en France en particulier, c'est lorsqu'on tombe malade que l'on consulte. La raison d'être du médecin est la maladie. Pourtant depuis quelques années, avec l'avènement de cette notion de *facteur de risque*, il ne s'agit plus uniquement pour le praticien de tâcher de guérir ou au moins de soulager, il s'agit de prendre en charge son patient, avant qu'il ne tombe malade, et pour éviter qu'il le soit. Quelle modification structurelle dans notre façon d'aborder le soin ! La médecine ne répond ainsi plus seulement à une pathologie déjà installée, elle tâche d'agir en amont de la maladie.

L'impact de cette transition est tout particulièrement palpable sur le terrain et est au cœur de nombreuses réflexions à la fois philosophiques, mais aussi épidémiologiques [8].

---

[4] Marmilloud L. Soigner, un choix d'humanité. Vuibert.2007.128p.
[5] L'accompagnement santé. Actualités et Dossiers en santé publiques. (12). 1995.18-9.
[6] Kannel WB, Castelli WP, Gordon T. Cholesterol in prediction of arteriosclerotic disease ;new perspectives based on the Framingham Study Ann.Intern.Med.1979 ; 90 : 85-91.
[7] Ottino H, Li Z.T. Dictionnaire de médecine chinoise. Larousse. 2006. 334 p.
[8] Paléopathologie ; une approche de l'histoire des maladies. Billard M. http//anthologie-et-pathologie.univ-lyon.fr

De cet ensemble conjoncturel, les patients sont amenés à participer davantage. Le corollaire de cette situation est cette attente, parfois perçue comme une revendication, en matière d'écoute et de reconnaissance d'un vécu [9]. Cette attente dépasse parfois le huis clos de la relation médecin patient et semble aussi parfois se transformer en un soucis de « légitimation » de leurs symptômes [10].

Pour cette dernière, la remise en cause de la légitimité d'un trouble est d'autant plus facile lorsque la pathologie est bénigne et lorsque la maladie est surtout définie par son traitement. Un syndrome à l'évidence trop « socialement construit » pour reprendre l'expression de Robert Aronowitz [11], est, le plus souvent, considéré comme suspect par la communauté scientifique, en l'absence de preuve flagrante de sa légitimité biochimique. Il existe ainsi une dichotomie entre la plainte d'un côté et le syndrome de l'autre, lorsqu' aucun lien scientifique évident ne permet de construire un pont.
Pourtant ces situations sont plus que fréquentes au cours de nos consultations.
Si la traduction nécessaire pour passer du langage profane au langage médical (pour ne pas dire scientifique) semble ainsi vouloir passer par un jugement de valeur : A qui appartient-il ?

Plutôt que de partir en aveugle autour de concepts à partir desquels se dégagent les opinions les plus contraires et les plus partisanes, nous avons choisi d'étudier un exemple concret, afin de poser les bases d'une réflexion fondamentale, non seulement en terme de santé publique mais aussi et surtout parce qu'elle concerne l'ensemble de la population, patients comme praticiens. Cette réflexion s'inscrit au cœur des préoccupations de cette éthique opérative dont aucune société ne peut faire l'économie si elle souhaite évoluer vers des structures justes.

Nous avons choisi d'étudier la symptomatologie fonctionnelle imputée à l'insuffisance veineuse (le choix de cette terminologie fera l'objet d'un paragraphe dans la discussion).
Les débats récents autour du remboursement des médicaments veinotoniques, et les conclusions récentes de l'American Veinous Forum, montrent bien la pertinence de notre choix. Pour ce dernier, la pathologie veineuse doit représenter un axe majeur de réflexion et de recherche du fait de sa prévalence (aux Etats-Unis en l'occurrence mais aussi dans toute la partie « industrialisée » du monde Occidental). L'écueil de ces réflexions demeure un

---

[9] Droit des patients dans l'Union Européenne.Débat parlementaire.29Nov2006.Journal Officiel. http://www.europarl.europa.eu
[10] Green A, Corillo JE, Betancourt JR. Why the disease based model of medicine fails our patients. West J Med 2002 March. 176 (2) ;141-3.
[11] Aranowitz R. Les maladies ont-elles un sens ? PUF. 1999.379p.

regroupement au sein de la notion de « pathologie veineuse » entre des problématiques très différentes en termes de gravité comme en termes de pronostic. En effet, lorsque l'on parle de pathologie veineuse, il y a cet amalgame entre pathologie veineuse profonde et pathologie veineuse superficielle. Lorsque l'on parle insuffisance veineuse, il existe cette confusion entre ulcères, varices, télangiectasies et symptômes… Pourtant ce sont bel et bien ces symptômes qui amènent le plus souvent les sujets à consulter…

Une autre spécificité de notre site d'observation est sa technicisation récente. Elle est marquée par l'avènement de l'appareil d'échographie doppler, qui ne date dans cette spécialité que des années 1970 [12]. Comme pour les autres spécialités l'apparition de l'outil participe à une diminution du savoir faire clinique et de ce fait de la confiance, que peut avoir à la fois le médecin mais aussi son patient, dans la simple sémiologie [13].

Toutes les dualités comprises dans notre exemple se retrouvent, de même, au sein de la réflexion actuellement menée sur la restructuration de notre système de santé et cela montre bien la pertinence de notre choix quant au site d'observation.

Le but de ce travail est de mieux définir les différentes forces en présence, pour tâcher de dresser ensemble les contours d'une visée éthique du soin, qui saurait intégrer ses nouveaux impératifs, au-delà du « simple » problème du médicament. Notre objectif n'est en rien de développer une n^{ième} théorie partisane pour ou contre les traitements veinotoniques, qui ne représentent définitivement qu'un aspect du problème, à notre sens «c'est l'arbre qui masque la forêt » .

Dans le climat médico-économique actuel, lorsque l'on parle insuffisance veineuse on ne parle pour l'essentiel que de médicaments et lorsque l'on parle veinotoniques, on parle en fait surtout remboursement ! Personne ne reste sans avis autour de la question de la prise en charge de ces traitements[14]. Résumer notre réflexion à une approche centrée sur les traitements veinotoniques est réducteur. Cela sous-entendrait que la seule réponse médicale attendue et recevable soit le médicament. Les praticiens n'ont-ils aucun autre rôle à jouer que celui de prescripteur ? Cela, alors même que les tensions se cristallisant sur ce terrain, semblent vouloir dépasser la simple problématique de la « jambe lourde ».

---

[12] Melki P. Echo-Doppler vaculaire et viscéral.Masson. 2001. 281 p.
[13] http://picardpr.ivry.cnrs.fr Entretiens avec Jean-Paul Lévy. Janvier 1992- Décembre 2001.
[14] Remboursement des veinotoniques : Certitudes et confusions. Dossier les Jambes lourdes. Fev 2006. http://www.doctissimo.fr

C'est un questionnement fondamental qui s'impose, dans cette dimension éthique indissociable de la Médecine : Quelle place choisissons nous, ensemble, en tant que citoyen d'accorder à la plainte fonctionnelle ? Quelle approche pouvons-nous lui proposer ? Quelle réponse pour le patient et pour la société ?

Dans cette perspective de réflexion de fond, nous avons donc souhaité faire table rase de nos connaissances pour ré envisager complètement le problème. Nous avons cherché à avoir accès au vécu et au ressenti des patients d'un côté, et au vécu et ressenti des différentes typologies de praticiens impliqués autour du sujet, de l'autre, afin de pouvoir mettre en évidence les difficultés intrinsèques de communication et d'échange autour de cette pathologie. Nous avons dans un second temps cherché à valider les idées émergentes de cette première étape.

Pour cela nous avons utilisé l'outil sociologique dit de la méthode participative, intégrant une première partie qualitative, et une vérification secondaire des items par une évaluation quantitative [15].

Les données de la littérature ne sont analysées que dans un troisième temps, puisque nous les considérons comme une dimension à discuter.

Au-delà de la simple problématique « clinique » de la jambe lourde, au-delà de la simple considération médico-économique, c'est bien d'un débat éthique dont il s'agit. Cette éthique fondamentale du quotidien, cette éthique du rassemblement et du partage, cette éthique citoyenne, nous impliquant tous au nom des valeurs de la République, et qu'il s'agit de faire évoluer de façon juste.

[15] Hervé M, D'Iribarne A, Bourquinat E. De la pyramide aux réseaux :récits d'une expérience de démocratie participative. Broché. 2007. 316 p.

CHAPITRE 1 – La symptomatologie fonctionnelle veineuse, quel ressenti et quel vécu ? Une première approche sur un mode qualitatif

1- Objectifs de la phase qualitative exploratoire

1-1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de décrire le vécu et le ressenti des différentes typologies de personnes impliquées autour de l'entité clinique « symptomatologie fonctionnelle veineuse ».

1-2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- De cibler les difficultés et les attentes des personnes impliquées autour de ce problème,
- De mener une réflexion de fond sur la place de la plainte profane dans l'élaboration de la pensée médicale et des stratégies de prise en charge de la part des soignants,
- De proposer l'élaboration de nouveaux outils centrés sur le patient et utilisables en pratique courante pour mieux percevoir et évaluer une problématique de santé, au jour d'aujourd'hui encore difficile à objectiver,
- De proposer des pistes de solutions transdisciplinaires autour d'une médecine répondant à la plainte qualifiée de fonctionnelle,
- De proposer des hypothèses de problématiques sous-jacentes susceptibles d'expliquer l'ampleur et la profondeur du débat actuel.

2- Méthodologie de la phase exploratoire qualitative

La symptomatologie subjective de l'insuffisance veineuse est une entité qui possède une construction sociale forte[16]. C'est donc sous cet angle que nous avons choisi de l'aborder, en utilisant une méthode issue des sciences sociales.

Cette phase est dite exploratoire, en opposition à une démarche qualitative de type confirmatoire, utilisée préférentiellement lorsque le sujet traité est déjà bien circonscrit.

2-1 La démarche participative

2-1-1 Origines et fondements

Le choix de la méthode a été fixé après avis pris auprès de M. Jacques Garbay, parallèlement et actuellement en poste au Conseil Régional de la région Midi-Pyrénées, où il est chargé plus particulièrement de l'interface avec les instances de Santé au sein du projet *Santé Région*. Du fait des informations éminemment concrètes auxquelles nous avions besoin d'avoir accès, notre choix s'est préférentiellement porté sur un sociologue « opératif » plutôt que sur un universitaire. Celui-ci, parfaitement aguerri au travail de recherche, a assuré la cohérence et la rigueur de notre investigation.

Schématiquement deux types d'investigations sont possibles lorsque l'on interroge des individus ou des groupes, en fonction du sujet traité [17] :

- Soit les questions relèvent d'une « actualité de proximité », et les enquêtes peuvent être lancées aussitôt, tout en tenant compte des éléments de pondération indispensables. C'est le cas, lorsque le sujet s'inscrit au centre de préoccupations quotidiennes, ou en cas d'évènement marquant.
- Soit les questions traitées n'habitent pas continuellement les imaginaires individuels et collectifs des populations concernées, et un premier travail d'approche devient nécessaire, afin d'éviter de lancer une étude dont les caractéristiques seraient insuffisamment élaborées.

[16] Launois R. La qualité de vie dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs :l'indicateur CIVIQ. Communication Partenaire Santé ;1999 :115-21

[17] Combessie JC. La méthode en sociologie. Coll Repères. Ed la découverte. 3ème Ed. 2001. 123 p.

C'est en tenant compte de cette deuxième perspective, que nous avons décidé de sonder les individus concernés sous la forme préliminaire d'entretiens, afin d'obtenir une approche centrée sur le vécu concret, d'une part des patients, mais aussi des professionnels de santé amenés à intervenir autour de notre problématique.

Cette première phase qualitative exploratoire permet ensuite de pouvoir poser des questions mieux ciblées, à un plus grand nombre d'individus afin d'obtenir des résultats statistiques, ce qui fera l'objet de notre seconde partie.

2-1-2 Applications pratiques

L'élaboration et la mise en place de cette méthode d'investigation date des années 1980 où elle a particulièrement cherché à se développer dans le domaine de l'urbanisme, à l'occasion des premières procédures de politique de la Ville, initiées par l'Etat. Malheureusement lorsque ces mesures ont été proposées, des dysfonctionnements nombreux étaient déjà en place, aboutissant à la situation connue aujourd'hui dans les zones qualifiées de difficiles. L'initiation de ces travaux de recherche avait été laissée à l'initiative des responsables locaux. Ils sont de fait restés assez peu utilisés, pour des questions de mise en pratique mais aussi de couleur politique ; cette méthodologie serait de fondement davantage socialiste, même si cela ne signifie pas grand chose dans les faits, comme en atteste le récent livre de Michel Hervé, Président Directeur Général du groupe Hervé [18].

Conventions Ville / Habitat, Contrats de Ville, Opérations « Banlieue 89 », Opérations Développement Social des Quartiers (DSQ), tous ces projets avaient pour vocation d'accompagner et de soutenir les élus des collectivités locales pour la mise en place de politiques urbaines et sociales cohérentes. Plus tard, c'est la réorganisation du territoire national à l'échelle européenne, entraînant le regroupement des villes et villages au sein de Communautés d'Agglomérations ou de Communes qui a amené pour les élus, des interrogations nouvelles. Le but des travaux de recherche, élaborés alors, était de découvrir et de développer, de manière adaptée, les éléments de cohérence territoriale. Ainsi, par une meilleure appréhension de la population locale et en créant des relais, les nouveaux impératifs de l'urbanisme restaient en cohérence avec les attentes des administrés.

Ces évolutions sociétales rapides devaient impliquer de nombreux changements dans tous les domaines de la vie publique, perturbant le quotidien des habitants et provoquant une forme

[18] Hervé M, D'iribarne A, Bourguinat E. De la pyramide aux réseaux. Récits d'une expérience de démocratie participative. Ed Autrement. Coll Acteurs de la société. 2007. 316p.

de démobilisation de leur part. Ce phénomène s'est traduit le plus souvent par un désintérêt grandissant, entraînant des attitudes plutôt individualistes en matière d'environnement ou démobilisées en matière d'aménagement, alors que ces domaines de la vie quotidienne supposent tout particulièrement des comportements citoyens et responsables. Ainsi, c'est pour mieux aller vers ces citoyens, afin à la fois de mieux répondre à leurs attentes, mais aussi de les investir dans les projets de la cité, que se sont développées des méthodologies d'investigation, permettant de s'inscrire au cœur des réalités du terrain, et des préoccupations pratiques de la population. Parallèlement cela devait permettre à ces projets de prendre corps au travers de leur participation, puisque ces projets naissaient des acteurs de terrain.

Le but de ces techniques d'investigation était ainsi de pouvoir élaborer « ensemble » des solutions cohérentes et adaptées [19].

En construisant cette méthode, l'objectif premier des sociologues, était donc de construire une logique d'investigation susceptible de contribuer à mieux percevoir les difficultés concrètes du terrain et dans le même temps, de construire le maillage nécessaire pour y répondre. Il s'agissait donc, non seulement d'élaborer une méthode, mais aussi de créer des liens, susceptibles d'aboutir à la constitution de relais, afin à la fois de trouver des solutions ,mais aussi de pouvoir les rendre applicables dans la réalité concrète où elles étaient nées.

Le but sous-jacent restait à l'époque de permettre une évolution des comportements des habitants de ces nouveaux territoires urbains vers une responsabilisation citoyenne, afin de pouvoir construire ensemble, dirigeants et dirigés, des solutions susceptibles de déboucher sur un développement durable, c'est-à-dire une appréhension différente et légitimée de la vie quotidienne. Cette méthode, lorsqu'elle a pu être mise en pratique, s'est avérée très efficace non seulement dans les domaines de l'urbanisme proprement dit mais aussi du social et du culturel [20]. Cela a ainsi amené, une quinzaine d'années après, à son application dans le domaine de sciences dites « dures » [21].

Ces travaux sont malheureusement demeurés trop peu nombreux, face à l'ampleur de la problématique qui se profilait déjà à l'époque, pour des raisons essentiellement politiques et budgétaires.

---

[19] Corcuff P. Quand le terrain prend la parole… Eléments de sociologie réflexive. L'Homme et la Société. 1995 ;115 :12-3.

[20] Les coopératives dans l'Europe entrepreneuriale. Document de Consultation de la Comission Européenne. CECOP.Mars 2002.10p.Disponible en ligne : http://ec.europa.eu/enterprise.pdf

[21] Grima G. L'information donnée au patient en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. BIUM :Toulouse-2003-976. 182p.

2-1-3 Intérêt spécifique dans notre projet de recherche

L'insuffisance veineuse a une inscription forte dans le quotidien des patients, raison pour laquelle nous avons souhaité aborder ce sujet, par le biais des sciences sociales et en faisant appel à une méthode qui avait déjà fait ses preuves sur le terrain.

En effet, aborder la symptomatologie fonctionnelle, et en l'occurrence la symptomatologie imputée à l'insuffisance veineuse, via une approche sociologique plus « classique », nous a paru comporter des insuffisances dommageables à l'élaboration de notre projet, puisqu'il nous apparaissait a priori, que les difficultés d'appréhension de ce sujet par les différentes typologies de personnes, impliquées autour de sa prise en charge, représentait le nœud majeur de la problématique.

L'enquête sociologique classique, comme la plupart des outils scientifiques à notre disposition, n'a pour vocation que de confirmer ou d'infirmer une hypothèse de base, émise dans le cadre d'un travail de recherche et, en l'occurrence, concernant un thème sociétal.

En sociologie, le plus souvent, en fonction du problème traité, il est demandé à des individus "triés et sélectionnés" en fonction des typologies de populations qu'ils représentent, de répondre à des séries de questions, dont les réponses sont traitées par une hiérarchisation soumise à la loi des grands nombres [22]. Cela sous-tend que nous puissions, en amont, avoir accès à des données, qui nous permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse élaborée au préalable par l'équipe de recherche. Cette hypothèse précède le travail de recherche qui ne pourra que répondre à la question posée.

La mise en application de la méthode participative relève d'une démarche un peu différente puisque nous choisissons de nous situer encore en amont. Elle permet de recueillir, de manière bien évidemment strictement qualitative, la perception et l'appréhension d'un thème ou d'un sujet particulier de recherche, à la lumière d'une approche strictement sociétale permettant ainsi de lui dessiner des contour inscrits au centre d'une réalité de terrain, qui semble échapper a priori. L'utilisation des consultations interactives en médecine se situe ainsi en amont d'études de type épidémiologique.

[22] Passerin JC. Le raisonnement sociologique. Albin Michel. Mars 2006. 120p.

Comme nous l'évoquions précédemment, quelques travaux ont, dores et déjà, été effectués à partir de la méthode des consultations interactives y compris autour de pathologies mieux physiopathologiquement cernées, comme cela a déjà pu être expérimenté autour de pathologies chroniques comme le diabète [23].

Autre élément important ; Les rencontres provoquées par le biais des tables rondes, offrent la possibilité de prolonger les contacts dans le temps avec les participants et d'obtenir ainsi un panel de personnes dont on peut suivre l'évolution sur des périodes données. Ces groupes s'avèrent de plus d'excellents relais au moment de l'exposition des résultats et donc des attitudes pratiques opposables dans les suites du travail d'enquête.

Plus spécifiquement autour de notre sujet, il s'agissait de nous positionner en amont de tout travail clinique ou sociologique « classique », puisque notre hypothèse de départ était que nous n'y comprenions probablement rien ! Nous avons donc choisi de commencer par ce qui pourrait presque ressembler à une approche anthropologique, afin de mieux savoir ce qu'était l'insuffisance veineuse et ce qu'elle représentait au cœur de la réalité concrète du terrain, en tâchant de faire abstraction de tout ce qui est « acquis » autour de ce sujet.

Le principe sociologique que nous avons utilisé pour cela a été celui de la concertation, en s'appuyant sur les principes de la maïeutique [24]. Il s'agit ainsi de faire découvrir à l'interlocuteur, par une série de questions et entretiens appropriés les vérités qu'il porte en lui ; l'entité à étudier étant une entité suffisamment imprécise pour cherche ensemble à lui construire des contours. Par ailleurs, comme nous l'évoquions tout à l'heure, les rencontres provoquées par le biais des tables rondes, offrent la possibilité de prolonger les contacts dans le temps avec les participants et d'obtenir ainsi un panel de personnes dont on peut suivre l'évolution sur des périodes données.

[23] Cierlak Sindou C, Garagros D. Evaluation de la satisfaction et des attentes d'un échantillon de médecins généralistes : à propos des courriers de sortie des programmes d'éducation du CHU Rangueil pour les diabétiques de type II. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. BIUM :Toulouse-2005-1089/1090. 170p.

[24] Dalmon S. Le procès de Socrate.J'ai lu. Librio Philosophie ; 2004:94p.

2-2 Le terrain d'investigation

Dans le présent travail, nous avons interrogé 5 groupes de professionnels de santé potentiellement, impliqués autour de la prise en charge de l'insuffisance veineuse fonctionnelle (médecins généralistes, médecins vasculaires, chirurgiens vasculaires, médecins du travail et pharmaciens). Parallèlement, 3 typologies de sujets (patients de consultation se plaignant d'une symptomatologie fonctionnelle, patients de consultations ne se plaignant pas de symptomatologie fonctionnelle et patients de médecine du travail) ont été étudiées.

Ces groupes ont été choisis à la lumière des résultats des études de la littérature, y compris celles à impact factor négligeable (peu de publications d'envergures ont été réalisées autour de notre sujet). Tous les participants étaient convaincus de la pertinence de la recherche. Leur niveau d'implication et le haut niveau d'élaboration de leur réflexion ont été un atout important puisque nous cherchions avant tout à obtenir une vision qualitative riche. Les différentes populations sont détaillées en suivant.

2-2-1 Les patients

Au départ, il avait été décidé que tous les patients devaient être interrogés par groupe, selon une méthodologie participative, entre autre pour les questions de renforcement positif et d'élaboration d'une pensée de groupe, que nous avons commencé à évoquer et sur lesquelles nous reviendrons.

Cela a pu être réalisé pour les patients de médecine du travail, puisque nous avions volontairement choisi d'étudier les sujets d'une profession, considérée comme exposée, exerçant dans une même unité de temps et de lieu.

Par contre, il n'a pas été possible de faire revenir les patients de la consultation en nombre suffisant en dehors d'un rendez-vous de consultation (seuls 2 patients, sur un des sites de consultation, sont spécifiquement revenus pour participer à la table ronde et 1 seul est revenu sur l'autre site). Aussi, après avis pris auprès de notre méthodologiste, il a été décidé de mener des entretiens semi-directifs individuels et ce uniquement pour les patients de consultation de médecine vasculaire et de chirurgie vasculaire [25, 26].

[25] Denzin NK, Linciln YS. Handbook of qualitative research. Sage Publications. 1994. 643 p.
[26] Combessie JC. La méthode en sociologie. Coll Repères. La découverte. 3ème Ed. 2001. 123 p.

Les patients de la consultation

Consultation médicale

Tous les patients interrogés étaient adressés en consultation à Toulouse, que ce soit sur le site de Rangueil, sur le site de Purpan, ou dans le cadre d'une consultation de ville, par un médecin traitant. Cette demande d'avis spécialisé devait avoir était faite, soit directement via la prise du rendez-vous par le médecin traitant, ou par le biais d'un courrier adressé à l'angiologue, soit indirectement par le biais d'un simple conseil de consultation auprès d'un spécialiste donnée au patient.

Il est intéressant de noter que cette démarche a précédé la mesure actuelle prise autour de la notion de médecin référent. Dans le Sud Ouest, cette démarche était déjà de fait une démarche adoptée par la très large majorité des patients, les consultations « spontanées » restant de notre expérience au cours de cette étude, dans le domaine de l'exceptionnel voire de l'atypique.

Nous reviendrons en détail, au moment de la discussion, sur la classification dite CEAP [27] (Clinique, Etiologique, Anatomique et physiopathologique). Elle représente la première classification, considérée comme internationale, de la maladie veineuse chronique, ayant cependant pour vocation de s'adresser davantage à l'insuffisance veineuse dite « objective » par opposition à la symptomatologie fonctionnelle, dite subjective. Elle est la première à décrire ces deux dimensions en parallèle et en cela elle est très novatrice puisque jusque-là les symptômes étaient considérés comme le début de la maladie variqueuse.

Pour pouvoir être inclus, le sujet interrogé devait être, selon cette classification CEAP :

- S, c'est-à-dire symptomatiques,
- C0 à C4 seulement ; Les patients présentant un ulcère évolutif ou séquellaire n'ont pas été inclus afin d'éviter un biais de confusion possible dans l'origine des douleurs.
- Les sujets inclus étaient tous classés Ep (étiologie primitive, sans cause retrouvée) par choix, pour éviter un biais potentiel en relation avec une étiologie congénitale ou secondaire et un biais de confusion possible, dans le type de symptômes ressentis.
- Nous avons par choix exclus les patients classés Po (physiopathologie obstructive), pour éviter toute interaction avec une symptomatologie d'origine thrombotique.
- Les patients ne devaient pas présenter de reflux profond (patients classés As pour atteinte veineuse superficielle et Ap pour atteinte veineuse d'une perforante).

[27] Beebe H.G., Bergan J.J., Bergqvist D., Eklof B., Eriksonn I., Goldman M.P; Greenfield L. J., Hobson R. W., Juhan C., Kistner R. L., Labropoulos N, Malouf G. M,. Menzoian J.O., Moneta G. L., Myers KA, Neglen P, Nicolaides AN, O'Donnell TF, Partsch H, Perrin M, Porter JM, Seshadri R, Rich NM, Richardson G, Schanzer H, Smith C, Strandness DE, Sumner D.S. American venous forum. Annual meeting N°6, (Vasc. surg.) 1996 : vol. 30(1) ;5-30

Nous ne nous sommes ainsi intéressés qu'aux patients anciennement assimilés classe I de la classification de Porter [28].

Les sujets interrogés devaient maîtriser la langue française. Ils ne devaient pas présenter au moment de l'entretien une pathologie neurologique, rhumatologique, veineuse profonde ou artérielle susceptible d'interférer avec la symptomatologie ressentie. Il ne devait par ailleurs souffrir d'aucune pathologie grave ou décompensée.

Les questions posées aux patients portaient sur le vécu au quotidien de la symptomatologie veineuse, à travers les signes ressentis, les gênes provoquées, l'histoire médicale des différents intervenants, les stratégies développées autour de cette symptomatologie, les difficultés rencontrées au sein du circuit médical et les propositions de solutions à ces difficultés. La grille de saisie est rapportée en annexe.

Consultation chirurgicale

De la même façon, des patients étaient interrogés dans un contexte pré-chirurgical, en entretiens semi-directifs. Pour être inclus, ils devaient avoir des caractéristiques similaires à ceux provenant de la consultation. Cependant, bien sûr, pour qu'une indication chirurgicale ait été retenue, ils ne pouvaient être que C3 ou C4. Les autres caractéristiques étaient identiques au groupe de patients de la consultation médicale.

De la même façon, les questions posées aux patients portaient sur le vécu au quotidien de la symptomatologie veineuse, à travers les signes ressentis, les gênes provoquées, l'histoire médicale face aux différents intervenants rencontrés dans cette prise en charge, les stratégies développées par le patient autour de cette symptomatologie, les difficultés rencontrées au sein du circuit médical et les propositions de solutions à ces difficultés. Les représentations du patient autour de l'acte chirurgical étaient aussi abordées. La grille de saisie est rapportée en annexe.

Les patients de médecine du travail

Les patients dits de médecine du travail devaient être des professionnels d'une profession reconnue comme étant à risque de développer une insuffisance veineuse, comme en attestent les données de la littérature [29], et devaient se plaindre, au moment de l'entretien préliminaire, d'une symptomatologie fonctionnelle imputée à l'insuffisance veineuse. L'origine veineuse

[28] Guex JJ, Perrin M, Hiltbrand B, Bayon JM, Henry F, Allaert FA. Duplex scanning study of anatomic patterns in varicose vein disease. Phlébologie. 1996 ;49(4) :385-8.

[29] Sobaszek A, Domont A, Frimat P, Dreyfus JP, Mirabaud C, Catilina P. L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs en entreprise : enquête réalisée auprès de trois populations de salariés français. Arch.Mal.Prof.Méd.Trav. 1996 ;57 :157-67.

des symptômes devait avoir été affirmée par un praticien consulté à l'époque, qu'il soit de médecine du travail, de médecine générale ou de spécialité. Aucun examen clinique ou échographique supplémentaire n'était réalisé. Le critère d'inclusion était la plainte fonctionnelle.

Pour des raisons pratiques, ce sont les paramédicaux du CHU Rangueil qui ont été retenus, incluant à la fois des infirmières et des secrétaires du service de Médecine Vasculaire mais aussi des brancardiers.

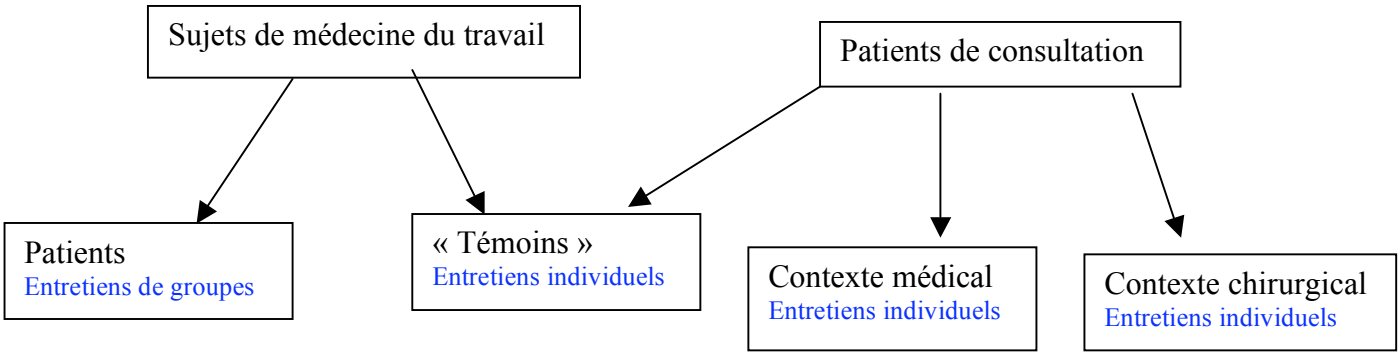
Les non insuffisants veineux

Parallèlement à ces patients des sujets « témoins » ont été interrogés.

Ces sujets n'étaient pas de réels témoins puisqu'ils n'étaient nullement appariés aux insuffisants veineux interrogés. Ces « non insuffisants veineux » se définissaient au moment de l'entretien préliminaire comme ne souffrant pas de douleurs veineuses et ne devaient jamais avoir consulté quelque praticien que ce soit pour un problème vasculaire.

Pour les mêmes raisons que précédemment et a fortiori, il n'a pas été possible de réunir des groupes et cette population a donc été interrogée en entretiens semi-directifs. Les sujets inclus ont été recrutés parmi des patients venus consulter pour un dépistage carotidien systématique sur facteur de risque et parmi les actifs du CHU Rangeuil, qu'ils appartiennent au service de Médecine Vasculaire ou qu'ils fassent partie des brancardiers.

La figure suivante résume les différentes typologies d'individus interrogés.



Les entretiens « Patients »

2-2-2 Les praticiens

Pour compléter notre vision de la situation, il était bien-entendu nécessaire d'avoir accès aux opinions des différents praticiens qui pouvaient être impliqués autour de notre sujet.

Les ***médecins vasculaires*** et les ***chirurgiens vasculaires*** sont les praticiens qui prennent plus spécifiquement en charge cette pathologie, raison pour laquelle il est apparu d'emblée évident que leur témoignage devait être recueilli.

Les ***médecins généralistes*** étant les praticiens de premier recours, et donc, de fait, amenés à être les plus proches des patients. Leur approche de notre problématique ne pouvait qu'être entendue.

La revue de la littérature a rapporté de nombreux travaux réalisés par les ***médecins du travail***, pour qui la symptomatologie fonctionnelle veineuse est une plainte fréquente [30]. Nous avons donc recueilli leur opinion.

Suite au débat récent sur la restructuration du système de santé et sur la place que souhaitent occuper les ***pharmaciens*** autour de tout ce qui concerne le conseil officinal, plus spécifiquement dédié aux médications dites familiales[31], leur façon d'aborder la symptomatologie fonctionnelle nous est apparue intéressante.

Comme nous y reviendrons, le groupe de chirurgiens vasculaires était constitué de la majorité des chirurgiens de la région Midi-Pyrénées. Nous n'avons donc interrogé qu'un seul groupe de chirurgiens vasculaires. Aussi, dans un souci d'homogénéité, nous n'avons formé qu'un seul groupe pour chaque représentant des autres spécialités. Le haut niveau d'élaboration de la réflexion des sujets ayant accepté de participer à l'étude, est en elle-même le gage de la diversité et de la richesse des opinions exprimées.

Tous les praticiens interrogés ont été recrutés par réseau. Aucune phase de motivation préalable n'a été réellement nécessaire en amont de la constitution des groupes. Le maillage qui existe entre les praticiens du même groupe, mais aussi entre les praticiens des différentes spécialités, a été une des sources de la richesse des informations recueillies, avec des individus qui possédaient déjà une certaine habitude du travail ensemble et qui ont fait preuve d'une grande sincérité au cours des entretiens.

Ceux-ci n'ont été réalisés que sous la forme d'entretiens participatifs.

Les questions abordées au cours de ces entretiens portaient sur le vécu, au quotidien, de la problématique *symptomatologie fonctionnelle de l'insuffisance veineuse*. Ont été ainsi

---

[30] Sobaszek A, Domont A, Frimat P, Dreyfus JP, Mirabeaud C, Catilina P. L'insuffisance veineuse des membres inférieurs en entreprise : enquête réalisée auprés de trois populations de salariés français. Arch mal prof méd trav. 1996 ;17 (3) :157-67.

[31] Traitements contre les jambes lourdes. Le quotidien du pharmacien. Avril 2006.

abordés la relation aux patients en particulier, mais aussi à la société en général, les relations entre spécialités, entre ville et structures de soin et entre médecins et pharmaciens. Les problèmes concrets reconnus comme à la source des difficultés de terrain ont été évoqués, de même que les possibles solutions envisageables, que ce soit à l'échelle individuelle mais aussi à un échelon collectif. La grille de saisie est rapportée en annexe.

2-2-3 Les experts

A la suite de ces entretiens, il est apparu qu'il manquait un axe à la réflexion : l'axe d'experts nationaux. En effet au fil des lectures, et ce plus particulièrement autour des domaines non médicaux ayant cependant trait à notre problématique, que ce soit des publications orientées sur un axe plus socio-économique mais aussi des lectures plus fondamentalistes autour de l'évolution des rôles de la médecine de demain, nous avons constaté qu'il existait déjà une réflexion très riche, à laquelle il nous fallait avoir accès pour pouvoir faire le lien entre concepts d'avenir et pratique quotidienne. C'est à cette réflexion que nous avons voulu avoir accès, raison pour laquelle nous avons élargi notre méthode, en ajoutant des entretiens de type semi directifs réalisés auprès de personnes dites ressources, choisies pour le niveau d'élaboration de leur réflexion et leur position stratégique dans le débat actuel.

Le choix des personnes ressources a été réalisé après avis pris auprès du comité de pilotage de l'étude. Le choix s'est fait selon plusieurs critères :

- La reconnaissance de l'expert autour de notre problématique dans le contexte de son champ professionnel ou de responsabilité spécifique.
- Le niveau d'élaboration de sa réflexion, menée autour d'un axe donné de notre problématique, reconnu comme élevé.
- Son niveau d'implication au sein des réalités concrètes actuelles et à venir, autour de notre sujet.

Les personnes choisies ont été contactées directement, par mail, avec note explicative de la visée du travail et petit résumé de l'avancée des travaux.

Dix personnes ont été initialement sollicitées. Ces personnes n'ont pas toutes répondu positivement à notre requête, mais, même si tous les entretiens souhaités n'ont pu avoir lieu, il n'empêche que les différentes personnes interrogées sont de grande qualité.

2-3 La méthode de collecte des données

Il est important de garder à l'esprit que l'utilité des études qualitatives est de comprendre et non de mesurer des comportements. La phase qualitative se veut donc explicative et non pas représentative.

La **méthode participative** s'est récemment rendue médiatique par le biais de la campagne électorale. Même s'il n'est nullement ici l'endroit d'épiloguer sur les manquements importants qui ont eu lieu lors de sa tentative d'application dans cette visée « pseudo démocratique », il nous est apparu nécessaire de la détailler ici. Cette démarche, validée de nombreuses fois, comme nous le verrons tout à l'heure, au sein des collectivités locales, est relativement nouvelle en médecine [32]. Il a donc été décidé de bien en préciser les modalités au sein de ce paragraphe, au risque de le rendre un peu lourd et probablement rébarbatif. Nous avons réalisé des entretiens participatifs chaque fois que la constitution d'un groupe s'est avérée possible. Dans les autres situations, nous avons utilisé la méthode des entretiens semi-directifs, par essence individuels.

En amont de toute chose, il a bien sûr été nécessaire de mobiliser et d'impliquer les décideurs et les relais de la concertation. Dans cette perspective, il s'est agi de mettre en place et d'animer pendant toute la durée de la mission un groupe de pilotage et un comité consultatif.

Le groupe de pilotage est composé de personnes faisant autorité localement dans le domaine étudié. Il a pour mission de suivre l'évolution des travaux et d'en orienter les axes de recherche en fonction des objectifs fixés.

Le comité consultatif est composé de représentants des différentes populations concernées et il est coopté par le groupe de pilotage. Il a pour mission essentielle de faciliter les relais avec les patients et d'apporter sa contribution aux différentes étapes de la recherche.

[32] Bourret D, Chevallier JJ, Daudelin S, Martel JM, Molines N. Une démarche participative multicritère pour la gestion du bassin de la rivière Etchamin. Vecteur environnement.Québec ;5 :22

2-3-1-Eléments généraux communs aux entretiens participatifs et aux entretiens semi-directifs

Etapes de la mise au point des entretiens

L'échantillonnage

Un échantillonnage est généralement opéré à partir des résultats des travaux de recherche antérieurs. N'ayant pas de données épidémiologiques validées autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse, il nous était difficile de retenir ici un échantillon « représentatif » au sens strict du terme. C'est pourquoi dans un tout premier temps, il s'est agi de rencontrer et de mobiliser des "relais" (en général, des personnes qui sont de manière régulière en rapport avec les publics ciblés autour du sujet traité) afin d'envisager avec eux la constitution des groupes et accéder ainsi à une notion de représentativité, construite à la lumière de leur expérience.

Une fois les groupes décidés, il s'agit de proposer aux personnes sélectionnées de se rencontrer pour échanger sur le sujet choisi. Les lieux et horaires de ces rencontres, sous la forme idéalement de tables rondes, sont définis par les relais, sur les créneaux horaires apparaissant comme les plus pertinents en fonction des populations sollicitées. Dans le cas de l'entretien semi-directif, celui-ci doit se plier de la même façon à ce qui est le plus facile à mettre en place, afin d'obtenir un taux de participation maximal.
Le nombre des échantillons est bien sûr défini en fonction de la taille et des caractéristiques du territoire concerné, ainsi que du sujet traité.

La préparation des entretiens

L'objectif principal est de donner véritablement la possibilité aux individus de se raconter dans leur quotidien autour de notre problématique, en cherchant à favoriser un renforcement de leur expérience et de leur permettre une verbalisation non censurée de la perception qu'ils peuvent en avoir au travers de leur vie quotidienne. Cette phase de préparation est donc tout particulièrement fondamentale. Elle s'articule grâce à la participation initiale de personnes impliquées autour de notre sujet et des différents professionnels associés à la recherche.

L'idée générale doit être de permettre aux intervenants de raconter leur quotidien, en distinguant ce qui est vécu de manière positive puis négative, de manière très descriptive, puis de leur permettre d'exprimer leurs attentes, en leur proposant d'élaborer des véritables projets en dehors de toute considération limitante. La pluridisciplinarité a été pour nous un véritable enrichissement, particulièrement au cours de cette étape, nous ayant permis d'élaborer ensemble des visées porteuses de sens à la fois autour d'une approche médicale, mais aussi sociologique.

Ainsi la réalisation du guide d'entretien est une étape très importante. Elle comprend à la fois l'élaboration des questions, des phrases de transition, des moyens de recentrer le débat autour des questions clés mais aussi des formulations de relance destinées à faire face à un essoufflement de la discussion. La rédaction des questions est attentive. Celles-ci doivent résumer en termes simples les axes majeurs de l'entretien tels qu'ils auront été retenus par le groupe de pilotage, tout en étant attentif au fait que leur formulation de ne s'avère pas trop directive.

En parallèle, est réalisée la grille de saisie, fonction des items qui auront été reconnus comme a priori pertinents et en cela le groupe de pilotage et les personnes ressources autour du sujet ont eu un rôle fondamental.

Cette grille de saisie et de classement s'est, dans le présent travail, articulée autour de trois grands axes principaux :

- La notion de santé en son sens le plus large et des paramètres d'altération de cette santé retenus comme pertinents par les différentes typologies d'acteurs, patients ou médecins, autour du sujet central de la symptomatologie fonctionnelle veineuse. Il a été décidé qu'elle se devait d'englober à la fois la santé physique et psychologique mais aussi les rapports entretenus avec les différents bras du corps médical et avec les institutions de santé d'une manière plus globale.
- L'environnement social et les répercussions sociales concrètes de notre sujet de recherche, pour les différents intervenants dans leur cadre de vie ou de pratique
- Les idées permettant une approche nouvelle de la problématique ou permettant la structuration concrète de propositions de terrain. Les « solutions » pouvaient s'ouvrir à des conceptions médicales, sociales ou politiques en rapport avec notre sujet.

Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, des items nouveaux peuvent bien sûr apparaître et lorsque cela a été le cas, leur pertinence et leur lisibilité a alors été soumise au comité de pilotage de l'étude, afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'idée. De même, le classement des réponses doit être réalisé dans une recherche d'exploitation optimale des items et en cela aussi la transdisciplinarité a été un outil précieux.

L'élaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien est une phase préalable nécessaire, quel que soit le mode de déroulement des entretiens, qu'ils soient individuels ou collectifs. Il s'agit de concevoir un instrument capable de produire toutes les informations nécessaires pour tester

les hypothèses de la recherche. Il doit reprendre la liste des thématiques de la recherche afin de faciliter l'échange avec le ou les interviewés.
Il est classiquement composé de deux parties distinctes : la partie introductive préalable à l'entrevue, consacrée aux éléments de description du participant et aux critères qui présideront à son inclusion dans l'échantillon, et la liste des questions d'interviews ou plus exactement des thématiques à aborder. Le guide d'entretien est présenté en annexe.

La partie introductive est cruciale, car de sa qualité dépend la motivation du ou des sujets à participer à l'entretien. Elle doit être préparée de manière à mettre en confiance le ou les futurs participants. Pour cela, elle doit présenter clairement l'équipe d'animation, expliquer quel est le but de la recherche et expliciter les conditions de l'entretien (respect de la confidentialité, consentement libre, durée approximative, opportunité pour les participants de poser des questions).

La deuxième phase de la préparation du matériel concerne les questions à poser lors de l'entrevue proprement dite. Deux tâches doivent y être accomplies : rédiger les questions et les articuler dans un document cohérent ; le corps du guide d'entretien. Les buts poursuivis pour la rédaction des questions sont :

- de circonscrire les contenus pertinents pour les objectifs de recherche afin de pouvoir à tout moment recentrer la discussion,
- d'utiliser un langage simple et clair, porteur de sens pour la population cible,
- d'assurer dans l'organisation des questions un flux conversationnel agréable,
- de réduire les biais liés aux effets d'ordre des questions.

Pour que l'ensemble des questions préparées recouvre les objectifs de la recherche, il y a évidemment lieu d'énoncer les objectifs au préalable et de préciser le plus précisément possible les composants de chacun d'entre eux (variables, relation entre les variables, indicateurs). Le but étant ici pour nous d'obtenir une vision structurée et rationnelle du terrain, nous avons pré-élaboré des axes thématiques autour des difficultés perçues dans le registre non seulement de la plainte, mais aussi des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

La rédaction des questions

Une fois cette double tâche accomplie, une première esquisse de questions pour chacun de ces composants a pu être élaborée, en veillant à toujours respecter les recommandations suivantes :

- Eviter les questions qui, dans leur formulation, suggèrent à l'interlocuteur de répondre d'une manière plutôt que d'une autre. Dans ce sens, les questions d'abord large ont été privilégiées.
- Adopter une formulation correspondant au langage parlé plutôt qu'écrit.
- Eviter les termes techniques, afin de privilégier les formulations simples et claires. En cela la présence du sociologue aux tables rondes a été un réel avantage, obligeant volontairement à une reformulation, dés qu'un terme s'éloignant un tant soit peu du langage commun était utilisé.
- Etre précis en ce qui concerne les concepts utilisés, les périodes auxquelles il est fait allusion ainsi que les faits impliqués dans la question.
- Donner une structure simple aux questions en évitant absolument les formulations qui risqueraient de se révéler ambiguës, comme par exemple les doubles négations.
- Eviter les formulations impliquant une double question, pour les raisons de clarté exposées ci-dessus.
- Préparer une liste d'incitants à répondre, pour permettre à la discussion de rebondir lorsque le ou les intervenants hésitent, ou que la discussion devient confuse.

Après avoir préparé la formulation des questions, leur présentation doit être envisagée car elle a un impact important sur la compréhension et donc sur la validation des l'entretiens. Pour cela nous avons choisi la technique de Funnel, qui est particulièrement adéquate et recommandée pour obtenir des réponses relatives à un problème complexe [33]. Ainsi les premières questions restent d'ordre général de manière à obtenir les premiers commentaires des répondants. Puis, de ces premiers commentaires en relation avec le quotidien débouchent des questions plus précises permettant d'entrer un peu plus dans le vécu et le ressenti de l'interrogé.

L'organisation de l'ensemble des questions doit être étudié. Il est important d'y considérer deux choses : le flux conversationnel et l'ordre des questions.

[33] Combessie JC. La méthode en sociologie. 3ème édition. Coll Repères. Ed La découverte.2001. 123 p.

En ce qui concerne le flux conversationnel, la règle est d'utiliser des phrases de transition lors du passage d'un thème à l'autre, les questions relatives à un même thème étant regroupées dans une même partie du guide d'entretien.

Il est important d'avoir conscience des trois biais communément liés à l'ordre des questions en situation d'entrevue afin de pouvoir les parer. Ils sont nommés ; effet de consistance, effet de fatigue et effet de redondance [34].

L'effet de consistance intervient lorsque le participant a le sentiment que sa réponse à une question doit être en lien avec ses réponses précédentes ou les réponses des autres participants s'il s'agit d'une table ronde. Pour parer ce biais, nous avons utilisé des commentaires, afin de bien laisser comprendre à l'interrogé qu'il s'agit là d'un autre niveau du questionnement.

L'effet de fatigue peut intervenir lorsque l'interrogé trouve le temps long, ou a épuisé ses facultés de concentration durant l'entretien. Pour y remédier, nous avons régulièrement inséré des commentaires afin de récupérer l'attention des participants.

L'effet de redondance est lié à l'impression que la même question se répète plusieurs fois au cours de l'entretien, ce qui diminue la probabilité de réponse correcte de la part du participant.

D'une manière générale, nous avons toujours tâché de respecter les critères suivants pour l'organisation des questions :

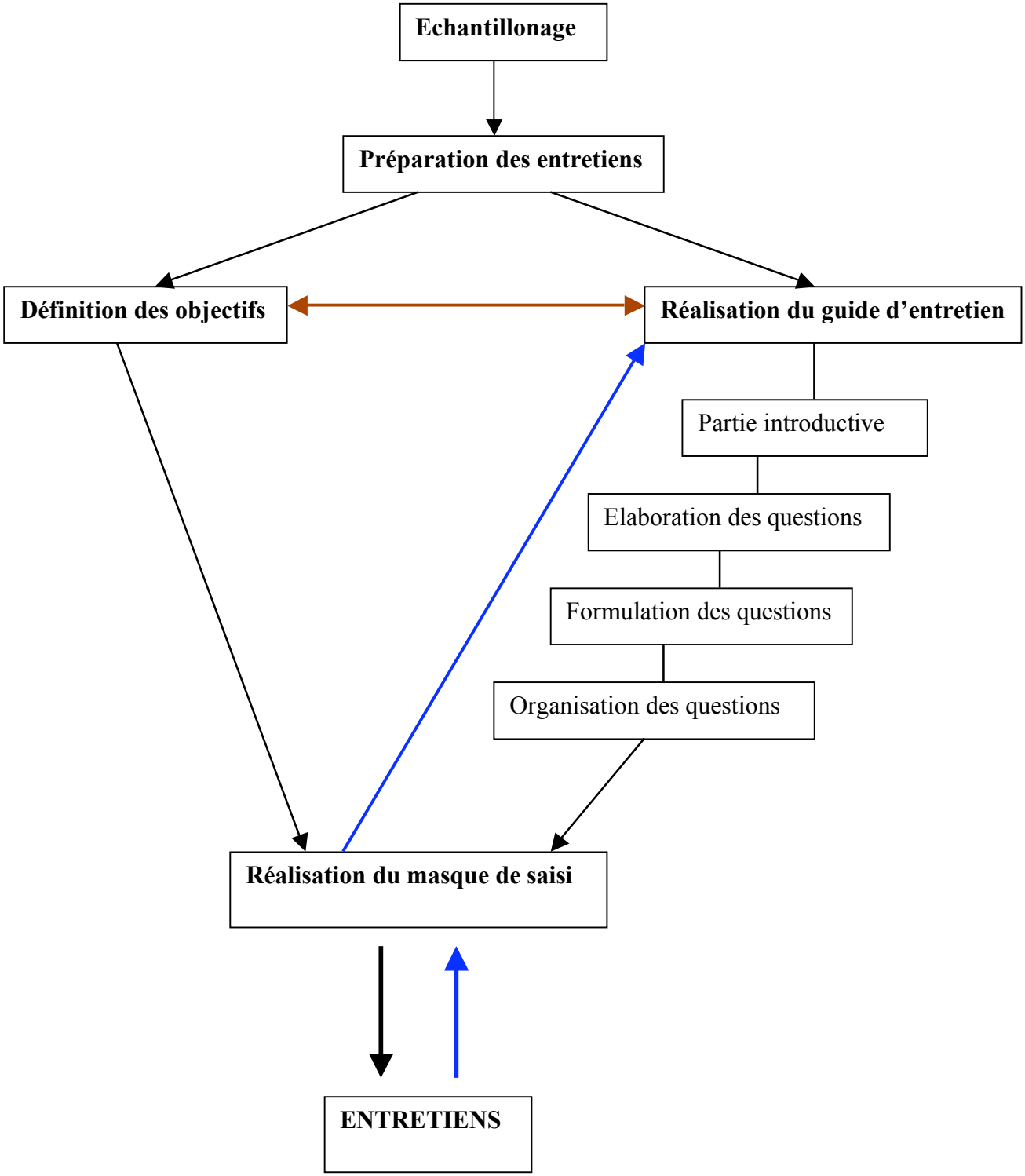
- Commencer par des questions faciles et reflétant directement l'objet de la recherche tel qu'il a été stipulé dans le phase introductive de l'entrevue.
- Placer les questions sensibles, après que le rapport de confiance ait été établi, mais avant que la fatigue ne s'installe.
- Ordonner les questions de façon logique.
- Grouper les questions par thème.
- Au sein d'un même thème, aller du plus général au plus spécifique.
- Utiliser des commentaires de transition.

Le corps de l'entrevue s'articule globalement de la même façon dans le cas d'un entretien individuel comme dans le cas d'un entretien participatif.

Un travail de répétition doit précéder les entrevues afin de permettre à l'investigateur d'être familiarisé aux techniques spécifiques de l'entretien sociologique, et ainsi d'éviter au maximum toute source de biais dans le recueil des résultats.

La figure, page suivante, résume les étapes de la réalisation des entretiens.

[34] Denzin NK, Linciln YS. Handbook of qualitative research.Ed Sage Publications. 1994. 643 p.



Les étapes de la réalisation des entretiens

2-3-2 Les spécificités de chaque typologie d'entretien

Les spécificités de l'entretien participatif

Il s'est ainsi agi pendant une durée de deux heures environ, de réunir les personnes échantillonnées autour d'une table, de leur fournir de quoi écrire et d'animer la réunion autour de trois thèmes principaux ayant un rapport avec le sujet traité, sous la forme de 3 questions clés qui, comme nous venons de le voir, serviront de trame aux différentes entrevues :

1/ Comment vivez vous la situation au quotidien ?

2/ Quelles sont les problématiques principales que vous identifiez ?

3/ Quelles sont les solutions que vous pourriez proposer ?

Des groupes ont ainsi été constitués et leurs tailles soumises aux considérations pratiques qui régissent aussi notre sujet et seront à ce titre aussi exploitées en tant que résultat. En théorie, leur taille est comprise entre 7 et 12 personnes pour favoriser à la fois la dynamique de groupe mais ne pas amener la mise en place d'une hiérarchisation automatiquement adoptée dans les groupes plus nombreux. La représentativité des groupes doit bien sûr correspondre aux critères élaborés pendant la phase d'échantillonnage. Dans le présent travail, c'est le niveau d'élaboration de la réflexion du fait du parcours des intervenants choisis qui a été retenu comme le critère principal, puisque le but restait surtout d'obtenir une vision la plus riche possible, face à une situation dont les fondements mêmes étaient susceptibles de nous échapper.

Les personnes prennent ainsi place autour d'une table dans une pièce préparée à cet effet avec à la disposition de chacun de quoi prendre des notes.

L'animation de la table ronde est basée sur la prise de parole et l'écoute. Une fois la question posée, un moment de silence est laissé à tout le groupe, pour que chacun puisse se concentrer et noter ses réponses par écrit. Après une dizaine de minutes, le tour de table peut commencer, l'animateur donnant la parole à chaque participant. Un premier tour de table est ainsi organisé de façon très structurée. En suivant, chaque participant peut reprendre une fois la parole pour éventuellement rebondir sur les propos d'un ou plusieurs autres participants. Enfin, un temps de circulation plus libre de la parole est organisé, afin de permettre un dernier bouillonnement d'idée et parfois la mise en place d'un débat.

Les différentes notions émergentes sont systématiquement reformulées par l'animateur afin de s'assurer de leur bonne compréhension. Après chaque intervention, l'animateur fait la synthèse par oral des idées émises avec la personne concernée, pour la noter ensuite afin de l'intégrer au sein de la grille de saisie.

Ainsi organisée, la table ronde permet à chacun de s'exprimer en même temps qu'il est écouté et entendu par les autres participants ainsi que par l'animateur. La structuration

rigoureuse des temps de parole permet d'éviter une organisation du groupe centrée sur une hiérarchisation spontanée des prises de paroles et ainsi de permettre l'émergence d'opinions dissidentes du fait de l'aspect égalitaire des temps d'argumentation. La dernière partie de la table ronde permet cependant d'avoir accès à une argumentation selon une logique de débat, qui se clôt par l'émission d'une pensée le plus souvent devenue consensuelle entre les différents membres du groupe.

Le fait de permettre à chacun de se raconter aux autres au travers de son quotidien :

- Renforce la « confiance en soi » et entraîne en même temps une certaine forme de sincérité dans les propos. Ce qui a été retenu est l'émergence de l'idée. Ainsi les possibles surenchères du fait de la dynamique de groupe autour de l'intensité de tel ou tel vécu n'est pas opposable lorsque c'est seulement le concept, en tant que tel, qui a été retenu,
- Permet de la part des individus participants de proposer des idées plus raisonnables et riches de sens parce que se référant directement à leur quotidien.

Neutralité, empathie ou encore non-directivité, sont les termes habituels qui reviennent dans les écrits méthodologiques consacrés à ce type d'investigations, au sujet de l'attitude à adopter de la part des investigateurs. Pendant toute la durée de l'entretien, il est impératif de garder une attitude bienveillante, afin d'encourager la, ou les personnes interrogées lorsqu'il s'agit d'un groupe, à s'exprimer de la façon la plus authentique possible, nous permettant d'avoir ainsi accès à son propre cadre de référence. Cette bienveillance doit se manifester autant dans le registre du discours verbal que dans celui du non verbal.

En ce qui concerne le registre verbal, le ton optimal à adopter doit concilier à la fois le respect et l'assurance. Le style employé doit être particulièrement ouvert du fait des spécificités de la relation humaine de groupe, tant dans l'introduction que dans l'entretien et la re-formulation, si nécessaire, des questions. En prenant des distances par rapport à nos propres cadres de référence et en tentant de s'immerger dans le cadre de référence de nos interlocuteurs, un premier travail de traduction des concepts évoqués doit se faire et un nouveau cadre se construit quelque part entre image médicale et image sociétale.

Le registre non verbal est tout aussi important que le registre verbal et tout doit être dans ce sens étudié. Il existe ainsi une distance optimale à respecter entre les protagonistes d'un entretien, de même, la logique géographique de la dynamique de groupe doit être respectée. Concernant la posture, il est recommandé que celui qui mène l'entretien se tienne légèrement penché en avant pour manifester son intérêt face aux propos tenus par son vis-à-vis, tout en tâchant de ne pas se montrer trop intrusif par, par exemple, un regard trop fixe. Il faut bien garder à l'esprit que : « par le regard, l'individu humain confère à ses congénères une

existence sociale » [35]. En somme, sous le regard appuyé d'autrui, une lucidité particulière s'installe chez celui qui est regardé. Si cette situation ne dure pas trop, il y a une bonne probabilité pour que cette lucidité se solde par une sincérité particulière de l'interrogé. En revanche, au-delà d'un certain seuil de durée, des affects négatifs résultent généralement de l'état de conscience de soi. Ainsi pour l'investigateur, le regard adressé à la personne interrogée est à la fois un attribut nécessaire, un outil adjuvant potentiel mais aussi une possible source de biais d'où l'importance d'un recul permanent sur sa manière de conduire l'entretien. De cette attitude dépend la qualité des résultats obtenus.
Le fait d'être systématiquement deux dans l'animation des groupes de discussion a permis à la fois cette intrusion et cette prise de recul. Cela a bien sûr aussi favorisé la richesse dans le recueil des données, puisqu'entendues par deux récipiendaires de cette information, d'origine différente, et parallèlement elle a permis une présence d'animation et d'écoute permanente.

Lorsque la liste des thèmes à aborder est épuisée, il est important de signaler la fin de l'entrevue, et de laisser un temps de parole possible à la suite. L'utilisation de cette technique de communication s'est avérée systématiquement riche, avec élaboration et verbalisation de messages forts en fin d'entrevue, ce qui est classique.

Un temps d'échange a systématiquement été privilégié avec les groupes interrogés. Au cours de ce temps, nous avons entre autre pu répondre aux différentes questions posées, concernant le plus souvent les résultats obtenus dans les autres groupes.

Le recueil des informations s'est fait via les notes prises par le groupe d'animation durant l'entrevue mais aussi par le relevé des notes prises par les personnes incluses, afin d'organiser leur intervention en amont de leur prise de parole. Les différents écrits recensés ont ainsi fait l'objet d'une analyse de contenu avec recoupage par thème, selon une organisation par mots clés. Les idées principales ont ainsi été regroupées puis relues et organisées.

[35] Moscovici S, Buschini F. les méthodes en sciences humaines. PUF fondamental. Mai 2003. 476p.

Les spécificités des entretiens semi-directifs

Comme expliqué précédemment, il n'a pas été possible de réunir des groupes de patients de consultation. Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens semi-directifs.

Les patients inclus devaient être des patients de la consultation présentant une symptomatologie authentifiée d'origine veineuse par le praticien qui l'avait examiné. Celui-ci devait proposer à son patient de revenir, à une date et heure fixée dans un avenir proche. Si cela était envisageable pour le patient, celui-ci était revu à la suite par l'investigatrice afin de repréciser les modalités exactes de l'organisation de la réunion, et en le motivant quant à l'importance de sa participation.

Douze patients sur le site de Rangueil, et dix patients sur le site de Purpan avaient donné un accord verbal et écrit, engendrant la prise manuscrite de leurs coordonnées par le groupe de pilotage. En fait, seul un patient est revenu sur le site de Rangueil et deux patientes sont revenues sur le site de Purpan. Il n'a donc pas été possible d'organiser de réunion.

Après avis pris auprès de notre méthodologiste, il a été décidé de procéder, de ce fait, par entretiens semi-directifs, plus classiques mais restant pertinents aux vues des objectifs de la recherche.

L'entretien semi-directif a donc été l'outil choisi pour approfondir le ressenti, le vécu, les difficultés et les propositions envisageables par les différents patients interrogés autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse : le guide d'entretien fixe les différents thèmes à aborder (en général quatre à six thèmes), mais contrairement à un entretien directif, le sujet reste libre de l'ordre dans lequel les contenus vont s'enchaîner. Ce choix méthodologique permet, dans le cadre d'un traitement séquentiel, d'analyser l'ordre d'enchaînement des contenus, voire la proximité « spontanée » des différentes représentations, en dehors de tout présupposé de recherche. Ainsi, le recours aux entretiens semi-directifs a paru pertinent pour les nombreux avantages suivants [36] :

- L'information est plus complète et plus détaillée qu'au cours d'un entretien directif,
- Ce type d'entretien permet de mettre à jour le processus de raisonnement de l'individu,
- L'entretien en profondeur est souple,
- Les informations « confidentielles » sont faciles à obtenir.

[36] Bourse M, Palierne F. L'entretien mode d'emploi. Groupe ISC. 2001. 148 p.

Les résultats se sont essentiellement présentés sous la forme des notes de l'enquêtrice, même si la même démarche de remise de papier et de crayon a été effectuée pour chaque participant. Comme pour les entretiens participatifs, les notes obtenues ont fait l'objet d'une analyse de contenu avec recoupage par thème selon une organisation par mots clés. Les idées principales ont ainsi été regroupées puis relues et organisées. Cela a été réalisé manuellement. Aucun logiciel n'a été utilisé, partant du principe que la réflexion élaborée touchait intrinsèquement à l'humain. Les thèmes ont été définis a priori, fonction des données de la littérature et de l'expérience de chacun des membres du comité de pilotage. Ils ont été enrichis secondairement à la lumière des résultats de la recherche.

En ce qui concerne plus spécifiquement les entretiens semi-directifs menés auprès des experts, les réponses aux questions ont été relevées par écrit par l'enquêtrice. Ces notes ont été secondairement retranscrites et transmises à l'interviewé qui a ainsi pu les enrichir ou les repréciser. Ils ont chacun donné leur accord, afin de pouvoir les faire apparaître intégralement dans le présent travail. Les personnes ressources ont été choisies sur leur niveau de compétence, leurs publications et leur niveau d'implication autour de notre sujet de recherche.

2- 4 La méthode d'analyse des données

Les réunions de groupe et les entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une analyse de contenu. L'analyse de contenu revient à découper le texte en unités d'analyse de base, à les regrouper en catégories homogènes, exhaustives et exclusives, puis à comptabiliser leurs fréquences d'apparition. Pellemans [37] décrit ce procédé de la manière suivante *« le mécanisme de base de l'analyse de contenu consiste à découper les données brutes en unités de contenu (grands groupes de catégories pertinentes pour la recherche) et ensuite de les classer dans un certain nombre de subdivisions ».*

L'objectif est la représentation simplifiée des données brutes. Comme le précise cet auteur, celle-ci remplit deux fonctions essentielles, que l'on peut disjoindre ou non dans la pratique :

« Une fonction heuristique : l'analyse de contenu enrichit le tâtonnement exploratoire, accroît la propension à la découverte : c'est l'analyse de contenu pour voir,

[37] Pellemans P. Recherche qualitative. Perspective psychoscopique. Boeck University. 1999. 442 p.

Une fonction d'administration de la preuve : des hypothèses sous forme de questions ou d'affirmations provisoires servent de lignes directrices [...] pour se voir vérifier dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation : c'est l'analyse de contenu pour prouver ».

L'analyse de contenu recouvre un ensemble de techniques que Cefaï [38] présente de la façon suivante :

Types d'analyse	Indicateurs
Analyse syntaxique	Structure du discours *Ex : temps et mode des verbes*
Analyse lexicale	Nature et richesse du vocabulaire *Ex : fréquence d'apparition des mots*
Analyse thématique	Découpage par thème et fréquence d'apparition

Dans le présent travail, nous avons plus spécifiquement réalisé une analyse lexicale et une analyse thématique. De par la méthode de recueil des données, puisque aucun enregistrement n'était réalisé, l'analyse syntaxique était inappropriée. On peut cependant la considérer comme étant implicitement présente, par la façon qu'ont pu avoir les animateurs de recevoir les thématiques abordées.

2-4-1 L' analyse thématique

L'analyse thématique consiste en un découpage du corpus par thème, un thème étant défini comme *« une unité de signification de longueur variable ; sa réalité n'est pas d'ordre linguistique mais d'ordre psychologique : une affirmation mais aussi une allusion peuvent constituer un thème ; Inversement un thème peut être développé en plusieurs affirmations »*[39]. Après retranscription du corpus (des réunions comme des entretiens), ce dernier a été découpé en thèmes (ou unités de contenu), permettant le traitement et l'interprétation des résultats.

Les thématiques retenues étaient définies a priori, mais ont été enrichies des thèmes émergents, repérés en première analyse, et ce tels qu'ils avaient pu être exprimés, ne serait–ce qu'à l'intérieur d'un seul entretien.

[38] Cefaï D. L'enquête de terrain. La découverte. 2003. 615 p.
[39] Ghiglione R, Matalon B. Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique. Armand Colin. 1998. 301p.

L'analyse thématique des réunions de groupe

Le texte de la réunion a été saisi dans des tableaux à double entrée croisant ainsi, en ligne, les participants, et en colonne, les différents thèmes retenus. A l'intersection d'une ligne et d'une colonne, se trouve un extrait de discours porté par un individu x sur un thème y. Les mots ou expressions utilisés par chacun des interviewés pour répondre aux questions posées ou aux thèmes abordés sont intégralement retranscrits. Ils ont ainsi permis de résumer et d'expliquer les différents thèmes abordés par l'ensemble du groupe, les sous-thèmes apparus, les formulations utilisées, les liens logiques mis en évidence.

L'analyse thématique des entretiens semi-directifs

Comme pour la réunion de groupe, l'intégralité du discours de chaque entretien a été retranscrite puis saisie dans des tableaux d'analyse, à double entrée. De la même façon, il a été ainsi possible de découper et d'analyser les différentes idées formulées, ainsi que les liens présents.

2-4-2 L'analyse lexicale

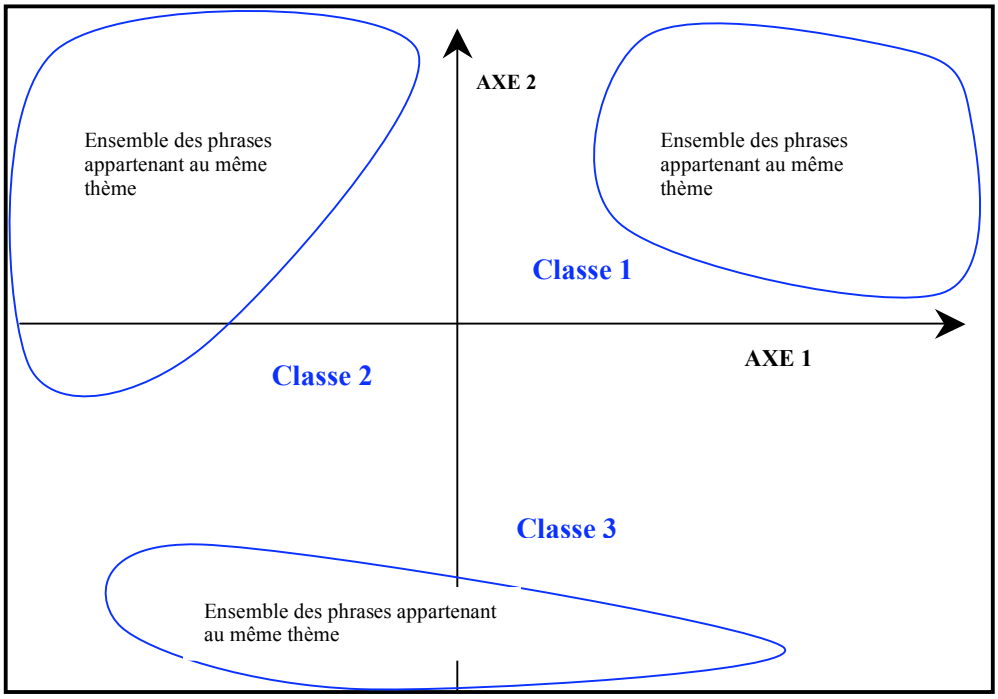
L'analyse lexicale complète l'analyse thématique. Elle permet de dépasser une analyse par comptage de fréquences en faisant apparaître les différents champs des discours. Le but de l'analyse lexicale est donc de faire ressortir du texte des mondes lexicaux, constituant les idées développées par les répondants pour élaborer leur discours. L'hypothèse de base est que les termes utilisés par ces auteurs renvoient à des représentations sous-jacentes qui seront expliquées par l'analyse. Comme le rappellent Gavard-Perret et Moscarola [40], *« l'analyse d'un texte ou d'un discours peut alors être prise comme un protocole expérimental pour retrouver à partir des caractéristiques de l'énonciation, les facteurs qui en sont l'origine ».*

La réunion de groupe et les entretiens semi-directifs ont bénéficié des mêmes outils d'analyse lexicale. Celle-ci portait sur les occurrences et phénomènes lexicaux du corpus de la réunion de groupe. Cette opération s'est effectuée en deux temps : d'abord, dans le corps même de l'analyse thématique, les phénomènes décrits par des comptages d'occurrences

[40] Gavard-Perret ML, Moscala J. Enoncé ou énonciation ? Deux objets différents de l'analyse lexicale. Recherche et application en marketing, ;13(2) :37-41.

furent illustrés chaque fois que c'était possible. Puis, dans l'analyse lexicale proprement dite, les éléments remarquables du lexique ont servi de guide, en mettant de côté pour un temps les axes définis à cette recherche. Cette tentative d'interrogation « sans à priori » du corpus, correspond au besoin ressenti d'élargir le champ des investigations : les catégories de l'analyse thématique étant assez marquées par les interrogations de recherche, l'analyse lexicale a permis de « rendre la parole » à l'individu, que ce soit dans son rôle de patient ou dans son rôle de médecin.

Aucun logiciel de traitement des données n'a été utilisé. Après chaque entretien participatif ou individuel, les données étaient relues avec notre méthodologiste. Une analyse de contenu avec découpage par thème et un pré-découpage sommaire des champs lexicaux était réalisé en collaboration avec notre méthodologiste. Le but de cette démarche était de pouvoir avoir accès non seulement aux informations verbales mais aussi aux informations non-verbales de l'entretien et de pouvoir les intégrer pleinement dans notre analyse.



Exemple de graphe d'analyse des groupes de formes lexicales

3- Resultats de la phase exploratoire : le vécu des patients

3- 1 Population étudiée

3-1-1 Les patients recrutés en consultation de médecine vasculaire

En milieu hospitalo-universitaire

Au total 28 patients ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs individuels dans le courant des années universitaires 2004 et 2005, en étant recrutés en milieu hospitalo-universitaire.

A Toulouse, il existe un service de Médecine Vasculaire qui se trouve au sein de l'hôpital Rangueil, les médecins consultants sont bien sûr amenés à pratiquer des consultations de phlébologie et il existait à l'époque de ce travail une vacation spécifique de sclérothérapie. Parallèlement, il existe un service de chirurgie vasculaire sur le site de l'hôpital Purpan où consultent plusieurs médecins vasculaires, qui ont une activité de consultation médicale et assurent aussi une vacation de sclérothérapie.

- Sur le site de Purpan : les 8 patientes (uniquement des femmes) recrutées au cours de l'hiver 2004-2005 étaient venues consulter un angiologue pour leur insuffisance veineuse dans le service de Chirurgie vasculaire. Ces patientes se plaignaient de douleurs, authentifiées d'origine veineuse par le praticien consultant, quels que soient les signes objectivés au cours de l'examen clinique et échographique, en dehors des critères d'exclusion. Les entretiens se sont déroulés sous la forme de questionnaires semi-directifs, dont la durée moyenne était d'1 heure avec une médiane à une heure et dix minutes.
- Sur le site de Rangueil : 20 patients, 16 femmes et 4 hommes, ont été recrutés dans le courant de l'année universitaire 2004-2005. Ils étaient venus consulter un angiologue, dans le centre de consultation du service de médecine vasculaire de l'Hôpital Rangueil. De la même façon, ces patients se plaignaient d'une gêne rattachée à leur insuffisance veineuse par le médecin consultant, quel que soit le détail du résultat de l'examen clinique et échographique, et en dehors des critères d'exclusion. Les entretiens ont été réalisés de manière semi-directive et ont duré en moyenne ¾ d'heure avec une médiane à 50 minutes.

En consultation de ville

Parallèlement, afin de s'assurer qu'aucune donnée spécifique à la consultation de ville n'avait été oubliée, des entretiens ont été menés auprès de 5 patients en consultation de ville, 3 durant l'été 2005 et 2 durant l'été 2006. 4 femmes ont été interrogées et 1 homme. Le motif de consultation était essentiellement la gêne fonctionnelle, authentifiée d'origine veineuse par le praticien consultant, du fait des signes de reflux objectivés au moment de l'examen écho-doppler, et des observations faites au moment de l'examen clinique.

3-1-2 Les patients recrutés dans un contexte pré-chirurgical

Au total, 8 patients ont été recrutés dans un contexte pré-chirurgical durant l'année 2004-2005. Ils ont été choisis parmi les consultants dans le cadre d'un marquage pré-opératoire de varices et verbalisaient une gêne fonctionnelle. Après un entretien préliminaire prudent, dont le but était d'évaluer le niveau d'anxiété pré-opératoire, l'inclusion était proposée aux patients qui semblaient suffisamment sereins. Ceci explique le peu de patients inclus dans ce groupe.

Sur le site de Rangueil

Pour les raisons logistiques exposées précédemment, seules 2 patientes ont été recrutées sur le site de l'hôpital Rangueil. Il s'agissait, pour une des patientes, d'une prise en charge de récidive variqueuse, sur le territoire d'une veine grande saphène, et pour l'autre d'une prise en charge pour la première fois de varices des 2 veines grande saphène, mais dans un contexte familial de maladie variqueuse, raison pour laquelle la patiente ne se sentait pas inquiète outre mesure et a accepté de participer à l'enquête.

Sur le site de Purpan

De la même façon 2 patients ont été recrutées sur le site de l'hôpital Purpan. Il s'agissait pour une d'entre eux, d'une chirurgie de la veine grande saphène, dans les suites d'un premier éveinage de la grande saphène controlatérale qui s'était passé sans souci. Pour l'autre patient, un homme, il s'agissait d'une récidive unilatérale dans le territoire de la veine grande saphène, après une première chirurgie ayant eu lieu 10 ans auparavant.

En consultation de ville

Au total, 4 patients, 3 femmes et 1 homme, ont été recrutés en consultation de ville. De la même manière, il s'agissait d'une consultation réalisée dans le cadre du marquage pré-opératoire de varices. Il s'agissait d'un repérage, concernant une veine grande saphène pour 2 d'entre eux et une veine petite saphène pour les 2 autres. La plainte fonctionnelle était au premier plan d'après l'interrogatoire. Pour un d'entre eux, il s'agissait d'une récidive et pour les 2 autres, d'une première prise en charge chirurgicale.
L'interrogatoire a été mené comme un interrogatoire médical précis, laissant une latitude d'expression maximale au patient, et lui précisant simplement que dans le cadre d'un travail spécifique sur la douleur veineuse, son témoignage servirait comme base à la réflexion.

3-1-3 Les insuffisants veineux de Médecine du Travail

Les paramédicaux du service de médecine vasculaire

7 femmes ont été recrutées ; 6 infirmières diplômées d'état et 1 masseuse kinésithérapeute diplômée d'état. Pour être incluses, elles devaient avoir été reçues au moins une fois en consultation auprès d'un angiologue pour ce problème. Leur inclusion était basée sur le volontariat après un entretien de motivation. Cet échange s'est déroulé sous la forme d'un entretien collectif, tel que décrit précédemment. Cette réunion a eu lieu le 26 novembre 2004 dans la salle de réunion du service de Médecine Vasculaire du Professeur Boccalon et a duré 1 heure et 20 minutes.

Les brancardiers de l'hôpital Rangueil

2 hommes ont été interrogés. Ils présentaient des antécédents de maladie veineuse authentifiés par un praticien spécialiste de médecine vasculaire, et avaient déjà été pris en charge pour cela quel que soit le traitement proposé. L'entretien s'est déroulé sous la forme d'un entretien de groupe, suivant l'articulation d'un entretien semi-directif, tel que décrit précédemment. Cette réunion a eu lieu le 4 février 2005 dans le bureau des attachés. Sa durée a été de ¾ d'heure.

3-1-4 Les non insuffisants veineux

Parallèlement des entretiens de personnes de même profil mais n'ayant jamais consulté pour un problème de symptomatologie subjective veineuse, et ne s'en plaignant pas de prime abord, ont été réalisés.

Ils ont eu lieu sous la forme d'entretiens semi-directifs pour les paramédicaux du service de médecine vasculaire, et sous la forme d'un focus groupe, selon les mêmes modalités que le groupe patient pour les brancardiers.

De plus, des patients ne se plaignant d'aucune gêne veineuse ont été interrogés. Ils ont été choisis parmi les consultants en angiologie, venant pour la réalisation d'un bilan carotidien dans le cadre d'un dépistage systématique sur facteurs de risque.

Les paramédicaux du service de Médecine Vasculaire

6 infirmières diplômées d'Etat et une secrétaire ont été interrogées sous la forme d'entretiens semi-directifs. Ces entrevues ont été réalisées dans le courant des moins de janvier et février 2005. Ils ont duré en moyenne 20 minutes. Les thèmes abordés étaient similaires à ceux du groupe « malade », même si le cours de l'entretien a dû être plus directif du fait de la pauvreté du discours spontané autour de notre problématique.

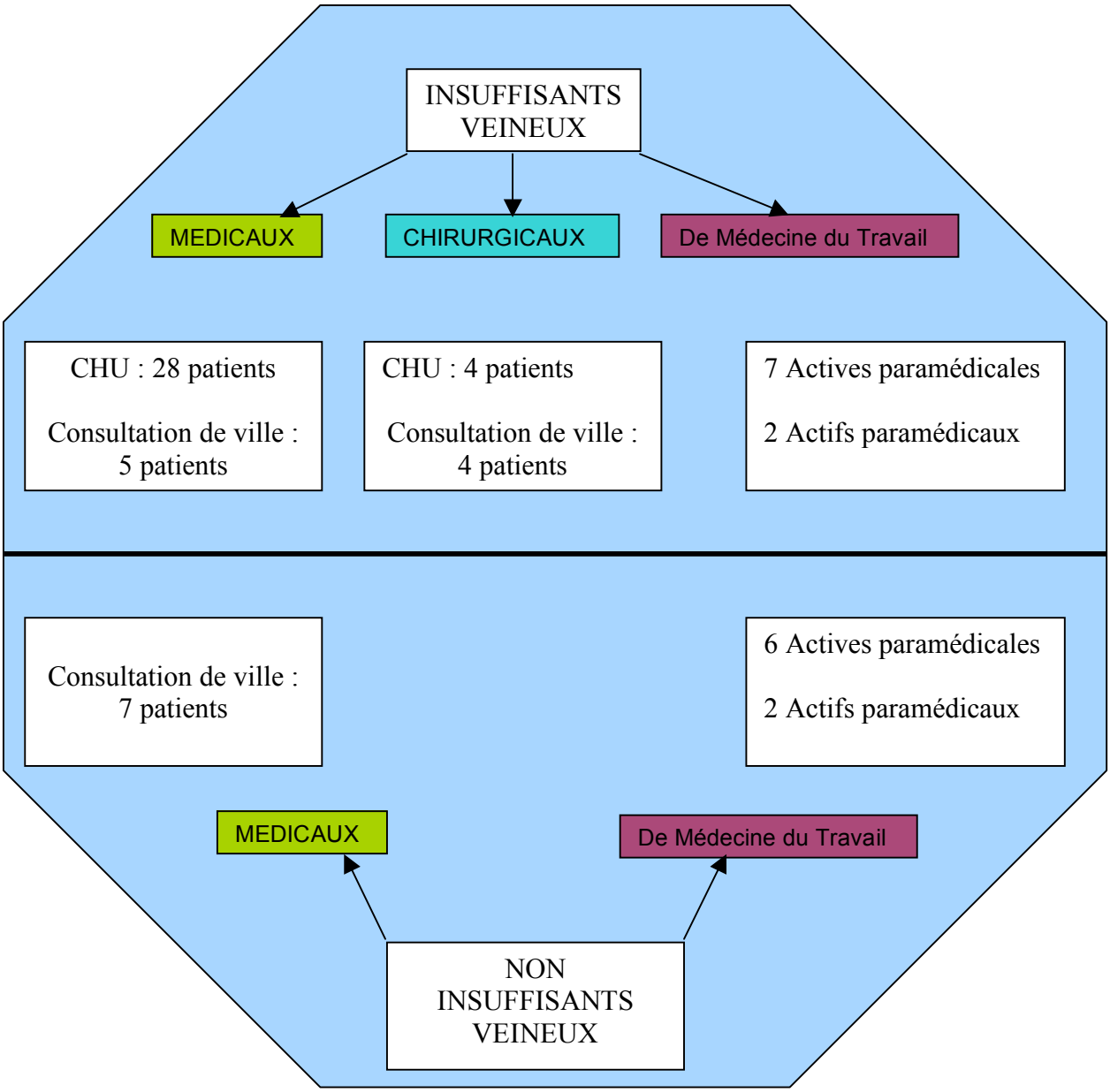
Les brancardiers de l'hôpital Rangueil

2 brancardiers ne se plaignant pas de prime abord de problèmes d'allure veineuse et n'ayant jamais consulté pour ce motif, même en tant que motif annexe de consultation, ont été interrogés, selon la même méthodologie que le groupe « patient ». Ils se sont réunis dans le bureau des attachés le 7 février 2005 et l'entretien a duré 20 minutes.

Les patients de la consultation

7 patients de consultation de ville, 4 femmes et 3 hommes ont été interrogés en entretien semi-directif. Ces patients consultaient dans le cadre d'un dépistage carotidien systématique sur facteurs de risque cardiovasculaire. Leur inclusion a eu lieu dans le courant de l'année 2005-2006. Les entretiens autour de cette problématique ont duré en moyenne une dizaine de minutes.

Le schéma de la page suivante résume les différentes typologies d'individus interrogés



Les différentes typologies d'individus interrogés.

3-2 Résultats

3-2-1 Description de la population étudiée

Le paragraphe suivant décrit la population étudiée dans la phase exploratoire qualitative concernant les patients.

Ages

Les patients de consultation

La moyenne d'âge global des patients interrogés se situe à 52,8 ans

- Les 8 patients interrogés dans un contexte pré-chirurgical avaient une moyenne d'âge globale de 47,5 ans. Les âges étaient compris entre 34 et 63 ans.
- Les 33 patients ont été interrogés dans un contexte médical avait une moyenne d'âge calculée de 58,2 ans, avec des âges compris entre 37 et 76 ans.

Les insuffisants veineux de médecine du travail

Le groupe de patients de médecine du travail a un âge moyen de 37,9 ans.

Il se compose de 2 groupes :

- Un groupe de 7 femmes, d'un âge moyen calculé de 46,4 ans, avec des âges compris entre 37 et 53 ans.
- Un groupe de 2 hommes d'un âge moyen calculé de 29.5 ans

Les non insuffisants veineux

Au total, 16 sujets « témoins » ont été interrogés.

La moyenne d'âge globale est de 53 ans.

- 7 personnes, choisies parmi les femmes travaillant dans le service de médecine vasculaire ont été interrogées. Leur âge moyen est de 38,8 ans avec des âges compris entre 29 et 47 ans.
- 2 personnes, choisies parmi les brancardiers de l'hôpital Rangueil, ont été interrogées. Leur âge moyen est de 30.5 ans.
- Parallèlement, les 7 patients de consultation de médecine vasculaire de ville, interrogés au cours d'un examen carotidien réalisé dans le cadre d'un dépistage simple sur présence de

facteurs de risque cardio-vasculaire avaient un âge moyen était de 67,2 ans, avec des âges compris entre 60 et 78 ans.

Sexe

Les patients:

La majorité des personnes interrogées sont des femmes, avec un total sur l'ensemble des sites de 41 femmes interrogées pour 9 hommes.

Au total donc 78% des patients interrogés sont des femmes et 22% sont des hommes.

Les patients de consultation : 29 femmes ont été interrogées pour 4 hommes en consultation dans un contexte médical, soit 87,9% de femmes pour 12,1% d'hommes.

2 hommes et 6 femmes ont été interrogés dans un contexte pré-chirurgical, soit 33,3% d'hommes et 66,7% de femmes.

Les insuffisants veineux de médecine du travail **:** Le groupe de patients de médecine du travail se compose au total de 77.7% de femmes et 22,3% d'hommes.

Les non insuffisants veineux

Par soucis d'homogénéité, les sujets inclus sont majoritairement des femmes à 68.7%, avec 11 femmes et 5 hommes interrogés.

Typologie de PATIENT	AGE (ans)	FEMMES (%)
Consultants pour une insuffisance veineuse	52,8	87,9
Patients insuffisant veineux de médecine du travail	37,9	77,7
Non insuffisants veineux	53,0	68,7

Récapitulatif de la population interrogée

Profession

Les patients de la consultation

La répartition des patients selon leur profession est dans notre étude superposable aux classes professionnelles considérées comme exposées dans les études menées en milieu du travail, avec une représentation importante des employés.

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	NOMBRE DE PATIENTS INCLUS
Agriculteurs exploitants	0
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2
Professions intermédiaires	6
Employés	17
Ouvriers	3
Retraités	7
Sans activité professionnelle	4

Les insuffisants veineux de médecine du travail

Les patients de médecine du travail ont été recrutés pour des raisons logistiques parmi les paramédicaux du service de Médecine Vasculaire du Professeur Boccalon et les brancardiers de l'hôpital Rangueil. Ainsi un groupe de 8 infirmières diplômées d'Etat, 1 secrétaire et 1 masseuse kinésithérapeute diplômée d'Etat ont été interrogées. Parallèlement 1 groupe de 2 brancardiers a été inclus.

Les non insuffisants veineux

7 femmes travaillant dans le service de médecine vasculaire ont été interrogées ; 5 infirmières, 1 aide soignante et 1 secrétaire médicale.

2 brancardiers ont participé.

Parallèlement, les 7 patients de consultation de médecine vasculaire de ville étaient « officiellement » à la retraite pour 6 d'entre eux et 1 seul gardait une activité en tant que chef d'entreprise. Cependant nous avons gardé l'information de la profession exercée lorsqu'ils étaient en activité, et ils se répartissent de la façon suivante :

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	NOMBRE DE PERSONNES INCLUSES
Agriculteurs exploitants	2
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0
Professions intermédiaires	1
Employés	2
Ouvriers	1
Sans activité professionnelle	0

Nombre de grossesses

Les patients de la consultation

Sur l'ensemble des sites, la moyenne du nombre de grossesses menées à terme est de 1,8 enfants par femme

Les insuffisants veineux de médecine du travail

La moyenne de grossesses menées à terme par femme interrogée est de 1.5.

Les non insuffisants veineux

Dans la population témoin, la moyenne du nombre de grossesses par femme est de 1,4.

CATEGORIE Socio-Professionnelle	**Insuffisants veineux (%)**	**Non insuffisants veineux(%)**
Agriculteurs exploitants	0,0	28,4
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	4,9	14,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,9	0,0
Professions intermédiaires	14,6	14,4
Employés	41,5	28,4
Ouvriers	7,3	14,4
Retraités	17,1	(86,0)
Autres personnes sans activité professionnelle	9,7	0,0

Tableau comparatif des catégories socio-professionnelles des personnes interrogées

3-2-2 Les résultats des entretiens : en détail

Patients de consultation dans un contexte de consultation médicale

Rappel de la typologie des 33 patients interrogés en entretiens semi directifs

	37-45 ans	46-55 ans	+ de 55 ans
Ouvriers	Femme mariée (7)	Femme mariée (10) Femme divorcée (20)	Femme divorcée (11) Femme mariée (5) Femme mariée (24)
Employés	Femme mariée (1) Femme mariée (8) Femme union libre (14) Femme célibataire (33)	Femme veuve (9) Femme mariée (2) Femme mariée (3)	Femme divorcée (16) Femme divorcée (4) Femme mariée (21) Femme mariée (22) Femme célibataire (29)
Cadres	Femme union libre (19) Femme mariée (23)	Femme divorcée (12) Femme divorcée (15) Homme marié (18) Homme marié (25)	Femme mariée (17) Femme mariée (6)
Retraités			Femme mariée (13) Femme mariée (26) Femme mariée (30) Femme veuve (32)
Demandeurs d'emplois		Femme mariée (28) Femme divorcée (31)	
Autres	Homme célibataire (27)		

Légende :
Le chiffre (de 1 à 33) représente le numéro attribué à l'individu.
Par exemple : l'individu 1, femme de 38 ans, mariée, employée se retrouve dans la case « employés, 37-45 ans ».

Structure du guide d'entretien

Phases	Contenu
Introduction	Consiste à remercier le participant d'avoir accepté de participer, indique le thème général de l'entretien semi-directif, et permet d'expliquer son déroulement général, ainsi que le devenir des données qui en sortiront.
Généralités	Sans introduire de sens, l'animateur amène l'interrogé à aborder les thèmes à la périphérie du sujet. Si celui ci aborde plus spécifiquement et spontanément un des sujets d'investigation, l'animateur intervient pour centrer la discussion sur ce thème.
Symptomatologie ressentie	Exploration de l'attitude générale face à la perception du ressenti « insuffisance fonctionnelle veineuse »
Identification des éléments amenant à considérer cette symptomatologie comme pathologie	Eléments de reconnaissance des symptômes, éléments de rassemblement de ces signes dans un ensemble cohérent, éléments d'élaboration du ressenti dans la notion de pathologie
Identification et utilité des solutions proposées et envisageables	Quelles solutions thérapeutiques ont été proposées (en abordant aussi le domaine non pharmacologique) Quels éléments sont perçus comme efficaces ? Quelle expérience ? Quel parcours de soin ? La notion de conseil est-elle nécessairement médicale ?
Reconnaissance des limites et proposition d'évolution de la situation actuelle	Elle est abordée dans un *cadre projectif*. Il s'agit d'imaginer une situation idéale où les relations de soin et les propositions de soin envisageables seraient sans limite. Dans ce pays idéal, qu'est ce qui est imaginé comme solution à la problématique.

Les thèmes apparus lors de l'analyse du discours

Suite à la lecture flottante de la retranscription de la réunion, les thèmes qui ressortent de l'analyse thématique de contenu du discours des répondants lors des différents entretiens peuvent être regroupés comme suit:

- Les symptômes,
- La notion de handicap,
- Les solutions au quotidien,
- Les attentes des patients.

Les symptômes

Les circonstances d'apparition : La gêne fonctionnelle est décrite par toutes les personnes interrogées comme s'accentuant au fur et à mesure de la journée, avec une douleur qui s'accentue tout particulièrement à l'arrêt des occupations professionnelles ou personnelles incriminées.

L'apparition de la gêne est aussi décrite à la station debout fixe, au bout d'un temps variable allant de 1/2 heure à 1 heure. Dans la vie quotidienne, les positions jambes pliées et la station

debout prolongée sont exprimées comme difficiles à supporter par l'ensemble des participants.

Pour l'ensemble des femmes, cette gêne est décrite comme dépendant des variations hormonales que sont les règles, la grossesse et la péri ménopause. Les traitements hormonaux qui entourent l'aide médicale à la procréation sont décrits par 1 patiente comme un élément aggravant. Les importantes variations de poids sont vécues comme des facteurs de risque pour le déclenchement des douleurs veineuses pour 7 de nos patientes, uniquement des femmes.

3 patientes évoquent une accentuation de leurs douleurs avec le vent d'autan.

Les intersaisons et les périodes de fortes chaleurs sont reconnues pour tous nos patients comme des périodes difficiles de l'année avec une accentuation des symptômes en fréquence mais aussi en densité.

L'association de cette symptomatologie avec des périodes de constipation est signalée par 11 de nos patients.

La description des symptômes : Ils sont décrits comme une gêne, une sensation de gonflement avec impression de jambes lourdes. Cette notion de lourdeur revient systématiquement.

Une impression de tiraillement est exprimée par 7 patients.

Parallèlement des sensations dysesthésiques avec fourmillements et sensations de brûlure sont décrites par 14 des patients interrogés.

9 de nos patients décrivent des crampes nocturnes les obligeant à se lever.

Le vocabulaire employé se situe dans le registre de la sensation désagréable, plus que de la véritable douleur. Celle-ci est cependant rapportée comme « lancinante », « tenace », « entêtante ».

Tous les patients décrivent la difficulté qu'ils éprouvent à mettre des mots sur cette plainte.

Une description qualifiée de difficile de la symptomatologie
« C'est comme si j'avais des jambes qui devenaient comme des poteaux…mais en fait elles ne gonflent pas vraiment » (individu 17),
« C'est comme des lourdeurs, des impatiences, comme si je ne sentais pas pareil mes jambes, avec des tiraillement, même si ce n'est pas une vraie douleur… » (individu 8).
« C'est difficile à décrire…comme si mes jambes devenaient en plomb, …j'ai du mal à rester en place tellement mes jambes sont lourdes » (individu 5).
« J'ai l'impression que mes jambes pèsent une tonne et puis ça fait comme des fourmillements, vous savez comme si des insectes montaient le long des jambes…Ca ne fait pas vraiment mal, il y a des douleurs plus fortes, mais c'est entêtant, je n'arrive pas à ne pas y penser… » (individu 21).
« Je ne sais pas comment dire, ça fait mal, c'est gênant, » (individu 16).

Parallèlement des difficultés dans le registre de l'esthétique sont verbalisées par 10 de nos patientes, mais ce de façon très différentiée de la plainte douloureuse, avec la description de l'apparition de petits vaisseaux superficiels reconnus comme gênant l'image de soi au quotidien.

Il existe une sensation de vieillissement du fait de la symptomatologie qui est décrite par 27 de nos patients. Cette sensation provient du fait de l'évolution de la symptomatologie dans le temps pour 32 patients et de la sensation de diminution des performances qu'elle génère, pour 26 d'entre eux.

Quant au parcours de soin : 7 patients expriment l'impression de ne pas avoir être pris au sérieux par certains praticiens autour de cette plainte, lors de consultations antérieures. Ils verbalisent une certaine frustration *« s'il n'y a rien à faire, il faut le dire tel quel… »* (individu numéro 5), la sensation d'une perte de confiance *« J'avais l'impression qu'on ne me prenait pas au sérieux, qu'ils s'en fichaient de ce que je pouvais exprimer »* (17) , une accentuation de leurs inquiétudes *« c'est des fois comme si on cherchait à cacher quelque chose, si il se passe un truc grave, il faut savoir le dire »* (12)

Les patients à l'unanimité disent se sentir perdus entre les différentes possibilités de traitement.

La chirurgie est attendue par tous les patients comme étant la solution radicale sur les symptômes.

<u>L'approche systémique des symptômes :</u> La façon dont les autres membres de la famille souffrant d'insuffisance veineuse chronique vivent la maladie, est un élément déterminant dans la validation par le patient de sa symptomatologie. Lorsqu'il existe au sein de la famille des antécédents de prise en charge chirurgicale, cela a tendance à être considéré comme des antécédents plus graves que lorsque seul un traitement médical a été proposé. De la même façon, les antécédents familiaux d'ulcère participent à une représentation négative de la pathologie veineuse et à ce titre de la symptomatologie fonctionnelle.

Pour les patients, il existe une intrication très forte entre symptomatologie fonctionnelle veineuse et varices.

Antécédent familial	Contenu du discours du sujet
Insuffisance veineuse fonctionnelle **(n= 3)**	Absence de sensation de gravité (n=5) *« Bien sûr ce n'est pas grave, ma mère était comme moi, mais c'est quand même très désagréable… »* (individu 8) Inquiétude de présenter une pathologie similaire (n=1) *« Je sais qu'en soit ce n'est pas grand chose mais je me demande quand même pourquoi cette sensation est si désagréable, il doit bien y avoir quelque chose tout de même… »* (6)
Varicosités et télangiectasies **(n=2)**	Absence de sensation de gravité (n=5) *« Cela me gêne même si j'ai conscience que je ne vais pas faire un truc grave à cause de ça…je le sais ma mère était pareille »* (12) Prédominance du registre esthétique (n=2) *« Je me souviens des jambes de ma grand-mère…Cela fait vieux, ce n'est vraiment pas joli et puis ça s'arrange pas avec l'âge… »* (24)
Varices **(n=9)**	Banalisation du fait de l'antécédent familial (n=6) *« De toute façon dans ma famille tout le monde en a (des varices) ! C'est pas très joli c'est sûr, mais ça n'empêche pas de vivre !! »* (20) Inquiétude de présenter une pathologie similaire (n=3) *« Quand j'étais petite j'ai des images de gros vers bleus sur les jambes d'une vieille tante qui vivait prés de chez nous, cela me faisait peur… »* (5)
Chirurgie des varices **(n=7)**	Banalisation du fait de l'antécédent familial (n=4) *« Ma sœur s'est faite opérer des varices, je sais que ce n'est pas très douloureux, quelques semaines après elles retravaillait… »* (17) Inquiétude de présenter une pathologie similaire (n=3) *« Ce qui me fait peur c'est la chirurgie, parce que là ça veut dire que c'est grave, c'est comme pour mon père, lui il a été obligé de se faire opérer… »* (16)
Ulcère **(n=4)**	Banalisation du fait de l'antécédent familial (n=0) Inquiétude de présenter une pathologie similaire (n=4) *« Je sais que quand on a des ulcères, après, on arrive pas à s'en débarrasser, c'est très long, cela avait été le cas pour ma grand mère, même si je sais qu'à l'époque on ne soignait pas comme maintenant… »* (22)

On retrouve la présence d'une confusion importante entre antécédents familiaux de maladie veineuse profonde ou superficielle : *« Mon père a récemment fait une phlébite, je sais que c'est grave et j'ai peur qu'il m'arrive la même chose, vu que je commence déjà à avoir des petites veines qui apparaissent …»* (individu 3).

Cette confusion est aussi entre antécédents familiaux veineux et artériels, qui participent à la génération des angoisses autour de l'entité « jambes lourdes » : *« Il y a beaucoup d'antécédents d'infarctus, chez mon père, chez un oncle, chez un cousin, et même quand ils n'étaient pas vieux,… je sais qu'on est fragile de la circulation dans la famille…Alors ces veines qui commencent à apparaître, j'ai peur d'être fragile moi aussi de ce côté là… »* (19).

La peur de présenter un problème de santé grave est décrite comme associée à cette gêne par 19 de nos patients.

La notion de handicap

Le terme de « handicap » est prononcé par 29 des patients interrogés, ce qui met en avant l'aspect ressenti comme invalidant de cette symptomatologie.

Différents pans du quotidien sont entravés :

Le sommeil : Les douleurs de fin de journée gênent l'endormissement de 10 de nos patients. Le sommeil est perturbé par les impatiences et il existe parfois une sensation très désagréable qui pousse au lever à certaines périodes plus denses en travail ou lorsque le temps est plus lourd, pour 8 de nos patients.

Les activités ménagères: Les tâches de la vie quotidienne sont entravées par la gêne pour l'ensemble des femmes interrogées. La cuisine, l'aspirateur, le repassage, la vaisselle, la couture sont décrits comme des situations de la vie quotidienne, difficiles à assumer.
21 des personnes interrogées disent avoir développé des stratégies d'évitement lorsque cela est possible ou des solutions palliatives, comme le fait d'alterner la position assise et debout pour certaines tâches, au lieu d'adopter une position statique. Lors de la station assise prolongée, on surélève les jambes.
Cela est décrit comme possible à la maison mais évidemment plus difficile à l'extérieur.
Cette dimension de la plainte, autour des tâches ménagères est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Ceux qui vivent en couple reconnaissent volontiers adopter des conduites d'évitement des tâches ménagères au motif de cette gêne, attitude que nous ne retrouvons pas chez les femmes interrogées.
Le fait de faire les courses est entravé pour 16 patients, le fait d'accompagner quelqu'un pour faire les courses aussi, ce qui est revendiqué comme ayant des implications pratiques uniquement chez les femmes interrogées et tout particulièrement chez les patientes âgées, les hommes décrivant, là encore, volontiers des conduites d'évitement.
Le jardinage a été décrit comme une situation à risque par 7 de nos patients.
Des modifications des comportements en fin de journée du fait de la douleur sont décrites, avec une irritabilité accrue chez plus de 2/3 des personnes interrogées.

Le quotidien : L'habillement est modifié, avec l'impossibilité pour une de nos patientes de supporter quoique ce soit au contact de la peau car cela déclenche les crises dysesthésiques, particulièrement l'été. Les vêtements serrés à la taille sont décrits par 8 patientes comme déclenchant des douleurs. 12 de nos patients ont du mal à tolérer le chaussage aux saisons chaudes.

Les loisirs : Les activités de loisir sont décrites comme modifiées par 17 de nos patients avec une diminution des sorties en famille ou entre amis du fait de la sensation désagréable qui parasitera ce moment. Aux vues de nos résultats, cela semblerait s'accentuer avec l'âge. Cependant aucune donnée chiffrée ne nous permet de valider cette impression. L'impossibilité après une journée de travail de rester assis sans bouger limite les occasions de rencontres sociales. 16 de nos patients disent ne plus assister à des spectacles longs du fait de la gêne, 12 ne vont plus au cinéma, 22 verbalisent qu'ils se sentent limités dans leurs sorties, ceci semblant tout particulièrement vrai chez les patients interrogés qui avancent en âge, même si là encore il ne s'agit que d'une tendance.

Les trajets : Les longs trajets sont gênés, que ce soit en avion avec la présence d'une sensation bien particulière ou avec les autres transports en commun comme le bus et le train. En voiture, cela est décrit par 16 patientes, comme une source de conflit avec le conducteur. Malgré le fait de surélever les jambes en les mettant sur le tableau de bord, cette gêne devient souvent douloureuse lors de longs trajets.

Au travail : La nécessité de mouvement entrave la concentration et oblige à une déambulation décrite comme une source de déconcentration pour 19 de nos patients. Cela représente une gêne majeure, décrite comme étant mal tolérée par les patients et décrite comme mal comprise par les collègues de travail. Les réunions sont gênées par cette douleur et l'ensemble des actifs disent se sentir moins efficaces, car parasités par cette douleur source de déconcentration. Cette plainte a amené 2 des patientes interrogées à demander un changement de poste de travail. 3 autres patients, possédant au départ une formation pour les métiers de la restauration, ont été amenés à changer de profession à cause de ce problème.
La douleur amène les sujets interrogés à trouver des solutions palliatives, qui sont plus ou moins bien vécues en fonction de leur efficacité.

L'activité quotidienne semble cependant rendre la symptomatologie supportable et c'est à son arrêt que le patient ressent le plus ses symptômes, ceci étant tout particulièrement retrouvé chez les actifs.

Les solutions au quotidien

La perte de poids et les changements d'habitudes et d'hygiène de vie sont des éléments verbalisés comme déterminants dans l'amélioration des symptômes.
La pratique d'une activité physique d'endurance régulière amende les signes cliniques.
L'auto-massage des jambes apporte un soulagement, ainsi que la surélévation des pieds du lit.
Les jets d'eau froide sont cités ainsi que l'application de produits, tel la crème Rapp ou encore la jouvence de l'Abbé Souris, ou encore l'utilisation de bains d'eau salée.
L'ensemble des patients interrogés rapporte des « trucs » élaborés soit du fait de leurs lectures (notamment les magazines grand public), soit suite à des discussions avec d'autres personnes se plaignant des mêmes symptômes, qui leur permettent de trouver un soulagement plus ou moins important en fonction de l'intensité de leur gêne et des pics saisonniers. En cela, les patients rapportant des antécédents familiaux de maladie veineuse chronique ont un discours plus élaboré.
Les cures thermales sont citées comme un des moyens de traitement reconnu par les 2/3 des patients interrogés comme efficaces, même si ils ne les ont pas expérimenté directement.
La contention, lorsque celle-ci est bien tolérée et cela n'est le cas que pour 9 de nos patients, est décrite comme une source de grand soulagement. Les bas sont cependant décrits comme difficiles à supporter parce qu'ils tiennent chaud. Parallèlement, un des signes fréquemment décrit est une sensation dysesthésique qui rend tout contact avec la peau douloureux et rend de ce fait le port de la contention particulièrement difficile. De plus, la bande en latex du bas est souvent mal tolérée avec apparition d'une réaction cutanée inflammatoire.
15 patients considèrent la chirurgie comme une alternative à la contention veineuse.

Les attentes des patients

Le rêve d'une solution radicale est exprimé par tous les patients, avec la possibilité d'un traitement restaurateur d'un bon retour veineux.
La mise en place d'un programme d'éducation pour les veines à l'instar de ce qui se fait déjà pour les problèmes de lombalgie chronique est proposée par plus de la moitié des personnes interrogées (19 patients). L'une des justifications est de permettre au patient de s'impliquer, avec la diffusion d'une information qui serait alors agréée par les médecins autour de solutions qui existent pour soulager les symptômes. L'ouverture du dialogue autour des

solutions d'hygiène de vie est un nouvel axe de la relation médecin-malade qui est plébiscité par tous les patients interrogés.

La possibilité de faire de l'éducation à la santé et de proposer aux personnes à risque la mise en place de mesures préventives comme le port de la contention dans certaines situations pour protéger son capital veineux est verbalisé.

Une meilleure accessibilité financière des traitements et notamment de la contention est demandée par les patients ayant de petits moyens et notamment les patients retraités.

Autour de la contention, le manque d'information disponible et le fait que les premières prescriptions aient donné lieu à un matériel inadapté représente, ou a représenté à un moment, un frein dans l'utilisation de ce matériel chez 23 des patients interrogés du fait de:

- bas trop longs (6, 7, 17, 19)
- ou trop courts (2, 10, 24),
- mesures mal prises amenant à la délivrance de chaussettes faisant garrot (1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 26, 30, 31),
- bandes autofixante avec dentelle pour des patients de sexe masculin (8).

Patients consultant dans un contexte chirurgical :

Typologie des 8 patients interrogés

	Employés	Cadres	Autres
34-45 ans	Femme célibataire (6)	Homme célibataire (7)	Homme célibataire (4)
45-55 ans		Femme union libre (3)	Homme marié (8)
55-65 ans	Homme marié (1) Homme marié (5)	Femme célibataire (2)	

Légende :
Le chiffre (de 1 à 8) représente le numéro attribué à l'individu.
Par exemple : l'individu 6, femme de 35 ans, célibataire, employée se retrouve dans la case « employés, 34-45 ans ».

Structure du guide d'entretien semi-directif

Elle est relativement superposable à celle du groupe précédent, cependant les questions, du fait des spécificités de la prise en charge chirurgicale, ont été abordées un peu différemment.

Phases	Contenu
Introduction	De la même façon que pour les patients consultant dans un contexte médical, il s'est agi de présenter la structure et le travail de recherche, en précisant bien le sujet, à savoir une approche symptôme, en le dissociant de l'aspect varices
Généralités	Sans introduire de sens, on cherche à aborder ici les thèmes à la périphérie du sujet. Si le sujet rebondit sur un des sujets d'investigation, l'animateur doit rebondir dessus et centrer la discussion sur ces thèmes.
Symptomatologie ressentie	Exploration de l'attitude générale face à la perception du ressenti « insuffisance fonctionnelle veineuse ». Il s'est agi aussi ici de dissocier symptomatologie fonctionnelle de, par exemple, phlébalgie ou gêne esthétique.
Identification des éléments amenant à considérer cette symptomatologie comme pathologie	Cette partie est, dans ce groupe, beaucoup moins importante du fait du contexte qui amène de fait les patients à se sentir malade. Il s'est plus agi de s'intéresser à la démarche qui a amené à la décision par le patient, d'une prise en charge chirurgicale.
Identification et utilité des solutions proposées et envisageables	Toujours en restant très centré ici sur l'issue chirurgicale, il s'est agi de comprendre la démarche du patient dans son accès à la chirurgie et les enjeux sous-tendus par ce choix d'attitude.
Reconnaissance des limites et proposition d'évolution de la situation actuelle	Cette partie est peu abordée du fait du contexte, mais il s'agit tout de même d'amener le sujet à imaginer en termes de relation ou en termes de perspective thérapeutique des solutions « idéales » dans un univers sans limite

Les thèmes apparus lors de l'analyse du discours

De la même façon que dans le groupe précédent, nous avons procédé à une lecture flottante de la retranscription des entretiens. Les thèmes, qui émergent de l'analyse thématique de contenu du discours des répondants lors des différents entretiens, peuvent être regroupés comme suit:

- Les symptômes,
- La notion de handicap,
- Le parcours et le ressenti,
- Les attentes des patients.

Probablement du fait de la petite taille de ce groupe, nous avons obtenu des contenus assez homogènes dans le discours. Les idées émergentes l'étaient de manière quasi unanime, mais nous avons précisé lorsque cela n'a pas été le cas.

Les symptômes

Les circonstances d'apparition des symptômes : L'âge de début dans notre groupe d'étude est décrit comme se situant aux alentours de 20 ans, avec une aggravation non linéaire avec l'âge puisque des caps sont décrits, notamment pour les femmes au moment des grossesses et autour de la ménopause.

Au cours de la journée, cette symptomatologie s'amplifie avec une intensité décrite comme importante en fin d'après-midi. Cette gêne n'est pas constante au fil des jours, mais semble évoluer par période. La période hivernale est le moment du minimum de symptômes, mais la totalité des patients interrogés déclarent continuer à être gênés. Ainsi, c'est la permanence des symptômes au cours de l'année, décrit par tous les patients interrogés qui semble être un des éléments spécifiques de ce groupe.

Les symptômes sont présents au moment de l'endormissement et peuvent être source de réveils nocturnes avec nécessité de se soustraire du contact des draps chez 5 de nos patients. Ceci est considéré par 4 patients comme une cause de fatigue importante.

L'occupation semble moins permettre de faire abstraction de cette gêne puisque tous se disent symptomatiques dans la journée, même s'il existe une résurgence de la symptomatologie en fin de journée pour tous nos patients, après le travail chez les actifs interrogés.

L'interférence existant entre les symptômes et la vie quotidienne est considérée comme importante par l'ensemble des personnes interrogées et ceci est vécu comme inacceptable.

La plainte : Dans ce groupe, la plainte se situe davantage dans le registre de la douleur.

Les patients en milieu chirurgical : une réelle douleur veineuse
« Cela me fait vraiment mal,… en fin de journée je n'en peut vraiment plus » (individu 2),
« J'ai déjà eu d'autres problèmes de santé et je ne crois pas être douillette, mais là vraiment cela me fait mal,… c'est entêtant, je n'arrive pas à penser à autre chose » (individu 3).
«C'est plus qu'un inconfort,… au début cela était moins fort, maintenant quant j'ai mal le soir…Cela me fait vraiment mal » (individu 4).
« On voit que les gens qui prennent les décisions n'ont jamais ressenti cette douleur…J'ai l'impression que mes jambes vont exploser,…ce n'est pas être juste un peu gênée car sinon je ne me ferait pas opérer » (individu 5).
«Bien sûr la chirurgie ce n'est pas agréable mais la dernière fois cela avait bien amélioré les douleurs,…Je ne me ferais pas opérer si je n'avait pas vraiment mal… » (individu 6).

Extraits du discours sur le thème de la symptomatologie ressentie

La sensation de jambe lourde est citée, de même que l'impression de courbature et d'élancement. Cette gêne est décrite comme spécifique et reconnaissable même si difficile à décrire. Les sensations sont dominées par les tiraillements et le prurit. Cette symptomatologie

est dite pulsatile. Les sensations de chaleur et de pesanteur amènent à ne supporter aucun contact sur les jambes. Tout effleurement est dit « douloureux ».
L'impression de veines qui gonflent est décrite.
La présence de crampes, à recrudescence vespérale et nocturne, existe aussi dans ce groupe, mais ce sont les phlébalgies et les douleurs plus diffuses, correspondant à la symptomatologie que nous proposons d'étudier, qui dominent très largement le tableau clinique chez toutes les personnes interrogées.

Le handicap

Les items systématiquement présents dans tous les entretiens sont ceux qui ont trait au sommeil et au travail.
Le sommeil : La douleur interfère avec le sommeil du patient, au moment de l'endormissement ou en le réveillant la nuit, ceci étant tout particulièrement décrit par 2 de nos patientes. Cela n'est cependant pas vrai tout au long de l'année, mais est décrit pour les intersaisons et pour les saisons chaudes.
La vie sociale : La symptomatologie freine les activités sociales, comme les repas, le soir entre amis, ou la présence à des spectacles. De même elle est décrite comme représentant un frein trans-générationnel ; certaines patientes disent être gênées dans le partage d'activités avec les plus jeunes du fait de cet inconfort.
Le travail : Cela conditionne le choix du type d'activité professionnelle. Les postes de travail de nuit ont été abandonnés par 2 de nos patientes parce que décrits comme particulièrement générateurs de douleur. Une seule patiente a entamé une reconversion professionnelle après sa première chirurgie des varices, alors qu'elle travaillait dans la restauration.
Cette gêne oblige tous nos patients à un temps de repos allongé ou assis, en fin de journée. Pour nos actifs, une pause est réalisée au moment du retour à la maison. Ceci est vécu comme un handicap par l'ensemble des personnes interrogées, et ceci de manière plus vive chez les femmes.

Le parcours et le ressenti

Dans cette population, la notion de subjectivité est une dimension importante.
L'histoire familiale : On retrouve ici une dichotomie importante entre les patients qui ont une histoire familiale d'insuffisance veineuse et les autres, ceux qui n'ont pas ou qui ne savent pas leur histoire familiale.

Ainsi, les patients qui ne s'inscrivent pas dans une histoire familiale d'insuffisance veineuse décrivent les difficultés qu'ils ont pu avoir, dans l'élaboration de la démarche qui les a amené à venir consulter sur ce motif, avec des mots plus inscrits dans le registre d'un inconfort plus général, parallèlement à une plus grande recherche de rationalisation de leur gêne.
De même, l'histoire familiale conditionne le vécu de la chirurgie, avec une sensation de gravité, ou au contraire une banalisation, en fonction des images fortes qui restent en tête du patient. Bien sûr, la façon dont s'est passée cette chirurgie dans la famille, au sens de famille élargie, entre en ligne de compte. Il est intéressant de noter que cet élément est retrouvé dans tous les entretiens, et que comme cela pouvait être attendu de par le biais de sélection des patients, la chirurgie est vécue sereinement par l'ensemble des patients interrogés.

Une impression forte de vieillissement : une indéniable impression de vieillissement est associée à la sensation de jambe lourde, et plus spécifiquement ici autour de la nécessaire prise en charge chirurgicale de ce problème veineux. Ceci est vrai pour toutes les personnes interrogées dans ce groupe. Le problème esthétique est abordé par certaines de nos patientes, qui semblent cependant bien le dissocier de la gêne douloureuse ressentie.

Une certaine anxiété : Un vocabulaire dans le registre de la peur est systématiquement utilisé par nos patients pour décrire la symptomatologie fonctionnelle. Ce sentiment est sous tendu par une sensation de manque d'information et une certaine irritabilité qui est décrite comme directement engendrée par la douleur.
Une impression d'incurabilité voire un certain fatalisme s'exprime à travers nos entretiens autour de cette plainte. A cela s'ajoute l'impression de parler d'un problème secondaire, un certain « mal des femmes » pour reprendre l'expression d'une patiente, alors qu'il existe une peur vraie de développer un problème de santé grave. Le malade ainsi que son entourage s'adapte à un problème, qui parait à plusieurs égards, insoluble.
L'ensemble des patients interrogés verbalise être dans la recherche d'une « solution radicale » avec la chirurgie du fait de l'intensité de leur gêne.

Les patients en milieu chirurgical : une attente paradoxale
« J'ai conscience qu'il n'y a pas de solution miracle… J'espère qu'après la chirurgie je ne ressentirai plus ces lourdeurs insupportables de fin de journée » (individu 1), *« La chirurgie ça ne fera qu'enlever les varices…Elles sont grosses et j'ai peur de faire comme mon père (une paraphlébite)…Mon père n'avait plus mal aux jambes après… Je sais bien que les jambes lourdes ça vient aussi du fait que je ne fais plus de sport… »* (individu 3). *«On m'a déjà enlevé les varices…J'avais les jambes un peu moins lourdes après la chirurgie… de toute façon cela revient, la douleur surtout…Je me refais opérer, j'espère que ça va améliorer mes symptômes…»* (individu 4).

Extraits du discours sur le thème des attentes autour du traitement chirurgical

On note ici l'aspect paradoxal du discours, qui signifie à la fois la conscience que la chirurgie n'est pas la solution radicale à la sensation de jambe lourde et en même temps l'espoir que ce geste va pouvoir modifier complètement leur ressenti en ce qui concerne cette gêne.

Les propositions

L'attente d'un traitement radical, médical ou chirurgical est l'élément qui revient à toutes les entrevues. La possibilité d'une solution définitive est attendue par les patients, d'où aussi le recours à une solution chirurgicale.

En dehors de ces espoirs, d'autres attentes ont été verbalisées, notamment autour des moyens utilisables pour que les symptômes ne reviennent pas. Une proposition thérapeutique n'impliquant pas le contact d'une matière contre la peau est espérée, car ce contact est décrit comme pénible par l'ensemble des patients interrogés dans ce groupe.

La création d'un espace de dialogue et d'échange autour de cette pathologie, que ce soit avec les professionnels de santé, mais aussi entre les patients, est attendue, afin de pouvoir échanger et améliorer le vécu de cette gêne. L'impact psychologique de la douleur veineuse est décrite par tous les patients du groupe comme importante.

Des campagnes d'information autour de la contention et des progrès qu'elle a fait en matière de confort et d'esthétique, est un élément décrit par 3 de nos patients comme important pour mieux promotionner ce traitement dont ils ont malgré tout conscience de l'importance en post chirurgical.

Des problèmes sociétaux plus larges sont abordés par 2 de nos patientes autour de l'organisation de la vie en général, et de l'accumulation de ses contraintes en particulier, avec une impression grand public d'augmentation des cas atteints du fait de « la vie moderne ».

Les insuffisants veineux de médecine du travail

Typologie des 9 patients interrogés en entretien de groupe

Ce groupe de patient a été interrogé, comme nous l'avons vu précédemment sous la forme d'entretiens participatifs.

	Employés	Infirmières
25-35 ans	Homme célibataire (6) Homme marié (5)	Femme mariée (3)
35-45 ans	Femme mariée (1)	Femme mariée (8) Femme mariée (9)
45- 55 ans		Femme mariée(4) Femme mariée (7)

Légende :
Le chiffre (de 1 à 8) représente le numéro attribué à l'individu.
Par exemple : l'individu 6, homme de 27 ans, célibataire, employée se retrouve dans la case « employés, 24-35 ans ».

Structure du guide d'entretien

Dans cette population de patients actifs, les entretiens ont été réalisés sous la forme d'entretiens participatifs. De ce fait, la structure du guide d'entretien a été un peu différente afin de centrer davantage le discours autour des items du travail et de la vie quotidienne, et en quoi dans ils peuvent être perturbés par la symptomatologie fonctionnelle veineuse. La trame principale de la structure des entretiens a cependant été conservée.

Phases	Contenu
Introduction	Consiste à remercier les participants de leur présence, indique le thème général de la réunion, explique les modalités de recueil des informations et permet de donner les consignes du fonctionnement à respecter pour un bon déroulement de l'entretien de groupe.
Généralités	Le groupe d'animation amène le groupe à aborder les thèmes à la périphérie du sujet, afin de poser la démarche du travail de recherche.
Le ressenti / Les symptômes	Exploration du vécu de la symptomatologie, ce qu'elle signifie concrètement, comment elle est vécue. Où, quand et comment les symptômes se développent ?
Le parcours de soin	Quelle a été la réalité du parcours de soin autour de la plainte veineuse ? Chacun raconte un à un son expérience.
Les difficultés identifiées	Quelles sont les difficultés concrètes vécues en terme de relation médecin patient et en terme de parcours de soin et de solutions thérapeutiques autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse ?
Les solutions	Les participants proposent des solutions dans un *cadre projectif*. Il s'agit ici d'imaginer un pays idéal où tout est possible et où aucune limite concrète n'est limitante. Dans ce pays idéal, qu'est ce qui génère la confiance et comment est imaginée la relation de soin autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse ?

Structure générale du guide d'entretien

Les principaux items identifiés :

Les thèmes qui ressortent de l'analyse thématique de contenu du discours des répondants lors des différents entretiens peuvent être regroupés comme suit:

- Les symptômes
- Le handicap au travail
- Les attentes

Du fait de l'organisation participative des entretiens, c'est une opinion construite par le groupe qui est révélée, même si quelques opinions isolées émergent parfois comme nous allons le constater.

Les symptômes

Circonstances d'apparition : Comme pour les autres groupes, la notion de station debout ou assise prolongée et le piétinement, sont retrouvés comme des situations déclenchantes majeures de la gêne veineuse. Dans ce contexte, l'activité professionnelle est considérée comme un élément déclenchant majeur de cette symptomatologie.

Le port de vêtements serrés et le type de chaussage sont reconnus comme des éléments importants dans l'apparition des symptômes par l'ensemble des patients interrogés.

Pour l'ensemble de notre population féminine, les bouleversements hormonaux tels que l'adolescence, les grossesses et la péri ménopause sont décrits comme des éléments clés de l'histoire de la maladie.

Les atmosphères surchauffées et le chauffage par le sol sont eux aussi reconnus comme des éléments déclenchants importants. Pour les infirmières les services de réanimation et de grands brûlés sont perçus comme étant les services les plus difficiles. Le travail de nuit est impliqué dans l'apparition des symptômes. Pour 2 de nos patients, cette gêne a abouti à une demande de changement de poste de travail.

L'intrication de la gêne avec le travail est verbalisée. Les symptômes sont décrits comme irréguliers au début, survenant essentiellement le soir ou dans des périodes de surcroît de travail. Initialement, ils cèdent à l'arrêt du travail sur de courtes périodes comme les week-end. Puis, au fil de l'évolution, ils tendent à devenir de plus en plus fréquentes. Les périodes de vacances finissent par être insuffisantes pour entraîner la disparition complète de la douleur. De la même façon la composante saisonnière de l'apparition de la douleur disparaît pour devenir une gêne plus ou moins permanente avec des pics saisonniers.

Sur le lieu de travail, le chauffage au sol est reconnu comme un facteur aggravant, ayant même obligé une de nos interrogés à changer de service. De même, la position debout à piétiner est reconnue comme déclenchant la gêne.

Cette symptomatologie interfère avec les activités de loisir après le travail, puis avec les activités domestiques après le travail, puis au travail.

Cette progression en terme d'envahissement de la vie quotidienne par les symptômes est décrite par les patients comme une progression en terme de gravité de la pathologie veineuse.

Un envahissement progressif du quotidien décrit comme une sensation de gravité
« Avant je pouvais encore faire des choses en rentrant à la maison…Maintenant cela (les symptômes veineux) m'empêche de faire ce que je dois faire en rentrant, …Je me sens envahie par les symptômes dans mon quotidien... J'ai l'impression que cela progresse » (individu 2),
« C'est le travail qui déclenche… Avant il suffisait d'une petite pause à la maison jambes surélevées pour faire passer la douleur…Au fur et à mesure du temps, cela ne suffit plus, …actuellement cela ne cède qu'après une bonne nuit de sommeil » (individu 6).
«Je ne sais pas trop comment décrire cette douleur,…Après les grosses journées de travail, j'en peux plus…Je n'ai plus envie de faire quoique ce soit…J'ai besoin de rester un peu tranquille avant de m'y remettre…, cela s'aggrave avec le temps » (individu 7).
«Dans la journée cela va bien mais ça (les symptômes veineux) commence vraiment à me faire mal en fin de journée à la maison…C'est un peu comme si le travail envahissait ma maison... » (individu 8)

Extraits du discours des patients de médecine du travail

Description des symptômes : Les sous groupes sémantiques qui ressortent des entretiens tournent autour de 3 aspects principaux de la plainte : La douleur, les dysesthésies et l'œdème. Cela est un peu plus élaboré que pour les autres typologies de personnes interrogées, peut être aussi du fait de l'origine professionnelle des personnes interrogées. La douleur est décrite comme une sensation de chaleur intense voire de brûlure, une sensation de picotement, une tension. La lourdeur est un signe unanimement décrit. La notion d'impatiences ressort chez 5 patients avec un besoin impérieux de se mobiliser. L'œdème décrit sous la forme d'une impression de « gonflement » est parfois objectivé, notamment par la marque laissée sur la jambe par le rebord de la chaussette. Cette sensation n'est cependant pas toujours mise en évidence par la présence d'un œdème vrai. Le vocabulaire employé pour décrire ces symptômes est davantage emprunté au registre de la gêne plus que dans celui de la douleur. C'est plutôt la notion du handicap induit par ces sensations lancinantes qui est verbalisée comme le véritable élément limitatif au quotidien.

	Douleur	Dysesthésie	Autre
Cela fait mal	4 occurrences	2 occurrences	0
Sensation lancinante	2 occurrences	1 occurrence	0
Lourdeur	2 occurrences	0	0
Sensation de gonflement	6 occurrences	2 occurrences	0
Oedème	3 occurrences	5 occurrences	1 occurrence
Chaleur	1 occurrence	2 occurrences	3 occurrences
Total	**18**	**12**	**4**

Analyse lexicale du champ sémantique de la symptomatologie

La préoccupation esthétique est aussi verbalisée avec la sensation de ne pas avoir de jolies jambes surtout chez les femmes. Cependant, comme pour les autres typologies de patients interrogés, cette préoccupation est parfaitement séparée de la plainte fonctionnelle douloureuse.

Le vécu au travail

La notion de « maladie de métier » a été avancée et semble engendrer une certaine résignation des personnes interrogées face à leur plainte.

La composante professionnelle est décrite à l'unanimité par les personnes interrogées, avec pour la très large majorité d'entre elles un amendement de la symptomatologie lors des périodes de repos (week-end ou vacances). Cela est vécu comme une contrainte sociétale professionnelle. L'absence d'implication des médecins du travail autour de ce problème est perçue négativement par l'ensemble des sujets interrogés. Ils se sentent abandonnés face à leurs symptômes alors même que c'est le travail, et donc ce qui est vécu comme un service rendu à la société, qui est la cause de ces douleurs. Cette opinion est l'opinion largement consensuelle recueillie au sein de notre population d'actifs interrogés. Aucune opinion véritablement dissidente n'est apparue au cours des groupes de discussion.

Les difficultés rencontrées autour de l'endormissement sont décrites comme fréquentes pour 4 des personnes de notre groupe. Celles-ci sont exposées comme ayant des répercussions importantes dans la journée avec une fatigabilité accrue pendant le temps de travail et des difficultés pour se concentrer. La fatigue est ainsi verbalisée comme une conséquence directe de la symptomatologie fonctionnelle veineuse.

Les attentes

Les premières attentes en matière de prise en charge sont celles ayant trait à l'endormissement, avec possibilité de trouver un traitement radical à prendre le soir et qui ferait disparaître les douleurs. Ceci est verbalisé aussi par les patients n'ayant pas forcément évoqué initialement des problèmes d'endormissement.

Les solutions à trouver au travail arrivent en second avec des traitements permettant de limiter les sources de déconcentration. 3 des personnes interrogées prononcent à nouveau ici le mot « handicap ». La médecine du travail est attendue comme ayant une place fondamentale en termes d'éducation à la santé. La possibilité d'avoir accès à de la contention sur les postes

reconnus comme à risque, un peu à la manière des chaussures de sécurité, est verbalisée par l'ensemble des sujets.

Parallèlement ce groupe de patients insiste particulièrement sur la nécessité d'une information grand public, proposée par des autorités compétentes et non pas par l'industrie pharmaceutique. Ainsi une campagne de sensibilisation, autour de la maladie veineuse chronique, ses symptômes, et surtout les moyens de la prévenir et de la traiter au quotidien, parait attendue. Il est intéressant de rappeler que nos actifs sont ici issus du milieu paramédical, d'où un niveau d'élaboration élevé de leur discours et la proposition de solutions très structurées.

Une meilleure articulation des différents acteurs du système de santé est verbalisée comme nécessaire, avec, comme nous l'évoquions précédemment, une sensibilisation des médecins du travail sur la nécessité du port de la contention sur certains postes mais aussi une meilleure sensibilisation des praticiens généralistes face à ce problème et une meilleure articulation entre les praticiens, mais aussi entre médecins et pharmaciens. Notre groupe en souligne la place importante et en bout de chaîne. L'importance de la qualité de sa prestation, notamment en matière de contention, et les informations qu'il apporte autour de sa propre vision du problème sont des éléments soulignés comme fondamentaux au titre de la proximité qu'ont ces acteurs du système, de la population générale.

Un discours articulé autour du mode de vie est, d'après les personnes interrogées, recevable et même attendu, mais cela ne serait pas assez répandu. Cela est souligné comme étant paradoxal, eu égard à la place décrite comme fondamentale du mode de vie dans l'apparition des symptômes. De même, une plus grande cohérence entre les différents messages délivrés est attendue. Les sujets interrogés prennent ici l'exemple des veinotoniques, avec la forte incohérence ressentie entre leur soit disant inefficacité, leur prescription par des praticiens en lesquels ils ont confiance et encore pour l'instant leur remboursement.
L'approche qu'ont les médias de ce sujet est décrite comme une source de confusion. Ils sont mis en avant par le groupe comme abordant souvent le problème des signes subjectifs de l'insuffisance veineuse, en entretenant la confusion entre les symptômes et les varices. Le coût des traitements est aussi abordé avec en premier lieu la part, parfois importante, laissée à la charge des patients en matière de contention. Ceci est perçu comme d'autant plus paradoxale que c'est ce traitement qui est souligné comme « la » solution efficace.

Des sujets en attente d'une plus grande cohérence entre les messages délivrés
« Souvent on entend que c'est le mode de vie qui compte pour améliorer les symptômes, mais cela veut dire quoi ?.... Entre ce que l'on entend et ce que l'on peut lire, on est parfois un peu perdus… » (individu 1)
« Par rapport aux symptômes, on peut trouver des solutions ailleurs que dans les pharmacies (le sujet fait ici allusion aux magasins bio), c'est probablement difficile pour les médecins et les pharmaciens de s'occuper de symptômes, quand ils ne sont pas bien reconnus par la médecine » (individu 4).
« Souvent l'été il y a des articles dans les magasines…Mois je n'aime pas ces articles parce qu'on a l'impression soit que c'est grave et que ça risque de faire un ulcère et qu'il faut vite consulter, soit on a l'impression que c'est pas une vrai gêne mais juste une petit truc à prendre en charge comme les cheveux gras ou les kilos en trop… et moi ce que je sais c'est que j'ai mal » (individu 7).
« Il faudrait savoir : si les comprimés ne marchent pas, on les rembourse plus,… si c'est la contention qui est le vrai traitement et alors pourquoi c'est si mal remboursé » (individu 9)

Les non insuffisants veineux

Typologie des patients interrogés

Cette typologie de patients a été interrogée sous la forme d'entretiens semi-directifs.

Cette typologie se compose de sujets de médecine du travail et de témoins de la consultation qui ont donc été interrogés de manière individuelle. Ils ne se plaignaient d'aucune symptomatologie fonctionnelle invalidante à l'entretien préliminaire et ne devait jamais avoir consulté pour un problème veineux des membres inférieurs, quel qu'il soit.

Au total 16 personnes ont été interrogées.

Les réponses ayant été assez cohérentes entre les différentes typologies de sujet nous n'avons pas différencié les résultats dans leur présentation.

	Employés	Paramédicaux	Autre
25-40 ans	Femme célibataire (6)	Femme célibataire (2) Femme mariée (11) Femme célibataire (7) Homme célibataire (4) Homme célibataire (8)	/
40-60 ans	Femme divorcée (15)	Femme union libre (3) Femme mariée (12) Femme mariée (13)	/
60 -78 ans	/	/	Femme veuve (9) Femme mariée (14) Femme mariée (16) Homme marié (1) Homme marié (5) Homme marié (10)

Rappel de la répartition des sujets interrogés

Une structuration plus large du guide d'entretien

Au cours de ces entretiens nous avons été très vigilants dans la construction du guide à tâcher de ne pas induire de réponse, notamment en termes de symptômes. Pour cela nous nous sommes efforcés d'être à la fois plus précis dans la formulation des questions mais aussi plus larges dans le choix des thématiques.

Phases	Contenu
Introduction	Consiste à remercier le participant, indique le thème général de la discussion, explique les modalités de recueil des informations, le but du travail et l'intérêt d'interroger des patients qui ne se plaignent a priori pas.
Généralités	Il s'agit ici d'amener l'interrogé à aborder des thèmes à la périphérie du sujet, afin de poser la démarche et d'obtenir des premiers éléments de réponse de manière non directive
Les symptômes	Exploration du vécu au quotidien d'un certain nombre de situations considérées comme à risque par le groupe patient,
Le ressenti	Quel est le ressenti du sujet autour de la plainte veineuse, par rapport à son ressenti propre et à l'idée qu'il peut se faire de l'entité « symptomatologie fonctionnelle veineuse »
Leur éventuelle perception de la symptomatologie fonctionnelle veineuse	Quelle peut être l'expérience du participant face à la plainte fonctionnelle d'une proche, d'une collègue ? Quelle est sa perception de la situation à travers ce qui est exposé dans les médias ?

Des sujets se définissant comme non malades

Cette population témoin est constituée de personnes ayant déclaré au moment de l'entretien préliminaire ne souffrir d'aucune gêne dont les caractéristiques auraient pu faire suspecter une origine veineuse.

Malgré cela, l'entretien révèle en fait après un interrogatoire minutieux, la présence de signes fonctionnels assez similaires à ceux décrits par le groupe patient. Cependant leur retentissement diffère.

Les symptômes : Les symptômes décrits présentent des caractéristiques assez similaires. La notion de jambes « qui gonflent » ainsi que des sensations de lourdeur et de tiraillement au niveau des jambes sont décrites. La notion de crampes est aussi verbalisée. La fréquence de la

plainte se situe aux alentours de 4 fois par an et est qualifiée de rare par les personnes interrogées.

La faible intensité de la gêne est un élément qui la rend aisément supportable et elle est décrite comme n'interférant pas avec le quotidien. Les mots utilisés pour la décrire sont essentiellement inscrits dans le registre d'une sensation désagréable plutôt que dans celui d'une véritable gêne. De même la facilité avec laquelle cette symptomatologie cède (avec le repos pour la totalité des personnes interrogées, plus spécifiquement en position allongée jambes surélevées pour 7 des patients interrogés) participe à ce vécu et à cette impression de bénignité.

Un discours davantage banalisé
« Bien sûr que si je reste toute la journée debout à piétiner ça va un peu me tirer en fin de journée, mais ça c'est normal, c'est pareil pour tout le monde…» (individu 2)
« Si je passe la nuit en boîte, quand je rentre j'en ai plein les pattes…Je connais un peu les problèmes de veines parce que dans la famille il y en a qui ont des varices…Il suffit que je mette les jambes un peu en hauteur et puis ça passe vite….Moi je suis pas malade…» (individu 4).
« Non, je n'ai jamais les jambes lourdes…Oui c'est sûr si j'ai passé la journée à repasser, cela m'arrive parfois de ressentir un peu de lourdeurs…Tout le monde a les jambes lourdes après une dure journée !... » (individu 11).
«Parfois c'est sûr j'ai un peu les jambes qui tirent…J'ai quand même 67 ans, si je n'avais pas quelques douleurs ce ne serait pas normal !(rire) non je plaisante …Quand vraiment c'est un repas qui s'éternise, j'ai un peu de gêne dans les jambes c'est normal…De toute façon je n'aime pas beaucoup ça… » (individu 14)
« De toute façon ça passe très vite, avec un peu de repos…Si c'était une maladie ça partirait pas comme ça… » (individu 15)

<u>Les circonstances d'apparition :</u> La fréquence de ces signes est décrite comme rare, ce qui correspond d'après notre interrogatoire à des signes présents de 2 fois par an à 2 fois par mois, ce qui est très hétérogène. Il existe dans le discours des personnes interrogées un certain fatalisme autour de cette plainte, comme par exemple, une phrase qui revient à chaque entretien: « c'est normal d'avoir mal aux jambes…

- l'été (individus 1-2-9-10-11-12-15)
- après un très long moment debout (individus 3-4-5-13-14-16)
- après avoir dansé longtemps (individus 6-7-8) »

De même, le fait d'être gênée au moment de la grossesse est vécu comme l'un des maux qui accompagne cette période particulière et éphémère de la vie, et n'est pas décrit dans le registre de la pathologie.

Concernant la station assise ou debout prolongée, le temps de latence avant l'apparition des symptômes se situe aux alentours de 8 heures en allant de 4 à 10 heures. Ceci n'est la source de conduites d'évitement que chez 1 des personnes interrogées, l'amenant à éviter des

réunions qualifiées de « mondaine », mais ceci n'étant nullement vécu comme une source de frustration.

Dans l'ensemble le vocabulaire utilisé pour décrire la fréquence de cette symptomatologie se situe dans le registre du rare voire de l'exceptionnel.

	Rare	Exceptionnel
Lourdeurs	10 occurrences	6 occurrences
Impatiences	2 occurrences	1 occurrence
Tiraillement	3 occurrences	1 occurrence
Sensation de gonflement	6 occurrences	2 occurrences
Chaleur	3 occurrences	5 occurrences
Crampes nocturnes	1 occurrence	0
Total	**25**	**15**

Analyse du champ lexical utilisé et de sa fréquence chez les sujets témoins

L'histoire familiale : La présence de cas, ressentis par le patient comme étant peu graves, dans son entourage proche confère à la maladie veineuse un côté bénin. L'analyse du discours rapporte que le patient ne se sent pas « en danger » face à une problématique de cet ordre et qu'il semble la rationaliser parfaitement.

Dans ce sens, la chirurgie est verbalisée par 6 de nos patients comme un gage de gravité. Aucun des patients interrogés n'a d'antécédent familial de chirurgie des varices. La question n'a pas été posée pour les autres problèmes « vasculaires ». Deux des personnes interrogées verbalisent des antécédents familiaux de symptomatologie fonctionnelle veineuse, associé pour une d'entre elle à la présence de varicosités. Cela n'est pas décrit comme un antécédent de pathologie familiale, avec en justification le fait que cela n'ait débouché sur aucune sanction chirurgicale.

Une histoire familiale simple autour de la plainte veineuse
« Dans ma famille, nous ne sommes pas fragiles de ce côté là…» (individu 2) *« Ma mère a parfois les jambes lourdes en fin de journée, mais elle, c'est plus fort, ça lui fait mal et puis ça lui fait assez souvent… elle est plus âgée et puis surtout elle a eu 3 enfants…»* (individu 11). *«Je ne sais pas s'ils ont les jambes lourdes mais en tout cas il n'y a pas d'antécédent grave parce que personne ne s'est fait opéré… »* (individu 14). *«Ma grand mère, elle, elle avait des petits vaisseaux bleus, pas des grosses veines, mais des petits vaisseaux…C'était une autre époque, les gens ne faisaient pas attention à eux comme maintenant»* (individu 15)

L'ensemble des sujets interrogés ne souhaite pas se prononcer pas autour de la plainte fonctionnelle veineuse en général, argumentant qu'ils ne vivent pas personnellement la problématique mais qu'ils côtoient des personnes qui se plaignent.
Ils revendiquent ne pas être en position de pouvoir juger du ressenti de l'autre .

3-2-3 Analyse synthétique et comparée des résultats entre les différentes typologies de patients interrogés

Comme nous l'avons précisé dans la partie méthodologie, nous avons procédé à une analyse manuelle comparée, relue et validée par le groupe de pilotage, des différents résultats obtenus au sein des différentes populations étudiées, afin de pouvoir faire quelques comparaisons. Celles-ci restent dans le stricte cadre d'une l'analyse qualitative exploratoire.

Les principales notions dégagées

Les notions communes au sein des différents groupes

Les symptômes ressentis sont similaires au sein des différents groupes, y compris auprès des témoins. C'est ce qui est empêché par la plainte qui définit le statut de malade et la gravité perçue de la pathologie.

Chez les patients, il semble exister 2 grands types de syndrome.
Le premier s'articule essentiellement autour de la symptomatologie « lourdeurs » et évolue de manière croissante tout au long de la journée.
Le second est davantage marqué par les dysesthésies. Il pourrait s'apparenter dans sa physiopathologie, à une forme atténuée de syndrome des jambes sans repos, pour lequel les dysesthésies et paresthésies sont au premier plan, avec une recrudescence essentiellement vespérale et une plainte majeure au moment du coucher. La composante principale de ce syndrome est reconnue comme étant neurologique, mais une possible origine veineuse a déjà été décrite [41].
Dans notre échantillon, les symptômes semblent cependant déclenchés et aggravés par les mêmes circonstances et soulagés par des moyens similaires, ce qui ouvre la piste de manifestations différentes pour une même entité clinique.

[41] Calado PS. Le syndrome des jambes sans repos. Pharmactuel. 2001 ;34 :65-9.

La symptomatologie fonctionnelle veineuse, qui accompagne la grossesse, est vécue de manière différente de celle qui existe en dehors de la grossesse, et ce par l'ensemble des personnes interrogées au sein des différents groupes. Cela est alors décrit comme un des « nombreux » maux qui accompagne cette période éphémère de la vie et ne revêt pas véritablement de caractère pathologique (le vocabulaire se situe dans le registre de l'inconfort et non dans celui de la maladie).

Dans notre population de malades, il existe une confusion indéniable entre les différents types de pathologies vasculaires. Ceci, participe à une anxiété importante autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse.
Si la maladie veineuse profonde et la maladie veineuse superficielle sont amalgamées, il existe la même confusion avec les antécédents de maladies cardiaques et artériels, qu'ils soient périphériques avec des images fortes d'amputation ou encore centraux avec des inquiétudes dans le registre du handicap neurovasculaire.

Les patients s'inscrivent dans l'attente d'une solution radicale tout en manifestant la conscience d'une absence de thérapeutique définitive. Cette ambiguïté dans le discours semble un indicateur de frustration au sein des différents groupes interrogés.
La perception de la chirurgie est ambivalente. Celle-ci est manifestée, comme étant à la fois le gage d'une maladie veineuse plus grave mais aussi comme la seule possibilité de guérison complète de l'insuffisance veineuse, à la fois dans sa composante cliniquement visible mais aussi de ses symptômes. Cet investissement fort de la chirurgie se retrouve aussi bien au sein de la population des patients, que chez les témoins.

Les spécificités d'approche dans les différents groupes

<u>Les patients interrogés dans un contexte médical :</u>

Les symptômes sont décrits par les patients comme quelque chose d'important dans leur quotidien et leur discours est davantage situé dans le registre d'une attente de la reconnaissance de leur plainte par les professionnels de santé.

Il existe paradoxalement une plus grande méfiance au sein de ce groupe envers le discours médical et ils ont davantage tendance à s'informer par leurs propres moyens.

La contention veineuse est considérée comme un traitement efficace, mais sa tolérance est décrite comme très difficile. Il existe une confusion importante entre les différents moyens de traitement de ces symptômes, avec un investissement évident du médicament.

Les patients étaient, dans ce groupe, particulièrement ambivalents dans leur discours et plus revendicatifs que dans les autres groupes.

Les patients interrogés dans un contexte pré-chirurgical

Les patients recrutés en milieu chirurgical verbalisaient leur plainte de manière plus intense que dans les autres groupes avec un discours davantage emprunté au registre de la douleur.

Pour les patients en activité, le travail est systématiquement considéré comme altéré et ce de manière plus importante que dans les autres groupes.

L'histoire familiale y est différente avec des antécédents familiaux systématiques et avec des images verbalisées comme plus marquantes. Dans cette population, les antécédents familiaux étaient plutôt vécus comme un moteur plus que comme une angoisse supplémentaire autour de la chirurgie, probablement aussi du fait du biais de sélection des patients. L'amalgame constaté entre pathologie veineuse et pathologie cardio-vasculaire, notamment artérielle périphérique, et très représenté au sein de cette population.

Parallèlement, ce groupe de patients est davantage dans l'attente d'une solution radicale quant les patients recrutés en milieu médical semblent davantage tournés vers une approche rééducative.

Il semble exister dans ce groupe une intrication plus forte entre plainte fonctionnelle et esthétique, et ce de façon plus marquée chez les femmes interrogées.

Les patients de médecine du travail

L'interférence entre gêne veineuse et travail est vécue comme un handicap. Cette douleur est décrite comme un véritable frein aux capacités de concentration et cela est verbalisé par l'ensemble des personnes interrogées.

Il existe un fatalisme plus important dans ce groupe autour de la plainte, peut être aussi du fait de leur origine, pour l'essentiel, paramédicale.

Paradoxalement, ce groupe revendique tout particulièrement le manque d'information validée par les instances publiques et médicales autour de cette problématique. La place de la médecine du travail est en ce sens attendue comme centrale par l'ensemble des personnes interrogées.

Les non insuffisants veineux

Comme nous venons de le voir, les symptômes décrits sont assez superposables, mais:

- Ils sont définis comme « rares »,
- L'intensité de la gêne est décrite comme légère à modérée,
- Il n'existe aucune interférence avec le quotidien et surtout cela n'empêche jamais la réalisation de quelque activité que ce soit,
- Ils ne gênent jamais le sommeil ou l'endormissement,
- Ces symptômes sont systématiquement et facilement soulagés par des moyens simples.

Ainsi l'analyse de contenu des entretiens rapporte que l'élément discriminant de cette symptomatologie est ce qu'elle empêche de faire, plus que les signes qu'elle engendre.

4 - Resultats de la phase exploratoire : le vécu des praticiens

4-1 Rappels méthodologiques

Comme nous l'avons vu dans le chapitre méthodologie, les praticiens ont tous été interrogés sous la forme d'entretiens participatifs.

Tous les praticiens regroupés ayant plus ou moins l'habitude de fonctionner ensemble, il a été important de bien encadrer les groupes de discussion et donnant la parole à tour de rôle autour des différentes questions posées. Un dernier tour de table plus libre a cependant été réalisé à la fin de chaque thème abordé, puis à la fin de l'entrevue afin de laisser la place à l'émergence de données nouvelles.

Comme nous l'avons argumenté, par souci d'homogénéité, un seul groupe de praticien dans chaque spécialité a été formé.

Tous les groupes ont été animés par 2 animateurs.

De la même façon que dans la population « patient » le recueil des données a été réalisé sans support d'enregistrement vidéo ou audio, afin d'optimiser le recueil des informations, y compris celles dans le registre non verbal, transmises par le groupe.

L'ambiance a été très sereine au sein des groupes qui se sont montrés intéressés et motivés autour de notre sujet, non seulement au cours du présent travail, mais aussi dans des perspectives de collaborations futures.

4-2 Population étudiée

4-2-1 Les médecins généralistes

Un groupe de six médecins généralistes a été recruté par réseau, parmi les praticiens faisant partie du groupe de FMC Toulouse Centre et parmi les attachés du Service de médecine générale de l'hôpital La Grave.

Age
La moyenne d'âge du groupe est de 37,6 ans (30 – 53 ans).
Sexe
Notre groupe de discussion était composé de 4 femmes et d'1 homme.
Lieu d'exercice
Un des praticiens interrogé a une activité rurale, 4 ont une activité urbaine et 1 une activité semi-rurale.
Ancienneté d'installation
Les médecins généralistes interrogés étaient tous installés, avec une ancienneté moyenne d'installation à 5 ans (2 - 14 ans).
Durée de l'entretien participatif
La réunion a duré 1 heure.

4-2-2 Les médecins du travail

Un groupe de 12 médecins du travail a été réuni à l'occasion d'une journée de travail du groupe de recherche en médecine du travail organisée par l'A.M.S.T. (Association de Médecine et de Santé au Travail). Nous avons bénéficié du soutien de cette association et de son président le Dr. Niezborala.

Age
La moyenne d'âge de ces praticiens était de 45,2 ans (32 – 55 ans)

Sexe

Notre groupe de discussion était composé de 5 hommes et 7 femmes.

Durée de l'entretien participatif

La réunion a duré 1 heure et 45 minutes.

4-2-3 Les médecins vasculaires

Un groupe de huit médecins vasculaires s'est réuni dans une des salles de réunion du service de Médecine vasculaire de l'Hôpital Rangueil, Service du Pr. Boccalon. Pour son organisation, nous avons bénéficié du soutien de l'Association Régionale de Médecine vasculaire Midi Pyrénées (ARMV-MP) et de sa présidente le Dr Joëlle Yvette LAFFONT.

Age

La moyenne d'âge de ces praticiens était de 39 ans (38 – 56 ans).

Sexe

Notre groupe de discussion était composé de 7 femmes et d'1 homme.

Durée de l'entretien participatif

La réunion a duré 1 heure et 30 minutes.

4-2-4 Les chirurgiens vasculaires

La direction du présent projet étant assurée par un chirurgien vasculaire, nous avons pu inclure un groupe important de chirurgiens vasculaires puisqu'ils étaient 7 à participer. Le groupe s'est réuni à l'issue d'une réunion de service, à laquelle sont également conviés des praticiens exerçant dans le secteur privé, afin de présenter les dossiers difficiles et de pouvoir ainsi aboutir à une décision collégiale.

Age

La moyenne d'âge de ce groupe est de 39 ans (30- 60 ans)

Sexe

Seuls des hommes ont été interrogés; l'activité de chirurgie vasculaire étant essentiellement masculine en Midi-Pyrénées.

Lieu d'exercice

Tous les participants exercent leur activité en zone urbaine, mais il est important de noter que l'activité stricte de médecine vasculaire ne se fait que dans des structures habilitées et en ce sens que dans des villes de taille suffisante.

4 des praticiens interrogés ont une activité hospitalière, 1 des chirurgiens a une activité mixte et 2 d'entre eux ont une activité essentiellement libérale tout en gardant une vacation à l'hôpital.

Durée de l'entretien participatif

La réunion a duré 1 heure.

4-2-5 Les pharmaciens

7 pharmaciens ont composé notre groupe de travail. Tous les pharmaciens interrogés sont parallèlement impliqués dans l'enseignement universitaire. Notre réunion a eu lieu entre 2 réunions universitaires, une en fin d'après-midi et une autre devant avoir lieu plus tard dans la soirée, sur le site de la faculté de pharmacie.

Age

La moyenne d'âge est de 47,6 ans (31 – 54 ans)

Sexe

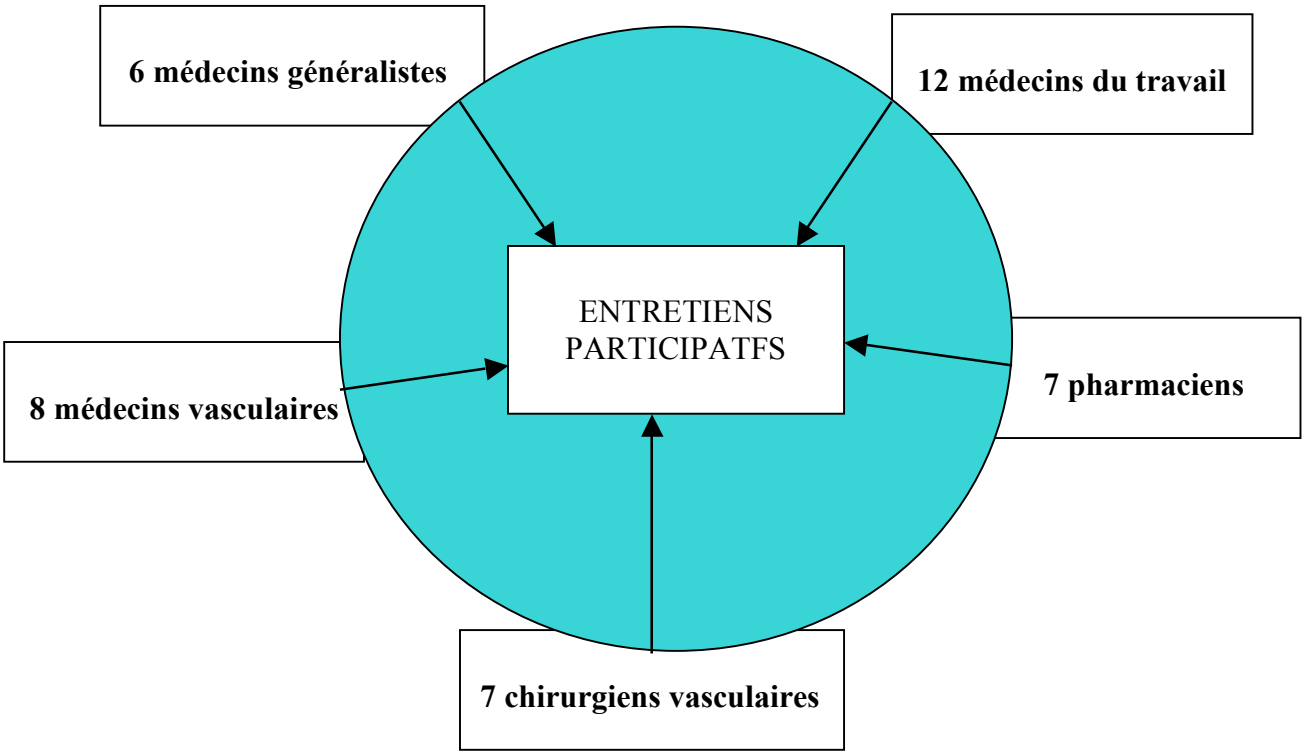
6 hommes et 1 femme ont été interrogés

Lieu d'exercice

Leur lieu d'exercice est rural pour 4 d'entre eux, semi-rural pour 1 d'entre eux et urbain pour 2 d'entre eux. Comme nous le venons de le dire, ils ont tous, parallèlement, une activité universitaire. L'un d'entre eux fait partie du comité de lecture de la revue Prescrire.

Durée de l'entretien participatif

La réunion a duré 1 heure et 15 minutes.



Les praticiens : Résumé des entretiens participatifs

4-3 Résultats

Les entretiens participatifs ont amené, au sein de chaque groupe, l'émergence d'opinions, le plus souvent consensuelles, autour des différentes questions abordées.

4-3-1 Les médecins généralistes

Les réalités de la consultation

Typologie des patients se plaignant de troubles fonctionnels veineux

Pour les médecins généralistes, les patients qui se plaignent d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse sont pour l'essentiel des femmes.

Tous les âges seraient représentés, avec une prédominance de personnes âgées pour 3 des praticiens et de patients plutôt jeunes pour les 2 autres médecins généralistes interrogés. Cela est corrélé à l'âge des praticiens.
Les coiffeurs, les cuisiniers, les employés de bureau et les professions paramédicales sont reconnus comme étant les plus exposées. La station debout ou assise prolongée est reconnue comme le facteur déterminant dans l'apparition de cette symptomatologie.
D'après les généralistes interrogés, les femmes enceintes ou en post partum, de même que les femmes en péri ménopause, se plaignent plus volontiers de ce type de symptômes.
Les hommes qui se plaignent de ce problème vivraient plutôt en milieu urbain d'après les médecins interrogés.

De plus en plus de consultants sont décrits comme ayant déjà cherché à avoir accès à une source d'information, écrite ou via l'outil informatique, en amont de la verbalisation de ce symptôme auprès d'un praticien, ce phénomène étant considéré, par les praticiens, comme particulièrement présent chez les patients de 30-40 ans.

Les motifs de la consultation

De l'expérience des praticiens interrogés, les patients consultent rarement, uniquement sur ce motif. Cela peut arriver parfois l'été, ou au moment des grossesses mais ceci est décrit comme atypique. Le plus souvent au moment de la consultation, ils ont déjà essayé un premier traitement disponible sans ordonnance et lorsque la gêne ne s'est pas améliorée, ils en rediscutent avec leur médecin traitant.

Quelques patients viennent en prévision d'un long voyage pour obtenir des conseils, avec un amalgame entre prévention de la douleur veineuse pendant le vol, mais aussi prévention de la thrombose veineuse.

Ces patients sont décrits comme étant dans l'attente d'un examen clinique complet pour les rassurer car souvent, derrière la plainte veineuse, il y a la peur de présenter la même maladie qu'un autre membre de la famille que ce soit un ulcère mais aussi parfois une artériopathie ou une rupture d'anévrysme cérébral.

Certains patients ne consultent que pour le renouvellement de la prescription de leur veinotoniques. Les patients sont décrits comme très attachés à leur traitement et les médecins généralistes se sentent parfois insuffisamment armés pour dialoguer autour de cette prescription.

Les circonstances de verbalisation de la plainte veineuse
« C'est assez rare qu'ils nous consultent pour cela… ou alors au moment des fortes chaleurs, ou encore pendant la grossesse, elles sont inquiètes, alors elles consultent…» (Médecin généraliste1) *« Souvent ils entendent parler d'un problème « vasculaire» dans la famille, ou dans leur entourage proche et ils ont peur d'avoir un souci de santé grave car ils ont des symptômes à type de jambes lourdes ou de crampes…* » (Médecin généraliste 3). *« Ils confondent souvent tout,…Ils consultent pour les jambes lourdes quand ils entendent parler dans la famille d'un souci cardiaque …Leur attachement à leur traitement veinotonique n'a, à mon avis, rien à voir avec les veines… »* (Médecin généraliste 4).

La plainte

Les praticiens interrogés sont unanimes pour dire que les patients se plaignent de lourdeurs et de gênes, même en l'absence de varices cliniques.

Ces symptômes sont généralement exprimés sous la forme d'une douleur.

Les praticiens interrogés soulignent le paradoxe de leurs patients. Ceux-ci verbaliseraient s'accommoder facilement de cette gêne qui n'est pas ressentie comme grave, mais parallèlement, ils seraient dans une attente perçue comme revendicative d'une solution radicale.

Les difficultés du dialogue autour de cette symptomatologie sont verbalisées par l'ensemble des médecins généralistes interrogés.

Le vécu et les convictions des praticiens

Reçu de la plainte

La plainte veineuse est décrite comme parfois difficile à circonscrire en médecine générale, où il existe le plus souvent plusieurs pathologies intriquées. Les praticiens disent avoir du mal parfois à faire la part des choses. L'origine veineuse des symptômes ne leur apparaît pas toujours évidente, surtout lorsque celle-ci se couple à des problèmes autres, notamment d'ordre rhumatologique.

Lorsque les patients se plaignent et qu'ils ont des varices, le diagnostic et le lien sont verbalisés comme facile à faire, mais cela est décrit par les praticiens interrogés comme étant rarement le cas. L'incertitude diagnostic est vécue comme une situation fréquente à laquelle les praticiens ont du mal à faire face, avec des sentiments majoritairement évoqués dans le registre de la frustration.

	Nombres d'occurrences
Frustration	10 occurrences
Impatience	5 occurrences
Fatigue	3 occurrences
Agacement	3 occurrences
Colère	1 occurrence

Analyse du champ lexical des sentiments ressentis par les praticiens

Les attentes des patients telles que perçues par le praticien

La forte composante héréditaire à la symptomatologie est source d'un relationnel particulier à la maladie veineuse, en fonction des images que le patient a gardées. La première des attentes perçues par les praticiens est souvent alors le besoin d'être rassuré.

La présence de la gêne dans la vie quotidienne et dans le milieu du travail, même si celle-ci est décrite comme supportable par les patients, est reconnue comme une problématique à laquelle les patients sont dans l'attente d'une réponse médicale et d'une solution thérapeutique radicale.

Une certaine structuration de la plainte des patients au fil des consultations est reconnue par les praticiens. Ces insuffisants veineux sont définis comme de plus en plus revendicatifs au fur et à mesure des consultations.

Les traitements

La question abordée était bien celle de la symptomatologie fonctionnelle veineuse et non pas celle des varices. Les médecins généralistes citent cependant en premier lieu, dans la liste des possibilités de traitement, la chirurgie (et en l'occurrence, même plus précisément, le stripping) et la sclérothérapie complémentaire.

Les traitements veinotoniques sont décrits comme inefficaces par les praticiens interrogés. Le manque d'arme thérapeutique médicamenteuse est défini par un des praticiens comme étant à la source du malaise. Cela amène à la prescription de ces molécules malgré une certaine conviction de leur inefficacité. Il leur arrive même parfois de changement de molécule en cas de persistance des symptômes « cela redope l'effet placebo » pour reprendre l'expression d'un des praticiens interrogés. Ainsi les médecins généralistes déclarent « finir » par prescrire des veinotoniques, notamment en cas d'insuffisance des règles hygiéno-diététiques, même s'ils ont la conviction que cela « ne marche pas ». La présence d'un amalgame par les patients entre niveau de remboursement et reconnaissance de l'efficacité participerait à complexifier le problème en ce qui concerne ces traitements.

La contention veineuse est reconnue comme le traitement efficace, par le groupe, et comme le seul traitement capable d'améliorer les symptômes. Cependant, le port de la contention veineuse par temps chaud est considéré, par les praticiens, comme impossible. Les patients sont décrits comme très critiques à l'égard de la contention veineuse, qu'ils jugent inconfortable, du fait de la compression qui est souvent mal tolérée, réveillant les symptômes, et du fait que cela tienne chaud, dans une situation où c'est plutôt la fraîcheur qui est recherchée. De plus les matières sont décrites comme désagréables au contact.
Des critiques en matière de confort et d'esthétiques sont rapportées. Pour les hommes, la contention est considérée comme inadaptée par le représentant masculin interrogé. Les chaussettes de contention sont décrites par l'ensemble des praticiens interrogés comme source systématique de zone de striction à la partie supérieure du mollet.

Des critiques sévères à l'égard de la contention
« Concrètement ça (la contention) reste assez moche, je les comprends les jeunes qui ont mal aux jambes et qui ne veulent quand même pas ressemble à des mamies…» (Médecin généraliste2) *« J'ai tout vu ! des bas avec de la dentelle pour les messieurs, des bas marrons affreux pour les minettes… De toute façon les chaussettes, ça fait garrot sous le genou, c'est insupportable, vous avez déjà essayé d'en porter ?…* » (Médecin généraliste 4). *« On nous vend partout la contention comme la panacée…Cela tient chaud et puis les nouvelles matières, elles sont peut-être plus jolies, mais elles ne sont pas très confortables…L'été, c'est impossible à porter et c'est là qu'ils ont le plus mal…»* (Médecin généraliste 7).

Les patients sont cependant décrits par les praticiens comme « non raisonnables », préférant se plaindre plutôt que de changer leur hygiène de vie et d'adopter des traitements à partir du moment où ils représentent une contrainte comme le fait de porter de la contention.

Dans le même temps, le groupe de praticiens interrogés conclut à l'absence de solution, ressentie par eux comme satisfaisante, à proposer aux patients.

L'hygiène de vie

Les solutions thérapeutiques provenant du mode de vie sont reconnues par les praticiens comme étant les plus efficaces.

En premier lieu, l'efficacité de l'activité physique est mise en avant, notamment la marche. De même des conseils concernant l'alimentation sont préconisés.
Des solutions, telles que la surélévation des jambes au repos, sont proposées aux patients. De même l'application locale de froid est recommandé par l'ensemble des praticiens interrogés, via notamment de crèmes pharmaceutiques mises au frigo.

L'évitement des situations en station debout prolongée est conseillé.
L'importance du chaussage et la possibilité de porter des semelles adaptées sont mises en avant par 2 des praticiens.

Le ressenti des praticiens

La gêne engendrée par la symptomatologie fonctionnelle veineuse est considérée comme étant supportable par notre groupe. 2 praticiens argumentent en faisant part de leur propre symptomatologie, et en affirmant que cela ne les a jamais empêchés de faire des choses.

Les praticiens expriment les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans l'élaboration du discours à tenir au patient, face à un problème implicitement reconnu par la presse grand public et face auquel ils se sentent en manque de repères scientifiquement valides. Ils considèrent qu'il est difficile pour eux de se positionner. Les réponses qu'ils peuvent apporter ne sont le plus souvent pas dans la lignée de ce qui est pensé socialement, mais ne s'inscrivent pas non plus dans une vérité universitaire reconnue.
L'existence de ce qu'ils perçoivent comme des panneaux publicitaires à l'intérieur des pharmacies, participe d'après eux à la problématique.

Des médecins généralistes à l'interface du système de santé et de la société
« On est parfois un peu perdu…On sait ce que c'est les jambes lourdes, moi cela m'arrive, mais je n'ai pas de physiopathologie à mettre en face… C'est comme les crises d'acétone, la spasmophilie, les petits bobos des bébés, on découvre ça sur le tas, quand on commence les remplacements et il faut bien qu'on se débrouille avec !» (Médecin généraliste 3) *« Ah, ça les patients ils savent ce que c'est, souvent ils arrivent avec leur « diagnostic »…On ne sait pas trop quoi leur dire…* » (Médecin généraliste 4). *« Il faudrait savoir ce qui s'est dit dans « Elle » pour pouvoir avoir l'air crédible…En plus on leur dit des choses qui ne leur plaisent pas, qu'il faut maigrir, qu'il faut bouger…Alors quelle crédibilité voulez-vous qu'on ait !…»* (Médecin généraliste 6).

L'accompagnement médiatique du « phénomène de la jambe lourde » est décrit par les praticiens comme confortant le patient dans son ressenti et son vécu de « malade ».

Les patients consultent rarement de manière spécifique pour ce motif, mais surtout ils sont reconnus comme ne revenant jamais. On sent qu'il est difficile pour les praticiens généralistes d'avoir une véritable appréciation de l'efficacité des traitements qu'ils proposent et cela est reconnu comme une source de frustration.

Les angiologues sont les intervenants définis par les médecins généralistes interrogés comme étant les plus aptes à identifier la symptomatologie fonctionnelle veineuse, grâce à

l'outil écho-doppler. On retrouve là encore un amalgame entre signes fonctionnels et insuffisance veineuse objective.

Les propositions

Une nécessaire amélioration des solutions thérapeutiques est proposée par les praticiens, avec en premier lieu un effort à faire sur une contention veineuse qui serait moins contraignante, mieux conçue, plus agréable et facile à porter.

L'importance d'une meilleure prise en charge par les organismes payeurs de la contention, puisqu'elle est solution thérapeutique « soit-disant reconnue comme la plus efficace » est avancée par les médecins généralistes (cette formulation est utilisée par 4 de nos praticiens).

La place de l'écho-doppler est affirmée par les médecins généralistes comme occupant une place très importante dans le vécu du patient et sa place est déclarée comme restant à articuler au mieux dans une logique de prise en charge multidisciplinaire. La redéfinition de la place de l'outil est fondamentale, d'autant plus dans une société en attente de solutions techniques.

4-2-2 Les médecins du travail

Les réalités de la consultation

Les médecins du travail parlent de la relation ambiguë qu'ils peuvent avoir avec les travailleurs. Ceux-ci ont parfois du mal à leur accorder leur confiance et donc à leur parler de leur ressenti, par peur d'être déclarés inaptes. Parallèlement l'évocation spontanée de ce type de douleur par le salarié, en amont de l'interrogatoire et de l'examen clinique, est reconnue comme ayant tendance à être vécue de manière suspicieuse par le médecin du travail.

Au cours de l'examen clinique, il est systématiquement fait état de la présence d'une insuffisance veineuse. L'interrogatoire aborde la question de la symptomatologie fonctionnelle veineuse essentiellement en cas de varices cliniques.

Les praticiens ont plutôt tendance à évoquer la symptomatologie fonctionnelle veineuse chez les patients qui ont un poste de travail considéré comme à risque. Cependant, au cours de la discussion, ils remarquent avoir tendance n'interroger que les femmes autour de ce problème, et à n'évoquer cela avec les hommes qu'au cours de la consultation de reprise du travail après une chirurgie de varices.

Le sous-effectif actuel des médecins du travail les amène à hiérarchiser les problèmes de santé abordés avec les salariés. Dans ce contexte, la symptomatologie fonctionnelle veineuse est considérée comme un problème secondaire, au regard de sa bénignité.

Typologie des sujets se plaignant plus spécifiquement de douleurs veineuses

Les postes évoqués spontanément par les médecins du travail comme étant « à risque » autour de ce symptôme sont les ouvriers, les cuisiniers et les coiffeurs. Les actifs des maisons de retraite, sont aussi reconnus comme exposés, ainsi que les métiers de la route et les agents de sécurité.

Globalement, le travail en position debout, le piétinement et l'exposition à la chaleur sont reconnus comme des éléments clés de l'apparition de la gêne.
L'existence d'antécédents veineux dans la famille amène le patient à se livrer plus facilement autour de ce problème. Dans ce contexte, le patient bénéficie déjà le plus souvent d'un suivi spécifique.

Les patients en surpoids, mais aussi les patients tabagiques sont reconnus par les médecins du travail comme plus à risque de développer des douleurs d'insuffisance veineuse. De même, les actifs, dont la profession oblige au port de chaussures de sécurité, est une population qui se plaint davantage.

Le problème de la confiance autour des chaussures de sécurité
«Les chaussures de sécurité de toute façon ils ne veulent pas les mettre, alors à partir de là tout est bon …» (Médecin du travail 1)
« Les travailleurs se plaignent beaucoup autour des chaussures de sécurité, cela aggrave la symptomatologie jambe lourde et les oedèmes…C'est vrai qu'elles ne sont pas toujours agréables à porter…Mais l'objectif c'est ici un objectif de sécurité et pas de confort» (Médecin du travail 2).
« Ils disent que les chaussures de sécurité leur laissent des marques …Ils se plaignent de jambes qui gonflent même si ils n'ont pas de varices…De toute façon ils diraient n'importe quoi pour être débarrassés de l'obligation de porter ces chaussures» (Médecin du travail 5).
« Tout dépend du poste de travail, mais c'est vrai que quant il faut porter des chaussures de sécurité il y a plein de plaintes qui apparaissent , comme les jambes lourdes et l'œdème…Pour nous c'est difficile de faire la part des choses…» (Médecin du travail 6).

Les expressions des patients

La lourdeur est un terme récurrent ainsi que les brûlures et les crampes, parfois associées à des sensations de « jambes qui gonflent » (cette occurrence est prononcée par 6 des praticiens interrogés).

Les douleurs sont décrites comme maximales en fin de journée.

Le vécu et les convictions des praticiens

Le reçu de la plainte

La plainte douloureuse est dissociée des signes objectifs et cette observation participe à la difficulté d'appréhension de l'insuffisance veineuse dans son ensemble par les praticiens.

Il apparaît aux médecins du travail que les actifs masculins sont en déni par rapport à l'existence d'une telle plainte. L'hypothèse d'une pathologie à image « féminine », particulièrement dans les milieux ouvriers, pourrait être une explication à cela. Deux des praticiens interrogés utilisent le terme de « déni ». Cette notion de douleur est cependant facilement exprimée en post chirurgical, renforçant l'hypothèse d'une sous verbalisation de la douleur par les hommes en amont de toute prise en charge.

Les autres hypothèses avancées par les praticiens, face à la différence de plainte entre population féminine et population masculine à poste équivalent, est l'implication des variations hormonales et le fait qu'un certain nombre d'activités domestiques reconnues à risque pour les veines, reste encore majoritairement assumées par les femmes.

La plainte est reconnue comme plus facilement exprimée cependant quelle que soit la population, lorsqu'il existe des antécédents dans la famille.

Des médecins du travail avançant l'hypothèse de la parité
«Cette pathologie a tellement une image de maladie de femme, qu'il est possible que les hommes n'osent pas dire qu'ils ont mal…» (Médecin du travail 3)
« Les hommes qui ont été opérés se plaignent a posteriori de douleurs similaires…Qu'est ce que vous voulez qu'ils disent, quand on entend parler les gens, on a l'impression qu'il n'y a que les femmes qui ont le droit d'avoir mal aux jambes !… » (Médecin du travail 4).
« Je ne suis pas sûre que les hommes ne souffrent pas, j'en veux pour preuve leurs témoignages une fois qu'ils ont été pris en charge…» (Médecin du travail 6).
« C'est vrai que dans le bâtiment on parle plutôt de son mal au dos…Chez les hommes, je ne pose pas souvent la question des douleurs veineuses, mais quand je la pose, c'est souvent qu'on me répond oui… » (Médecin du travail 7).

Les traitements

Les médecins du travail ont une marge de manœuvre faible en termes de thérapeutique. Au cours de notre entretien, 8 d'entre eux, s'occupant d'actifs particulièrement exposés (salariés de la restauration, salariés de l'hôtellerie, ouvriers, personnel de maison de retraite, secrétaires), déclarent faire régulièrement des attestations d'autorisation de surélévation des jambes sur le lieu de travail.

Ils recommandent très régulièrement, au cours de leur entretien avec le salarié, le recours à une consultation de médecin vasculaire, aussi bien face aux signes objectifs de maladie veineuse qu'en en cas de verbalisation uniquement d'une symptomatologie fonctionnelle.

La contention veineuse est reconnue comme un traitement efficace. Cependant notre groupe de médecins du travail s'accorde à la trouver incompatible ou inenvisageable avec l'exercice d'un certain nombre de professions pourtant reconnues « à risque ». Les arguments avancés, sont la chaleur sur le poste de travail, ou encore l'utilisation concomitante de chaussures de sécurité. Les veinotoniques sont alors considérés par les praticiens comme une alternative valide, et ils renvoient le plus souvent le patient vers son médecin traitant pour la réalisation de cette prescription.

L'hygiène de vie

Le repos, jambes surélevées, est reconnu par les praticiens interrogés comme une mesure efficace. En cela, la surélévation des pieds du lit est une proposition régulièrement faite par les praticiens.

Le fait de limiter les expositions à la chaleur est reconnu comme nécessaire à l'amélioration des symptômes avec en premier lieu la limitation des bains trop chauds. L'évitement des expositions solaires est aussi considéré par le groupe de praticiens interrogés comme une mesure nécessaire.

L'activité physique est reconnue comme une solution efficace à la douleur.

Le ressenti des praticiens

La douleur veineuse est reconnue comme étant une plainte plus fréquente sur certains postes de travail. Tous les praticiens verbalisent les difficultés qu'ils ont à recevoir cette plainte du fait de la dissociation fréquemment observée entre plainte fonctionnelle et présence de signes objectifs. Les signes objectifs ont tendance à être perçus par les médecins du travail comme un signe de gravité.

La difficulté verbalisée à avoir accès à la plainte du patient
«C'est difficile aussi, parfois, ils disent qu'ils ont mal, mais ils n'ont pas de varices… C'est vrai que nous sommes dans une position difficile, on a une relation particulière avec les salariés…. Des fois, ils surinvestissent les symptômes…» (Médecin du travail 2)
« De toute façon dans notre métier il n'y a pas de demi-mesure, soit le salarié ne dit rien par peur d'être déclaré inapte, soit au contraire il y a une profusion de symptômes et on sait pas très bien quoi penser … De toute façon il n'y a jamais de déclaration d'inaptitude sur le motif des jambes lourdes » (Médecin du travail 5).
« Quand le salarié se plaint de jambes lourdes, et dans ma population de salariés c'est assez fréquent, on a pas grand chose à leur proposer…Nous on avait mis en place des séances de gym antistase veineuse … cela a en fait été perçu comme de l'ingérence par les salariés et cela avait été mal accepté…On a abandonné… »(Médecin du travail 10).
« Moi je m'occupe, entre autre,s des ouvriers qui travaillent à la découpe des canards …Cela se fait à la chaîne…le port des chaussures de sécurité est obligatoire…Ils se plaignent souvent d'avoir les jambes lourdes…Je en sais pas quoi en penser parce que je sais que tout est bon pour ne pas porter ces chaussures… » (Médecin du travail 11).

Au travail, sur certains postes, la problématique de la jambe lourde représente une véritable difficulté pour les praticiens interrogés. L'autorisation qu'ils donnent pour permettre au salarié de faire des pauses jambes surélevées est décrite comme étant assez mal perçu par les encadrants en milieux de travail.

Il existe malgré cela un certain fatalisme verbalisé par le groupe de praticiens interrogés. Tout d'abord parce qu'ils ont parfois du mal à imputer de façon formelle les symptômes décrits à de l'insuffisance veineuse, surtout lorsqu'il n'existe pas de varices cliniques, ensuite du fait de la difficulté qui existe pour réussir à impliquer les patients dans une prise en charge active, surtout lorsque les solutions proposées sont, pour l'ensemble des médecins interrogés, difficilement applicables comme notamment le port de la contention.

Les difficultés pratiques

Les médecins du travail verbalisent une position vécue comme difficile, à cet interface entre la profession de soignant et son rôle spécifique en milieu professionnel. Ceux-ci nous expriment les difficultés d'articulation de leur profession, aussi bien avec les autres professionnels de santé, qu'avec le patronat, les syndicats et même avec les salariés. Ils dénoncent une espèce de climat de méfiance des différents acteurs du travail autour d'eux. Les médecins du travail interrogés sont très en attente d'une véritable relation d'accompagnement médical en milieu du travail.

Le manque de repère concret quant à l'origine veineuse de la plainte est décrit comme une limite majeure dans l'implication des soignants face à cette problématique. Ainsi cela

participe à un certain fatalisme qui fait que la douleur est « reconnue » comme accompagnant un certain nombre de postes de travail.
Le manque de temps au cours de la consultation amène le plus souvent les praticiens à ne pas aborder ce problème, d'autant qu'il existe peu de solutions véritablement envisageables pour le salarié.
Les nouvelles contraintes, causées par une organisation différente et plus intensive du travail en relation avec les 35 heures, sont reconnues comme un facteur aggravant de la symptomatologie fonctionnelle veineuse, du fait des diminutions de temps de pause.
Le milieu du travail est reconnu par les praticiens comme un grand pourvoyeur d'injonctions paradoxales (comme, par exemple, demander aux caissières d'aller plus vite tout, en leur imposant des actes supplémentaires, comme celui d'aider au port des sacs jusque dans le caddie, pour les personnes à mobilité réduite). Cela amène les salariés à travailler dans des positions inconfortables, mais leur permettant d'accéder à une cadence maximale. Cela participe à un certain fatalisme, à la fois de la part des salariés, mais aussi de la part des médecins du travail.

Le coût à la charge du patient de la contention veineuse est incriminé comme une des causes de la difficulté à faire accepter ce traitement par les patients.
Ceci a d'après les praticiens interrogés 2 origines majeurs qui sont : en premier lieu la hauteur de l'investissement financier en regard d'une pathologie qui n'implique qu'un pronostic fonctionnel, et d'autre part du fait d'un amalgame évident de la part des salariés entre niveau d'efficacité et niveau de remboursement.

Les propositions

Un des médecins interrogés dit travailler pour la mise à disposition de sièges hauts sur les chaînes afin de permettre aux salariés qui le souhaitent de pouvoir alterner les positions, assise et debout, à leur poste de travail. Un autre œuvre pour la fourniture de reposes- pied, sur le lieu de travail, pour ses salariés occupant des postes de bureau, afin de pouvoir permettre une surélévation des jambes et surtout un maximum d'ergonomie.
L'activité physique doit être encouragée, et pourquoi pas sur le lieu de travail. Un des praticiens interrogés rapporte cependant son expérience négative de la mise en place de séances d'activité physique anti-stase veineuse sur le lieu de travail, ce qui avait en fait été vécu majoritairement par les salariés comme une intrusion du monde du travail dans celui des loisirs.

La mise à disposition de fascicules d'information paraît une bonne façon de sensibiliser rapidement les travailleurs autour de ce problème. Les médecins du travail regrettent ici de n'avoir à leur disposition que des brochures réalisées par des laboratoires pharmaceutiques.
Au cours du deuxième tour de table, la possibilité de temps de pause, jambes surélevées, pour les salariés particulièrement exposés, paraît représenter une adaptation envisageable du poste de travail…Mais à cette proposition, la réponse serait d'après les praticiens interrogés : ces temps de pause devraient ils être comptabilisés ou non comme du temps travaillé ?… et là est stigmatisé pour eux toute la difficulté de leur profession.

4-2-3 Les médecins vasculaires

Les réalités de la consultation

Typologie des consultants

D'après les praticiens interrogés, la majorité des patients reçus en médecine vasculaire sont adressés par un praticien, qu'il soit médecin généraliste, gynécologue ou dermatologue.
De même un certain nombre de patients sont adressés par les médecins du travail notamment ceux de l'aérospatiale. Deux angiologues évoquent la campagne d'information autour de la maladie veineuse chronique qui avait été réalisée à l'initiative de l'industrie pharmaceutique, pour les personnes voyageant en avion.
Autour de ce problème, il y a des consultations toute l'année, même si on observe des pics saisonniers en relation plutôt avec les intersaisons et en cela plutôt les variation de pression atmosphériques, qu'avec la chaleur.
S'il existe une large majorité de femmes dans la patientèle des angiologues interrogés autour de la plainte veineuse, de plus en plus d'hommes sont reconnus comme consultant aussi autour de ce problème.
Les vendeurs, les coiffeurs, les serveurs, les cuisiniers, les infirmières, les secrétaires, les assistantes maternelles, les personnels des crèches et les professeurs sont plus spécifiquement reconnus comme des professions particulièrement à risque. D'une manière plus générale, toutes les activités en station assise ou debout prolongée sont identifiées par les médecins vasculaires interrogés comme à risque pour les veines, tout en ayant du mal à différencier ce qui pourrait représenter un risque plus spécifique de développer des signes « objectifs » ou des signes « subjectifs ». L'exposition à la chaleur est perçue comme un facteur de risque majeur.

La tranche d'âge des 50 – 60 ans est considérée par les médecins vasculaires interrogés comme la tranche d'âge consultant le plus autour de ce problème, mais la population aurait tendance à se rajeunir. Les patients consultant à des âges inférieurs auraient davantage d'antécédents familiaux.

Les motifs de la consultation

Les médecins vasculaires disent constater que la douleur est le motif de la majorité des consultations bien plus que l'existence de signes objectifs d'insuffisance veineuse. Une peur importante de la part des consultants est identifiée par les praticiens autour d'images marquantes (varices, ulcères, amputation…) Beaucoup de patients consultent du fait de leur gêne fonctionnelle, par peur de faire une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire, d'autant qu'ils ont eu des antécédents de maladie thromboembolique dans la famille mais aussi dans leur entourage proche. Les médecins vasculaires identifient un amalgame fréquent entre pathologie veineuse superficielle et profonde, mais aussi entre pathologie artérielle et veineuse, source de beaucoup d'inquiétudes pour les patients.

La confusion pour les patients entre les différentes pathologies circulatoires
«Il y a un amalgame très fréquent entre la maladie veineuse superficielle et d'autres pathologies qui n'ont rien à voir, …Cela se comprend, il faut combien de temps aux étudiants pour réussir à faire la différence ?! …» (Médecin vasculaire 5)
«Beaucoup de nos patients confondent toutes les maladies dites « circulatoires »… beaucoup de consultations et surtout d'inquiétudes pour nos patients pourraient être évitées si on faisait l'effort de communiquer un peu … de faire un peu de pédagogie grand public… » (Médecin vasculaire 8).
« Il y a une confusion évidente chez les gens, et même parfois chez les médecins généralistes…Cela se voit quant les patients sont adressés pour « bilan vasculaire des membres inférieurs », on sent bien que la confusion n'existe pas toujours que pour le patient… » (Médecin vasculaire 9).

La plainte

La douleur est un des principaux motifs de consultation en médecine vasculaire, avec l'œdème.

Le vécu et les convictions des praticiens

Le reçu de la plainte

La plainte fonctionnelle est parfois intriquée avec une demande esthétique et il est important de chercher à avoir accès à ces 2 niveaux de plainte.

Les nouvelles générations sembleraient se préoccuper davantage et plus tôt de ce problème, d'après l'avis des angiologues interrogés. Cela pourrait, d'après eux, être dû soit à des préoccupations de santé plus précoces dans cette population mieux médicalisée et sensibilisée à la problématique du fait des antécédents familiaux, soit à la modification des conditions de vie et de travail, amenant à plus de sédentarité, et de ce fait à plus de plainte fonctionnelle veineuse.

Le point de vue du praticien concernant les attentes des patients

Les patients sont dans l'attente d'une solution radicale qui leur demanderait le minimum d'effort, raison pour laquelle d'après les angiologues interrogés, il est particulièrement important de bien leur expliquer leur maladie, sa chronicité et l'importance de l'élément « mode de vie » dans son évolution.

Les traitements

Pour les praticiens interrogés, si la contention reste à ce jour la meilleure des solutions à proposer, ceux-ci ont conscience que celle-ci est aussi très mal vécue et donc observée par les patients.

Les veinotoniques représenteraient une bonne solution antalgique l'été, lorsque, au moment des grosses chaleurs, la mise en place d'une contention veineuse est considérée comme inenvisageable. L'absence de test objectif, actuellement disponible, permettant de juger de l'efficacité de ces traitements, est soulignée par l'ensemble des praticiens interrogés.

L'hygiène de vie

Elle est l'élément reconnu comme central. Les praticiens évoquent l'importance du transfert de compétence qui s'opère vers le patient autour de cette problématique, comme dans toute prise en charge de pathologie chronique.

Le ressenti des praticiens

Les praticiens ont la sensation qu'il existe beaucoup de non dit autour de la symptomatologie veineuse, que ce soit en terme de prise en charge, d'articulation des différents praticiens entre eux, ou encore en terme de lien entre académie de médecine et réalité de terrain, ou entre instances payeuses, praticiens et patients.

Ainsi les angiologues identifient de nombreuses origines aux difficultés de dialogue autour de cette entité clinique en dehors de la relation médecin malade.

L'Echo-Doppler est considéré par les autres praticiens et par les patients, comme un outil « magique » permettant de voir tout et de donner des réponses absolues puisque « objectivées ». Dans l'ère de l'image, les différentes catégories de personnes impliquées autour de ce problème ont l'impression que la vérité est dans le compte-rendu, soit dans le sens d'une légitimité de la plainte, soit dans le sens d'un déni de l'existence des symptômes. Cet amalgame entre signes objectifs et douleur, participe à cette attente forte autour des résultats de l'examen Echo-Doppler.

Cependant cette technique, parce que « marquante » comme tout geste diagnostic, même s'il est atraumatique, a aussi le pouvoir de faire passer des messages essentiels comme l'importance du port de la contention veineuse. Les médecins vasculaires reconnaissent que les praticiens généralistes ont de fait plus de mal qu'eux à faire passer certains messages clés, à la suite de leur « simple » examen clinique.

La magie de l'outil écho-doppler
«C'est l'appareil d'échographie qui a véritablement révolutionné notre spécialité…La toute puissance de l'outil et de l'image… » (Médecin vasculaire 1)
« Les gens ont l'impression qu'on voit des choses occultes…La magie du diagnostic qui est forcément certain puisqu'on l'a vu… » (Médecin vasculaire 2).
« Ils (les patients) attendent de nous qu'on valide ce qu'ils ressentent,… comme si, ce qu'ils ressentaient, n'existait vraiment que si nous on le valide…L'échographie donne un certain poids à ce qu'on dit, mais je ne suis pas sûr qu'ils nous écoutent vraiment une fois sortis du cabinet… » (Médecin vasculaire 5).
« Le fait d'avoir un geste technique cela donne plus de poids à ce que l'on dit… Tout le paradoxe c'est qu'on peut avoir des douleurs veineuses sans avoir de varices … » (Médecin vasculaire 6).

La communication médecin / patient autour de ce problème est particulièrement nécessaire et importante pour bien faire passer le message que les traitements veinotoniques ne font qu'améliorer les symptômes et que les solutions proposées ne font que freiner un processus en relation avec une fragilité de leur capital veineux.

La gêne veineuse est décrite comme dépendant tout particulièrement du respect des règles d'hygiène de vie. Les praticiens considèrent unanimement qu'il est très important de responsabiliser les patients.

Les patients arrivent avec leurs propres images de leur maladie, fonction de ce qu'ils ont pu lire ou voir, notamment au travers de la presse grand public ou encore l'outil informatique. Ces visions sont, d'après les praticiens interrogés, biaisées car proposées par l'industrie. Celle-ci garde un certain intérêt à ce que ce type de problème de santé ne soit pas complètement dédramatisé. En regard, les praticiens interrogés soulignent l'absence de

message de la part des institutions représentatives de la médecine vasculaire ou des organismes d'état, susceptible de contre balancer ce « monopole » de l'information.

Les difficultés pratiques

L'hygiène de vie est un axe clé dans le traitement de la douleur veineuse. Pour les angiologues interrogés, une collaboration entre les différents praticiens est nécessaire pour réussir à motiver le patient. Les difficultés d'articulation entre les différents acteurs de santé et en premier lieu les difficultés de motivation des médecins généralistes autour de ce problème, sont identifiés comme une des difficultés principales de la prise en charge de la symptomatologie veineuse.
Il apparaît à l'ensemble des angiologues interrogés que les difficultés d'intégration de l'absence de solution radicale face à la gêne veineuse, soit aussi dû à la persistance de la circulation d'idées fausses, comme la notion de radicalité de l'option chirurgicale sur les douleurs. Ceci est reconnu comme d'autant plus difficile à combattre que cela correspond à un fantasme de toute puissance de la médecine aussi bien de la part des patients que de la part des médecins.

La jeunesse de la médecine vasculaire est considérée comme participant probablement aux difficultés actuelles d'articulation de cette discipline avec les autres spécialités impliquées autour de cette pathologie. L'enseignement au cours des années communes de médecine est qualifié de « léger » par l'ensemble des praticiens interrogés. Ils notent l'absence d'enseignement fin de sémiologie autour de la pathologie veineuse superficielle, les étudiants n'ayant pas tous la possibilité de passer dans des services spécialisés. L'hôpital prend de toute façon peu en charge ce genre de symptômes. L'enseignement de phlébologie ne fait partie de l'enseignement de médecine vasculaire que depuis 1986. L'apprentissage se faisait avant cette date, soit par le biais d'un enseignement spécifique de phlébologie, sous-entendant une nouvelle formation complète, soit par le compagnonnage en suivant un praticien compétent.

L'importance de la place de la médecine générale face à ce problème de santé, apparaît comme fondamentale aux médecins vasculaires interrogés. Ils reconnaissent cependant leur probable manque de formation en la matière, l'insuffisance veineuse représentant, comme nous venons de le souligner, un volume quasi nul au sein de l'enseignement en formation initiale mais qui reste surtout un sujet peu abordé en formation médicale continue. Parallèlement les médecins regrettent que les chirurgiens ne soient pas plus souvent investis

dans la prise en charge globale de la maladie veineuse, restant centrés mais aussi parfois « confinés » sur l'acte chirurgical, leur laissant peu de marge de manoeuvre.

Le manque de conviction des médecins en général autour de la contention veineuse participerait à la non observance de ce traitement. Celle-ci est pourtant reconnue par l'ensemble des praticiens interrogés comme le seul traitement médical efficace à proposer en association aux règles d'hygiène de vie.
Cependant les praticiens reconnaissent que la contention est une solution non idéale, et souvent difficile à mettre en place pour beaucoup de patients, notamment les patients âgés. L'acceptation de ce traitement est considérée par l'ensemble des praticiens interrogés comme difficile. Le surcoût imposé par certaines pharmacies, avec des prix parfois très onéreux qui restent à la charge du patient, est reconnu comme un élément important de non compliance. Parallèlement l'absence de cotation possible pour les infirmières autour de la mise en place de cette contention, à l'exception de la contention par bande utilisée dans le cadre d'un ulcère, rend impossible cette prescription en ville.

Un discours ambivalent autour de la contention
«(la contention) C'est le seul traitement efficace…Les bas sont tellement difficiles à mettre que c'est impossible pour les patients âgés… » (Médecin vasculaire 3)
« Les patients adorent se plaindre, mais s'ils ont vraiment mal alors là ils portent leur contention sans rechigner …C'est vrai que cela tient chaud l'été et que la bande en latex des bas cause souvent des réactions cutanées… » (Médecin vasculaire 4).
« La contention est tout ce que nous avons comme véritable traitement…L'été je ne prescris plus de contention, si les gens ont mal alors je leur propose des veinotoniques » (Médecin vasculaire 5).
« La contention ça demande du temps pour la mettre, pour les personnes âgées, ça veut dire quelqu'un pour aider …. Pour l'instant on a pas d'autre traitement efficace…Quand les symptômes ne sont pas trop importants et qu'il n'y a pas de grosses varices, je n'en prescris plus» (Médecin vasculaire 7).

Les patients ont du mal à intégrer la notion de maladie chronique et sont en recherche de tout élément susceptible de leur faire penser à une possible solution thérapeutique radicale. Parallèlement les praticiens interrogés verbalisent leurs propres difficultés au sein de la relation médecin malade autour de la maladie veineuse chronique. L'absence de parallèle identifié entre signes objectifs et signes subjectifs d'insuffisance veineuse participe à un certain malaise.

La société française de phlébologie fonctionne sur le mode du volontariat et les praticiens interrogés investis dans ce milieu associatif verbalisent leur épuisement et leur difficulté à envisager un projet autour de ce sujet, même si celle-ci leur apparaît tout à fait légitime.

La confiance étonnante de la population générale, dans la presse grand public, rend déroutante et parfois difficile la relation médecin malade autour de ce problème. Le praticien, en donnant des messages « désagréables », puisque investissant davantage le patient se sent parfois remis en cause. Le flou sémantique pratique qui peut exister autour de la maladie veineuse chronique participe à une sensation de malaise pour les praticiens autour d'un certain nombre de situations cliniques, notamment lorsque aucun signe objectif ne peut confirmer l'origine veineuse de la symptomatologie.

Les patients sont, pour les praticiens interrogés, très en attente d'une reconnaissance de leurs symptômes par le corps social et médical. Ainsi le désinvestissement de la part des organismes de financement est vécu comme une non reconnaissance de leur plainte, source d'une possible surenchère clinique.

Les propositions

Les médecins généralistes sont identifiés à la fois comme des interlocuteurs privilégiés et comme des partenaires indispensables pour l'efficience de la prise en charge des patients, du fait notamment de la nécessité de développer un discours commun centré à la fois sur les réalités concrètes de la vie du patients mais aussi sur l'importance d'une prise en charge au long cours reposant sur l'hygiène de vie.

La formation universitaire et post universitaire devrait inclure des sujets aussi importants en terme de volume de consultation, tels que la prise en charge de la symptomatologie veineuse, même si des éléments manquent encore à une bonne compréhension de cette pathologie. Cela permettrait d'obtenir une meilleur efficacité de prise en charge et parallèlement d'ouvrir des pistes de recherche afin de pouvoir mieux appréhender un sujet ayant des répercussions pratiques très importantes.

Le poids économique considérable de cette pathologie devrait inciter à l'élaboration d'une recherche de qualité autour de ce sujet, afin de mieux en cerner les différentes composantes et pouvoir proposer à terme des solutions concrètes et adaptées.

L'hygiène de vie est à promouvoir avec le développement de solutions spécifiques à la prise en charge de l'insuffisance veineuse. Les praticiens verbalisent qu'il est nécessaire de « rompre le mutisme » des médecins vasculaires autour de l'importance de l'influence du mode de vie.

Pour l'ensemble des praticiens interrogés, il est important de savoir rassurer les patients et de corriger un certain nombre d'idées fausses en circulation ou de peur immotivées, afin de pouvoir rendre sa simple dimension à l'insuffisance veineuse. De la même façon, les explications autour de cette pathologie devraient intégrer le manque de connaissances

fondamentales des praticiens afin de promouvoir la confiance des patients. L'importance de la pédagogie autour de la jambe lourde apparaît comme fondamentale, avec comme proposition concrète l'élaboration d'un fascicule qui serait avalisé et signé par la société française de phlébologie, l'association des médecins vasculaires et par les universitaires.

Pour les praticiens interrogés, la formation médicale continue a un rôle important à jouer et il pourrait être intéressant de fixer des objectifs pédagogiques en rapport avec la symptomatologie subjective veineuse, toujours dans un souci d'amélioration des pratiques, afin de les sensibiliser aux problème spécifiques de la phlébologie.

La transdisciplinarité serait à promouvoir davantage afin d'élaborer ensemble des stratégies de prise en charge optimales et de mieux définir le rôle des différents intervenants.

La nécessité de travaux de recherche de qualité est proposée par notre groupe, qu'ils soient centrés sur la plainte douloureuse, l'évolution de la pathologie et de la douleur dans le temps, ou encore sur l'élaboration d'outils d'évaluation.

4-2-4 Les chirurgiens vasculaires

Les réalités de la consultation

Typologie des consultants

Les patients plus âgés sont reconnus par ce groupe de praticiens comme consultant plutôt dans le cadre d'une symptomatologie fonctionnelle, alors que les patients (et en l'occurrence plutôt les patientes) plus jeunes consultent plus spécifiquement pour un problème esthétique.

Beaucoup de ces patients seraient directement adressés par les médecins généralistes plutôt que par un angiologue et cela est reconnu par les praticiens interrogés comme un problème, car l'attitude du chirurgien peut s'avérer différente en fonction du bilan écho doppler.

La publication d'articles sur le sujet dans la presse grand public est reconnue par 2 de nos intervenants comme ayant un impact direct sur le volume des consultations.

Motifs de la consultation

La douleur est une plainte récurrente en chirurgie, même si aucun lien n'a été démontré dans la littérature entre signes objectifs et douleur veineuse.

Il existe un petit nombre de patients qui viennent consulter directement un chirurgien, recommandé par un proche. Il y a le plus souvent, d'après les praticiens interrogés, derrière

ces consultations directes, une plainte esthétique forte. Un certain histrionisme de la plainte veineuse serait alors identifié, pour motiver l'accès à une solution chirurgicale radicale. Les chirurgiens parlent de consumérisme autour de ces situations dans lesquelles ils se sentent parfois un peu mal à l'aise et prisonniers, dans les possibilités de réponses qu'ils peuvent offrir aux patients (et le plus souvent aux patientes).

Parallèlement est reconnue une autre situation, celle-ci plus fréquente, de patients venant consulter dans un contexte de pénibilité au travail et il existe alors à la fois un certain fatalisme de la part de ces consultants mais parallèlement un besoin de reconnaissance de leur plainte. Ces patients se décriraient comme ne sachant plus quoi faire pour ne plus souffrir. La plainte fonctionnelle serait alors très importante avec un handicap social fort aussi bien au travail que dans le domaine privé.

Circonstances d'apparition de la douleur

Le lien avec le poste de travail occupé par le consultant est reconnu comme évident pour les praticiens interrogés, qui reconnaissent l'existence à part entière d'un facteur de risque professionnel.

Les patients sont décrits comme très revendicatifs avec une forte impression d'incompréhension de la part du personnel soignant qui reçoit leur plainte. Ils sont décrits comme des consommateurs passifs en attente d'une solution radicale à leur plainte. Les chirurgiens reçoivent une forte population de personnes en surpoids parmi leurs consultants.

La présence d'une hérédité variqueuse est reconnue comme une cause de consultation du chirurgien « en direct » par les praticiens interrogés.

Le vécu et les convictions des praticiens

Le reçu de la plainte

Les consultants en milieu chirurgical exercent souvent une profession à risque. Le manque d'investissement des patients quant aux mesures de prévention ou de traitements de la plainte fonctionnelle (notamment en ce qui concerne la contention) est reconnue comme agaçante pour les chirurgiens, d'autant qu'eux aussi exercent une profession à risque et qu'ils verbalisent être eux aussi sujet à ces signes fonctionnels.

Les attentes des patients telles que vues par le praticien

La plainte fonctionnelle masque souvent, d'après les chirurgiens interrogés, une autre demande, que ce soit un besoin d'être rassuré par rapport à un antécédent familial cardio-vasculaire, ou même de maladie veineuse mais alors marquante comme les thromboses veineuses, les embolies pulmonaires ou les ulcères. Parfois, la véritable demande se situe dans le contexte du travail, avec un syndrome d'épuisement professionnel sous-jacent ou des difficultés relationnelles.

Une douleur morale derrière la plainte esthétique est reconnue par les praticiens interrogés, en parallèle des douleurs physiques que le patient impute à son insuffisance veineuse. L'hypothèse de plaintes esthétiques masquée est avancée par notre groupe de chirurgiens.

Parallèlement les praticiens décrivent une certaine peur de la chirurgie, les patients se demandant alors comment le sang remonte. La peur de l'anesthésie est parfois au premier plan. Ainsi les chirurgiens regrettent une forte composante irrationnelle aussi bien dans la plainte que dans la demande de prise en charge. Ils revendiquent ne pas être les acteurs clés d'une indispensable éducation du patient à faire en amont d'un éventuel recours à un geste qui reste avant tout technique.

Les traitements

La position du chirurgien est ainsi définie par notre groupe comme étant au bout de la chaîne de prise en charge et en principe amenés seulement à confirmer ou infirmer une possibilité de prise en charge chirurgicale. Or les praticiens interrogés se sentent amenés à jouer les « experts » à un moment où une relation médecin malade est à bout de souffle, entre le patient et le plus souvent le généraliste mais aussi parfois l'angiologue. Ainsi ils se sentent amenés à proposer une expertise non chirurgicale dans une situation où le dialogue semble interrompu entre un patient qui se plaint d'une symptomatologie fonctionnelle importante et un praticien qui ne sait plus quoi proposer.

Très humblement, les praticiens interrogés avouent être amenés à poser des indications chirurgicales afin de ne décevoir ni le patient qui surinvestit le recours à une geste technique, ni le praticien qui envoie le patient pour cette prise en charge radicale, parfois aussi pour se défausser d'un problème dont il ne se sort pas. Cette « pression d'indication » est aussi mise en rapport avec la pénurie de chirurgiens vasculaires, qui les amène à avoir des consultations surchargées et peu de temps de discussion avec les patients.

La faible cotation des actes chirurgicaux est aussi une des causes verbalisées dans cette inflation d'acte.

Les chirurgiens revendiquent une relation médecin malade plus centrée autour du geste qui est proposé, plutôt qu'autour de notions d'hygiène de vie qui ne requièrent pas une expertise chirurgicale.
La place des veinotoniques est discutée par les praticiens interrogés, en soulignant l'absence de consensus vrai autour de ces traitements, du fait de l'absence de preuve valide de leur efficacité, même si les outils utilisés pour évaluer cette efficacité sont considérés par les chirurgiens comme non adaptés.
La contention leur apparaît comme le traitement de choix de la plainte fonctionnelle, se revendiquant eux-mêmes comme consommateurs de ce traitement.

Le ressenti des praticiens

Les praticiens interrogés soulignent de façon unanime l'intolérance à la douleur de leurs patients. La banalité de la plainte est affirmée par l'ensemble des praticiens, sous la forme d'un « tout le monde a les jambes lourdes en fin de journée », avec à la fois un côté très fataliste, et une banalisation de cette plainte, pour laquelle le recours à une médecine technique et allopathique leur paraît inadapté, quand la contention et l'hygiène de vie leur apparaît être les vraies solutions déterminantes.
Ils argumentent en disant qu'ils sont eux-mêmes une profession à risque et qu'ils ressentent cette symptomatologie. Pour eux la plainte fonctionnelle n'appartient pas forcément au domaine médical.
Les chirurgiens soulèvent l'hypothèse d'un possible effet placebo de la chirurgie sur les douleurs.
Pour les patients, il est difficile de recevoir des solutions médicales et d'hygiène de vie alors qu'ils sont déjà dans une projection chirurgicale. Les chirurgiens interrogés considèrent faire des efforts pour rassurer les patients autour de leurs symptômes, tâchant d'expliquer à la fois la bénignité de la pathologie et parallèlement son aspect chronique, afin de tranquilliser le consultant et parallèlement de le motiver sur les mesures d'hygiène de vie.
Un décalage est souligné entre des critères d'intervention qui sont basés sur la clinique et sur les résultats de l'examen écho doppler alors que les patients sont en attente d'une prise en charge sur des critères fonctionnels. Cela est vécu par les chirurgiens comme une des sources des difficultés relationnelles qui entoure la prise en charge de cette pathologie.

Une demande perçue comme en décalée des solutions chirurgicales
« Que pouvons-nous leur proposer ? …Ils se plaignent de leur jambe lourde et nous on ne peut que les opérer…Les patients attendent une solution radicale à leur symptômes» (Chirurgien 1) *« Ils nous consultent parce qu'ils ont mal et que leur médecin leur a dit de se faire opérer…Ils ont parfois des veines incompétentes…On est pas toujours sûr qu'on va répondre à la demande*» (Chirurgien 3). *« Avant je discutais, jusqu'au jour où j'ai compris que de toute façon ils allaient se faire opérer ailleurs »* (Chirurgien 4) *« C'est toujours un peu compliqué quand on nous les envoie et qu'on leur a déjà dit qu'ils allaient se faire opérer…»*(Chirurgien 5). *« On est pas là pour discuter de la contention, on le fait mais on est pas là pour ça… »* (Chirurgien 6).

Les difficultés pratiques

Les praticiens soulignent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer lorsque le patient est adressé alors qu'il ne se plaint que de signes fonctionnels, sans varice associée. Ceci arrive de manière non rare.

Les difficultés diagnostiques en cas d'intrication de pathologies sont soulignées, et les praticiens sont d'accord pour déclarer que cela est très souvent le cas lorsque l'on s'adresse à des populations plus âgées, ou à des populations de patients en surpoids, patients qui sont parallèlement plus à risque de développer une insuffisance veineuse.

Le fait que l'acte chirurgical soit décrit comme peu intéressant techniquement par les praticiens interrogés, participe à leur manque d'implication autour de cette chirurgie. Ceci est en plus aggravé par le fait que la plainte ne soit pas corrélée à l'importance des signes objectifs, auquel seul le chirurgien peut avoir accès. Ainsi, si les chirurgiens ne peuvent évidemment pas traiter les patients qui ont des « jambes normales » pour reprendre le terme le plus utilisé autour de l'absence de varices, il verbalise parallèlement qu'il leur est difficile de récuser des patients dont l'indication chirurgicale n'est pas évidente mais qui se plaignent beaucoup.

Le groupe des chirurgiens regrette le fait que les médecins ne fassent pas assez l'effort de venir voir au bloc les réalités de la prise en charge chirurgicale. Cela amènerait d'après eux à plus de tempérance lorsqu'ils proposent ce geste, et cela permettrait aux patients d'arriver à la consultation de chirurgie avec une vision plus réaliste de ce qui va leur être proposé.

Parallèlement, la presse grand public est reconnue par l'ensemble des chirurgiens comme un grand pourvoyeur de désinformation. Elle met volontiers l'accent sur les nouvelles techniques chirurgicales disponibles, comme le laser, créant ainsi une demande, alors que l'information sur les solutions de fond comme l'hygiène de vie ne sont pas abordées.

L'absence de définition et de moyen d'objectivation de l'entité « jambe lourde », en parallèle de l'existence d'une plainte sociale forte intriquée à la plainte veineuse sont reconnues comme étant des éléments clés de la problématique.
La contention veineuse, même si elle est considérée par l'ensemble des chirurgiens comme étant le traitement actuellement le plus efficace, est décrite comme une « solution pénible et inesthétique, pour une pathologie chronique et esthétique » pour reprendre la terminologie consensuelle finale adoptée par notre groupe de chirurgiens.

Propositions

La prise en charge du surpoids apparaît aux chirurgiens comme un axe clé de la thérapeutique, associé à une véritable campagne de promotion de l'activité physique. Un accompagnement personnalisé autour de la plainte fonctionnelle, quelle que soit la sanction chirurgicale basée, elle, sur les signes objectifs, apparaît fondamentale aux chirurgiens. Tout média leur apparaît à cet usage intéressant, et notamment les sources d'information grand public comme Internet ou les émissions télévisées.

4-2-5 Les pharmaciens

Les réalités du terrain

La place du pharmacien

Les pharmaciens revendiquent occuper une place très importante autour de la plainte veineuse. Ils se sentent les interlocuteurs de première ligne autour de ce problème. Le contexte de déremboursement des veinotoniques amène les pharmaciens à plus de dialogue avec les patients autour de cette plainte.
Les pharmaciens interrogés disent être souvent sollicités en amont de toute consultation avec un praticien. L'approche du patient face à la maladie veineuse chronique est reconnue, de l'avis des participants, comme très dépendante du milieu d'exercice, avec une majortié de plaintes fonctionnelles en milieu urbain.
Les pharmaciens observent que la plainte douloureuse veineuse augmente avec l'âge. Les femmes auraient davantage recours à l'automédication autour de ce problème, que ce soit par l'achat de crème ou de veinotoniques, mais aussi en ce qui concerne la contention.

La plainte

La douleur est, pour tous les pharmaciens interrogés, reconnue comme le premier motif de plainte, amenant le patient à prendre avis.

Le vécu et les convictions des praticiens

Le reçu de la plainte

Les pharmaciens reconnaissent une intrication fréquente entre plainte fonctionnelle et plainte esthétique, et il est parfois difficile de faire la part des choses, même si cela leur apparaît fondamental afin de pouvoir apporter la réponse la plus adaptée aux préoccupations principales des patients.

L'existence d'une confusion pour les patients entre vital est fonctionnel est reconnu par les pharmaciens comme une source importante d'inquiétude. Ainsi la peur de la phlébite motive d'après eux beaucoup de prise d'avis auprès des pharmaciens et de consultations auprès de praticiens.

Les attentes des patients telles que perçues par le pharmacien

Les patients sont pour les pharmaciens interrogés très en attente d'une solution radicale. Ils sont très parallèlement reconnus comme revendicatifs autour de la notion de remboursement, aussi bien en ce qui concerne la contention qu'en ce qui concerne les veinotoniques. L'argument d'un « juste retour sur cotisation », d'autant plus chez les patients actifs et avançant en âge est reconnu par les pharmaciens comme quelque chose d'important. Quoiqu'il en soit les patients sont très en demande de produits remboursés.

La prescription médicale est associée à une reconnaissance médicale du problème après laquelle les patients sont dans une logique d'attente forte.

Les traitements proposés

Au cours de la grossesse, il existe une forte demande autour des veinotoniques et les pharmaciens observent de nombreuses prescriptions alors que ces traitements n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication. Par contre les pharmaciens observent peu de prescription de contention alors que cela leur apparaît comme le traitement de choix.

Les patients commencent à avoir le réflexe de venir avec une prescription pour la contention veineuse afin de pouvoir être remboursé mais les pharmaciens disent conseiller encore souvent de consulter afin d'obtenir une ordonnance.

La contention veineuse est souvent demandée par les patients sous le forme de collant quelque soit la prescription faite par le praticien. Les pharmaciens sont d'avis que les collants sont difficiles à mettre et demande davantage de souplesse que les bas.

Pour les pharmaciens interrogés, la contention veineuse garde une image de traitement de « vieux » et reste inesthétique dans l'imaginaire collectif alors que de nombreux efforts ont été faits autour de cela. Cependant elle est reconnue comme le traitement le plus efficace autour de la plainte veineuse même si l'on se heurte aux problèmes de la prise des mesures et à celui de sa mise en place.

La phytothérapie et l'homéopathie sont, d'après les personnes interrogées, très proposées par les pharmaciens en dehors de toute intention de consultation médicale et devant des plaintes douloureuses isolées. La place des traitements à base de plante est reconnue par le groupe de pharmaciens interrogés comme plus facilement proposable en campagne. L'efficacité de ces traitements est une opinion consensuelle au sein de notre groupe de pharmaciens.

Des solutions « médicament » proposées en amont de la consultation
« Les patients viennent souvent nous voir avant de consulter un médecin…Souvent quant la douleur est isolée, je propose déjà un traitement à base de plante…De toute façon les veinotoniques ne sont presque plus pris en charge…Cela marche bien d'après ce que je vois » (Pharmacien 2) *« Pour les douleurs il y a des traitement tout bêtes qui marchent très bien…C'est vraiment là la place du conseil officinal…Les patients sont très en demande de nos conseils…A la campagne les traitements à base de plantes ça marche très bien…* » (Pharmacien 3). *« On a un vrai rôle avant la consultation…Moi je suis très homéopathie et je suis étonnée de l'efficacité de ces traitements sur les symptômes comme les lourdeurs… »* (Pharmacien 4)

Les traitements veinotoniques sont reconnus par les pharmaciens interrogés comme permettant de calmer les douleurs veineuses. Le fait que cela améliore les crises hémorroïdaires leur apparaît être un argument en faveur d'une certaine efficacité. Pour les pharmaciens interrogés, les études concernant les veinotoniques ne retiendraient pas les bons arguments et ne se feraient pas dans un cadre adéquat avec des outils adaptés, ce qui expliquerait les résultats hétérogènes des études cliniques. Ainsi le flou sur les critères d'évaluation retenus et surtout sur ceux à retenir pour être pertinents participe à la confusion générale.

L'hygiène de vie

Les pharmaciens recommandent les massages au froid et différents produits d'accompagnement sont disponibles à cet effet. Les pharmaciens se sentent moins bien placés que les praticiens pour aborder les règles plus directement en rapport avec l'hygiène de vie.

Le ressenti des pharmaciens

L'idée reçue que la contention veineuse soit susceptible d'aggraver les ulcères est une idée reçue que les pharmaciens identifient comme circulant dans la population générale. De la même façon, les veinotoniques « purifieraient » et ils auraient en ce sens une indication particulière aux intersaisons. Les remèdes traditionnels populaires ont une place importante dans la relation officinale. Ce savoir profane est d'après l'ensemble des pharmaciens interrogés davantage entendu par eux que par les médecins, ce qui confère au pharmacien une place fondamentale dans l'articulation des différents systèmes de croyances en matière de thérapeutique, et ce tout spécifiquement autour des traitements de la pathologie fonctionnelle.
La présence d'une confusion entre veineux superficiel et veineux profond participe d'après les pharmaciens interrogés à un recours important à la consultation. De même les difficultés d'appréhension des différences entre maladie veineuse et maladie artérielle est source de recours fréquent au système de santé.
Les pharmaciens se sentent les mieux placés autour de l'adaptation de la contention veineuse, étant les plus à même de juger de la faisabilité d'une telle prescription, en pouvant juger des possibilités de mise en place par le patient lui-même ou par un membre de son entourage. De l'avis de ce groupe de professionnels, il existe globalement, aussi bien de la part des praticiens que des patients, une méconnaissance certaine de la contention veineuse.

Les pharmaciens remarquent que les traitements les plus prescrits par les praticiens pour répondre à la symptomatologie fonctionnelle veineuse sont les veinotoniques.
Les règles d'hygiène de vie sont généralement correctement connues et cela serait pour les pharmaciens le fait de la presse féminine. Celle-ci est reconnue comme une source importante d'information pour les patients autour de cette problématique.

Les difficultés pratiques

Les pharmaciens observent que la notion de déremboursement est confondue avec reconnaissance de l'inactivité du principe actif mais aussi avec innocuité. Il existe ainsi un amalgame entre efficacité et niveau de remboursement qui ne correspond à aucune réalité pratique. Le déremboursement des veinotoniques est perçu comme non cohérent face au maintien du remboursement de l'homéopathie.
Les pharmaciens interrogés estiment que le déremboursement des veinotoniques risque d'augmenter les indications chirurgicales, les patients étant en attente d'une reconnaissance médicale de leur plainte et les praticiens se sentant de fait obligés de leur proposer une prise en charge médicale, et le plus souvent médicamenteuse.
Un désengagement des instances publiques autour du marché du veinotonique est perçu comme dangereux par les pharmaciens interrogés du fait de l'absence de contrôle que cela induirait face aux produits proposés dans cette indication. Cela causerait une absence de contrôle des instances payeuses, mais aussi du coup la disparition autour de ces produits de la notion d'Autorisation de Mise sur le Marché, et donc la possibilité de faire de la publicité grand public, autour d'un sujet qui reste, pour eux, un véritable enjeu de santé publique.
Pour les pharmaciens interrogés, les produits veinotoniques ne sont pas délivrés à bon escient, avec des traitements au long cours alors, que ceux-ci ne sont pas indiqués, et pour prévenir ou faire diminuer les varices, alors que là n'a jamais été leur indication.

Les difficultés pratiques autour de la contention veineuse sont mises en avant par les pharmaciens interrogés. Ceux-ci verbalisent les problèmes liés à une ordonnance de contention mal formulée, notamment autour de tout ce qui concerne les tailles, lorsque les mesures n'ont pas été prises comme cela est recommandé. Parallèlement, les prescriptions de contention veineuse par collant chez les personnes âgées, à motricité réduite est décrite comme un non sens récurrent, source de non adhésion au traitement.
Le coût important des enfile bas participe aux difficultés concrètes des possibilités de mise en place de ce traitement.
Les pharmaciens reconnaissent parallèlement une sous prescription de la part des médecins de la contention veineuse. Ils mettent cela sur une méconnaissance des enjeux à la fois de la part des patients mais aussi de la part des praticiens.
L'absence de solution thérapeutique « idéale » est soulignée par les pharmaciens interrogés.

Les pharmaciens interrogés disent se sentir parfois un peu mis à l'écart dans la logique de prise en charge du patient, alors que ceux-ci se revendiquent comme des partenaires de terrain. La complémentarité de fait des approches clinique et thérapeutique leur apparaît un outil fondamental dans l'amélioration de la qualité des soins, impliquant une plus grande collaboration entre pharmaciens et médecins.
Parallèlement les pharmaciens ressentent l'existence de problèmes inter professionnels, notamment entre médecins généralistes et angiologues, avec la sensation d'être parfois un peu en position d'arbitrage entre les deux.

Au-delà du « simple » problème de l'insuffisance veineuse c'est la place des possibilités de prise en charge autour de la notion de confort qui serait au cœur du sujet. Le manque d'outils d'évaluation dans ce domaine de la médecine est souligné par les pharmaciens.
Le développement d'une politique de santé centrée sur une efficacité à long terme, plutôt que sur des évaluations à court terme, apparaît nécessaire autour de problématiques de santé comme celle circonscrite par la symptomatologie subjective veineuse.

Le fait que la France soit le pays européen le plus consommateur de médicaments veinotoniques par rapport aux autre pays d'Europe qui en consomment très peu n'apparaît pas au groupe de pharmaciens interrogés comme remettant en cause la pertinence de ces traitements.

Les propositions

Les pharmaciens sont très en attente d'un véritable partenariat avec les praticiens, afin de pouvoir travailler davantage ensemble et pouvoir offrir une véritable équipe aussi bien dans la délivrance du soin que dans l'éducation du patient.
L'importance en ce sens de développer une vision commune, basée sur un vocabulaire et une approche identique de la problématique entre médecins et pharmaciens leur apparaît un pré-requis fondamental dans l'élaboration d'un véritable partenariat entre le cabinet et l'officine.
La redondance est un principe, reconnu par nos intervenants, comme fondamental dans l'éducation du patient. La nécessité de fait de rémunérer ce travail éducatif est verbalisée par l'ensemble des pharmaciens interrogés, avec la possibilité d'élaborer des consultations officinales, complémentaires des consultations médicales, autour des problématiques de santé chroniques.

Pour les pharmaciens interrogés il est important de faire un travail d'information des praticiens autour de la contention veineuse et de ses nouveautés, même si la recherche est à poursuivre afin d'obtenir des produits encore plus faciles à mettre et à supporter.
La nécessité d'élaborer une visée, amenant le patient à s'investir davantage dans les propositions de prise en charge, particulièrement autour de ces pathologies bénignes comme l'insuffisance veineuse, apparaît comme fondamentale au groupe de pharmaciens interrogés. Dans ce sens, le discours politique sur le maintien d'un niveau de remboursement intermédiaire des veinotoniques est perçu comme démagogique.
Les enjeux des traitements sont à mieux définir avec l'élaboration d'outils d'évaluation à la fois plus concrets et plus adaptés à la situation clinique. Toute une réflexion en ce sens leur paraît fondamentale autour de la notion de « petit risque », de médecine « de confort ». L'importance de tenir un discours hiérarchisé et accessible pour le patient est exprimé, avec la nécessité d'élaborer ensemble un discours commun entre les différents intervenants, en incluant les pharmaciens. De même l'importance de l'élaboration d'une recherche de qualité autour de ces principes est une base définie comme nécessaire.

Une intégration difficile du pharmacien au cœur du système de soin
« Nous sommes des interlocuteurs privilégiés pour le patient,… la délivrance du traitement c'est important, les patients sont très à l'écoute de ce qu'on peut leur dire… l'éducation, on en fait tous les jours même si cette mission ne nous est pas reconnue» (Pharmacien 1)
« La recherche autour du symptôme et de l'amélioration de sa prise en charge passe aussi par nous,… c'est important pour le patient que nous tenions tous le même discours … » (Pharmacien 2).
« Souvent nous voyons les patients en premier et c'est nous qui leur conseillons de consulter tel ou tel praticien…Nous sommes les plus proches du patient géographiquement, souvent ils nous demande notre avis sur ce qu'on leur a prescrit » (Pharmacien 4).
« les patients ont parfois des peurs irrationnelles et notre rôle en premier c'est de les rassurer,…On a souvent besoin de tous les maillons du système de soin pour proposer au patient une réponse adaptée à ses attentes… » (Pharmacien 6).

L'élaboration d'une réflexion de fond multidisciplinaire sur la place de la médecine de confort mais aussi de la médecine esthétique apparaît comme nécessaire au groupe de pharmaciens interrogés en amont de tout choix politique.

Les pharmaciens verbalisent l'importance de développer une approche plus sociologique de ce problème reconnu comme étant de santé publique, avec des possibilités de développement d'une « pharmacologie sociale », incluant des travaux de recherche de qualité autour de cette entité.

4-2-6 Les résultats communs entre les différentes typologies de professionnels interrogés

La gêne en soi

L'idée d'une maladie de la sédentarité et du mode de vie est une idée récurrente dans nos différents groupes. Ce mode de vie peut être choisi ; et c'est tout le problème de la vie moderne et de sa sédentarité, mais il peut aussi être imposé comme c'est le cas pour les conditions de travail qui sont vécues de plus en plus comme un élément déterminant dans l'apparition de certaines pathologies et de certains maux.

La symptomatologie fonctionnelle veineuse est reconnue comme accompagnant les différentes variations hormonales observées au cours de la vie des femmes. Cela participe à une incidence considérée comme supérieure de cette pathologie dans la population féminine. Il existe cependant une augmentation manifeste de la plainte masculine.

Cette problématique de santé est considérée comme possédant une composante familiale forte, participant à des différences importantes de représentation de la maladie selon les individus et selon leur histoire familiale, mais leur permettant aussi parallèlement une reconnaissance et une légitimation précoces de leurs troubles, menant de ce fait au recours à la consultation.

Les solutions proposées

La contention est décrite comme la solution la plus efficace actuellement disponible, mais l'ensemble des praticiens a conscience des difficultés pratiques qui entourent la prescription, la délivrance et la mise en place de ce traitement.

Les patients sont décrits comme étant dans l'attente d'une solution radicale qui n'existe pas à ce jour. Ils ont ainsi tendance à entendre l'existence de solutions radicales, à des endroits où les praticiens ont parfois du mal à admettre l'absence de repère scientifique valide et leur impuissance partielle.

A cela, s'ajoute le manque de cohérence dans les messages délivrés par les pouvoirs publics autour des veinotoniques, qui ne sont toujours pas déremboursés, malgré les engagements pris sur l'argumentation de leur manque d'action validée…Ce recul est ainsi perçu comme une incertitude de la part des instances décideuses quant à l'inefficacité de ces molécules.

Ainsi les praticiens se disent dans l'attente d'une politique cohérente. Un meilleur remboursement de la contention veineuse est souhaitée si celle ci est véritablement considérée comme étant LA solution, ou encore le maintien en partie de la prise en charge des

traitements veinotoniques si ceux ci ne sont finalement plus considérés comme si inutiles… Efficacité et remboursement sont amalgamés.
La mise en place de campagnes d'informations cohérentes autour de ce sujet apparaît, pour tous, être le premier pas vers la délivrance de messages cohérents voire comme un début de consensus, si ce n'est scientifique, tout du moins sociétal.

La part d'irrationalité autour de la plainte

Les patients sont de plus en plus informés en amont de la consultation, mais sans discernement autour de la notion de pathologie « vasculaire » et ils sont reconnus par tous les professionnels interrogés comme cherchant avant tout à être rassurés, d'autant qu'un outil technique est disponible et facile d'accès.
Une sensation d'intrusion du monde du travail à l'intérieur de la maison est verbalisée. Parallèlement des considérations d'ordre politique semblent entrer en jeu et sont des éléments d'explication envisageables de cette ambiance un peu passionnelle et de la relative disproportion des revendications autour de ce problème.

Les possibles sources de confusion dans l'approche du problème

La confusion qui existe dans le monde profane entre veineux profond et veineux superficiel, mais aussi entre veineux et artériel est reconnue par tous les professionnels comme une source importante de consultations qui pourraient être évitée si en amont un travail d'information et d'éducation était fait correctement. Cependant, l'ensemble des personnes interrogées reconnaît que l'essentiel des sources d'information grand public actuellement disponible est téléguidé par l'industrie du médicament, qui a tout intérêt à laisser en place cette confusion, qui confère un aspect « sérieux » à la maladie de la jambe lourde, justifiant ainsi pour le public la prise de traitements veinotoniques.
C'est la plainte douloureuse qui amène le plus souvent à la consultation, bien plus que l'apparition des varices. L'absence de lien, entre signes objectifs et douleur, est reconnue comme participant à une confusion à la fois médicale et profane autour de ce sujet. La difficulté d'obtention de la preuve d'une origine veineuse de la plainte lorsque le réseau veineux n'est pas à l'évidence pathologique est difficile, même si parallèlement il est acquis que la plainte est sémiologiquement d'allure veineuse. Ainsi, c'est la remise en cause de l'outil sémiologique, de par l'avènement de l'outil technique dont il est question ici.

La recherche d'un partenariat entre les différents acteurs du système de santé

Un véritable partenariat, entre les différents praticiens amenés à répondre aux patients autour de la symptomatologie veineuse, est considéré comme une amorce de solution. Pour cela il est important de construire un vocabulaire commun, mais aussi des outils d'évaluation cohérents et reproductibles, centrés sur la plainte des sujets atteints, et non pas sur des critères pseudo objectifs, dont on sait qu'ils ne sont pas en lien avec la plainte douloureuse. Cela permettrait d'amorcer des travaux de recherche de qualité. Paradoxalement si cette demande de partenariat est verbalisée par tous les groupes de praticiens interrogés, tous verbalisent que cela est difficile à cause du manque de motivation des *autres* intervenants…

Pour tous nos groupes cependant cela permettrait de détruire définitivement le mythe de la solution radicale, de la pilule qui saurait guérir tous les maux, sans le moindre investissement de la part du patient.

4-2-6 Les spécificités au sein de chaque pratique

Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont du mal à s'investir autour de la problématique de la symptomatologie fonctionnelle veineuse pour plusieurs raisons :

- d'abord, parce que cette maladie leur apparaît peu grave et que les contraintes de temps, qui sont les leurs, les amènent à donner des priorités aux autres problèmes de santé qui leur apparaissent plus importants à traiter.
- Ensuite, parce qu'ils ne savent pas toujours comment se positionner ; Ils ne sont pas les praticiens de premier recours, souvent le pharmacien ou même directement l'angiologue a été contacté en amont et les généralistes ne se sentent pas vraiment non plus sollicités pour assurer le suivi.
- Enfin, parce qu'en médecine générale on trouve souvent des patients polypathologiques pour lesquels il est difficile de faire la part des choses entre les différentes origines de la plainte douloureuse et que les praticiens se sentent de fait un peu perdus.

Ils expriment unanimement un sentiment de malaise face à ce type de plainte, en l'absence de repère validés.

Une importante pression de prescription est ressentie autour des veinotoniques et les praticiens ont du mal à se faire une idée réelle de la pertinence de ces traitements.

La contention, même si celle-ci est reconnue comme la plus efficace des solutions thérapeutiques actuellement disponibles, pose pour eux un problème d'esthétique, de confort et de facilité d'utilisation.

Ainsi pour le groupe c'est l'absence de solution thérapeutique satisfaisante à proposer au patient qui est considéré comme l'axe majeur du problème. Ceci est d'autant plus ressenti que les patients sont ici décrits comme de plus en plus dans l'attente d'un assistanat, préférant se voir proposer des solutions radicales plutôt que de mettre en place des solutions simples mais contraignantes comme la mise en place d'une activité physique régulière.

La place ambiguë des médias est ici soulignée ainsi que les difficultés pour le praticien généraliste de dialoguer autour de ce qui est considéré par les patients comme « la » vérité, puisque vue à la télévision. En ce sens c'est aussi l'aura perdue du médecin, et ce qui est vécu comme une défiance de plus en plus répandue à l'encontre des médecins, qui est verbalisée.

Les médecins du travail

Les médecins du travail soulignent une position vécue comme ambiguë de cette spécialité médicale auprès des travailleurs.

Les praticiens mènent leur interrogatoire en fonction du poste de travail et du sexe de la personne interrogée. Ils soulignent le biais qui peut exister dans leur approche de la pathologie veineuse, du fait de leurs a priori, du manque de temps dont ils disposent et des particularités de la relation médecin / patient dans le contexte du travail.

Pour eux les patients les plus jeunes sont plus sensibilisés à cette problématique, même s'il existe peu de plainte masculine dans les milieux ouvriers, probablement aussi du fait d'une forte image de pathologie de femme. Cependant en post chirurgie les travailleurs verbalisent la disparition de leurs symptômes douloureux.

Cette plainte est considérée comme un moyen d'aborder d'autres problèmes comme celui des chaussures de sécurités qui sont de toute façon mal tolérées et dont les travailleurs essairaient par tous les moyens de se défaire.

La seule solution, face à cette plainte, pour les médecins du travail est la délivrance de certificats d'autorisation de surélévation des jambes sur le lieu du travail. La contention est incompatible avec de nombreuses professions à risque, pour des questions de sécurité. Les solutions d'hygiène de vie, comme la tentative de mise en place de séances de gymnastique anti-stase veineuse sur le lieu du travail, seraient considérées comme l'ingérence du monde du travail dans la sphère privée.

A l'inverse, l'existence de cette douleur est verbalisée par les patients comme l'intrusion du monde du travail au sein de la maison, ce qui participe d'après les praticiens interrogés à la mauvaise tolérance de la douleur.

Les chirurgiens vasculaires

L'impact de la presse grand public sur le volume des consultations est particulièrement souligné, à une époque où la filière de soin n'était pas encore en place. L'intrication ambiguë de plaintes fonctionnelles et esthétiques est tout particulièrement reconnue chez les patients consultant un chirurgien en première intention.

Une certaine méconnaissance de la part des patients et des médecins généralistes, de la médecine et de la chirurgie vasculaire, fait que cette discipline est parfois difficile à articuler avec les autres spécialités. Ceci apparaît pour l'ensemble des praticiens interrogés dans ce groupe comme à la source de certains défauts de prise en charge.

Les patients consultent avant tout sur le motif de la douleur et les chirurgiens sont mal à l'aise car le lien entre prise en charge radicale des varices et disparition de la symptomatologie n'est pas démontré dans la littérature. De plus, la décision d'une chirurgie est souvent vécu comme un gage de gravité par le patient, alors que ce sentiment n'est pas forcément justifié.

Une attente de reconnaissance du handicap causé par la plainte fonctionnelle est identifiée par l'ensemble des chirurgiens. Ainsi ce décalage entre symptomatologie fonctionnelle, signes objectifs et enjeux pour le patient dans le registre d'une reconnaissance sociale, voire professionnelle, de ses symptôme, est considéré comme étant à la source d'une demande, qui dépasse largement le cadre chirurgical. Ainsi la réponse attendue est verbalisée comme chirurgicale, alors qu'en fait il s'agit plutôt d'un problème d'arbitrage lorsque la relation médecin patient est à bout de souffle autour des questions de la prise en charge de symptômes récurrents. Cela est perçu par les chirurgiens comme une « pression d'indication » alors que le vrai problème médical n'est pas là et ne relève pas forcément d'une sanction chirurgicale.

La question sous-jacente posée est celle de la plainte fonctionnelle et de son appartenance ou non au domaine médical et a fortiori chirurgical. L'articulation des différents praticiens autour de cette pathologie est une donnée centrale. Ceci est d'autant plus vrai dans un contexte de surmédiatisation des problèmes de santé. Il est nécessaire d'élaborer au sein de la profession médicale des messages cohérents.

Les médecins vasculaires

La jeunesse de cette discipline est reconnue comme un facteur limitant dans l'organisation de la prise en charge de la maladie veineuse chronique, par la méconnaissance que peuvent avoir les praticiens et les patients de cette spécialité et des spécificités de la plainte fonctionnelle autour de l'insuffisance veineuse.

L'outil écho-doppler est vécu par l'ensemble des intervenants comme « magique » à la fois par les patients mais aussi par les praticiens eux-mêmes, qui ont ainsi l'impression d'une lisibilité totale du réseau veineux et de la source des symptômes, alors que, comme tout outil, il possède ses limites. Les praticiens et les patients ont une confiance absolue et surinvestissent ce qui est « vu » grâce aux outils d'imagerie.
L'utilisation d'un acte technique est reconnue par tous les praticiens comme un moment privilégié pour faire passer un certain nombre de messages.
La douleur est le motif le plus fréquent de consultation.
L'hygiène de vie est considérée comme l'élément clé de la prise en charge. Il est verbalisé comme difficile de motiver les praticiens sur la diffusion de ce message car il est aussi vécu comme une reconnaissance de la « non toute puissance » médicale. Les praticiens interrogés regrettent l'absence d'information officiellement délivrée par les sociétés savantes autour de ce problème.
Les médecins généralistes sont décrits comme des relais indispensables et fondamentaux autour de la délivrance d'un certain nombre de messages concernant les symptômes et leur prise en charge spécifique, au delà de la prise en charge des varices.
Le développement d'une recherche de qualité autour de problématiques de santé non graves, avec élaboration d'outils adaptés, apparaît comme un axe d'avenir majeur pour une meilleure prise en charge de cette pathologie.

Les pharmaciens

Les pharmaciens se sentent de plus en plus sollicités autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse du fait notamment du déremboursement progressif des spécialités veinotoniques. Les patients sont cependant décrits comme très revendicatifs autour de la notion de remboursement des traitements, au titre d'un juste retour sur cotisations.
La possibilité d'une consultation pharmaceutique autour du médicament et des thérapeutiques proposées est revendiquée.
La nécessité d'une réflexion autour de la prise en charge de la symptomatologie fonctionnelle est avancée. Pour cela il apparaît nécessaire de développer des outils de recherche adaptés, intégrant le monde officinal, en vue de l'élaboration d'une recherche de qualité, centrée sur le patient et sur les réalités concrètes de terrain.

5- Résultats de la phase exploratoire : Le point de vue des experts

5-1 Présentation des experts

Ont accepté de participer et d'enrichir ce travail :

M. Claude Le Pen, *Professeur à l'Université Paris Dauphine, Agrégé des Facultés des Sciences de l'Economie, expert auprès de la Mission Interministérielle d'Evaluation des Politiques publiques, Membre de la Commission de la Transparence du Ministère des Affaires Sociales (chargée de se prononcer sur l'admission au remboursement des nouveaux médicaments) spécialisé autour des questions de santé et dont les publications autour de notre problématiques sont nombreuses et abouties*

L'entretien a eu lieu le 9 juin 2006 à 14 heures dans son bureau au sein des locaux d'AREMIS Consultants à Neuilly sur Seine.

Celui-ci a duré 1 heure.

M. le Dr. Xavier Copin, *Directeur Général OGILVY Health, Docteur en Médecine, MS Marketing Management ESSEC, spécialisé dans l'élaboration des stratégies marketing de l'industrie du médicament. Il a entre autre dirigé la campagne publicitaire auprès du laboratoire GANZONI / SIGVARIS autour de la contention veineuse.*

L'entretien a eu lieu le 16 juin 2006 à 9 heures.

Celui-ci a duré 1 heure ¼ et a eu lieu au Café Beaubourg.

M. le Pr. Jean-François Bergmann, *Docteur en Médecine, chef de service de médecine interne de l'Hôpital Lariboisière, Vice Président de la Commission d'AMM, Spécialiste en méthodologie des essais cliniques, membre de la Commission de transparence autour de la réévaluation des médicaments veinotoniques, membre du Conseil pour l'automédication, Vice Président de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Professeur de Thérapeutique.*

L'entretien a duré 1 heure et a eu lieu le 17 juin 2006 dans son bureau hospitalier de l'Hôpital Lariboisière.

M. le Dr Meyer, *Docteur en Médecine, Directeur de l'Evaluation des Actes et Produits de Santé de la Haute Autorité de santé.*

L'entretien a eu lieu de 29 août à 9 heures. Pour des raisons pratiques, cet entretien a été réalisé par téléphone et a duré 1H30.

5-2 Les principales idées de chaque interlocuteur

Comme nous l'avons détaillé dans la partie précédente, et plus spécifiquement au sein de cette population, chaque entretien a bénéficié d'une analyse de contenu avec découpage par thème. Chaque entretien a été retranscrit intégralement puis soumis à l'interviewé pour relecture et corrections éventuelles. L'intégralité de la discussion est rapportée en annexe.

5-2-1 La visée de l'économiste

L'abandon du terme de médecine de confort mais pas de son contenu

Le terme de médecine de confort est reconnu comme ambigu, le terme « confort » étant un mot d'usage courant, il possède de ce fait une multitude de significations possibles en fonction des interlocuteurs. Ce terme a ainsi été abandonné et a finalement complètement disparu du vocabulaire officiel en 1999, au profit de la notion de Service Médical Rendu (SMR) dans un système qui se veut de plus en plus tourné vers l'évaluation.

Cependant, en soi, pour notre expert, cela ne signifie pas qu'une médecine dite de confort et qui regrouperait des notions s'apparentant à l'amélioration de la qualité de la vie, ne soit pas pertinente et nécessaire dans une société qui se veut de progrès. Ainsi il note une évolution des mentalités, avec une prise en charge de plus en plus présente du symptôme, indépendamment de la cause, et en parallèle une légitimation de la prise en charge médicale de problèmes de santé construits sur des bases non strictement scientifiques comme les problèmes psychologiques dont la « déprime » pourrait représenter un exemple.

La nécessaire hiérarchisation des priorités de prise en charge par la société

Il est important pour notre expert, d'opérer une distinction claire entre décision de prise en charge d'une pathologie par une société et reconnaissance de l'existence de cette pathologie par l'ensemble du corps social.

La décision de prise en charge financière d'une problématique de santé par la collectivité est conditionnée par 3 facteurs déterminants principaux :

- La gravité de la pathologie
- Les connaissances scientifiquement validées autour de la physiopathologie et des possibilités pharmacologiques incluant des certitudes concernant les mécanismes d'action des molécules proposées.
- Une efficacité thérapeutique évaluée selon les critères admis par la communauté médicale scientifique.

Il s'agit aussi de pondérer ces notions les unes par rapport aux autres et ainsi, par exemple, d'effectuer la balance entre gravité de la pathologie et efficacité des traitements pour estimer ce qu'il est légitime d'attendre ou d'accepter, pour pouvoir les intégrer à l'arsenal thérapeutique pris en charge par la collectivité.

Plus spécifiquement autour de l'insuffisance veineuse

La symptomatologie fonctionnelle veineuse représente avant tout une pathologie de l'hygiène de vie. Cela pose la question de la médicalisation d'un problème issu d'une tendance sociétale générale à la sédentarité.

Les disparités importantes qui existent au sein des différents pays d'Europe font de ce problème de santé, une problématique avant tout française, modérément allemande, et paradoxalement peu présente au sein des pays d'Europe du Sud. Notre intervenant propose l'hypothèse d'une pathologie possédant davantage une signification sociale plutôt que médicale. En dehors de tout élément de preuve, ce fait reste interpellant.

Quelles propositions ?

<u>En termes de traitement médical</u>

Les principaux traitements reconnus pourraient être rendus accessibles au public sans ordonnance (comme c'est déjà le cas pour les traitements veinotoniques), et de ce fait permettre une ouverture de ces marchés en dehors du cadre fermé de l'officine. En gonflant les volumes, cela permettrait de faire baisser les prix. On pourrait ainsi imaginer le développement d'un marché de médications de type familiales qui pourrait obéir à des règles propres en dehors du cadre strict du soin tel que nous l'entendons actuellement. Cela permettrait de développer davantage la place faite à des solutions de type profane qui pourraient s'avérer à terme tout aussi, voire plus, efficaces que les solutions dites médicales actuellement disponibles.

<u>En ce qui concerne les autres possibilités de traitement</u>

Le traitement par contention ne peut être considéré pour notre intervenant comme LA solution du fait des limites de compliance observables face à un traitement orthopédique contraignant. Même si des progrès indéniables ont été faits, la mise en place de la contention implique la reconnaissance d'un statut de malade. Le fait de porter par temps chaud un accessoire que personne d'autre ne porte en dehors des patients souffrant d'une pathologie veineuse est forcément un élément limitant.

La réalisation d'un programme d'éducation grand public est pour cet intervenant difficile à mettre en place car il existe des causes plus importantes pour lesquelles l'information de

masse est fondamentale et qu'il n'est pas possible de faire passer un grand nombre de messages sans prendre le risque de les dénaturer ou en tout cas de les rendre moins impactants.

Un problème qui dépasse le phénomène de la jambe lourde

L'importance de pouvoir coller à la réalité de terrain dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques et de prise en charge est une dimension sur laquelle insiste notre intervenant. Il est important notamment autour de pathologies de moindre gravité de pouvoir proposer des solutions réalistes et facilement applicables, en tenant compte des tendances sociétales sous jacentes en matière de santé, comme par exemple en France cette tendance à la prescription médicamenteuse systématique, à laquelle praticiens et patients semblent attachés.

Ainsi les logiques différentes qui s'affrontent autour de la problématique de la « jambe lourde » dépassent le sujet de la prise en charge de l'insuffisance veineuse.

En fond, bien sûr, il est important de rappeler les intérêts financiers considérables qui existent autour de l'industrie du veinotonique avec un lobbying pharmaceutique très présent, et un positionnement affirmé de la France dans ce domaine.

La dimension sociologique de ce problème est à prendre en compte avec une plainte qui existe tout particulièrement chez les travailleurs et notamment les professions intermédiaires. Cela semble s'inscrire de manière plus large, dans une véritable crise identitaire au sein d'un système économico-politique en pleine mutation. Ainsi l'attente d'une reconnaissance politico-médicale de ce problème de santé semblerait dépasser très largement la relation de soin.

5-2-2 La visée du publiciste

Historiquement

Le fait que l'insuffisance veineuse chronique ait une implantation forte en France est un fait reconnu. Parallèlement, (ou peut-être en amont…) on note une implication importante de l'industrie pharmaceutique française autour de ce problème. La pression de la visite médicale est importante et peut être objectivée par le nombre de visites autour de ce sujet. Même si celle-ci fait actuellement l'objet d'une réglementation rigoureuse, il n'empêche que l'on souligne toujours ce lien entre la « pression » exercée par l'industrie pharmaceutique et le nombre de prescriptions. Cela finit ainsi par faire naître de véritables convictions chez les praticiens.

Au-delà de tout : la relation de soin

Quel que soit le niveau de la réflexion il est important de rester attentif à la souffrance des gens. Même si aujourd'hui l'accessibilité de la consultation est facile, ce geste garde pour les patients une dimension très particulière, qui doit amener le praticien à reconnaître au moins la plainte, même s'il ne la légitime pas. Il existe un ressenti très différent de la notion de douleur et de sa tolérance en fonction de chaque personne et cela se doit d'être respecté.

Même si il existe une dimension sociétale indéniable à cette souffrance, celle-ci mérite aussi d'être entendue. Une analyse doit être faite secondairement afin de pouvoir répondre de la manière la plus pertinente possible à la demande. En cela les disparités qui existent au sein même de l'Europe, sur la place du symptôme et sur la place des traitements prescrits pourrait être une base de travail intéressante, mais encore une fois cela ne doit pas forcément signifier la négation du problème.

La nécessité d'impliquer davantage les patients

Il serait légitime de mettre en place un véritable travail éducatif autour de ces questions de santé d'un poids économique important et pour lesquels la base du traitement repose sur l'hygiène de vie.

Les choix politiques actuels ne favorisent pas l'éducation faite au cabinet du médecin (diminution du nombre de praticien, prix de la consultation…), alors cela favorise la prescription puisqu'il faut bien que le praticien réponde quelque chose. Parallèlement s'oppose la problématique de la hiérarchisation des messages à faire passer (l'éducation des patients diabétiques est dores et déjà insuffisante). Cela devrait faire l'objet d'une véritable réflexion en balance des coûts induits par ce genre de pathologie.

Si la consultation médicale n'est, pour cet intervenant, pas forcément le lieu pour faire passer de tels messages, on pourrait imaginer mettre en place de véritables programmes d'éducation à la santé, par le biais notamment de l'outil informatique, débutant en milieu éducatif scolaire. La difficulté principale de ce genre de mesures serait de pouvoir assurer la validité et l'objectivité des messages délivrés, entre organisme payeur et industrie pharmaceutique, sous contrôle médical. Ceux-ci sont pour notre interlocuteur dans l'attente d'un partenariat avec les instances officielles. L'implication des gens pourrait aussi se faire à l'échelle politique. Les choix de santé à faire sont une évidence pour tout le monde et cela pourrait être l'endroit pour développer des attitudes citoyennes en impliquant les gens autour de ces décisions nécessaires. L'Assurance Maladie pourrait communiquer dans ce sens, même si les campagnes d'information actuelles pourraient être nettement améliorées, d'après notre professionnel.

En cela les médecins du travail pourraient représenter des relais importants.

La responsabilisation des patients est pour notre intervenant une dimension fondamentale, d'autant plus dans une société qui semble vouloir accepter de moins en moins les contraintes.
Ce mythe d'une médecine gratuite et totipotente serait à revisiter, le sujet devant être remis au centre des préoccupations mais aussi re-responsabilisé dans un système basé sur la solidarité et qui évolue sur un fond de crise économique.

Quelles propositions ?
Il est important de rendre plus cohérents et lisibles les messages délivrés autour des différents traitements disponibles.
La reconnaissance du symptôme représente en soit un acte médical, y compris en dehors de tout traitement radical à y opposer ; l'effet bénéfique de la relation de soin pourrait être davantage étudié, particulièrement dans ce genre de situations cliniques.

5-2-3 La visée du représentant de la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché :

Un amalgame dommageable entre remboursement et efficacité
Notre interlocuteur souligne la confusion qui existe entre Autorisation de Mise sur le Marche d'un côté et remboursement de l'autre. Les veinotoniques sont actuellement commercialisés car à l'échelle collective il est recensé très peu d'accidents causés par ces médicaments et qu'on leur confère une certaine innocuité, en regard d'une efficacité qui reste à démontrer. Par contre cette insuffisance d'effet pose le problème du remboursement, c'est à dire du choix fait par la société de prendre en charge telle ou telle type de médication.
Le problème du remboursement par la collectivité d'un médicament ne devrait pas signifier autre chose que le risque que cette collectivité décide de couvrir. Or la discussion autour des phlébotropes est vraisemblablement ailleurs.

Un problème de santé qui reste obscur
Ce problème de santé qu'est la symptomatologie fonctionnelle veineuse est décrit comme un enjeu majeur de santé publique. Si ce problème est très fréquent en France, l'interrogé soulève la constatation que cela n'est, semble t'il, pas le cas ailleurs en Europe, et notamment dans les autres pays de l'Europe du Sud.
Si la physiopathologie de la douleur reste inconnue encore à ce jour, les possibles modes d'action des veinotoniques le sont aussi et ceci fait qu'il est difficile de ne pas remettre en cause l'existence de ce problème de santé en tant que pathologie *stricto sensu*. Cela ne signifie pas que la souffrance n'existe pas, mais que sa dimension principale n'est peut-être

pas de physiopathologie veineuse. Pour notre interrogé, il existe un amalgame, entre problèmes sociaux et problèmes médicaux, qui se cristallise tout particulièrement autour des traitements veinotoniques.

En outre, les différents acteurs du système de santé sont mal formés quant à leur pratique future ; que ce soit les pharmaciens autour du médicament ou les médecins autour des problèmes de santé dits « fonctionnels » qui représenteront pourtant un volume important des motifs de consultation à venir.

La nécessité d'une perspective cohérente

Pour notre intervenant, le veinotonique est assimilable à un traitement placebo.

La question du remboursement des traitements placebo est à son sens un sujet tout à fait pertinent, mais qui nécessiterait d'être posé en tant que tel, plutôt que de proposer une solution intermédiaire comme cela peut être le cas actuellement, avec un niveau de remboursement à 15%.

Un surinvestissement du médicament

Les patients sont décrits comme dans l'attente d'une solution médicamenteuse et les médecins français sont reconnus comme très attachés à l'acte de prescription. Pour notre interrogé, la discussion ne s'ouvre, le plus souvent, pas assez autour des possibilités de modification de l'hygiène de vie, et sur l'efficacité de ces règles simples.

Le médicament est l'enjeu de nombreux lobbys, d'où les difficultés d'imagination d'un système de distribution différent, comme l'ouverture du marché du médicament en dehors des pharmacies.

Quelles solutions ?

En tout premier lieu pour cet intervenant, il paraît nécessaire de dissocier niveau de remboursement et efficacité.

L'obligation de faire des choix de société autour des priorités de santé définies, en choisissant de privilégier le remboursement de tel ou tel traitement dans le cadre de telle ou telle pathologie, en fonction de critères objectifs et dans une politique sanitaire cohérente, apparaît à notre intervenant comme la première des pierres à poser. Au-delà de cela, il s'agit bien de la définition des missions que nous choisissons pour notre système de santé, qui doit se poser au cœur du débat.

L'éducation à la santé est nécessaire pour mener à bien ces objectifs et ne doit pas se résumer à des vœux pieux.

Une autre solution apparaît pour notre expert être la promotion de l'automédication, avec l'élaboration de labels afin de pouvoir guider le consommateur et en élaborant des fiches éducatives par symptôme.
Autour plus spécifiquement de la symptomatologie veineuse, il est proposé de mieux former les praticiens et notamment les médecins généralistes autour de ce type de problèmes de santé récurrents, afin notamment de pouvoir mieux les dédramatiser et abolir le flou qui peut actuellement exister entre les différentes pathologies circulatoires.
Ainsi notre intervenant prône le courage dans les décisions à venir concernant les sujets de santé, en se basant sur des données scientifiques simples et clairement établies.

5-2-4 La visée du représentant de la Haute Autorité de Santé

Insuffisance veineuse et solutions thérapeutiques

La problématique qui se pose pour cet intervenant est celle du remboursement. Ce choix s'effectue sur des critères qui sont mis en balance ; la gravité de la maladie versus l'efficacité des thérapeutiques disponibles. En ce qui concerne l'insuffisance veineuse ce rapport est faible, raison pour laquelle la politique actuelle est d'aller vers le déremboursement de ces substances.
Un travail similaire est actuellement en cours autour de la contention veineuse, son évaluation a été tardive du fait de l'apparition secondaire de ces traitements par rapport au médicament.
Notre intervenant souligne ici la tradition médicale française forte autour de la solution médicament, et ce peut-être de manière encore accentuée autour des veinotoniques qui sont des substances à fort développement français. La possibilité d'une approche des problématiques de santé aussi fonction de la mentalité sociale du pays est avancée ici.

Au-delà du traitement, le problème de sa prise en charge

Le déremboursement se fait sur des critères de priorité de santé, et de choix sociétaux.
Les veinotoniques ne rempliraient pas, aujourd'hui, les critères actuellement nécessaires pour obtenir leur autorisation de mise sur le marché. Leur efficacité est possible pour notre expert, mais elle n'est pas démontrée. L'élément fondamental sous jacent est celui de la solidarité nationale et des choix sociétaux en matière de prise en charge, à la lumière d'un certain nombre d'arguments retenus comme pertinents.
La position de la Haute Autorité de Santé est aussi argumentée après avis pris auprès d'experts notamment des médecins vasculaires.

Une démarche à construire pour la prise en charge des troubles fonctionnels

De l'avis de notre expert, la réponse à apporter à la plainte fonctionnelle doit faire l'objet d'une véritable réflexion. Les médecins sont-ils les mieux positionnés pour répondre à cette demande ?

Il existe une implication forte du mode de vie dans l'apparition de ces symptômes, et il serait en ce sens nécessaire de promouvoir de véritables travaux de recherche, avec des outils adaptés et qui seraient à développer. Apprendre à travailler ensemble, entre praticiens de différentes spécialités mais aussi entre partenaires du soin différents, serait un fondement nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge de ce type de trouble.

Lorsqu'il n'y a pas de vérité scientifiquement validée, il y a un cadre négocié plus ou moins flou, face auquel il est important de pouvoir répondre avec des outils qui sont eux aussi le plus souvent négociés.

Les médecins sont actuellement en peine pour répondre à une plainte qui n'a pas de cadre académique.

Il y a souvent un aspect culturel à la plainte, comme cela peut être le cas autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse en France, ainsi qu'une implication forte du mode de vie… Cela dépasse à l'évidence le seul problème du remboursement.

Quelles solutions ?

Le problème identifié comme central par notre interlocuteur est celui de la prise en charge par la solidarité nationale d'un trouble fonctionnel qui n'est pas grave et qui ne bénéficie pas d'un traitement démontré comme efficace. Les priorités actuellement définies dans un système de ressources épuisables sont fonction de la gravité de la pathologie. Il est important de communiquer sur ces choix qui conditionnent, de fait, les niveaux de prise en charge.

Pour notre intervenant, il est nécessaire de recentrer la médecine sur des axes d'éducation plus que sur des actes de prescription. En ce sens, une diffusion plus large du savoir médical autour de ces sujets de santé pourrait s'opérer en s'appuyant sur la transdisciplinarité, avec la participation des pharmaciens et des paramédicaux.

5-3 Convergences et divergences : Les principaux axes émergeant de la réflexion

La bénignité de la pathologie fonctionnelle veineuse et l'absence de solution académiquement validée pour l'instant pose, pour l'ensemble de nos intervenants, le problème du remboursement du médicament veinotonique.

L'intérêt de ces traitements est remis en cause par seulement certains de nos experts, mais tous sont d'avis de ne plus les rembourser.

Cet attachement au médicament serait pour certains le fait des praticiens et d'une mentalité médicale très attachée à la prescription, pour d'autres le résultat de campagnes de publicité bien menées qui amèneraient les praticiens à croire en leur efficacité à l'échelle individuelle. Quoiqu'il en soit le manque d'outils pour évaluer ce type de médication est reconnu par tous.

Face à cette symptomatologie et à sa prise en charge, il est avancé une possible médicalisation de problèmes sociétaux, comme une tendance à la sédentarité. Un possible sens social à la notion de jambe lourde est avancé, avec la cristallisation de ce type de problème sur fond de pression de l'industrie pharmaceutique.

Au-delà du traitement, certains intervenants avancent l'importance de la reconnaissance de la plainte, avec en solution la possibilité d'élaborer des campagnes d'éducation à la santé même si ce sujet reste visiblement polémique.

L'importance du développement d'attitudes et de réflexions citoyennes, en intégrant les différents partenaires du système, semble d'actualité, même si certains de nos intervenants affichent un certain manque de confiance à l'égard de la population générale autour de ce type de sujet.

Les possibilités de responsabilisation des sujets en matière de santé de santé semble une notion controversée.

Le manque de formation des praticiens et le manque d'outils d'évaluation quant à la pertinence des différentes attitudes thérapeutiques proposables est avancé comme une dimension non négligeable du problème posé, entre autres, par l'insuffisance veineuse fonctionnelle, mais aussi globalement par de nombreux problèmes de santé publique d'origine fonctionnelle.

6- Des interrogations concrètes motivant la nécessité d'une phase quantitative

6-1 Fondements de la partie quantitative destinée aux patients : L'émergence de la notion de handicap

6-1-1 Un discours centré sur ce qui est empêché

L'analyse des résultats de la phase qualitative s'adressant aux patients nous permet d'aboutir à la conclusion que c'est bien ce qui est empêché par la symptomatologie subjective veineuse qui définit pour le patient son statut de malade, bien plus que par la présence d'une certaine typologie de symptômes. Ainsi il semble exister un niveau de gêne fonctionnelle à partir duquel le patient se sent malade, du fait des implications concrètes dans son quotidien de la symptomatologie. Puisque la physiopathologie de la symptomatologie fonctionnelle veineuse nous échappe, cela ouvre la perspective d'une approche centrée sur le ressenti du patient. A ce titre, elle permet l'élaboration d'un outil de mesure clinique de la plainte, par le biais de ce qui est empêché. Cela permettra d'avoir accès à des données qui restent centrées sur le ressenti du patient mais qui se dégagent d'une partie de sa subjectivité en restant dans le domaine « semi-objectif » du retentissement des symptômes sur le quotidien.
Cela s'inscrit dans une visée du soin, centré sur celui à qui il s'adresse , et rejoint en ce sens la visée éthique de la notion de prendre soin.
L'élaboration d'un tel outil pourrait servir de base afin de concrétiser la notion de démocratie sanitaire.

6-1-2 L' émergence d'items dont le point d'ancrage est la notion de handicap

Les items retenus
Après analyse, il ressort que le discours des personnes interrogées se centre sur ce qui est entravé par les symptômes, et que c'est ce qui est entravé par les symptômes, qui confère au patient son statut de malade.
Les signes cliniques, tout en étant un élément important, peuvent être abordés autrement.
Après une première analyse, nous nous sommes aperçus de la redondance d'un certain nombre de thèmes « pilotes », autour de cette notion de « handicap ».
Nous avons ainsi retenu 9 domaines exprimés par l'ensemble des sujets, comme étant particulièrement représentatifs de la gêne.
Les thèmes ainsi retenus comme les plus pertinents sont :

- Les activités de la vie quotidienne
- Le sommeil
- La vie sociale
- Les déplacements
- Les loisirs
- L'habillement
- L'alimentation
- Le travail
- Et pour les femmes, la grossesse

Une approche centrée sur le quotidien du patient

Ainsi les différentes situations décrites, comme étant source de handicap chez les insuffisants veineux, ont été regroupées en vue de leur validation, sous la forme d'une grille.

Ceci a fait l'objet de la seconde partie de ce travail, conformément à la démarche participative, où il s'agit toujours de confirmer ou d'infirmer secondairement les données nées de la phase qualitative.

La finalité de cette deuxième partie sera donc d'élaborer un outil à la fois adapté, mais aussi pertinent, dans une approche aussi bien clinique que sociétale, puisque nous partons du principe, dans sa construction, que le handicap social peut être entendu comme une approche nécessaire, en parallèle du symptôme. Notre postulat est que ce nouveau point de vue pourra permettre à la fois une approche plus fine, mais aussi un meilleur suivi des patients, puisque plus global, et directement ancré dans une réalité de terrain. Cela s'inscrit au cœur d'une dimension d'éthique clinique, au-delà de l'obligation contractuelle, telle que rappelée au sein de la loi du 4 mars 2002 [42].

La grille de handicap est présentée en annexe.

Les résultats de la phase quantitative sont présentés dans la seconde partie de ce travail.

[42] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible http://journal-officiel.gouv.fr

6-2 Fondements de la partie quantitative praticiens : Quelles réalités sur le terrain ?

6-2-1 Des données contradictoires à approfondir

Comme nous venons de le voir, des résultats contraires et parfois contradictoires ont émergé de la phase qualitative. Il était donc important d'aller plus loin par une phase quantitative, qui seule nous permettrait de pouvoir véritablement poser les bases de notre réflexion.

Les objectifs de cette seconde partie étaient, comme nous y reviendrons, de mettre en face de ces réflexions, les réalités des pratiques du terrain, afin de repositionner le débat dans la sphère du concret. Le but était ainsi de faire une étude des pratiques.

Pour cela, il n'était pas nécessaire de mener cette deuxième partie prospective auprès de toutes les typologies de professionnels de santé sollicités au cours de la première partie. Seuls les médecins vasculaires, parce qu'ils sont les praticiens préférentiellement en rapport avec le sujet, et les médecins généralistes car, en tant qu'omnipraticiens, ils sont au cœur du système de santé, ont été interrogés.

6-2-2 La réalisation des questionnaires

Après réflexion et discussion avec le comité de pilotage, seuls les items qui apparaissaient comme les plus pertinents pour dresser un tableau des réalités des pratiques ont été sélectionnés, afin d'élaborer un questionnaire court.

Les médecins généralistes :

Le questionnaire abordait la fréquence de la plainte fonctionnelle, la typologie de la plainte ressentie par le patient, au cours de la dernière consultation où ces symptômes avaient été exprimés et le motif de cette consultation. Les autres diagnostics étiologiques étaient recueillis ainsi que la solution thérapeutique adoptée au cours de cette consultation. Le statut du praticien lui-même en termes d'insuffisance veineuse et les traitements qu'il suivait pour cela étaient renseignés.

Les médecins vasculaires :

De la même façon, la fréquence de ce motif de consultation sur leur lieu d'exercice était abordé. Les questions prenaient ensuite l'exemple de la dernière consultation en en demandant le motif de la plainte, la typologie de consultant, la durée et le type de traitement proposé. Les antécédents du praticien en terme d'insuffisance veineuse et surtout de symptomatologie fonctionnelle étaient renseignés.

CHAPITRE 2 - La symptomatologie fonctionnelle veineuse : Quelles réalités sur le terrain pour les patients ? Les résultats de la phase quantitative

1- Objectifs:

1-1 Objectif principal

L'objectif principal de cette deuxième partie est de valider de manière quantitative les résultats obtenus lors de la première phase de ce travail.

Ainsi, pour les patients, comme nous venons de le voir, il s'agit de valider la phase qualitative dont les items ont été élaborés grâce aux résultats de l'étude qualitative réalisée au préalable, appelée *grille de handicap*.

1-2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires ont été :

- d'élaborer un *score de handicap* de la maladie veineuse chronique, synthétisé au maximum, afin de le rendre utilisable de manière simple en pratique clinique courante,
- d'étudier les éléments socio-démo-culturels en relation avec un niveau de handicap plus élevé autour de la maladie veineuse chronique,
- de développer une nouvelle approche de la plainte fonctionnelle via le retentissement du symptôme sur le quotidien du sujet et d'élaborer ainsi un nouveau mode d'approche du ressenti du sujet davantage situé dans le registre du vécu.

2- Méthodologie de la phase quantitative

2-1 La méthode de collecte de données

2-1-1 L'élaboration et l'organisation du questionnaire

Comme le rappelle Evrard et al [43], *« la construction du questionnaire est sans doute la phase la plus délicate dans la mise en œuvre d'une enquête »*. Phase délicate, car il s'agit *« de jongler entre les objectifs de simplicité et de clarté pour les personnes interrogées et ceux de rigueur et de précision pour respecter les définitions des variables »* (Igalens et Roussel [44]).

La construction s'est donc effectuée en s'efforçant de respecter les trois objectifs du questionnaire, selon les recommandations de Malhotra, Décaudin et Bouguerra [45] :

« 1. Traduire les informations requises en une série de questions fermées

2. Les regrouper en un minimum d'item articulés de manière pertinente afin de faciliter, à la fois la motivation du répondant, mais aussi celui de l'enquêteur

3. Minimiser les erreurs de réponse ».

Nous avons choisi de développer la notion handicap, en se détachant du détail du symptôme, mais en s'inscrivant au cœur de la vie quotidienne du patient.

Le questionnaire ainsi construit était composé de deux parties :

- La première partie regroupe les données socio-démo-culturelles, les habitudes de vie, et une approche plus classique de la plainte veineuse centrée sur le symptôme
- La deuxième partie se rapporte au corps de la grille de handicap, élaborée grâce aux items ressortis comme pertinents au moment de la phase qualitative.

2.1.2 - Les différentes étapes

Différentes étapes ont donc été nécessaires pour concevoir le questionnaire définitif de cette recherche qui résulte de plusieurs pré-tests ayant permis d'en améliorer la dynamique ainsi que la formulation.

---

[43] Evrard Y, Pras B, Roux E.Etudes et recherches en sociologie.1991.Market.116p.

[44] Igalens J, Roussel P. Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines. 1998. Economica. 197p.

[45] Malhotra N, Naresh M, Décaudin JM, Bouguerra A.Recherche et études marketing. 2004. Market. 218p.

L'aval des professionnels de terrain

Un premier questionnaire a été soumis à huit professionnels d'horizons différents afin d'en valider la pertinence et la lisibilité. Ainsi un sociologue, deux médecins généralistes, un praticien hospitalier du service de médecine vasculaire, un praticien hospitalier agrégé de chirurgie vasculaire, un interniste, un épidémiologiste et un médecin du travail ont accepté de relire la grille. Leurs suggestions et leurs remarques ont permis d'effectuer certaines corrections, notamment dans la formulation des questions.

Le questionnaire corrigé a ensuite été pré-testé

La première évaluation de cet outil

Un premier pré-test a été réalisé initialement sur 31 patients, dans le courant de l'année 2006.

Le but de cette première approche était de s'assurer qu'aucun item n'apparaissait secondairement, et de valider l'organisation et l'ordre des questions.

Ainsi : 13 patients consultant au motif d'une insuffisance veineuse et présentant une symptomatologie fonctionnelle veineuse ont été inclus sur le site du service de Médecine Vasculaire de Rangueil,

8 patients de consultation de médecine vasculaire de ville, présentant une symptomatologie fonctionnelle veineuse ont été inclus,

5 insuffisants veineux de Médecine du travail, différents de ceux interrogés au moment de la phase qualitative ont été interrogés.

5 personnes ne se plaignant pas d'une gêne fonctionnelle attribuable à une insuffisance veineuse, choisis parmi des actifs et des consultants tout venant du service de Médecine Vasculaire de Rangueil ont été testés.

Le temps moyen nécessaire au remplissage de la grille a été de 6 minutes, après une courbe d'apprentissage courte. Aucun thème ou question importante ne sont apparus secondairement.

L'ordre des questions a été validé sur les critères de fluidité et de logique thématique du discours. Le vocabulaire employé a été simplifié pour 2 des items.

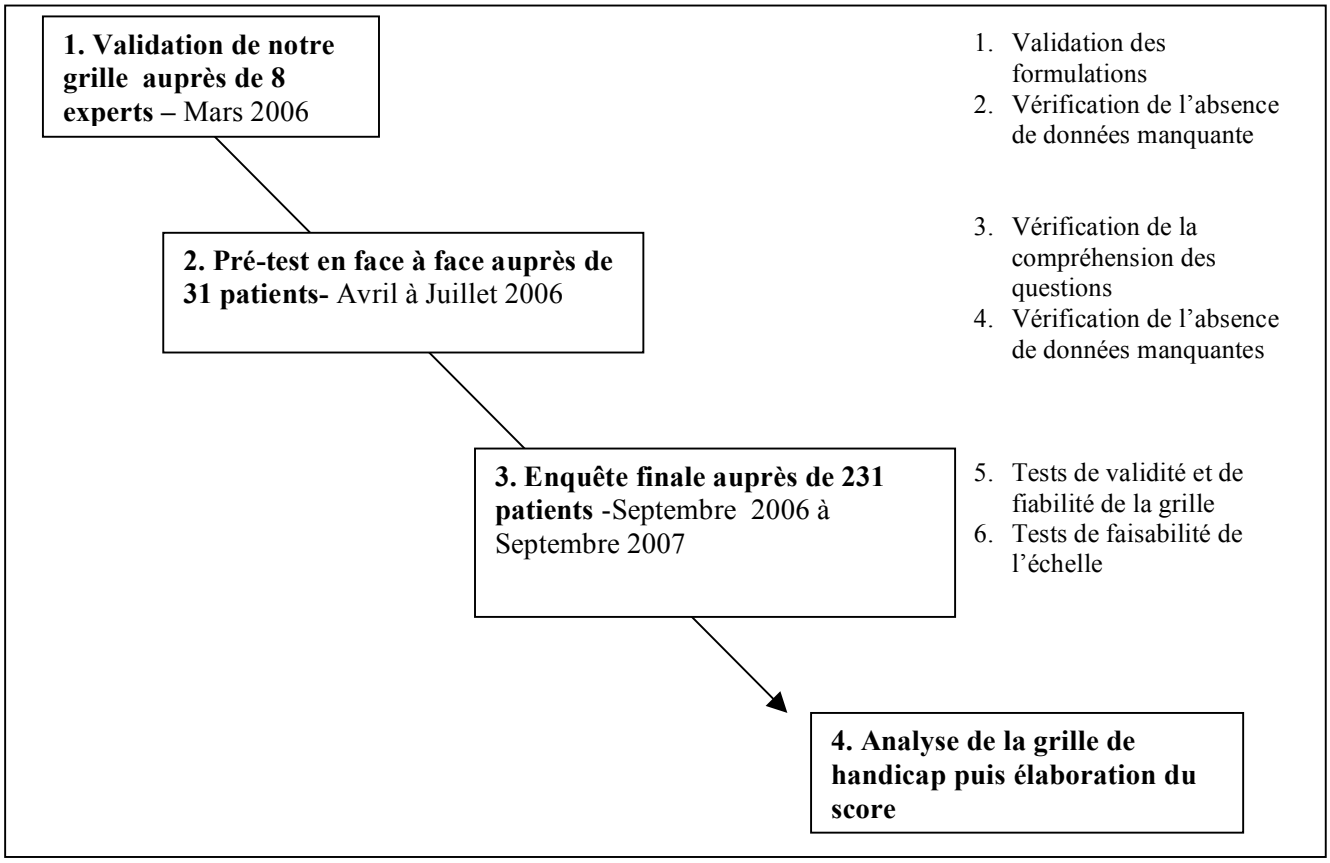
Ceci représente donc l'élaboration de la *grille de handicap* dont la fonction est d'affirmer ou d'infirmer la pertinence de l'approche construite sur les données de la partie qualitative.

En suivant, les résultats de l'analyse multivariée nous ont permis de construire un *score*, reflet non seulement de l'imputabilité des symptômes à l'insuffisance veineuse fonctionnelle, mais

aussi permettant d'avoir accès à un niveau de handicap, élaboré seulement sur les critères apparus en analyse multivariée comme les plus pertinents, afin de pouvoir en faire un outil simple utilisable en pratique clinique courante.

L'étude appelée Handiveine

L'étude dite Handiveine regroupe la réalisation et la validation de la grille ainsi que la finalisation du score. Ce travail s'est déroulée de avril 2006 à septembre 2007.



Les différentes étapes de l'étude Handiveine

2-1-3 La grille de handicap

Comme le rappellent Evrard *et al.* [46] : Un questionnaire représente *« l'instrumentalisation des hypothèses »*. Notre questionnaire a été construit sur la base des hypothèses rédigées à partir des éléments obtenus au cours de la phase qualitative.
Les 8 thèmes généraux ont été organisés de la manière suivante :

Thème 1 : Les travaux domestiques

Thème 2 : Le sommeil

Thème 3 : La vie sociale

Thème 4 : Les déplacements

Thème 5 : Les loisirs

Thème 6 : Les vêtements

Thème 7 : Le travail

Thème 8 : La grossesse

L'organisation du questionnaire

Le questionnaire se compose de 2 pages recto-verso et a une durée de passation moyenne de 5 minutes. Cela montre une courbe d'apprentissage qui s'est poursuivie après le pré-test, notamment en ce qui concerne l'interrogatoire des sujets non insuffisants veineux.
La première page recto reprend les critères d'exclusion. La première page verso comporte les données générales. Le corps de la grille de handicap correspond à la deuxième page recto-verso.
Une attention particulière a été portée au paragraphe d'introduction où il est rappelé que le questionnaire est anonyme et strictement confidentiel et que si certaines questions paraissent redondantes, elles ne le sont pas strictement ; il faut donc absolument répondre à toutes les

[46] Evrard Y, Pras B, Roux E.Etudes et recherches en sociologie.1991.Market.116p.

questions. Par ailleurs, il est demandé de répondre sincèrement aux questions, puisque celles-ci ne représentent qu'un approfondissement de l'interrogatoire médical classiquement conduit.

Toutes ces recommandations visent à optimiser la participation du sujet.

Le format de la grille de handicap

La capacité d'une échelle de mesure à rendre compte du phénomène étudié dépend en grande partie des qualités de l'échelle d'expression des réponses. Vernette [47] identifie quatre critères pertinents dans l'évaluation de l'efficacité d'une échelle :

- la rapidité d'administration,
- la simplicité de construction, de compréhension et de traitement,
- l'acceptation de l'instrument par le répondant
- la flexibilité de l'échelle à différents modes de recueil.

Nous avons tâché d'être attentif à chacun de ces paramètres.

L'essentiel des questions posées est fermé, il est cependant laissé la possibilité d'enrichir les items sur un certain nombre de thématiques ayant trait au ressenti du patient et au vécu concret de la symptomatologie veineuse.

Concernant la parité ou non des échelons de l'échelle, Malhotra *et al.* [48] estiment que ce choix *« dépend des réponses éventuelles des personnes interrogées : S'il est possible d'obtenir des réponses neutres (ou sans opinion), il faut utiliser un nombre impair de catégories ; si à l'inverse, on veut forcer une réponse, ou on estime qu'une réponse neutre ou indifférente ne sera pas satisfaisante, il faut employer une échelle d'évaluation avec un nombre pair de catégories ».* Les différentes échelles du corps de la grille de handicap comportent donc 5 échelons avec des ancrages sémantiques à chaque extrémité. Chaque fois que cela était pertinent un item « non concerné » a été construit, afin de pouvoir réellement pouvoir coller au plus prés des réalités concrètes de chaque patient.

La formulation des items et l'ordre des questions

Evrard *et al.* [49] rappellent la nécessité de porter une attention toute particulière à la formulation des items et l'ordre des questions afin d'éviter certains biais, comme l'effet de halo et l'effet de contamination, tous deux liés à l'interaction entre les questions.

---

[47] Vernette E. Les études qualitatives à la recherche du sens perdu. 2004. Décisions Marketing :36 ;107 p.

[48] Malhotra N, Naresh M, Décaudin JM, Bouguerra A.Recherche et études marketing. 2004. Market. 218p.

[49] Evrard Y, Pras B, Roux E.Etudes et recherches en sociologie.1991.Market.116p.

L'effet de halo existe si plusieurs questions sont posées dans le même sens ; La personne interrogée aura tendance à répondre toujours de la même manière. Nous avons tâché de réduire cet effet en divisant le questionnaire en 9 thèmes différents et bien circonscrits.
L'effet de contamination est relatif à l'influence directe d'une question sur les questions suivantes. Afin de le réduire, les questions pouvant avoir une influence directe sur les suivantes n'ont pas été placées les unes à la suite des autres.

2-2 Le recueil des données

La collecte des données s'est effectuée en deux temps :
Tout d'abord les questionnaires formant la grille de handicap avaient été soumis à des médecins vasculaires afin de pouvoir inclure les patients se plaignant d'une insuffisance veineuse fonctionnelle et les sujets, ne se plaignant pas d'une insuffisance veineuse fonctionnelle.
Nous appellerons abusivement *patients* les sujets inclus qui se plaignaient d'une symptomatologie fonctionnelle authentifiée d'origine veineuse par le praticien ayant examiné le patient et *témoins* les sujets inclus n'ayant pas de plainte veineuse et n'ayant jamais consulté pour ce motif.

En pratique il a été difficile d'avoir accès à des données de « témoins », car il était malaisé pour les praticiens ayant accepté de participer à l'étude de réaliser un second examen, veineux des membres inférieurs après la réalisation du premier examen motivant la venue du patient. Ainsi seuls 12 sujets ont été inclus par ce moyen et il s'agissait le plus souvent de patients adressés pour une suspicion de thrombose veineuse profonde chez qui celle-ci avait été dédouanée.

Ainsi, dans un second temps, des « témoins » ont été inclus de manière aspécifique, en interrogeant de manière systématique des patients de médecine du travail, recrutés parmi les actifs de la Société Nationale des Chemins de Fer au cours d'une consultation systématique de médecine du travail et des patients consécutifs de médecins générale.
Les praticiens avaient ainsi la consigne d'inclure les patients consécutifs sur 15 jours, quel que soit le motif de consultation et quel que soit le statut du patient en termes d'insuffisance veineuse. Nous avons donc ainsi inclus à la fois des « témoins » mais aussi des cas. Ces

derniers ont cependant été peu nombreux, ce résultat correspondant à ce qui avait été décrit au moment de la phase qualitative.

Plusieurs consignes étaient données :

- Présenter le questionnaire comme une enquête sur la maladie veineuse en général,
- Ne remplir le questionnaire qu'après avoir obtenu l'accord du patient sur le principe d'un deuxième examen clinique spécifique (ceci uniquement pour les patients de médecine du travail, où il était proposé au patient par le médecin du travail, de bénéficier d'une deuxième consultation strictement axée sur l'insuffisance veineuse et réalisée par un autre praticien).
- Essayer de solliciter autant d'hommes que de femmes dans les différentes tranches d'âge,
- Récupérer rigoureusement les questionnaires après avoir interrogé le patient, en anotant le numéro du centre d'inclusion et le numéro d'anonymat.

2-3 La réalisation pratique

Les « cas » ont d'abord été inclus auprès de médecins vasculaires de septembre 2006 à avril 2007. Pour cela 11 médecins vasculaires ont été sollicités.

Les « témoins » ont été inclus par 3 praticiens, d'avril 2007 à septembre 2007.

Le nombre de sujets nécessaires a initialement été évalué à 182 sujets (91 cas et 91 témoins). Cet effectif avait été calculé pour que l'étude puisse avoir une puissance suffisante pour pouvoir mettre en évidence une prévalence doublée dans le groupe « cas » par rapport au groupe témoin (puissance 80%, niveau de confiance 95%, prévalence attendue du symptôme le moins prévalent 20%).

La gestion statistique des données a été réalisé sous le logiciel Epi-info pour l'analyse univariée. L'analyse multivariée a été réalisée en utilisant le logiciel Stata.

3- Les résultats de la phase quantitative

3-1 La typologie des patients inclus

Au total, 231 patients ont été inclus, 127 étaient insuffisants veineux et 104 étaient non insuffisants veineux.

Caractéristiques	Fréquences en %		
	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Age :			
18-34 ans :	9,8	10,4	**10,1**
35-54 ans :	39,8	39,4	**39,6**
55- 64 ans :	46,8	47,2	**47,0**
+ 64 ans :	3,6	3,0	**3,3**
Sexe :	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Femme :	70,0	68,6	**69,3**
Homme :	30,0	31,4	**30,7**
Activité principale exercée	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Actif	70,6	70,8	**70,7**
Retraité	3,9	3,3	**3,6**
Chômeur	2,0	2,2	**2,1**
Au foyer	17,1	16,7	**16,9**
En maladie ou invalidité	6,4	7,0	**6,7**
Profession :	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Agriculteur exploitant :	0,1	0,3	**0,2**
Artisan, commerçant, chef d'entreprise :	5,5	6,3	**5,9**
Profession libérale :	1,3	1,4	**1,4**
Cadre moyen, technicien, agent de maîtrise :	27,0	26,6	**26,8**
Cadre supérieur, ingénieur, professeur :	4,3	5,1	**4,7**
Employé :	27,7	26,9	**27,3**
Ouvrier :	10,8	10,6	**10,7**
Retraité :	8,3	8,4	**8,3**
Sans activité : étudiant, femme au foyer, inactif :	15,0	14.4	**14,7**

Caractéristiques	Fréquences en %		
Nombre de grossesses:	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Non concerné	22,8	22,4	**22,6**
1	19,2	19,6	**19,4**
2	32,0	34,0	**33,0**
3 et plus	26,0	24,0	**25,0**
Traitement hormonal	Sujets	Témoins	**Moyenne**
OUI	75,0	74,0	**74,5**
NON	25,0	26,0	**25,5**
Position au travail	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Debout en piétinant	53,1	52,5	**52,8**
Debout en marchant	5,8	6,6	**6,2**
Assis	41,1	40,7	**40,9**
Exposition à la chaleur sur le lieu de travail	Sujets	Témoins	**Moyenne**
OUI	12,8	12,4	12,6
NON	87,2	87,6	87,4
Consommation de tabac	Sujets	Témoins	**Moyenne**
Moins de 1 cigarette par jour	68,8	69,0	68,9
Moins de 1à cigarettes par jour	2,8	2,6	2,7
De 10 à 20 cigarettes par jour	7,7	7,7	7,7
Plus de 20 cigarettes par jour	20,7	20,7	20,7

Les caractéristiques socio-démo culturelles des patients sont non statistiquement différentes de celles des sujets témoins ($p > 0,05$).

3-2 Le diagnostic d'insuffisance veineuse

L'origine veineuse de la symptomatologie a été retenue sur les caractéristiques sémiologiques de la douleur dans 75,5% des cas, et sur les critères de l'examen clinique dans 92,8% des cas.

83% des patients insuffisants veineux de notre étude se plaignaient de douleurs veineuses.
Les critères cliniques principalement retenus étaient majoritairement la présence de télangiectasies, la présence de varices, la présence d'un infiltrat veinolymphatique et l'œdème.
108 des patients retenus ont bénéficié d'un examen écho-doppler.

99 patients ont eu un examen écho-doppler afin de confirmer la présence de l'insuffisance veineuse et de faire son bilan, 28 patients sont diagnostiqués comme étant insuffisants veineux sur les seules données de l'examen clinique.
94,6 % des patients retenus comme étant insuffisants veineux ont les jambes lourdes.
93,3% des non insuffisants veineux ne se plaignent jamais de jambe lourde.

Insuffisant veineux	Jambes lourdes	Pas de jambes lourdes
NON Effectif Pourcentage	7 6,7%	97 93,3%
OUI Effectif Pourcentage	82 94,6%	45 35,4%

25% des patients insuffisants veineux se plaignent de crampes nocturnes. Ce signe n'est pas discriminant.

Insuffisant veineux	Crampes nocturnes	Pas de crampes nocturnes
NON Effectif Pourcentage	2 1,9%	102 98,1%
OUI Effectif Pourcentage	32 25,2%	95 74,8%

37 patients se plaignent plus spécifiquement d'autres symptômes avec en premier lieu des impatiences, des phlébalgies et un prurit du tiers inférieur de jambe.

3-3 Résultats de l'analyse univariée

Nous avons testé un à un ici les différents items, afin de définir lesquels ressortaient de manière significative pour l'élaboration de notre grille de handicap.

3-3-1 La gêne à l'endormissement

71,4 % des sujets interrogés ne se plaignent d'aucun trouble de l'endormissement, cependant 47,2% des patients verbalisent une gêne à l'endormissement à cause de la symptomatologie veineuse.

Insuffisant veineux	Jamais de gêne pour s'endormir	Gêne à l'endormissement
NON Effectif Pourcentage	98 94,2%	6 5,8%
OUI Effectif Pourcentage	67 52,8%	60 47,2%

La présence de crampes nocturnes est décrite par 48 % de nos insuffisants veineux.

Le fait de ne pas supporter le poids des draps ne concerne que 16,5% des patients insuffisants veineux.

Ceci n'est pas statistiquement significatif ($p > 0,05$)

Insuffisant veineux	Supporte les draps	Ne supporte pas le poids des draps
NON Effectif Pourcentage	103 99,0%	1 1,0%
OUI Effectif Pourcentage	106 83,5%	22 16,5%

3-3-2 Les travaux domestiques

Les courses au supermarché

15 % des personnes interrogées ne sont pas concernées par le fait de faire les courses au supermarché.

81,7% des non insuffisants veineux ne sont jamais gênés par le fait de faire les courses.

27% des insuffisants veineux se plaignent autour de cet item.

Ceci est statistiquement significatif ($p=0,0003$).

La cuisine

De la même 15% des personnes interrogées ne font jamais la cuisine.

Autour de cet item 80,8% des non insuffisants veineux ne sont jamais gênés.

26% de nos insuffisants veineux se plaignent d'être gênés pour faire la cuisine.

Ceci est statistiquement significatif ($p=0,0001$).

La vaisselle

28,6% des personnes interrogées disent ne jamais avoir à faire la vaisselle.

75% des non insuffisants veineux ne sont jamais gênés pour faire la vaisselle.

9% des insuffisants veineux sont gênés.

Ceci est statistiquement significatif (p= 0,0057) mais les effectifs sont trop réduits en ce qui concerne les insuffisants veineux, pour pouvoir conclure.

Le repassage

31,6% des personnes interrogées ne repassent pas.

90,9% des non insuffisants veineux disent ne jamais être gênés pour faire le repassage. A l'inverse 49,0% des insuffisants veineux se disent gênés pour cette tâche ménagère. Ces résultats sont statistiquement significatifs (p<0,0001)

La couture

Peu de personnes interrogées cousent, les résultats obtenus sur cet item ne seront pas exploitables pour l'élaboration de la grille, en effet, 48,5% des patients ne sont pas concernés. 57,7% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés pour faire de la couture. A l'inverse, 14,3% des insuffisants veineux disent être gênés. Ces résultats ne sont pas significatifs (p=0,04)

Le bricolage

De la même façon, le bricolage concerne peu de patients interrogés puisque cela ne concerne que 7,1% des 231 personnes interrogées au total. Cet item ne sera donc pas conservé dans la grille.

80,8% des patients non insuffisants veineux ne sont pas gênés et 22% des patients insuffisants veineux sont gênés pour réaliser cette activité. Ceci est statistiquement significatif (p<0,0001).

Le jardinage

31,2% des personnes interrogées ne jardinent pas.

98% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés autour de cet item. A l'inverse, 20% des insuffisants veineux sont gênés.

Le nombre de non concernés est trop important pour pouvoir garder cet item dans le score, mais la différence est ici significative (p<0,0001)

3-3-3 La vie sociale

Les longs moments assis

Cet item avait pour but d'explorer les moments conviviaux assis, comme les réunions de famille ou les longs repas au restaurant.

Seuls 6,5% des personnes interrogées se disent non concernées par cet item.

92% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés. A l'inverse, 50% des insuffisants veineux sont gênés pour assister à ce type de manifestations. Ceci est significatif (p<0,0001).

Les longs buffets debout

De la même façon pour les manifestations conviviales en orthostatisme, 79,8% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés et 65,2% des insuffisants veineux disent être gênés. Seulement 26 personnes se disent non concernées.

De la même façon que pour les longs moments assis, cela est significatif (p<0,0001).

Pour piétiner en ville

81,7% des patients non insuffisants veineux ne se disent pas gênés pour aller faire piétiner en ville, et là, il était fait allusion au shopping comme à la visite de sites.

52,6 % des insuffisants veineux sont gênés autour de cette activité.

Seules 25 personnes ne sont pas concernées par cet item sur les 231 personnes interrogées.

Ce résultat est significatif (p<0,0001).

Impact sur l'humeur

Peu de personnes ont l'impression de devenir irritables à cause de ce symptôme.

Insuffisant veineux	**Cela ne rend pas irritable**	**Cela rend irritable**
NON Effectif Pourcentage	87 96,7%	3 3,3%
OUI Effectif Pourcentage	84 67,7%	40 32,3%

Ces symptômes rendent globalement peu irritable dans la population, mais les insuffisants veineux se sentent, de manière statistiquement significative, plus irritables en fin de journée que les non insuffisants veineux (p<0,0001). Ainsi 32,3% des patients se sentent irritables en fin de journée à cause de ces symptômes.

3-3-4 Les loisirs

Le sport

Très peu de nos patients disent pratiquer une activité physique régulière, et seulement 12 patients verbalisent être gênés pour la réalisation de certaines activités, avec en premier cité le ski, et en second le roller.

Les musées

De même en ce qui concerne la visite des musées, 58 de nos 231 patients se disent non concernés. 80,8% des non insuffisants veineux se disent non gênés pour visiter les musées 32,5% des insuffisants veineux sont gênés. Cet item est significatif ($p<0,0001$).

Le cinéma

84,6% des patients non insuffisants veineux se disent non gênés pour aller au cinéma et 20,6% des patients insuffisants veineux se disent gênés pour les longues séances.
Cet item est significatif ($p<0,0001$).
Cependant18% des personnes interrogées ne sont pas concernées par cet item.

D'une manière plus générale les longues manifestations en position assise

91,3% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés et 50% des patients insuffisants veineux sont gênés autour de cet item.
Ceci est significatif ($p<0,0001$).

D'une manière plus générale les longues manifestations en position debout

93,8% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés et 62,3% des insuffisants veineux sont gênés autour de cet item.
Ceci est significatif ($p<0,0001$).

L'exposition à la chaleur

L'exposition à la chaleur concerne 84,3% des 230 patients interrogés.
97,8% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés pour s'exposer à la chaleur, en revanche 59% des insuffisants veineux sont gênés. 16% des insuffisants veineux verbalisent ne plus pouvoir le faire à cause des symptômes engendrés.
Ceci est significatif ($p<0,0001$).

L'exposition au soleil

Cet item avait aussi pour but de repérer les plaintes esthétiques masquées, pour les insuffisants veineux qui ne seraient pas gênés à la chaleur mais qui n'exposeraient pas leurs jambes au soleil.

En tout 189 patients sont concernés par cet item, 17,8% des patients ne s'exposant de toute façon pas au soleil pour d'autres raisons.

92,3% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés pour s'exposer au soleil. 13,7% des insuffisants veineux sont gênés pour le faire, avec de la même façon que pour l'item précédent, un fort taux de patients ne pouvant plus le faire du fait de l'insuffisance veineuse (7,4%).

Aucun insuffisant veineux ne verbalise de manière isolée une gêne pour s'exposer au soleil, sans gêne pour s'exposer à la chaleur.

3-3-5 L'alimentation

Chez 15% de nos insuffisants veineux, la prise d'alcool déclenche ou aggrave la symptomatologie d'insuffisance veineuse, suffisamment pour qu'ils en limitent de ce fait la consommation. Cet item a été trop peu renseigné pour aller plus loin dans l'analyse.

Ceci n'est pas retrouvé pour le sel ou pour le piment. Ces items qui avaient été exposés au moment de la phase qualitative ne se retrouvent pas confirmés au moment de la phase quantitative.

3-3-6 Les déplacements

L'avion

Seuls 136 de nos patients prennent l'avion (soit 41,1% de non concernés).

52,9% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés. 23,6% des insuffisants veineux sont gênés autour de cet item.

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

Le train ou le bus

96,7% des non insuffisants veineux ne sont jamais gênés pour les longs trajets en train ou en bus. A l'inverse, 43,5% des insuffisants veineux sont gênés.

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

77,9% des patients sont concernés par cet item. Seuls 53 patients se disent non concernés.

Les longs trajets en voiture

Seuls 8,7% des 231 patients interrogés se disent non concernés par cet item.

92,8% des non insuffisants veineux ne sont jamais gênés par une symptomatologie d'allure veineuse, d'après ses caractéristiques cliniques, pour faire de longs trajets en voiture.

A l'inverse, 52,2% des patients sont gênés.

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

3-3-7 Les vêtements

Cette catégorie de question concerne de fait majoritairement les femmes, d'où un nombre important de « non concernés » sur un certain nombre d'item.

Les vêtements serrés

144 des 230 personnes ayant répondu à cette question sont concernés par cet item.

96,8% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés. A l'inverse, 40% des insuffisants veineux sont gênés.

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

Les mi-bas

De la même façon seuls 164 patients sont concernés par cet item.

100% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés par le port de mi-bas.

Par contre, 65,3% des patients insuffisants veineux sont gênés, avec une forte proportion d'entre eux dont la gêne empêche le port de ce vêtement (19,6% des patients interrogés disent ne plus en mettre à cause des symptômes d'insuffisance veineuse que cela déclenche).

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

Les bottes

161 patients sont concernés par cet item.

100% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés par le port des bottes.

26,7% des patients insuffisants veineux sont gênés.

Ceci est statistiquement significatif ($p<0,0001$).

Les vêtements courts

Seuls 129 patients se disent concernés par cet item, que ce soient les femmes mais aussi pour les hommes avec le port de bermudas.

98% des non insuffisants veineux ne sont pas gênés par le port de vêtements courts.
A l'inverse, 31,5% des insuffisants veineux sont gênés.
Ceci est statistiquement significatif (p=0,002)

3-3-8 Le travail

Notre population se compose majoritairement d'actifs, comme nous venons de le voir.
56,6% des patients insuffisants veineux de notre population sont actifs.
Seuls 2 patients verbalisent avoir été obligés de changer de métier du fait de cette symptomatologie. Aucune des personnes interrogées ne dit avoir renoncé à un emploi à cause de cette gêne.

3-3-9 La grossesse

Seulement 51 patientes sont concernées par cette question.
Seules 6, soit 19,3%, de nos insuffisantes veineuses, disent que la symptomatologie veineuse représente pour elles un frein, dans le fait d'envisager une nouvelle grossesse.

3-3-10 Ce qui est le plus gêné

La dernière question avait pour but de hiérarchiser les items gênés par les symptômes.
Ce qui est le plus gêné par cette symptomatologie est en premier lieu le travail (34,6% des personnes interrogées), ensuite les travaux domestiques (pour 31,5% des personnes). La vie sociale arrive en troisième (30,7% des personnes interrogées) puis le sommeil (26%), les transports (11,8%) et les loisirs (10,2%). Les vêtements ne sont cités que par 4,7% des patients et l'item nourriture n'apparaît jamais.

Le travail	34,6%	p<0,0001
Les travaux domestiques	31,5%	p<0,0001
La vie sociale	30,7%	p<0,0001
Le sommeil	26%	p<0,0001
Les transports	11,8%	p=0,005
Les loisirs	10,2%	NS
Les vêtements	4,7%	NS
La nourriture	0,0%	

3-4 Les résultats de l'analyse multivariée

A partir des résultats de la première partie, nous avons cherché à construire un score de handicap de la maladie veineuse chronique, en reprenant en analyse multivariée, les items ressortis comme significatifs en analyse univariée.

Les variables qui ressortent ainsi comme pertinentes au moment de l'analyse multivariée sont en ce qui concerne les symptômes :

- La sensation de jambes lourdes, qui semble être bien spécifique de cette pathologie
- Les crampes, qui ressortent aussi de manière significative.

Autour des circonstances gênées par la symptomatologie, deux variables sont retenues :

- La position assise prolongée,
- l'exposition à la chaleur .

Les courses au supermarché et la cuisine ne ressortent pas spécifiquement.
Les autres items étaient sortis comme pertinents, y compris après les ajustements mais ces handicaps semblaient cependant liés entre eux.
Il ne reste en fin d'analyse que ces 2 facteurs discriminants et indépendants des autres facteurs (y compris les symptômes) que sont la position assise prolongée et l'exposition à la chaleur.

Ces différents éléments sont pondérés statistiquement ce qui nous permet au final de construire le score de handicap.
Celui se présente ainsi sur un total de 87.
Il a été ainsi construit après analyse bivariée utilisant le test du Chi2 (seuil de significativité < 0,05), puis analyse multivariée grâce à une régression logistique descendante. Le seuil de significativité pour entrer dans le modèle est de 0,05. La valeur du score correspond à la valeur du béta de la régression logistique. Cette valeur a été multipliée par 10 pour obtenir des nombres entiers.

Pour un score supérieur à 50, le handicap lié à la maladie veineuse est considéré comme présent. Cela pourra avoir une application immédiate évidente en milieu du travail.
Parallèlement la réalisation de ce score permet de pouvoir suivre les patients dans le temps et de pouvoir avoir une valeur de référence construite de manière objective, afin de pouvoir juger des différents traitements mis en œuvre.

Symptôme **jambe lourde**	OUI	NON	Total	SCORE
0	142	0	142	**/20**
20	0	89	89	
Total	142	89	231	
Symptômes **crampe**	OUI	NON		
0	197	0	197	**/24**
24	0	34	34	
Total	197	34	231	

Gêné à la Station **assise** prolongée	OUI	NON	Non concernés	Total	SCORE
0	147	0	15	162	**/13**
13	0	69	0	69	
Total	147	69	15	231	
Gêné pour l'exposition à la **chaleur**	OUI	NON	Non concernés	Total	
0	133	0	37	170	**/30**
30	0	61	0	61	
Total	133	61	37	231	

Le score total est obtenu en additionnant les différents scores des différents items.

Jambes lourdes	/20	**/87**
Crampes	/24	
Gêne en position assise	/13	
Gêne à la châleur	/31	

A partir de ce premier travail, il sera possible de retravailler nos résultats pour pouvoir proposer des scores, plus spécifiquement adaptés aux femmes, en incluant la grossesse, ou aux sujets âgés, en retirant les items liés au travail. Ceci fera l'objet de travaux futurs.

Ces résultats rapportent la pertinence de notre approche par le handicap, centrée de fait sur la réalité quotidienne des patients.

CHAPITRE 3 - La symptomatologie fonctionnelle veineuse quelles réalités sur le terrain pour les praticiens ? Les résultats de la phase quantitative.

1- Objectifs:

1-1 Objectif principal

L'objectif principal de cette deuxième partie est d'évaluer de manière quantitative les résultats obtenus lors de la première phase de ce travail.
Ainsi pour les praticiens, il s'est agi de valider les réalités de la consultation autour de l'insuffisance veineuse fonctionnelle.

Notre principal souci étant de ne pas dévier vers un sondage d'opinion, nous avons voulu en rester à des données très factuelles, en prenant l'exemple de la dernière consultation où la plainte veineuse avait été exprimée par un patient.

1-2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de voir si des éléments socio-démo-culturels et si le statut personnel des praticiens face à l'insuffisance veineuse intervient dans leur façon d'aborder cette pathologie.

2- Méthodologie de la phase quantitative

2-1 Elaboration de la phase quantitative

2-1-1 Le choix des thèmes à aborder

Les données obtenues lors de la phase qualitative ont été très riches et ont amené 2 types d'interrogation :

- Tout d'abord le problème de la prise en charge effective au sein des cabinets médicaux de l'insuffisance veineuse fonctionnelle
- Ensuite des questions d'ordre plus général sur l'avenir de la prise en charge de ce type de pathologies.

C'est volontairement que nous n'avons cherché à obtenir des données chiffrées que sur le premier axe. Aborder des valeurs plus larges nous faisait prendre le risque de retomber dans des dimensions plus subjectives, plus viscérales, alors que l'intention ici n'est nullement de faire du sondage d'opinion, pour les raisons argumentées dans la partie méthodologie.
Les thèmes abordés ont donc uniquement touché à l'appréhension de la symptomatologie fonctionnelle veineuse par le praticien en prenant l'exemple de la dernière consultation où cette symptomatologie avait été évoquée.
Le but était avant tout d'obtenir une vision simple de la façon dont se passait concrètement les consultations autour de la plainte veineuse, dans la réalité des cabinets de ville, afin de pourvoir opposer, à nos premières impressions, des données tangibles construites sur des réalités de terrain.

2-1-2 Les praticiens retenus

Les typologies de praticiens retenus pour la phase qualitative ont été décidées par le comité de pilotage, aux motifs de la recherche du maximum de pertinence mais aussi de la faisabilité concrète de l'enquête.
Ont été retenus pour cette deuxième phase :

- Les médecins vasculaires pour leur approche spécialisée, et en tant que pierre angulaire de la prise en charge de la pathologie veineuse, et
- les médecins généralistes, les réalités des praticiens de premier recours apparaissant bien évidemment essentielle.

Les médecins du travail n'ont pu être inclus pour des raisons logistiques. Au cours de la phase qualitative nous avons interrogé un groupe actif de ces praticiens, nous ne pouvions réinterroger les mêmes au moment de la phase quantitative. Le reste des médecins du travail de Midi-Pyrénées est très éclaté, sur un territoire géographique vaste et la réalisation pratique de cette enquête aurait été compliquée.
Les chirurgiens vasculaires sont peu nombreux en Midi-Pyrénées, et la majorité d'entre eux était présente lors de la phase qualitative.
La position des pharmaciens et leur articulation avec le reste des praticiens est, comme nous l'avons vue complexe, aussi nous ne les avons pas inclus dans cette deuxième partie.

2-1-1 L'élaboration des questionnaires

Afin de faire un état des lieux pratique concernant la réalité des consultations, nous avons donc construit le questionnaire. Ses questions portaient sur l'importance ressentie du motif de

consultation « symptomatologie fonctionnelle veineuse » dans l'activité générale du praticien. Les données de la dernière consultation étaient recensées, à savoir : la description de la plainte, les possibles confusions avec une origine artérielle neurologique ou rhumatologique à la douleur. Le traitement prescrit et la durée totale de la consultation étaient eux aussi relevés. De même, les symptômes ressentis en termes de symptomatologie fonctionnelle veineuse par le praticien étaient renseignés.

2-2 La méthode de collecte de données

2-2-1 le questionnaire pour les médecins généralistes

Le questionnaire comportait 1 page recte-verso et avait une durée de passation moyenne de 3 minutes. Ce questionnaire était auto-administré.

Les médecins généralistes ont été recrutés par le réseau des médecins généralistes enseignants. Le questionnaire leur était envoyé individuellement par courrier. Dans le pli adressé à chaque praticien se trouvait le questionnaire, une enveloppe pré-remplie et pré-adressée pour permettre le retour du questionnaire et une lettre d'accompagnement afin d'expliquer les modalités de remplissage des questionnaires et de situer le travail de recherche.

Une attention particulière a été portée à la lettre d'accompagnement où il est rappelé que le questionnaire est anonyme et strictement confidentiel. Il est comme toujours recommandé de répondre sincèrement aux questions, aucun moyen de levée de l'anonymat n'étant possible.

Le questionnaire et la lettre d'accompagnement sont présentés en annexe.

2-2-2 Le questionnaire pour les médecins vasculaires

Ce questionnaire se composait d'une page recto-verso et avait une durée de passation moyenne de 3 minutes. Ce questionnaire était lui aussi auto-administré.

Les médecins vasculaires ont été recrutés par le seul réseau régional de formation médicale continue en angiologie, nommé « Association Régionale de Médecine Vasculaire de la région Midi-Pyrénées » (ARMV-MP). Les questionnaires ont été distribués, remplis et récoltés en mars 2006 au cours d'une journée de formation Médicale continue organisée à Toulouse par cette association.

Le retour des questionnaires se faisait à l'aide d'un carton dont le couvercle était découpé, afin d'assurer les praticiens de l'anonymat des données récoltées. Cette urne était

placée à l'entrée de la salle de congrès. De la même façon que pour les médecins généralistes aucun moyen de levée de l'anonymat n'était possible et cela a été rappelé aux praticiens.

Le but du questionnaire et la gestion de ses résultats étaient expliqués verbalement en direct au moment de la remise du questionnaire.

Le questionnaire destiné aux angiologues est lui aussi présenté en annexe.

2-2 L'analyse statistique des résultats

Le but de ce travail étant de confirmer ou d'infirmer les données obtenues au moment de la phase qualitative, nous en sommes restés à une analyse univariée des items retenus pour la construction des questionnaires.

Nous nous en sommes tenus à des données observationnelles basées sur l'analyse de ce qui est rapporté de la dernière consultation où une plainte d'origine veineuse superficielle a été exprimée par le patient.

Les données ont été analysées par le logiciel Epi info.

3- Résultats de la phase quantitative praticiens

3-1 Les médecins généralistes et la symptomatologie fonctionnelle veineuse

3-1-1 Description de la population interrogée

Au total 83 praticiens ont répondu à notre enquête sur 85 praticiens sollicités soit un taux de réponse de 97,6%. Cet excellent taux de réponse s'explique par le mode de recrutement des praticiens inclus.

Sexe

27 % des praticiens interrogés sont des femmes.

Age

La médiane se situe à 51 ans (29 - 64 ans).

L'âge moyen des praticiens interrogés est de 47,6 ans.

Lieu d'exercice

La répartition des praticiens interrogés correspond à la répartition des maîtres de stage avec 42% des praticiens en zone urbaine, 33% en zone semi rurale et 15% en zone rurale.

3-1-2 La plainte veineuse lors de la dernière consultation

Typologie de la plainte

Pour les praticiens interrogés, la dernière fois qu'un patient s'est plaint d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse la plainte était surtout fonctionnelle

La dernière fois la plainte était…	**Pas du tout**	**En partie**	**Surtout**
Esthétique Effectif Pourcentage	 58 70%	 24 29%	 1 1%
Fonctionnelle Effectif Pourcentage	 5 6%	 8 9%	 71 85%

Motif principal de consultation

51,9% des patients se plaignant de jambes lourdes au moment de la consultation, consultaient en fait pour un autre motif.

Le renouvellement d'ordonnance est le motif principalement cité par les médecins généralistes comme étant à l'origine de la consultation où une plainte veineuse a été verbalisée.

Origine de la symptomatologie fonctionnelle décrite

92,7% des patients se plaignant de « jambes lourdes » avaient pour les praticiens interrogés une insuffisance veineuse.

1 seul patient présentait une insuffisance artérielle des membres inférieurs.

1 seul patient avait une pathologie neurologique intriquée.

7 patients avaient une pathologie rhumatologique associée.

Histoire familiale

13,8% des consultants se plaignant d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse ont des antécédents familiaux de pathologie cardiaque.

43,2% d'entre eux ont des antécédents familiaux de maladies vasculaires se décomposant comme suit (plusieurs réponses étaient possibles):

- Varices pour 33%

- Accidents artériels (infarctus, accidents vasculaire cérébrale, insuffisance cardiaque) 8,6%
- Ulcère pour 7,4%
- Phlébite pour 6,2%

Les traitements proposés

La contention veineuse

82,5% des médecins généralistes interrogés ont proposé à leur patient un traitement par contention veineuse.

Un traitement veinotonique

61,3% des médecins généralistes interrogés ont prescrit un traitement veinotonique pour soulager la symptomatologie fonctionnelle veineuse.

La dernière fois vous avez prescrit…	**OUI**	**NON**
Contention		
Effectif	66	14
Pourcentage	82,5%	17,5%
Veinotonique		
Effectif	49	31
Pourcentage	61,3%	61,3%

La mise en place de mesures hygiéno-diététiques

85% des praticiens interrogés ont préconisé à leur patient la mise en place des règles hygiéno-diététiques avec en premier lieu la réalisation d'une activité physique, la surélévation des pieds du lit, l'utilisation d'eau froide et la perte de poids, dans l'ordre de fréquence de l'apparition des items.

Les autres traitements proposés

Lors de la dernière consultation, un antalgique de niveau 1 a été prescrit dans 16,9% des cas, un antalgique de niveau 2 dans 2,9% des cas, un anti-inflammatoire dans 1,4%, un anticoagulant dans 1,3% des cas.

14,6% des patients ont été retenus pour une chirurgie des varices.

La dernière fois la vous avez aussi prescrit…	OUI	NON
Antalgique de niveau I Effectif Pourcentage	12 16,9%	59 83,1%
Antalgique de niveau II Effectif Pourcentage	2 2,9%	68 97,1%
Anti-inflammatoire Effectif Pourcentage	1 1,4%	69 98,6%
Anticoagulant Effectif Pourcentage	1 1,3%	75 98,7%

En ce qui concerne les médecins généralistes

42,7% des praticiens interrogés déclarent avoir eux-mêmes parfois les jambes lourdes.

Parmi les praticiens qui se plaignent d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse, les traitements suivis sont :

- La contention pour 18% d'entre eux
- Les règles hygiéno-diététiques pour 3,2% d'entre eux
- Les veinotoniques pour 1% d'entre eux
- Rien pour 20,5% d'entre eux.

3-2 Les médecins vasculaires et la symptomatologie fonctionnelle veineuse

3-2-1 Description de la population interrogée

Au total 38 praticiens ont répondu à notre enquête sur 39 praticiens sollicités soit un taux de réponse de 97,4%. Là encore, nous obtenons un excellent taux de réponse expliqué par le mode de recrutement des praticiens inclus.

Sexe

63,2 % des praticiens interrogés sont des femmes.

Age

La médiane se situe à 44 ans (31 - 62 ans).

L'âge moyen des praticiens interrogés est de 44,2 ans.

3-1-2 La plainte veineuse lors de la dernière consultation

Typologie de la plainte

Pour les praticiens interrogés, la dernière fois qu'un patient s'est plaint d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse la plainte était surtout fonctionnelle.

La dernière fois la plainte était…	**Pas du tout**	**En partie**	**Surtout**
Esthétique Effectif Pourcentage	17 44,7%	14 36,8%	7 18,4%
Fonctionnelle Effectif Pourcentage	2 5,3%	2 5,3%	34 89,5%

Fréquence de ce motif de consultation

De l'avis des praticiens, la plainte fonctionnelle veineuse est en moyenne un motif de consultation assez fréquent (plus de la moitié des consultations).

Sur votre lieu de consultation la plainte veineuse est	**OUI**
Rare Effectif Pourcentage	5 13,2%
Peu fréquente Effectif Pourcentage	9 23,7%
Assez fréquente Effectif Pourcentage	16 42,1%
Très fréquente Effectif Pourcentage	8 21,1%

Origine de la symptomatologie fonctionnelle décrite

97,4% des patients se plaignant de « jambes lourdes » avaient pour les praticiens interrogés une insuffisance veineuse.

Aucun patient ne présentait d'insuffisance artérielle des membres inférieurs.

1 seul patient avait une pathologie lymphatique intriquée.

La dernière consultation au motif d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse

La dernière fois que le praticien interrogé a vu un patient se plaignant d'une insuffisance veineuse fonctionnelle, il s'agissait d'une première fois dans 65,8% des cas.

Le motif principal de consultation était le bilan d'une insuffisance veineuse dans 97,4% des cas.

8 de ces patients ont été retenus pour une chirurgie des varices (soit 21,1% des patients)

Cette consultation a duré entre ½ d'heure et ¾ d'heure.

Combien de temps a duré la dernière consultation pour insuffisance veineuse	
Moins de 30 min Effectif Pourcentage	 17 44,7%
De 30 à 45 min Effectif Pourcentage	 18 47,4%
Plus de 45 min Effectif Pourcentage	 3 7,9%

Les traitements proposés

La contention veineuse

94,7% des angiologues interrogés ont proposé à leur patient un traitement par contention veineuse.

Un traitement veinotonique

47,4% des médecins vasculaires ont prescrit un traitement veinotonique.

Les antalgiques

Pour améliorer les symptômes 7,9% de ces praticiens ont prescrit des antalgiques de niveau I, 1 seul d'entre eux a prescrit des antalgiques de niveau II. Aucun médecin vasculaire n'a prescrit d'anti-inflammatoire ou d'anticoagulant.

13,2% des praticiens interrogés ont prescrit des préparations officinales, de l'homéopathie ou de la phytothérapie.

La mise en place de mesures hygiéno-diététiques

71,1% des praticiens interrogés ont conseillé la mise en place des règles hygiéno-diététiques.

La dernière fois, vous avez prescrit…	OUI	NON
Contention Effectif Pourcentage	 36 94,7%	 2 5,3%
Veinotonique Effectif Pourcentage	 18 47,4%	 20 52,6%
Antalgiques de niveau I Effectifs Pourcentage	 3 7,9%	 35 92,1%
Antalgiques de niveau II Effectifs Pourcentage	 1 2,6%	 37 97,4%
Autres traitements médicamenteux Effectifs Pourcentage	 5 13,3%	 33 86,8%
Règles hygiéno-diététiques Effectifs Pourcentage	 27 71,1%	 11 28,9%

21,1% des patients ont été retenu pour une chirurgie des varices.

En ce qui concerne les médecins angiologues

52,6% des déclarent avoir eux-mêmes parfois les jambes lourdes.

Les traitements suivis par les angiologues sont en premier lieu la contention.

Quel traitement prenez-vous ?	OUI	NON
Contention Effectif Pourcentage	 19 50%	 19 50%
Veinotoniques Effectif Pourcentage	 3 7,9%	 35 92,1%
Règles hygiéno-diététiques Effectif Pourcentage	 2 5,2%	 36 94,8%
Rien Effectif Pourcentage	 5 13,2%	 33 86,8%

3-3 Comparaison des résultats des médecins généralistes et des médecins vasculaires

Du fait des effectifs très différents entre les 2 typologies de praticiens il n'était pas légitime de proposer une comparaison autre qu'analogique.

3-2-1 Les zones de convergences

La plainte fonctionnelle veineuse a été rattachée, par tous nos praticiens, principalement, à la présence d'une insuffisance veineuse fonctionnelle. Seuls les médecins généralistes notent la présence fréquente d'une autre origine associée à cette symptomatologie, ce qui va avec le fait que les patients ne consultent les médecins généralistes que très rarement au seul motif de la plainte veineuse.

Cette plainte fonctionnelle est reconnue par l'ensemble des praticiens comme l'élément essentiel, amenant les patients à consulter.

La plainte était-elle fonctionnelle ?	**OUI complètement**	**NON pas du tout**
Médecins généralistes		
Effectif	71	5
Pourcentage	85 %	6 %
Médecins vasculaires		
Effectif	34	2
Pourcentage	89,5 %	5,3 %

Les médecins généralistes, comme les médecins vasculaires prescrivent en premier lieu de la contention à un patient qui se plaint d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse.

La dernière fois qu'un patient se plaignait de symptômes veineux lui avez-vous prescrit de la contention ?	**OUI**
Médecins généralistes	
Effectif	66
Pourcentage	82,5 %
Médecins vasculaires	
Effectif	36
Pourcentage	94,7 %

Environ 1 patient sur 5 est proposé pour la chirurgie que ce soit d'après les médecines généralistes ou d'après les médecins vasculaires.

Environ la moitié des praticiens, qu'ils soient médecins généralistes ou angiologues se plaignent d'une symptomatologie fonctionnelle veineuse. La contention veineuse est décrite comme le traitement qu'ils suivent le plus.

3-2-2 Les divergences

La population des médecins vasculaires est plus jeune et davantage féminine que celle des médecins généralistes.
Le motif de la plainte est globalement peu considéré comme étant esthétique. Il est cependant davantage verbalisé comme étant esthétique par les médecins vasculaires que par les médecins généralistes.

La plainte était elle esthétique ?	**OUI complètement**	**NON pas du tout**
Médecins généralistes Effectif Pourcentage	 1 1 %	 58 70,0 %
Médecins vasculaires Effectif Pourcentage	 7 18,4 %	 17 44,7%

Les médecins généralistes prescrivent davantage les règles hygiéno-diététiques que les médecins vasculaires. Cette prescription est la 2ème en fréquence, après la contention pour les médecins généralistes alors qu'elle arrive en 3ème position après les traitements médicamenteux (veinotoniques mais aussi phytothérapie et homéopathie) pour les médecins vasculaires.

Pour eux-mêmes, les médecins vasculaires consomment plus de veinotoniques que les médecins généralistes, même si la confiance générale des praticiens autour de ces traitements semble limitée.

Si il vous arrive d'avoir les jambes lourdes, prenez vous un veinotonique…	**OUI**
Médecins généralistes Effectif Pourcentage	 1 1 %
Médecins vasculaires Effectif Pourcentage	 3 7,5 %

3-4 Les données à retenir de l'évaluation des pratiques

Ainsi, les résultats de ce qui peut, d'une certaine façon, correspondre à une analyse des pratiques, nous rapporte que les médecins généralistes et les médecins vasculaires semblent avoir une attitude cohérente, au regard des recommandations actuelles.

Leur approche de la maladie veineuse chronique semble tout à fait adaptée.

Il ne semble pas exister d'écueil majeur, même si l'on note une prescription pour les patients de veinotoniques, supérieure à la consommation des praticiens, ce qui peut correspondre à une certaine forme de pression de prescription ressentie du fait de leur statut de spécialiste.

CHAPITRE 4 – Discussion et mise en perspective des résultats de la recherche

1- Analyse historique de la plainte veineuse

Nos résultats vont dans le sens d'une sensation de manque de repère autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse, que ce soit pour les patients comme pour les praticiens. Ceci est repéré comme un des éléments participant aux difficultés de la relation médecin-patient autour de ce problème. Nous avons cherché, dans l'histoire de l'appréhension de ce symptôme et dans l'évolution plus générale de la notion de pathologie veineuse, une explication à cette observation.

1-1 La reconnaissance de la pathologie veineuse

L'Histoire de la symptomatologie fonctionnelle veineuse est difficilement dissociable de celle des varices.

La première entrée face à la pathologie veineuse s'est opérée par le « biais » des varices et c'est ensuite à partir de cette entité que s'est construite la notion d'insuffisance veineuse fonctionnelle. Le mode d'entrée de la communauté médicale, autour de la pathologie veineuse, s'est ainsi fait via l'insuffisance veineuse objective, bien avant une quelconque reconnaissance de la plainte fonctionnelle [50]. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'aborder ces deux entités, au sein de notre petite rétrospective historique, de la même façon qu'elles ont pu être perçues, c'est à dire amalgamées.

L'insuffisance veineuse est une entité clinique reconnue comme une pathologie depuis probablement le début de la XVIIème dynastie et c'est dans le papyrus d'Ebers que se trouve la plus ancienne description connue de varices. Les traitements préconisés à l'époque étaient l'abstention thérapeutique avec cette recommandation étrange : « *Si tu examines un gonflement des vaisseaux sur le peau d'un membre et que son aspect augmente devient sinueux et superficiel…tu diras le concernant que c'est un gonflement des vaisseaux. Tu ne mettras pas la main sur une telle chose.* » Ce que l'on sait aujourd'hui de la physiologie

[50] Benigni JP, Gobin JP. Sclérothérapie et maladie veineuse chronique superficielle. Eska. 2007.245 p.

cardio-circulatoire nous amène à penser que quelques hémorragies massives ont pu jalonner le parcours des praticiens qui avaient pu être à l'époque tentés d'intervenir en orthostatisme, comme cela se faisait beaucoup à l'époque [51].

Cependant le désir de traiter radicalement ce problème persiste et les techniques se développent. La chirurgie continue d'être peu utilisée et l'attitude préconisée par les élèves d'Hippocrate est de cautériser les varices, en faisant une série de piqûres sur le trajet de la veine, à l'aide de petites aiguilles d'or dont on trempait la pointe dans une préparation à base d'aloès, de marron d'Inde et de miel [52]. L'ancêtre de la sclérothérapie naissait, technique toujours utilisée aujourd'hui même si les produits utilisés ont bien sûr beaucoup évolué depuis.

Nouveau saut dans le temps : à l'époque romaine, Pline décrit, en considérant l'insuffisance veineuse « objective », que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Du fait à la fois du mode de vie (ce sont les soldats qui montent la garde), de la forte mortalité féminine en couche et de l'examen clinique sommaire qui leur était réservé, il est possible que cette observation n'ait que peu de valeur épidémiologique.

La chirurgie revient peu à peu au goût du jour comme en attestent les témoignages de l'époque. Ainsi les écrits de Cicéron concernant l'histoire de Caius Marius, sept fois consul, restent célèbres, faisant l'apologie du courage face à la douleur et choisissant la chirurgie des varices comme symbole de bravoure [53]: « *... le seul parmi les hommes qui supporta qu'on lui extirpa les varices dans la station debout... »* !

Au cours du Moyen Age et de la Renaissance les techniques se peaufinent et des discussions commencent à apparaître; Guy de Chauliac (1300-1368) défend le principe de cautérisation au fer rouge, quand un peu plus tard Ambroise Paré (1509-1590) reste un adepte de la ligature des veines. Peu de mentions sont faites de la douleur qui est considérée, à l'époque comme étroitement rattachée à l'existence des varices.

L'élaboration d'une réflexion étiologique quant à l'apparition de ces veines variqueuses est tardive puisque c'est William Harvey (1578-1657), le découvreur de la circulation sanguine qui le premier reconnaît le rôle de l'orthostatisme dans l'aggravation de l'insuffisance veineuse objective. Un peu plus tard dans le même axe de pensée, Bernardino

---

[51] Taccoen A, Belcaro G, Lebard C, Zuccarelli F. Étiologies et mécanismes des varices : réalités et perspectives. Sang Thromboses vaisseaux. Juil 97;6:354-63.

[52] Noussenbaum G. les civilisations changent, l'insuffisance veineuse demeure. Panorama du Médecin.1987;26(11):25-8

[53] Plutarque. Les vies des Hommes illustres. Traduction d'Amyot.

Ramazzini (1633-1714) incrimine la station debout prolongée comme étant le premier élément responsable de l'apparition des varices, ceci en relation avec le constat que de nombreux gentilhommes de la cour étaient atteints de ce phénomène [54]. Pour l'instant personne n'aborde le sujet de la symptomatologie fonctionnelle autrement que comme un épiphénomène de la présence d'une insuffisance veineuse « objective ».

Ce n'est qu'au cours des XVIIIème et XIXème siècles que sont publiés les premiers travaux de physiopathologie veineuse. En 1733, c'est Stephen Hales, célèbre physicien anglais qui réalise la première mesure de pression sanguine veineuse chez l'animal.
En 1778 dans l'encyclopédie de Diderot et d'Alembert la maladie variqueuse est décrite pour la première fois comme atteignant préférentiellement les femmes. Les douleurs sont rapportées à un épaississement du sang ou une obstruction du foie (cette croyance de lien entre insuffisance veineuse et insuffisance hépatique est ancrée au sein de la médecine chinoise mais existe aussi pour l'école française d'ostéopathie [55]).

Un parallèle est alors fait entre taille des varices et douleur avec comme explication proposée celle de la distension de la paroi veineuse. Cette hypothèse ne sera démentie que très récemment.

La première description de contention veineuse est faite pendant le siècle des Lumières. Cette thérapeutique est alors considérée comme une alternative à la chirurgie qui est vécue comme barbare. Ce bandage, pour pouvoir être efficace, doit être préalablement trempé dans du vin rouge chaud, dans une décoction astringente, ou encore dans du vinaigre.

L'hygiène de vie est déjà pour les scientifiques de l'époque, un élément fondamental permettant d'éviter les récidives. Sont déconseillés les excès de chères, et il est préconisé de faire beaucoup d'exercice physique et de réaliser une saignée au printemps et à l'automne. A l'époque le traitement par le feu ou par le fer est décrit comme réservé aux situations les plus évoluées afin de prévenir les ulcères. [56]

Il est intéressant de noter que ce n'est qu'en 1819 qu'est proposée la première description histologique des tuniques de la paroi veineuse. Parallèlement ce n'est qu'en 1828, avec JL Poiseuille, secondairement complété en 1864 par les travaux de Goltz, que se dessine un modèle cohérent de physiologie et d'hémodynamique veineuse, basé à la fois sur des lois hémorrhéologiques mais aussi sur la notion de veinotonicité.

---

[54] Benigni J, Gobin JP. Sclérothérapie et maladie veineuse superficielle.Ed Eska.245p. 2007.
[55] Acezat JP. Profil d'une hépatoptose et ses incidences sur la pathologie veineuse. émoire de fin d'étude. 1992. 112p.
[56] Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. Nouvelle Edition 1778. Tome 34. Article varice (varix)

Pourtant ces premières données ne serviront pas rapidement de base à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique qui semble évoluer « en parallèle », pour son propre compte. Celse en 1846 propose des traitements pour toute dilatation veineuse quelle qu'en soit le site : « *Toute varice qui devient nuisible doit être réprimée par le feu ou retranchée par l'instrument. ».* La cautérisation est alors reconnue comme une meilleure option lorsque la veine est droite, isolée ou d'un volume médiocre. L'excision est considérée préférable lorsque les varices sont de trajet sinueux ou de gros diamètre. Les détails de ces interventions rapportent une technique basée sur des principes qui paraissent sensiblement identiques à ceux utilisés aujourd'hui.

Les progrès de la recherche et de la technique continuent de ne pas être immédiatement exploités par les cliniciens, afin de perfectionner les approches physiopathologiques en ce qui concerne la maladie veineuse. Ainsi ce n'est que dans le courant du XXième siècle que Trendelenburg identifie l'insuffisance des crosses saphéniennes (découverte qui serait d'après certains auteurs à attribuer en fait à Rima, médecin vénitien). Cela est la première pierre de nombreux travaux en suivant, qui permettront, entre autres, la découverte des systèmes de communication entre réseau veineux superficiel et réseau veineux profond (perforantes).

La phlébographie est mise au point en 1929. Elle est la première technique d'imagerie qui permet d'avoir un accès visuel à l'ensemble du réseau veineux.

Cependant ce n'est que depuis le début des années 1960 qu'apparaissent les premiers ouvrages de référence sur la pathologie veineuse [57], signifiant par là même une certaine reconnaissance universitaire et scientifique de cette discipline médicale.

L'implication de l'école française de phlébologie est reconnue à travers l'ensemble de la communauté médicale, et serait même selon certains auteurs à la source de l'importance de la prescription des traitements veinotoniques, mais aussi du taux de prise en charge chirurgicale, considéré comme record au sein de l'Union Européenne [58].

[57] Bassi G. Les varices de membres inférieurs. 1967. Doin. 134p.
[58] http://www.jambes-lourdes.info/jambes-lourdes.htm

1-2 Repères d'actualité

1-2-1 La symptomatologie fonctionnelle veineuse

Lors des journées angéiologiques de langue française en 1971 le professeur Raymond Tournay, père de l'école française de phlébologie, avançait pour la première fois le terme de « sympathalgies veineuses » pour décrire la symptomatologie présentée par « les patients et le plus souvent des patientes, ne présentant » écrit-il « paradoxalement le plus souvent que des varicosités très fines ». Cette constatation était pour l'essentiel issue de sa pratique quotidienne et a pu être secondairement plus spécifiquement démontrée à travers un certain nombre d'études autour des traitements de l'insuffisance veineuse, ceci ne représentant cependant qu'un critère secondaire des études réalisées [59].

Classiquement ces douleurs sont reconnues comme apparaissant à la fatigue, surtout après une longue station immobile, debout ou assis, alors que la marche n'est pas gênée. On constate une recrudescence saisonnière (période estivale ou de grosses chaleurs) et prémenstruel chez la femme. Cette lourdeur, n'est jamais réveillée par la marche, au contraire elle peut être prévenue par un exercice prolongé et même soulagée. Cette sensation peut être décrite sous forme de crampes, de lourdeurs, de pesanteur, de sensation de gonflement ou de tiraillement. Cette gêne apparaît ainsi le plus souvent en fin de journée et est calmée par le repos, jambes en position surélevées [60]. Ces méthodes de soulagement de la gêne peuvent représenter des tests thérapeutiques, permettant de conclure à la possible origine veineuse de la symptomatologie.

1-2-2 Les phlébalgies

Un ensemble sémiologique, correspondant à des douleurs plus « directement » d'origine veineuse, en relation avec une insuffisance « objective » du retour veineux est décrit. Ces douleurs sont reconnues comme cédant le plus souvent avec la chirurgie [61].

La symptomatologie est différente en termes de sémiologie même si là encore l'intensité de cette symptomatologie n'est pas corrélée à l'importance du reflux objectivé à l'échographie [62]. Ces douleurs peuvent cependant s'additionner à une symptomatologie fonctionnelle telle que nous l'avons décrite précédemment et qui représente plus spécifiquement le sujet de ce travail.

---

[59] Vin F. Dossier insuffisance veineuse. Phlébologie.2000;9 :742-7

[60] Meissner MH, Natiello C, Nicholls SC. Performance characteristics of the veinous clinical severity score.JVS.2002; 36:889-95

[61] Thiery L. La douelur veineuse. Phlébologie. 1988 ;41(3) : 673-8

[62] Seidel AC et *al*. Prevalence of varicose veins and venous anatomy in patients without truncal saphenous reflux. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004 ;60(1):23-35

1-3 Ce qui reste à définir

1-3-1 La Physiopathologie de la douleur veineuse

La physiopathologie exacte de ce qui est acquis comme étant une douleur d'origine veineuse repose encore sur des acquis développés en dehors de preuves biochimiques ou de test diagnostic « objectifs ».

L'analyse pléthysmographique est utilisée dans le cadre de la recherche afin d'authentifier une stase veino-lymphatique, [63]. Même si il existe un lien qui paraît fort ente cette stase et la symptomatologie fonctionnelle ressentie, aucune étude n'a clairement démonté ce lien. Elle n'a de toute façon pas sa place en pratique clinique courante

La physiopathologie de la symptomatologie fonctionnelle est encore inconnue.

Le rôle de la distension veineuse dans la genèse de la douleur est remis en cause. Une équipe de recherche allemande a démontré en 1991 que la distension veineuse n'est ressentie que pour des variations de diamètres importantes [64].

La physiopathologie de la symptomatologie fonctionnelle a été étudiée par le neuro-physiologiste, N. Danziger [65]. Ses conclusions sont construites par analogie avec des modèles douloureux déjà explorés et mieux connus. La veine est un organe innervé par des fibres sensitives dont les terminaisons se trouvent dans l'espace péri-veineux, mais aussi au niveau de l'endothélium. Ces fibres sont de 2 types : les fibres dites A delta mais surtout les fibres C. Les fibres C sont amyélinisées. Ces terminaisons sont polymodales, c'est-à-dire qu'elles sont sensibles à différents stimuli : chimiques, mécaniques, thermiques. Sans rentrer dans les détails de la cascade physico-chimique, il a été observé que la stase veineuse engendre au niveau de la cellule endothéliale une hypoxie. Celle-ci déclenche une série de réaction en chaîne qui au final aboutira à l'activation des polynucléaires neutrophiles. Ils vont alors adhérer à la paroi veineuse, provoquant un relargage de médiateurs algogènes et inflammatoires qui vont stimuler les terminaisons nerveuses sensibles aux stimuli chimiques et sont alors à même de provoquer une douleur. La douleur et l'inflammation veineuse locale pourraient apparaître de façon précoce voire dissociée et rester indépendantes de la notion de distension. Ceci correspondrait mieux à l'observation faite en pratique clinique courante, et de

---

[63] Chauveau M, Dauzat M, Rabe E, Carbuccia E, Beaujean M, Cornu-Thénard A, Schadeck M. La pléthysmographie à air dans l'insuffisance veineuse. Phlébologie. 1998 ;51 :139-44

[64] Arndt JO, Klément W. Pain evoked by polymodal stimulation of hand veins in human. J.physiol. 1991; 440:467.

[65] Danziger N. Physiopathologie de la douleur veineuse. Le Concours Med. 2004 ;126 :1521-5.

nombreuses fois publiées, de cette dissociation entre signes subjectifs et signes objectifs de l'insuffisance veineuse [66]. Ainsi, du fait du mode d'innervation de leurs caractéristiques cliniques proches, la douleur veineuse a été comparée aux douleurs d'origine viscérale. Ces douleurs ont des caractéristiques communes liées au type d'innervation (prépondérance des fibres C amyélinisées). Les douleurs veineuses présentent des caractéristiques proches des douleurs de type viscéral ; sensation diffuse, désagréable, avec un retentissement affectif important. Une étude publiée dans Pain rapporte qu'à intensité de stimulation douloureuse identique, la douleur de type viscéral est perçue comme plus désagréable [67]. Le vocabulaire utilisé pour la description de la douleur viscérale reposait, d'après les observations faites par les auteurs, sur un champ lexical issu du domaine affectif, contrairement à celui utilisé pour la douleur cutanée. L'article conclut en ce sens que ces observations pourraient expliquer le flou sémantique existant au sein de la plainte et les difficultés de l'articulation de la relation soignant soigné autour de la symptomatologie subjective veineuse. Cependant les conclusions de l'étude ne reposent pour l'essentiel que sur des analogies notamment dans son approche clinique, ce qui la fait considérer avec les réserves d'usage.

D'autre travaux plus récents, proposent la piste du stress oxydatif, expliquant de ce fait l'efficacité de la contention [68].

De même, le rôle de la microcirculation a aussi été récemment avancé [69].

1-3-2 Une classification reconnue de la symptomatologie fonctionnelle

Les différentes classifications de la maladie veineuse chronique

L'existence d'une classification autour de la maladie veineuse chronique est un élément assez récent ne datant que du début des années 1970 ! Ces classifications ont été développées pour une utilisation clinique pratique et sont surtout centrées sur les signes objectifs. Elles ont été conçues dans une approche chirurgicale, afin seulement de pouvoir uniformiser les indications d'éveinage.

---

[66] Cloarec M, Griton Ph, Blanchemaison B, Mouren X, Garcia-Macé JL. Enquête épidémiologique sur l'impact de la douleur dans la maladie veineuse. Act. Med. Int. Angiologie.994;189:3697-702

[67] Strigo P. And al. Pschophysical analysis of visceral and cutaneous pain in human subject. Pain. 2002;97:235-8

[68] Flore R, Gerardino L,Santoliquido A, Catananti C, Pola P, Tondi P. Reduction of oxidative stress by compression stockings in standing workers. Occup Med. 2007 ;12 :437-50

[69] Rosario Cesarone M. BelcaroG, Errichi S, Pellegrini L, Leda A, Vinciguerra G,Ricci A, Gizzzi G, Ippolito E, Fano F, Duall M, Acerbi G, Cacchio M, Di Renzo A, Hosoi M, Stuart S, Corsi M. Microcirculatory Effects of viatromb Spray Gel Heprain in Chronic Venous Insufficiency : Evaluation of TcPO2 an PCO2—A product Evaluation Study. Angiology. 2007;58 (Suppl) :21S-6S.

Les classifications les plus communément usitées jusque très récemment étaient celle en 3 stades de Widmer [70] puis celle en 4 stades de Porter [71]. Elles laissent sous-entendre une évolution clinique linéaire entre les signes subjectifs et le bas grade de développement de la maladie veineuse.

Le plus gros travail de classification proposé est récent puisqu'il a été réalisé au cours de la conférence de consensus de l'American Venous Forum en 1994. Il organise les différentes classes cliniques de la maladie veineuse chronique de manière fine cherchant ainsi à l'ouvrir au milieu de la recherche. Cette première classification reconnue internationalement est appelée la classification CEAP. Sa version finalisée a été publiée 2002. Elle a été retravaillée depuis, afin d'être plus performante sur les petits scores cliniques. Il est intéressant de noter qu'elle est la première à structurer de manière formelle l'idée que signes objectifs et ressenti ne s'inscrivent pas dans la continuité et que la douleur veineuse est susceptible d'apparaître en dehors d'éléments cliniques probants. De simples télangiectasies permettent d'avancer l'hypothèse veineuse comme origine des symptômes, d'autant que la contention veineuse est un traitement efficace de cette douleur, mais l'existence d'une anomalie objective, permettant de faire le lien, manque encore [72, 73].

Les différentes classes cliniques s'organisent ainsi [74] :

C0 : Pas de signe clinique visible ou palpable de la maladie veineuse

C1 : Télangiectasies ou veines réticulaires

C2 : Varice

C3 : Œdème

C4 : Troubles trophiques d'origine veineuse (par exemple pigmentation, eczéma variqueux, hypodermite…)

C5 : Troubles trophiques comme définis dans C4 avec ulcère cicatrisé.

C6 : Troubles trophiques comme définis dans C4 avec ulcère actif.

---

[70] Beebe H, et al. Classification and grading of chronic veinous disease in the lower limbs:a consensus statement. Phlebolgy. 1995;10:42-45

[71] Griton P, Widmer LK, Classification des varices et de l'insuffisance veineuse. J.Mal.Vasc. 1992 ;17 :102-108.

[72] Bradburry A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes RGR. What are the symtomes of varicose veins? Edimbourg Vein Study cross selectional population survey. BMJ. 1999: 189; 3697-702.

[73] Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, Abenhaim L. For the veins study group. How varicose vein affect quality of life? Results of a international study. J Vasc Surg. 2001; 34: 641-8.

[74] Perrin M. Classification et stades de sévérité dans les maladies veineuses chroniques des membres inférieurs. J.Mal.Vasc. 1995 ;20 :78-83.

L'existence de symptômes (terme plus volontiers utilisé dans le langage international que celui de signe fonctionnel) est représentée par la lettre s pour symptomatique et as pour asymptomatique. Ceci regroupe cependant à la fois les symptômes directement en lien avec les varices, comme les phlébalgies, et la symptomatologie fonctionnelle qui nous intéresse ici plus spécifiquement.

Parallèlement à la classification Clinique Etiologique Anatomique et Physiopathologique (CEAP) a été ajouté un score de sévérité du dysfonctionnement veineux chronique divisé en un score anatomique et un score clinique.

Ce score clinique se décompose ainsi :

ITEMS	**0**	**1**	**2**
Douleur	Absente	Modérée	Sévère
Œdème	Absente	Modérée	Sévère
Claudication veineuse	Absente	Modérée	Sévère
Pigmentation	Absente	Localisée	Etendue
Hypodermite	Absente	Localisée	Etendue
Récidive dulcère	Absente	Ulcère cicatrisé	Récidive
Durée de l'ulcère	Absent	< 3 mois	> 3 mois
Taille de l'ulcère	Absent	< 2cm Ø	> 2cmØ
Durée de l'ulcère	Absent	< 3 mois	> 3 mois

Un score d'invalidité de 0 à 3 points a été secondairement ajouté :

0- asymptomatique
1- symptomatique, pouvant mener une vie normale avec une contention élastique
2- pouvant travailler 8 heures par jour avec une contention élastique
3- invalide, même avec une contention élastique

L'avènement de cette classification permet de construire des scores très précis et de créer des groupes de patients très homogènes [75].

De même que pour beaucoup d'autres scores de sévérité, cette classification est particulièrement pertinente pour les stades cliniques les plus avancés de la maladie veineuse,

[75] Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki, Kistner RL, Meissner MH, Moneta GL, Myers K, Padberg FT, Perrin M, Ruckley CV, Smith PC, Wakefield TW :American Venous Forum International Ad Hoc Comittee for Revision of CEAP Classification. J Vasc Surg. 2004; 40(6):1248-52.

mais plus soumis à l'appréciation de l'évaluateur en ce qui concerne les stades les plus bas, et ce malgré les modifications [76].

Elle a cependant bénéficié encore dernièrement de quelques modifications issues de son utilisation largement diffusée, permettant notamment d'améliorer ses performances sur les bas grades d'évolution de la maladie. L'évaluation de chaque malade est considérée comme complexe et elle prend du temps, ce qui rend cet outil difficilement utilisable en pratique clinique courante [77].

La notion de qualité de vie

La notion de qualité de vie fait partie des nouveaux outils disponibles pour appréhender les problématiques de santé plus en rapport avec le quotidien des individus et donc plus aisément soumises à l'appréciation subjective de l'observateur.

La notion de qualité de vie a émergé au début des années 1980, avec les travaux de Hunt [78] . La durée de vie augmentant, c'est la qualité de cette vie plus que sa quantité qui devient importante.

Parallèlement de plus en plus de traitements sont donnés à visée palliative, il est important pour évaluer les thérapeutiques de développer des outils en rapport avec l'existence d'une autre réalité ; celle du bénéfice ressenti par les malades.

Ainsi des échelles de mesures du bénéfice direct du patient dans son quotidien ont commencé à se développer, plus particulièrement dans les milieux de la pathologie cardio-vasculaire et de l'oncologie.

La qualité de vie englobe ainsi plusieurs aspects de la pathologie tels que : la douleur, le bien-être psychologique, le comportement social et l'aspect économique. Force a été de constater que cette approche était pertinente non seulement autour des situations médicalement désespérées, mais aussi qu'elle s'imposait comme une logique d'approche nécessaire dans la plupart des situations médicales, parce que s'inscrivant davantage au coeur des réalités du patient. Ceci a ainsi amené à l'élaboration de tels outils en dehors des situations classiquement considérées comme palliatives

[76] Meissner MH, Natiello C, Nicholls SC. Performance characteristics of the veinous clinical severity score. JVS. 2002; 36:889-95.

[77] Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, Abenhaim L. For the veins study group. How varicose vein affect quality of life? Results of a international study. J Vasc Surg. 2001; 34: 641-8

[78]Hunt SM, Mc Ewen J. The development of a subjective health indicator. Sociol Health Illn. 1980;2(3):231-46

Les principaux questionnaires sont dits aspécifiques et peuvent ainsi être utilisés quelle que soit la maladie. Le Nothingham Health Profile (NHP), l'EQ-5D et le SF-36 [79] sont actuellement ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans les études s'attachant à étudier plus spécifiquement les symptômes fonctionnels. Aucune étude utilisant ces outils n'a été spécifiquement menée autour de la douleur veineuse, telle qu'elle nous intéresse aujourd'hui.
La version courte du SF-36, le SF-8 se veut le plus utilisable en consultation clinique courante. Il comporte 8 items concernant l'état de santé du patient au cours des 4 dernières semaines afin de ne tenir compte que des pathologies chroniques. Cet outil est considéré comme permettant d'avoir une appréciation objective de l'évolution de la symptomatologie. du patient.

D'autres échelles de qualité de vie ont été plus spécifiquement construites autour de la pathologie veineuse. Ils se veulent ainsi plus sensibles à de petites variations de l'état de santé. Ils sont décrits comme ayant une plus grande puissance discriminative à l'égard de patients peu gênés par leur maladie veineuse et ils tiennent compte des données habituelles de l'interrogatoire en phlébologie [80].

Le plus gros travail en ce sens actuellement disponible a cherché à mesurer l'impact des varices sur la qualité de vie. L'équipe de Garratt [81] a ainsi mis au point un questionnaire de 15 items, pouvant être classés en 9 chapitres :

1. Auto perception de varice (dessin du patient)
2. Douleurs (intensités, horaires)
3. Sensation de cheville gonflée (intensité)
4. Démangeaison/ Décoloration de la peau/ Eczéma/ Ulcère (siège)
5. Port d'une contention (classe, fréquence….)
6. Gêne due à l'aspect des varices
7. Modifications de l'habillement
8. Interférences avec la vie quotidienne
9. Interférences avec les loisirs.

Un score est donné pour chacune des réponses et le score total peut aller de 0 à 100, le pire étant 100. Cette évaluation reste cependant centrée autour de l'entité « varice » et de ce fait n'aborde l'entité « douleur » que par ce biais.

---

[79] Jagsch R, Pils K. Wich instrument is more suitable to access health-related quality of life: Nottingham Health Profile or Short-Form-36? Wien Med Wochenschr. 2006; 156:149-57
[80] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. Une appréciation des nouveaux score de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. Phlébologie. 2003:56;127-36.
[81] Garrat AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russel IT. The SF-36 health survey questionnaire: an outcom measure suitable for routine use in the NHS? BMJ 1993; 306:1440-4.

Les études réalisées rapportent que la prévalence des symptômes considérés comme majeurs (lourdeurs de jambes, douleurs et sensations d'œdème) est plus importante chez les patients dont la qualité de vie est abaissée [82]. Cependant ce constat repose des arguments de faible niveau de preuve et opposables à un certain nombre d'arguments, comme l'absence de critères objectifs référencés en appui des observations effectuées.

Quoi qu'il en soit pour aboutir à une diminution significative de la notion de qualité de vie il faut le plus souvent l'émergence d'un handicap majeur et l'apparition d'une plainte de fait multifocale.

Le problème se tourne de nouveau invariablement vers le médicament. Pour être significativement valide, une analyse susceptible de démontrer une amélioration de la qualité de vie du fait de tel ou tel traitement nécessite des critères beaucoup plus forts que ceux habituellement nécessaires pour démontrer la supériorité de n'importe quelle molécule. Ainsi, en fait, si l'intuition amène les équipes à travailler autour d'outils proches des patients, l'outil statistique tel qu'il est accessible aujourd'hui, nous ramène vers les « anciens » concepts, et ce d'autant plus que les enjeux en place ne sont ni suffisamment graves ni scientifiquement motivants [83].

Avec l'avènement de ces différentes pistes de recherche, la question qui reste à ce jour non encore entièrement résolue est : la gêne est-elle réellement d'origine veineuse ?

2- Discussion méthodologique

2-1 La méthode participative

Cette méthodologie a été récemment médiatisé, au cours des dernières élections présidentielles. Son utilisation y a été tout à fait inadéquate.

Dans sa tradition issue des sciences sociales, elle nécessite une double validation, à la fois qualitative mais aussi quantitative, Décrite comme particulièrement adaptée à l'étude des populations infériorisées, son utilité dans le domaine médical, où le patient se sent de fait amoindri, est pertinente [84]. Elle permet son expression par l'utilisation de la dynamique de

[82] Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, Abenhaim L. For the veins sudy group. On varicose veins affect quality of life? Results of an international study. J. Vasc. Surg. 2001 ; 34 : 641-8.

[83] Duque MI, Yosipovitch G, Chan YH, Smith R, Levy P. Itchn pain and burning sensation are common symptom in mild to moderate chronic venous insufficiency with an impact on quality of life. J Am Acad Dermatol. 2005; 53(3):504-8

[84] Chenu F. Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence. Éducation permanente.2003 ;162 :201-208

groupe, mais du fait de la systématique validation secondaire quantitative des idées émergentes, elle limite le risque d'erreur.
Elle apparaît être tout à fait adéquat dans notre démarche. Plus généralement les questions éthiques se prêtent assez bien à son utilisation.

2-2 Les patients inclus

2-2-1 La partie qualitative

Pour cette première partie qualitative, il n'a pas été fait état avec précision des différents traitements mis en place ni d'un éventuel traitement en cours au moment de l'entretien, seule la notion de l'existence de traitements antérieurs était répertoriée. De la même façon, les « témoins » ne devaient pas avoir été pris en charge pour des symptômes d'insuffisance veineuse. Cela est le reflet de notre volonté de ne pas nous laisser emporter dans la problématique des traitements, dont on fait le problème central, pour pouvoir axer la réflexion sur le vrai problème de fond sous jacent ; à savoir la logique de la prise en charge.

Ainsi le critère d'entrée qui a été retenu est la plainte des patients et la dynamique de la consultation. La subjectivité de ces critères est une dimension qui a retenu toute notre attention, il était ainsi difficile de comparer des cas et des témoins sur des seuls critères définis par la plainte. L'inclusion des patients a toujours obéi à des critères concrets stricts afin de rester au maximum centré autour de la symptomatologie subjective de l'insuffisance veineuse et de ne pas dériver sur une symptomatologie d'autre cause. Ainsi nous nous sommes toujours basés sur le grand travail de classification proposé autour de la symptomatologie veineuse, la classification Clinique Etiologique Anatomique et Physiopathologique (CEAP) [85] puisque même si cette classification est reconnue comme étant idéalement adaptée aux situations cliniques déjà avancées [86], elle introduit cependant les notions de gêne ressentie et de douleur, que nous souhaitions étudier.

Aucun autre technique que le sens clinique du praticien ayant inclus les patients n'a été utilisé pour « prouver » l'origine veineuse de la symptomatologie. La plupart de nos patients ont cependant bénéficié d'un examen Echo-Doppler, dans le cadre de la consultation. Ces données ont aussi été relevées et analysées.

---

[85] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. Une appréciation des nouveaux scores de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. Phlébologie. 2003,56 ; 2, 127-36.
[86] Perrin M. Classification et stades de sévérité dans les maladies veineuses chroniques des membres inférieurs. J.Mal.Vasc. 1995 ;20 :78-83.

Aucun enregistrement n'a été réalisé, ni vidéo, ni audio, tout d'abord parce que le but recherché était avant tout une vision la plus honnête possible du vécu des intervenants et qu'en cela l'enregistrement risquait de causer une forme de méfiance. De plus, dans un sujet où les enjeux ne se situent pas toujours dans la sphère du rationnel, l'accès à la dimension du non verbal, nous paraissait plus facile à travers la prise de note. La retranscription secondaire des résultats ayant toujours eu lieu en groupe avec au minimum les deux personnes du groupe d'animation (sociologue et médecin), l'éventualité d'un oubli majeur ou d'un contre sens est apparue comme peu probable.

En ce qui concerne les répondants il est toujours licite de s'interroger sur les raisons qui poussent certaines personnes à participer à un entretien dans le cadre de la recherche et pourquoi d'autres s'y refusent [87].

Concernant les consultant de médecine du travail, nous n'avons pas eu au cours de nos investigations à essuyer de refus de la part d'interviewés potentiels. Il est cependant possible que les personnes se soient présentées comme ne présentant pas de gêne afin de ne pas être sollicitées. Nous avons donc limité ce biais en constituant un groupe témoin et là encore nous n'avons pas essuyé de refus. Le fait d'avoir systématiquement contacté les gens par l'intermédiaire d'un réseau nous a ainsi permis de bénéficier d'une confiance et d'un crédit suffisant pour les convaincre quant à l'importance de leur participation.

Les patients de médecine et de chirurgie vasculaire ont été inclus par des médecins exerçant sur les sites du CHU Purpan et du CHU Rangeuil. Il est possible que les patients qui consultent à l'hôpital soient différents de ceux qui consultent en ville. Cette hypothèse a été testée en incluant aussi des patients de consultation de ville. Le fait d'avoir eu accès, au cours de la phase qualitative à une patientèle qui avait le plus souvent déjà consulté plusieurs fois autour de ce problème, nous a permis de recueillir des informations élaborées, auprès de personnes ayant parfois eu un passé médical vécu comme difficile. Cela nous a permis d'assurer la richesse de cette première partie qualitative.

Une très large majorité de femmes a été interrogée au sein de la population des patients tout venant, ce qui va dans le sens de la plupart des études. Cependant il est intéressant de constater qu'au sein de la population de médecine du travail des plaintes masculines remontent, suggérant l'hypothèse d'une « sous-verbalisation » masculine autour de ce problème, qui ne semble cependant pas se confirmer au cours de la phase quantitative.

[87] Moscovici S, Boschini F. les méthodes en sciences humaines. PUF Fondamental. Mai 2003. 478 p.

2-2-2 La partie quantitative

La validation de la grille a demandé la participation de plusieurs professionnels angiologues. Leur sensibilisation préalable à ce travail et la proximité qui me lie à eux, peuvent représenter un biais, par la présence d'une certaine tournure d'esprit et d'une certaine façon d'aborder la pathologie veineuse, tout au moins du fait de notre niveau d'intérêt commun autour de ces symptômes.

La grille de Handicap a été construite de la manière la plus didactique et la plus conviviale possible, afin de pouvoir favoriser son remplissage.

Les inclusions, faites à des temps différents, mérite d'être discutée. L'inclusion des patients a été réalisée à la période du minimum de plainte (septembre à avril) et les témoins ont été inclus au moment de maximum de plainte (avril à septembre). Ceci a été fait afin de pouvoir être le plus discriminant possible, en essayant de se défaire des plaintes purement saisonnières. Cela représente cependant une certaine forme de biais qu'il conviendra de surveiller au cours des travaux ultérieurs d'utilisation de la grille et du score de handicap.

Nos résultats sont à considérer comme partiels, puisque nous avons surtout cherché à valider l'intérêt de notre approche. Des travaux futurs seront à élaborer afin de pouvoir construire des outils en sous-groupes et surtout de les valider dans le cadre de la pratique clinique

Cette première approche nous confirme la possibilité d'avoir accès à des données factuelles statistiquement valides, y compris en dehors de processus bien physiopathologiquement appréhendés. Notre abord se veut en cela novateur.

2-3 Les praticiens inclus

2-3-1 La phase qualitative

Pour cette population aussi la méthode sociologique nous est apparue comme la plus pertinente du fait du manque de repère satisfaisant autour de notre problématique au sein de la communauté scientifique et de l'image sociale forte véhiculée par la notion de jambe lourde, y compris dans cette population.

Les praticiens interrogés ont été ceux qui étaient directement en lien avec la pathologie veineuse (chirurgiens vasculaires, médecins vasculaires et omnipraticiens) Le choix des autres typologies de professionnels a été fait d'après les données de la littérature autour de la plainte fonctionnelle (pharmaciens, médecins du travail).

Concernant les praticiens inclus, le fait d'être amenés à avoir une position autour de la symptomatologie veineuse, a conduit à une auto sélection tacite des praticiens au sein des différents groupes interrogés. Ces groupes n'étaient pas constitués de sujets « tout venant » de

par leur sélection effectuée par réseau et du fait de leur niveau d'implication à l'échelon, au minimum, régionale voire national. Ceci nous assure une représentativité en terme de diversité des points de vue et en terme de maturité de réflexion autour d'un sujet certes polémique mais plutôt dans une perspective épidermique que raisonnée !

Parallèlement, comme dans la population des patients, nous avons opté pour un recueil de données sous la forme exclusive d'écrit et avons choisi de ne pas enregistrer les entretiens. L'utilisation d'un support d'enregistrement aurait fait prendre le risque d'un recueil biaisé par la méfiance que l'utilisation de ce genre matériel engendre. Comme tout l'intérêt de ce thème de recherche était aussi de pouvoir entrer dans le ressenti individuel et intime de la relation soignant soigné autour de la pathologie veineuse, c'est ici un risque que nous n'avons pas souhaité prendre. La prise de note a été réalisée par toujours au moins 2 personnes en plus du relevé des écrits des participants. La discussion qui a suivi chacun des groupes constitués, et l'élaboration des résultats toujours établie en partenariat avec notre sociologue, assure la bonne compréhension des messages qui ont été délivrés et la limite des biais d'interprétation possible.

2-3-2 La phase quantitative

Typologie des médecins interrogés

Les angiologues sont les spécialistes de la pathologie vasculaire. Avoir accès à la réalité de leurs pratiques est fondamental, car ils possèdent une vision centralisée de notre sujet de recherche.

Les médecins généralistes sont les praticiens de premier recours, et ce d'autant plus depuis l'avènement de la filière de soin, même si cette décision n'a vraisemblablement pas changé grand chose aux faits dans la région Midi-Pyrénées. Leur point de vue était à ce titre nécessaire.

Les autres spécialités interrogées dans la phase qualitative n'ont pas été incluses dans cette seconde partie pour les raisons suivantes :

- Les chirurgiens vasculaires étaient nombreux dans notre groupe et représentaient déjà plus de la moitié des spécialistes de cette discipline en Midi-Pyrénées, une validation qualitative dans ce groupe n'apparaissait pas nécessaire. La limite de ce raisonnement est que les chirurgiens vasculaires ne sont pas les seuls à opérer des varices, d'autres spécialistes sont amenés à proposer ce type d'intervention comme les gynécologues, certains chirurgiens viscéraux et certains chirurgiens dits généraux, exerçant dans des centres plus périphériques. Parmi ces praticiens d'horizons différents, retrouver ceux susceptibles de réaliser des chirurgies des varices, paraissait être un travail délicat. Cela nous amenait de plus sur d'autres terrains d'idée, comme la légitimité de certaines spécialités autour d'un certain

nombre d'actes, le problème du partage des pratiques entre les spécialistes, le problème des Collèges et de leur articulation entre eux… Ces écueils nous étant apparus nombreux et la possible spécificité des résultats de cette population ne nous étant pas apparu comme essentielle à la réflexion, la population des chirurgiens n'a pas été retenue pour cette phase quantitative.

- Les médecins du travail et les pharmaciens sont des populations controversées, possédant des relations atypiques avec les autres spécialités médicales, mais aussi des relations particulières avec les patients, dépassant probablement le cadre de ce qui nous était accessible ici. La phase quantitative telle qu'elle s'est construite, risquait ainsi d'omettre des éléments importants à intégrer dans la réflexion face à ces populations. Nous avons fait le choix de ne pas élaborer un autre type de questionnaire par souci d'homogénéité entre les populations mais aussi parce que notre objectif premier était bien d'avoir une vision concrète des possibles inadéquations de prise en charge dans le cadre de la filière de soin habituellement admise.

Le questionnaire

Celui-ci s'est voulu concis et, de la même façon que pour les patients, ne prendre en compte que des données factuelles, afin de ne pas entrer dans des possibles débats d'opinion. Les questions se sont voulues courtes, reprenant les données de la dernière consultation toujours par volonté de précision.

2-3 Les experts

Les typologies d'experts retenus ont avant tout cherché à ouvrir le débat sur une vision plus large, que celle proposée par la seule approche médicale. Les liens cependant forts entre les personnes interrogées et le monde médical permettent de s'assurer de la bonne compréhension des messages, par l'utilisation d'un langage construit en commun autour de ce sujet.

Peu de personnes sollicitées ont opposé un refus, mais l'absence de rendez-vous obtenu malgré plusieurs relances, a amené à un abandon de la perspective d'entrevue. C'est le cas de certains responsables santé de parti politique, et de certains représentants d'association de praticiens.

Cependant au final, la qualité des données recueillies et l'expertise des sujets interrogés nous a permis d'obtenir une vision suffisamment riche et pleine de notre problématique.

3- La plainte veineuse a- t'elle une place dans l'avenir des pratiques et dans une perspective éthique du soin

3-1 Epidémiologie

L'importance en volume de ce problème de santé justifie t'il qu'on s'y attarde ?

3-1-1 L'insuffisance veineuse dans son ensemble

L'insuffisance veineuse est une pathologie qualifiée de fréquente dans les pays industrialisés. Il est cependant très difficile d'avoir une idée précise de sa prévalence réelle car dans les études épidémiologiques disponibles, on ne retrouve aucune homogénéité dans les critères étudiés.

On observe au sein des études un certain flou, voire parfois un véritable amalgame, entre insuffisance veineuse et maladie thrombotique veineuse [88] (même s'il est vrai que cette deuxième peut-être une cause de la première), et entre varices cliniques et symptômes mis en rapport avec l'insuffisance veineuse [89]… Ainsi il est difficile parfois de se repérer à l'intérieur d'une littérature abondante, développée surtout dans les années 1980-1990 et qui reste pour l'essentiel assujetti à des publications d'impact factor modéré.

La problématique posée par la maladie veineuse dans son ensemble ne semble pas à remettre en cause en soi puisque c'est même aux Etats-Unis que la Vascular Disease Fondation a inscrit cette pathologie au rang de ses 3 priorités de santé publique pour déjà 2003. A cela peut être argumenté que la pathologie veineuse superficielle apparaît forcément fondamentale à une institution de ce genre. Cependant la prévalence de l'insuffisance veineuse, tout stades confondus, serait estimée à près de 27% sur le continent nord-américain, cette prévalence restant cependant très variable en fonction des études, principalement du fait des critères retenus [90].

L'organisation aux Etats-Unis du Congrès mondial de l'Union Internationale de Phlébologie à San Diego du 27 au 31 août 2003, a conclu à l'importance d'intervenir très précocement sur la maladie, en espérant ainsi pouvoir diminuer le nombre des actes chirurgicaux, jusque là privilégiés par les Américains et occasionnant un coût très élevé dans

---

[88] Becker F. Varices, Insuffisance veineuse chronique, Ulcères des membres inférieurs. Point de vue. Rev Med Int.2004 ;25(1) :65-73

[89] Communiqué de presse. http://www.infoveines.org

[90] Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005 Mar; 15(3):175-84.

la prise en charge de cette pathologie[91]. Cependant peu de solutions ont été concrètement proposées pour servir d'alternative.

Il existe un amalgame dans le discours entre les différents stades et types de cette maladie veineuse. Aucune limite ne se trace entre les différentes pathologies d'un même organe : la veine. Insuffisance veineuse avancée, et insuffisance veineuse fonctionnelle, thrombose veineuse profonde et thrombose veineuse superficielle, ulcères et varicosités… Pourtant il ne viendrait à l'idée d'aucun cardiologue de mener une campagne de prévention contre « les maladies du cœur » y engouffrant insuffisance valvulaire et coronaropathie.

En ce qui concerne plus directement l'insuffisance veineuse fonctionnelle, la non prise en charge financière des traitements médicaux dans de nombreux pays, non seulement outre Atlantique mais aussi au sein de l'Union Européenne, participe probablement à des niveaux de consommation différents. De plus la traçabilité de cette consommation devient différente et de ce fait les possibilités de l'étudier aussi…

En France, d'après l'étude de Lafuma réalisée en 1994, 7 à 10 millions de personnes seraient concernées par la maladie veineuse chronique, en en compilant tous les grades et toutes les étiologies (primitive et post thrombotique). Là encore on retrouve une somme d'informations importantes, amalgamant les étiologies et les grades à la fois objectifs et subjectifs de la « maladie veineuse chronique », même s'il est reconnu que la douleur est le motif récurrent de consultation. La prévalence ainsi admise de la maladie veineuse dans son sens le plus large est estimée en moyenne à 25% chez la femme et 15% chez l'homme [92] et les coûts en rapport avec cette pathologie atteindraient jusqu'à 1% des dépenses de santé [93]. La conjonction de 4 facteurs dominants : sexe, station immobile prolongée, nombre de grossesses menées à terme et surpoids, permet de définir le profil de la personne à risque. Ainsi la prévalence de l'insuffisance veineuse chronique (varices et gêne fonctionnelle cette fois) pourrait atteindre 84% auprès des infirmières de bloc opératoire et chez les blanchisseuses [94]. Le nombre de grossesses menées à terme est un facteur de risque connu avec un risque d'apparition d'une maladie veineuse évalué à 23% à la première grossesse, passant à 27% lors des deuxième et troisième grossesses, pour atteindre 31% lors de la

[91] Fronek A, Denenberg JO, Criqui MH, Langer RD. Quantified duplex augmentation in healthy subjects and patients with venous disease: San Diego population study. J Vasc Surg. 2003 May; 37(5): 1054-8.

[92] Lafuma A, Fagnani F, Peltier-Pujol F, Rauss A. La maladie veineuse en France : un problème de santé publique méconnu. J Mal Vasc.1994;19:185-9

[93] Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic veinous insufficiency in men and women in the general population. J Epidemiol Community Health 1999; 53:149-53

[94] Sobaszek A, Frimat P, Tiberguent A, Chevalier H, Catilina P. Veinous insufficiency of the lower limbs and working conditions. Phlebology. 1998;16:28-34

quatrième grossesse. De même le surpoids est un facteur de risque bien identifié ; le risque de développer des varices est de 39% lorsque l'indice de masse corporel est supérieur ou égal à 27 [95], même si dans cette étude il n'est pas fait mention de la douleur veineuse comme entité indépendante.

L'étude SUVIMAX est une des rares à avoir évalué plus spécifiquement la prévalence des symptômes veineux. Ceux-ci seraient estimés à 14% chez les hommes et à 28% chez les femmes [96].

Il est intéressant de noter que cette prévalence est comme toujours très dépendante des critères considérés comme pertinents, d'autant plus en l'absence de consensus si ce n'est mondial tout au moins européen autour spécifiquement de la plainte. Ainsi en fonction des items retenus la prévalence de la symptomatologie veineuse pourrait aller jusqu'à 20% des hommes et 51% des femmes [97].

Les conclusions de l'Edimbourg Vein Study [98], tout comme celles de l'étude menée par X.Kurtz et al. [99] révèlent que la symptomatologie subjective veineuse n'est que faiblement corrélée avec la présence de varices et cela serait tout particulièrement vrai chez l'homme, avec comme hypothèse avancée une moindre intensité de « souffrance esthétique ». Nos résultats ne corroborent pas cette hypothèse puisque la plainte esthétique y semble très bien différenciée de la symptomatologie fonctionnelle.

Ainsi, même si on observe un certain flou sémantique au sein de l'entité *insuffisance veineuse*, il semble que cette pathologie soit suffisamment fréquente pour mériter une réflexion de fond.

3-1-2 Plus spécifiquement la symptomatologie fonctionnelle veineuse

Il existe peu d'études publiées autour spécifiquement de la plainte subjective en tant que critère principal de l'étude.

---

[95] The epidemiology of varicose veins: the Framingam study. American Journal Preventiv Medicine. 1988 ;4 :96-101

[96] Boccalon H et al. Prevalence of veinous insufficienc in French adults of the SUVIMAX cohort. SUplémentation en VItamines et Minéraux AntioXydants. International Angiology 1999 ; 18(2) :171-5.

[97] Carpentier Ph et al. Prevalence, risks factors and clinicle patterns of chronic venous disorders of lower limb ; a population based study in France. Journal of vascular surgery. 2004; 40 (4): 650-9

[98] Bradburry A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes RGR. What are the symptoms of varicose veins ? Edimbourg Vein Study cross-selectional population survey. BMJ, 1999; 318: 353-6.

[99] Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, Abenhaim L. For the veins sudy group. O varicose veins affct qality of life? Results of an international study. J. Vasc. Surg. 2001 ; 34 : 641-8.

L'étude de F.A. Allaert [100] rapporte que 64,5% des femmes qui consultent pour leur maladie veineuse se plaignent de douleurs des membres inférieurs, 64,1% des patientes estiment que l'intensité de leurs symptômes est gênante, 10% la considèrent invalidante et 26,3% s'en accommodent. Cette gêne est régulière pour 71,3% des patientes et 21,2% d'entre elles déclarent souffrir quotidiennement.

C'est l'intensité et la fréquence de la douleur qui est le critère retenu par les patients comme décrivant le mieux la sévérité ressentie de leur insuffisance veineuse [101].

Les variables étudiées étant différentes selon les études, il est difficile d'avoir une estimation précise de l'impact réel de la symptomatologie subjective veineuse. Si la douleur fait partie des questionnaires génériques d'évaluation de la symptomatologie veineuse, il n'est pas retrouvé dans la littérature de questionnaire spécifique adapté uniquement à la douleur veineuse [102] et à son retentissement concret dans la vie quotidienne.

Un élément est commun au sein des conclusions retrouvées à travers les nombreuses études réalisées : l'absence de lien statistique entre l'intensité de la gêne au quotidien et l'importance de la maladie veineuse objectivée cliniquement ou via l'examen écho-doppler [103].

Le cadre nosologique des télangiectasies, des varicosités et des varices correspond à une donnée supposée objective et quantifiable autour de laquelle il existe cependant des discussions [104]. A plus forte raison la notion de symptomatologie subjective veineuse, entité clinique centrée sur le ressenti du patient, est sujette aux variabilités interindividuelles et parait difficile à apprécier de manière objective. Le ressenti de la douleur et son vécu sont perçus comme étant très différents d'un sujet à l'autre. Ainsi dans l'article de 2002 de Meissner, Natiello et Nicholls [105], visant à valider le score de sévérité clinique de la maladie

[100] Cazaubon M, Allaert FA. Retentissement de la maladie veineuse chronique sur la qualité de la vie. Phlébologie. 2003;56-2:157-64

[101] Cazaubon M. Construction et validation d'un indicateur spécifique de qualité de vie: le cas de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Angéiologie 1995; 47(1): 45-6

[102] Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic veinous insufficiency in men and women in the general population. J Epidemiol Community Health. 1999; 53:149-53.

[103] Kaplan RM, Criqui MH, Deneerberg JO, Bergan J, Fronek A. Quality of life in patient with chronic veinous disease: San Diego population study. J Vasc Surg. 2003;37:1047-53.

[104] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. Une appréciation des nouveaux score de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. Phlébologie. 2003;56 (2), 127-36.

[105] Meissner MH, Natiello C, Nicholls SC. Performance characteristics of the veinous clinical severity score. JVS. 2002; 36:889-95.

veineuse pour compléter la classification CEAP, on retrouve une différence significative interobservateurs pour l'appréciation de la douleur du patient.

L'Association Nationale de Prévention Médicale (ANPM) a mené en mars 1992 une enquête sur la douleur veineuse [106]. Dans tous les groupes d'âge cette gêne est perçue comme un handicap, particulièrement mal vécu chez les sujets jeunes puisqu'ils sont 49% à s'en plaindre pour la tranche d'âge 18 – 29 ans et 38% pour celle 30 – 39 ans. Le but de cette enquête était essentiellement la réalisation d'un état des lieux concernant la douleur veineuse mais les résultats obtenus, riches en termes de retentissement de cette pathologie dans la vie quotidienne, en font un article clé dans l'abord de notre problématique.

Ainsi il semble que la symptomatologie veineuse soit une entité qui possède une identité sociale forte mais une existence médicale qui reste encore à ce jour assez confuse. Malgré le peu de données fiables dont nous disposons, l'entité « symptomatologie veineuse » reste un axe fort de la réflexion [107], ne serait-ce que du fait de ce qui est reconnu comme un surcoût en matière de traitements.

Ce qui se cristallise semble dépasser ici le simple cadre de la douleur veineuse et est la base d'une réflexion qui appartient de fait au cadre de l'Ethique clinique.

3-2 Comparaison de nos résultats concernant les patients avec ceux de la littérature

La visée éthique introduirait-elle un biais dans notre approche clinique, du fait d'une approche centrée sur l'individu dans toutes ses dimensions ?

Les symptômes rapportés par les patients dans notre étude sont identiques à ceux communément décrits comme appartenant à classiquement à l'insuffisance veineuse et accessibles dans la littérature depuis de nombreuses années [108, 109].

---

[106] Cloarec M, Griton Ph, Blanchemaison B, Mouren X,, Garcia-Macé JL. Enquête épidémiologique sur l'impact de la douleur dans la maladie veineuse. Act.Med.Int. Angiologie.1994 :189 ; 3697-702.
[107] Da Silva A, Navarro MF, Batalheiro J. The importance of chronic veinous insufficiency. Various preliminary data on its medico-social consequences. Phlebologie. 1992 ; 45(4): 439-43.
[108] Tournay R. Vaso-motricité et sympathalgies veineuses. Journées angiologiques. 1971
[109] Thiery L. La douelur veineuse. Phlébologie. 1988 ;41(3) : 673-8.

Les résultats obtenus en terme de description de la plainte rejoignent la sémiologie classiquement décrite. Ceci est un élément en faveur de la représentativité clinique de notre population et cela suggère qu'il n'existe pas de biais de sélection majeure, en terme de pathologie non veineuse surajoutée et qui serait la source du handicap.

Une étude récente a étudié la valeur diagnostique des différents items employés pour décrire les douleurs veineuses. Les plus pathognomoniques sont les lourdeurs et les sensations de gonflement, résultats que nous retrouvons au sein de notre population [110].

Les résultats vont dans le sens d'une évolution non linéaire de la maladie, les signes fonctionnels ne précèdent pas systématiquement l'apparition des signes objectifs, la symptomatologie subjective n'est pas réservée à un stade initial ce qui correspond aux données actuellement validées par les études cliniques[111]. Ainsi un des problème principaux de la symptomatologie subjective veineuse, tel que nous le retrouvons dans notre étude, mais tel qu'il est aussi décrit dans d'autres travaux, semble résider dans cette difficile dissociation entre signes objectifs et signes subjectifs de ce qu'il est admis d'apparenter à de l'insuffisance veineuse, et ce en l'absence de lien probant susceptible de relier ces différentes entités [112].

Une sensation de vieillissement accompagne les symptômes, tout particulièrement au sein de notre population féminine, ceci participe probablement aussi aux difficultés de son vécu. Un problème d'ordre esthétique y est parfois intriqué, mais aux vues de nos résultats les patients savent différencier ces deux aspects de la même maladie. Ceci n'a a priori pas été étudié auparavant.

Les résultats de la phase qualitative concernant les patients, révèlent qu'à la plainte veineuse est souvent intriquée l'inquiétude de la pathologie « vasculaire en générale ». Ainsi la peur de faire une nécrose cutanée, une embolie pulmonaire, voire un accident vasculaire cérébral montre à quel point il existe une confusion dans la population générale entre les problèmes artériels et veineux, ainsi que la différence entre les problèmes veineux profonds et superficiels. Cette confusion avait déjà été observée en 2004 au cours d'un sondage TNS SOFRES réalisé pour la société française de phlébologie [113].

La notion de pathologie à caractère familial interfère énormément sur le vécu et la représentation de la maladie par le patient. La gêne qui découle de l'insuffisance veineuse est

---

[110] Levy E, Los F, Chevalier H. The 1999 french venous disease survey : epidemiology, management and patient profiles. Angiology. 2001 ; 52 :195-9.

[111] Yamadi T, Nozaki M, Fujiwara O, Yoshida E. Comparative evaluation of duplex derived parameters in patients qith chronic venous insufficiency correlation with clinical manifestations. Journal of the American College Surgeons. 2002: 195; 822-30.

[112] Creton D, Hennequin L. Insuffisance veineuse pelvienne chez la femme présentant des varices périnéales. Corrélation anatomo-cunique, traitement par embolisation et resultats (31 cas).Phlébologie. 2006 ;56(3) :257-64

[113] www.infoveines.org/semaine2/documents/**sondage**_2004

fortement influencée par les expériences personnelles et familiales qui lui sont associées comme cela se retrouve déjà au sein de la littérature [114]. Les patients ne s'inscrivant pas dans une histoire familiale d'insuffisance veineuse semblent avoir plus de difficultés à oser consulter sur ce motif, et semblent avoir plus de difficultés pour mettre des mots sur leur plainte, indépendamment de leur niveau socioculturel. Des images fortes ont marqué la mémoire de certains patients interrogés et les amènent à considérer ce problème comme potentiellement dangereux. A l'inverse, des patients baignant dans un climat d'insuffisance veineuse familiale sans complication notable semblent avoir davantage tendance à banaliser leur gêne.

De la même façon, les éléments de l'histoire personnelle des soignants modifient leur façon d'aborder la problématique.

Cela correspond aux observations déjà réalisées autour d'autres pathologies chroniques [115].

Ainsi face à ce problème de santé publique [116], il pourrait être nécessaire de se donner les moyens d'une véritable campagne d'information grand public, afin que cette pathologie, puisse posséder une existence sociale élaborée davantage en partenariat avec le corps médical qu'avec l'industrie du médicament.

Dans notre étude, les femmes se plaignent plus et ont une élaboration plus avancée de leurs symptômes et des situations à risque pour leur circulation veineuse. Ceci représente indéniablement une des explications quant à la sur-représentation féminine dans la demande de soin autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse, ceci correspondant à une capacité de prise en charge vraisemblablement différente de celle des hommes. Cela est déjà décrit dans d'autres situations [117]. Par ailleurs, comme le démontre notre partie quantitative, les hommes sont moins présents autour des tâches qui déclenchent préférentiellement les symptômes et les possibilités d'évitement des situations à risque leur sont plus aisées.

Au sein de la littérature peu d'études se sont spécifiquement attachées à la reconnaissance du symptôme « douleur ». Dans une enquête spécifique réalisée en France sur 9784 patients

[114] Cornu-Thénard A, Boivin P, Baud JM, De Vincenzi I, Carpentier P. Imporantce of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. Dermatol Surg Oncol 1994; 20: 318-26.

[115] Godbolt AK, Cipolotti L, Anderson VM, Archer H, Janssen JC, Price S, Rossor MN, Fox NC. A decade of pre-diagnostic assessment in a case of familial Alzeimer's disease: tracking progression fram asymptomatic to MCI and dementia. Neurocase. 2005; 11(1): 56-64.

[116] Madar G, Widmer LK, Zemp E, Maggs M. Varicose veins and chronic venous insufficiency, disorder or disease? A critical epidemiological reviw. VASA. 1986; 15 :126-34.

[117] Aliagra C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE.2002 ;269 :5p

71.3% de femmes et 28.7% d'hommes ont été inclus sur les critères de la plainte douloureuse, ce qui correspond assez bien à nos résultats en termes d'inclusion [118].
Ceci n'exclut cependant pas la possibilité d'une verbalisation plus facile chez la femme que chez l'homme pour des raisons sociétales de représentation de la maladie.

La contention veineuse est exprimée comme difficile à tolérer l'été. Ceci nous amène à penser que la voie de la recherche en matière de contention n'est pas épuisée et qu'il reste du travail. Ces dernières années, des progrès incontestables ont été réalisés en terme de technicité, de confort et d'esthétique. Il semble important de poursuivre le travail autour de cela, comme le soulignait déjà en 1985 le Pr. Donadi [119] et de communiquer. Les pharmaciens pourraient être nos partenaires autour de ce travail.
De la même façon, quelques patients se plaignant avant tout de symptômes d'ordre dysesthésiques ont souligné la difficulté ressentie pour supporter une contention veineuse, du fait de sensation désagréable causée par le contact d'une matière sur la peau. Cela pourrait nous amener à une négociation plus ouverte avec nos patients sur ce thème, en les prévenant notamment des difficultés d'adaptation au traitement, qui sera dans le cadre de la symptomatologie fonctionnelle à mettre en balance avec la gêne spontanément ressentie.

L'espoir de la possibilité d'un traitement radical ressort au cours de nos entretiens et nous retrouvons ici toutes les difficultés en terme d'acceptation et de vécu de la maladie chronique déjà documentée dans de nombreux autres domaines de la médecine [120].

L'importance de cette problématique chez les actifs observés dans notre étude va dans le sens des résultats de la littérature [121], même si dans notre enquête il semble que les symptômes aient, en plus, tendance à s'accentuer avec le temps y compris après la retraite aboutissant à une limitation des activités sociales chez les personnes plus âgées interrogées. Ceci n'a a priori encore jamais été décrit dans la littérature, du fait probablement de la difficulté à faire la part des choses chez les patients avançant en âge et devenant poly-pathologiques.

---

[118] Cloarec M, Griton Ph, Blanchemaison B, Mouren X, Garcia-Macé JL. Enquête épidémiologique sur l'impact de la douleur dans la maladie veineuse. Act Med Int. Angiologie. 1994. 189:3697-701.
[119] Donadi GC. Esthétique et contention. Phlébologie. 1985 ; 38 (4) :695-9.
[120] Swerissen H, Belfrage J, Weeks A, Jordan L, Walker C, Furier J, McAvoy B, Carter M, Peterson C. A randomised contrôle trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. Patient Educ Couns. 2006 ;19 :143-9
[121] Cloarec M, Griton Ph, Blanchemaison B, Mouren X, Garcia-Macé JL. Enquête épidémiologique sur l'impact de la douleur dans la maladie veineuse. Act. Med Int- Angiologie (12). 1994; 189: 3697-701

L'analyse des groupes patients et des groupes témoins pour la population de la médecine du travail confirme l'intérêt de la construction d'une grille de handicap pour avoir véritablement accès à la plainte fonctionnelle du patient. Celle-ci ne se décline pas seulement, d'après nos résultats, selon l'intensité d'une sensation, mais bien par le biais des freins imposés dans la vie courante à un certain nombre d'activités.

Parallèlement le développement du score de handicap auquel nous avons abouti pourrait représenter un outil adapté à la consultation clinique afin à la fois d'évaluer la plainte des patients sur des critères objectifs mais aussi de pouvoir évaluer de manière rapide l'efficacité des traitements proposés.

Les résultats de notre étude sont à rapprocher de l'enquête réalisée en 1998 par F.A Allaert. Celle-ci avait inclus tous les types d'insuffisance veineuse, y compris les insuffisances veineuses post-thrombotiques, mais les items qui étaient ressortis à l'époque comme pertinents, en terme de retentissement de la maladie veineuse sur les activités professionnelles et quotidiennes des patients, sont superposables à ceux exprimés dans notre enquête [122]. En 1994, 18% des patients consultant un médecin généraliste ou un angiologue pour un problème d'insuffisance veineuse avaient même dû modifier leurs conditions de travail ou changer de profession [123].

Autour du travail, 2 situations divergentes sont observables. Certains patients interrogés disent pouvoir faire abstraction de leur douleur dans la journée, au cours de leurs occupations professionnelles. D'autres au contraire se sentent handicapés dans leur activité par la gêne. Cette donnée et l'importance de la notion de handicap était déjà connue [124]. Le vécu de la gêne en fonction des possibilités de focalisation de l'attention sur une autre préoccupation, est une entité qui reste à démontrer, même si elle parait intuitivement adaptée à des gênes d'intensité modérée. Le poste de travail occupé par le patient est un item qui reste bien sûr important, d'où la réalisation de travaux de qualité essentiellement à ce jour en milieu du travail. La possibilité de se voir fournir de la contention veineuse sur certains postes de travail reconnus à risque est un élément abordé par la population des actifs.

Dans la littérature, le travail de nuit est décrit comme incriminé dans l'apparition de la symptomatologie et c'est un résultat qui semble se profiler à travers nos entrevues, même si peu de patients travaillant de nuit ont été inclus au moment de la phase quantitative [125].

---

[122] Allaert FA, Verrière JL, Urbinelli R. Conséquences médico-sociales de l'insuffisance veineuse diurne et nocturne sur la vie quotidienne des femmes. Angéiologie, 1998, Vol.50, n°4, 55-6.
[123] Cloarec M, Griton Ph, Blanchemaison B, Moren X, Garcia-Macé JL. Enquête épidémiologique sur l'impact de la douleur dans la maladie veineuse. Act. Med. Int. Angiologie (12), 1994 ;19 : 3697-701.
[124] Allaert FA, Verriere JL, Urbinelli R. Conséquences médico-sociales de l'insuffisance veineuse diurne et nocturne sur le vie quotidienne des femmes. Angiologie. 1998 ;50 :55-61.
[125] Boisseau MR. Clinical indications of phlebotonic drugs :Need for a medical consensus their place towards vein pains in the course of the chronic vein disease. Phébologie. 2005 ;58 :77-81.

Dans notre étude, la typologie de patients concernés d'après les praticiens est différente en fonction des groupes, ceci correspond aux données d'une littérature qui amalgame différents stades de la « maladie veineuse » dans son ensemble [126]. Cette absence de pédagogie à l'égard du grand publique apparaît notamment sur les affiches réalisées au moment de la campagne de dépistage de la maladie veineuse chronique. Celle-ci est en elle même une bonne idée ; la possibilité de consulter de manière gratuite, au moment d'une grande journée de dépistage de et discussion avec les professionnels autour de la maladie veineuse chronique dans sont ensemble ne peut, à la lumière de ce travail, que paraître positive. Cependant le visuel, qui va avec un message fort : « pour qu'une varice ne se transforme pas en phlébite », montre une jeune dame, qui ne présente pas la moindre trace de maladie veineuse (pas même quelques varicosités) [127]… Au sens des résultats de ce travail, pour que cette campagne ait pu être au maximum pertinente, il aurait été nécessaire de montrer une dame plus âgée avec des varices, car ,face à cette image, le risque est d'entretenir cette ambiguïté entre jambe lourde et phlébite.

L'ensemble de ces résultats nous montre que notre approche permet non seulement de centrer davantage la réflexion sur le patient dans une visée éthique du soin, mais qu'elle nous permet aussi de construire des outils pratiques adaptés, parce qu'avant tout construit dans l'écoute.

3-3 Comparaison des résultats obtenus auprès des praticiens avec ceux de la littérature

La réflexion éthique qui conduit ce travail serait-elle en rupture avec les réalités de l'exercice médical ?

Nous avons observé que le manque de repère ressenti comme objectif autour de la plainte fonctionnelle veineuse est une difficulté fondamentale dans l'appréhension et la prise en charge de cette problématique. Ainsi la manière d'aborder la plainte veineuse est considérée comme restant fonction des croyances et convictions des différents praticiens, mais aussi fonction de l'histoire personnelle et professionnelle. Cette « souffrance » des soignants face à

[126] Becker F. Varices. Insuffisance veineuse chronique. Ulcères des membres inférieurs. Point de vue. Rev. Med. Int. 2004 :25 ;65-73.
[127] http://www.infoveines.org

un manque de repère valide est particulièrement décrit autour de pathologies plus graves[128]. Il est intéressant de noter qu'elle existe aussi dans une mesure moindre bien sûr autour de pathologies bénignes.

C'est l'absence de cadre sémiologique perçu comme bien circonscrit, même s'il existe en fait, et surtout le manque de solutions médicales ressenties comme efficaces qui semble rendre les praticiens le plus mal à l'aise face à cette plainte. L'avènement de la classification CEAP, qui reste un outil peu utilisé en clinique courante et qui reste en pratique très centré sur les signes objectifs, est un événement important dans l'histoire de l'appréhension de la maladie veineuse chronique. Sa lourdeur et sa variabilité d'interprétation interpersonnelle importante en ce qui concerne les stades peu évolués de la maladie la rend peu adaptée à la pratique clinique [129]. C'est pour cette raison que l'élaboration de nouveaux outils, mieux centrés sur la démarche du patient et sur ses attentes est nécessaire, afin de n'avoir, si ce n'est une normalisation d'un paramètre bien évalué, au moins une objectivation de l'amendement de la plainte [130].

Un autre des résultats interpellant de cette enquête est le manque de clarté de certains praticiens entre les facteurs de risque de la plainte fonctionnelle veineuse, varices et pathologie veineuse profonde. Cette confusion n'est pas confirmée au moment de la phase quantitative, ce qui signifie en terme de pratique, qu'aucune erreur de prise en charge flagrante n'est à regretter, cependant ce flou sémiologique, même s'il n'a pas de conséquence pratique doit amener à la réflexion. Ce résultat va dans le sens d'une étude réalisée chez les étudiants en soin infirmier, qui retrouve un manque de clarté dans l'esprit des étudiants entre veine et artère, en en attribuant le fait à « l'inversion » du système au sein de la circulation pulmonaire [131].

Les praticiens se sentent insuffisamment formés autour de l'insuffisance veineuse, qui est pour eux un enjeu de santé publique, même si nous ne nous sommes attachés ici qu'à l'évaluation de la symptomatologie subjective veineuse. Pourtant les outils existent. Cette sensation de difficulté pour authentifier l'origine veineuse de la plainte, semble traduire avant

---

[128] Canouï P. La soufrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. Médecine et Hygiène. 2003 ;18 :101-4.

[129] Carpentier PH, Cornu-Thénard A, Uhl JF, Partsch H, Antignani PL. Appraisal of the information content of the C classes of CEAP clinical classification of chronic venous disorders : a multicenter evaluation od 872 patients. J Vasc Surg. 2003; 37(4):827-33.

[130] Pigot F. Faut il explorer une dyschésie ? Communication libre. Journées francophones de pathologie digestive. 22-24 mars 1999.

[131] http://www.etudiantinfirmier.com

tout un manque de confiance dans la sémiologie, lorsque la technique existe. Pour de bonnes pratiques, c'est bien l'examen clinique qui doit précéder toute chose [132].

Qu'en est il alors autour de pathologies comme la migraine qui ont cependant su se trouver une existence y compris en dehors de tout signe objectif [133] ? En ce qui concerne la symptomatologie fonctionnelle veineuse, on pourrait imaginer que l'outil écho-doppler et le leurre de l'image puissent représenter un frein. Il est concevable que les praticiens, capables aujourd'hui de pouvoir authentifier le reflux veineux recherchent une preuve objective de la plainte grâce à leur outil alors que l'étiologie de la douleur est ailleurs… Pour reprendre notre exemple de tout à l'heure, la légitimation de l'entité « migraine », même si elle ne s'est pas faite sans difficulté, a eu lieu bien avant l'avènement des technologies modernes d'imagerie cérébrale [134].

Le manque de repère étiologique validé est aussi verbalisé par l'ensemble des professionnels interrogés comme participant à un certain malaise face à la plainte. Concernant la physiopathologie de la douleur veineuse, après une longue période historique où a prévalu l'hypothèse de la distension veineuse[135], c'est aujourd'hui la piste développée inflammatoire qui semble privilégiée et qui est actuellement en cours de développement[136].

La possibilité d'une origine non directement veineuse à ces symptômes existe, la souffrance pourrait avoir pour origine le tissus interstitiel et en cela il reste encore beaucoup de travail à fournir pour comprendre. On peut cependant se demander quel sera l'investissement universitaire autour de ce type de travaux lorsque les instances publiques se désengagent.

L'articulation difficile entre signes objectifs et subjectifs de l'insuffisance veineuse est soulignée, par les différentes typologies de praticiens interrogés, de la même façon que dans la littérature. Ceci est un élément central de la réflexion [137]. Cette confusion existe aussi dans le groupe des experts, se traduisant par l'amalgame remboursement et efficacité…Même dans nos populations habituées, la manipulation de ces différents concepts ne semble pas aisée.

La possibilité d'une plainte esthétique masquée est avancée par certains praticiens. Les patients seraient-ils vraiment capables d'amplifier les symptômes pour accéder à une prise en charge radicale ? L'hypothèse d'une possible « sur-verbalisation » de la plainte douloureuse

---

[132] Daulouede JP, Auriacombe M. What are the modalities of evaluation of a patient prior to prescription and what are the modalities of clinical and laboratory medical follow-up of a patient during opioid replacement therapy? Alcoologie adictologie. 2004 ;26(4): 142-8.

[133] Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Age dependent prevalence and clinical features of migraine. Neurology. 2006; 67(2) :246-51.

[134] Schwob M. Guérir la migraine. Laffont. 1997. 234 p.

[135] Tournay R. Vaso-motricité et sympathalgies veineuses. Journées angéiologiques de langue française. 1971.

[136] Danziger N. Physiopathologie de la douleur veineuse. Le Concours Med. 2004 ;126 :1521-5.

[137] Priollet P. Chronic venous insufficiency : clinical aspects. Presse Med. 1994; 23(5):229-35.

par certains patients, et notamment les patients les plus jeunes, dans une demande en fait plutôt dans le registre de l'esthétique soumise à discussion est avancée dans certaines études [138]. Cela ne va pas dans le sens des résultats de notre travail. Les patients semblent tout à fait à même de faire la part des choses. Les médecins verbalisent peu de plainte esthétique seule en motivation de la consultation. Ils soulignent d'ailleurs en ce sens que certains patients ne verbalisent qu'a posteriori la plainte fonctionnelle, au moment de la disparition de celles-ci que ce soit du fait d'un traitement chirurgical ou d'un traitement par contention.
Il est possible qu'une dimension psychologique plus large qu'une simple demande esthétique, s'apparentant à une notion de souffrance plus vaste, participe à l'expression de ces symptômes. Cette dimension entretient la réflexion des praticiens depuis de nombreuses années [139].

Du fait du sous-effectif médical, il est possible que les pouvoirs publics attendent une régulation spontanée des consultations autour de ce symptôme, comme cela est déjà exprimé par nos médecins du travail. D'après nos résultats, cela ne touchera que les médecins vasculaires et les chirurgiens vasculaires dont la consultation directe est rare dans notre Région et ce encore avant le décret de la filière de soin. Puisque cette plainte existe, on peut imaginer qu'elle existera encore même, si par décret, on décide ne plus la faire appartenir au champ médical. Faire sortir cette plainte de la médecine est-ce adapté ? Pour les praticiens interrogés, cela serait dommageable à une bonne qualité de prise en charge, mais cela reste bien sûr soumis au niveau d'implication de ces praticiens face à la problématique veineuse, et cela reste de fait de parti pris. Cette réflexion correspond à des idées largement accessibles dans de nombreux articles, aussi bien dans le milieu du travail [140] qu'au sein de la médecine générale[141], alors même que ces disciplines qui n'ont pas d'intérêt particulier autour de ce sujet.

Il semble exister un certain nombre de difficultés de collaboration des différents praticiens autour de ce symptôme. Celles-ci sont dénoncées dans notre travail, et ont déjà été constatées à plusieurs reprises notamment par les instances publiques, y compris dans d'autre pays [142].

---

[138] Andreozzi GM, Cordova RM, Scomparin A, Martini R, D'Eri A, Andreozzi F. Quality of life in chronic venous insufficiency. An italian pilot study of the Triveneto Region. Int Angiol. 2005; 24(3): 272-7.
[139] Guillerot E. La demande esthétique en phlébologie. Phlébologie. 1985 ; 38 (4) : 647-51.
[140] Mezzadri A. Résultats d'une enquête sur le prise en charge de la maladie veineuse dans le cadre de la visite obligatoire de médecine du travail. Medec 2005. http://www.lemedec.com
[141] Druais PL. Coordination Médecine Générale/ Médecine du Travail dans la prise en charge de la maladie veineuse chronique. Medec 2005. http://www.lemedec.com
[142] Bilan du groupe de travail ministériel-Secteur de la réadaptation. Heilporn A. Mars 2007. http://inami.fgov.be

Un nécessaire travail d'articulation dans un soucis de cohérence entre les différents professionnels de santé doit être entrepris, dans le vrai sens ce qu'il est à la mode d'appeler la filière de soin, au-delà de son sens démagogique.

L'importance de la visée éducative se profile lorsque les praticiens constatent l'amalgame fait entre pathologie veineuse et artérielle, ainsi qu'entre problèmes veineux superficiels et problèmes veineux profonds. L'efficacité en ce sens du développement d'« écoles de la veine » telle qu'elle existe déjà sur le site de la station thermale « la Léchère » est avancée dans la littérature par certains auteurs [143].

Une nécessaire motivation des patients autour de cette gêne fonctionnelle est soulignée par l'ensemble des personnes interrogées. L'ambiance de « passivité » actuelle dénoncée par l'ensemble de nos intervenants doit faire pour eux l'objet d'une nouvelle responsabilisation. La notion de santé est décrite par l'ensemble des différents groupes interrogés comme n'étant ni un droit pour les usagers, ni un devoir de la part des instances publiques vers leurs administrés, en dehors de toute implication des patients vis à vis d'eux même. Ceci va dans le sens des résultats de l'enquête réalisée déjà en 1994 par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC)[144]. A une courte majorité, les Français considéraient qu'il était anormal que les soins de confort soient remboursés. ils restaient cependant attachés à la délivrance de ces substances en officine plutôt qu'en supermarché (ceci étant à pondérer en fonction de l'habitat). Mais quels sont les concepts implicitement regroupés par les personnes interrogées autour de la notion de médecine de confort, puisque c'est ce terme qui était utilisé pour décrire la prise en charge des troubles fonctionnels ? L'ambiguïté du terme est une des dimensions qu'il aurait fallu étudier davantage.

Le décalage entre une plainte élaborée sur des critères fonctionnels et des solutions développées sur des critères objectifs et hémodynamiques est une dimension importante de la problématique, entre des patients très en demande de solutions face à une plainte parfois surinvestie et des praticiens parfois prisonniers de leurs outils de mesure. S'il existe toute une littérature de rationalisation des critères d'action des substances disponibles, leur

[143] Satger B, Carpentier PH, Poensin D, Fechoz C, Colomb M, Kalinowski I. L'école de la veine. Un programme d'éducation pour les patients atteints d'insuffisance veineuse chronique à la station termale de la Léchère. JmalVasc. 2002 : 27(1) ; 26-30.
[144] Rochefort R. La médecine de confort. Credoc. Consommation et modes de vie. 31 Janv 1994 : 83 ; 4p.

argumentaire méthodologique reste faible et leur reconnaissance scientifique insuffisante pour en faire un argument recevable[145]. C'est ainsi toute la problématique de la preuve qui se pose.

La nécessité d'une uniformisation des messages à délivrer entre les instances officielles d'une part et entre praticiens et patients d'autre part, apparaît comme une nécessité. L'élaboration de ces messages se devrait d'intégrer les zones d'inconnaissance mais aussi les zones d'impuissance de la part du corps médical tout en rendant au patient ses propres compétences[146].

La formation médicale initiale, comme la formation médicale continue devraient tenir compte, dans l'élaboration de leurs programmes, d'une certaine pondération des sujets fonction de leur fréquence dans la pratique clinique courante[147]. Un soin plus spécifique pourrait être apporté à l'enseignement de la pathologie veineuse et à ses implications aussi bien médicales que sociétales. Cela rendrait au *pouvoir médical* sa juste mesure, notamment dans des domaines du soin emprunts de l'irrationalité du vivant. Ceci pourra peut-être voir le jour en pathologie veineuse chronique avec l'avènement de nouveaux outils plus centrés sur le patient, comme celui que nous avons tâché d'élaborer dans le présent travail. mais aussi sur l'élaboration d'une notion factuelle d'expertise basée sur l'expérience[148].

La question autour des veinotoniques et du désengagement des instances de santé sous-tend aussi le débat autour de la possible mise en vente par les spécialistes de la grande distribution d'un certain nombre de substances. Cela poserait vraisemblablement des problèmes purement financiers, qui dépassent les champs de compétences de la présente recherche. Quelques éléments nous apparaissent cependant. Le monopole du médicament serait retiré au pharmacien. Cela nécessiterait, la mise en place de structures de conseil, obligeant à un soin tout particulier quant à la cohérence des messages délivrés. Le pendant de cela serait une nécessaire éducation à la santé à offrir à la population…Qui serait de ce fait l'interlocuteur privilégié ? Il est intéressant de noter que si les praticiens interrogées consomment peu de veinotoniques, les angiologues en consomment plus que les généralistes. Il semble que le pharmacien possède dores et déjà ce rôle. D'après les données de la littérature en tout cas les patients ne semblent pas prêts à se fournir en grande surface en ce

---

[145] Vin F. Place des veinotoniques dans la prise en charge de la maladie veineuse chronique. Conclusions d'un consensus national. Veines infos. 2006 ; 4 : 2-3.
[146] Durand-Zaleski I. Editorial. Un cas d'école. Actualités d'angiologie. 2000 ; 235 :123-4.
[147] Janbon C. Le bohneur est dans le système métrique. Actualités vasculaires internationales. N° spécial. Jan 1996 ;3 :10-2
[148] Charlin B, Brailovsky , Roy L, Van der Vleuten CP. The script concordance test.:a tool ti assess the reflective physician. Teach. Learn. Med. 2000 ;12 :189-95

qui concerne le médicament, justement au motif de cette nécessité de conseil [149]. Parallèlement la littérature argumente d'une nécessaire diminution des ventes avec le déremboursement. Pour contrebalancer cela, il faudrait diminuer le prix et parallèlement pouvoir augmenter les ventes afin pour l'industrie de rester sur une balance marchande positive. Cela signifierait l'ouverture du marché vers les professionnels de la grande distribution que nous venons d'envisager. L'autre position développée dans la littérature serait une augmentation du conseil officinal en faveur de substances génériques[150], tant qu'il reste un niveau de remboursement consenti autour du veinotonique comme de la contention. La peur d'une possible « guerre » de distribution entre officine et supermarché semble être un aspect du problème ; lutte qui serait cependant d'après la littérature disponible plutôt, à ce jour, en faveur de l'officine. De nombreuses variations inter régions sembleraient cependant à prévoir, participant aux inégalités dénoncées.

L'importance d'une recherche de qualité autour de ces questions de santé grand public, ressort comme un des résultats majeurs de notre recherche, et cela semblerait d'après les praticiens interrogés comme une solution plus constructive qu'un pur et simple désengagement des instances publiques autour d'une médecine dite « de confort ». La nécessité de développement des outils adaptés et de qualité autour de ces questions est une dimension nécessaire[151, 152]. Cela ne signifierait pas forcément maintenir un niveau de remboursement, mais cela permettrait d'argumenter dans un débat transparent et citoyen les différents niveaux de force en présence, et ainsi de mieux pouvoir argumenter les choix nécessaires.

Ainsi dans nos observations nous mettons en évidence des difficultés de fonctionnement, qui débouchent sur une réflexion éthique mais pour lesquelles s'ouvrent à la lumière de nos résultats des pistes de solutions pratiques.

---

[149] Rochefort R. La médecine de confort. Credoc. Consommation et modes de vie. 31 Janv 1994 : 83 ; 4p.

[150] Fontenelle N. Veinotoniques : Déremboursement fatal ? Le moniteur des pharmacies n° 2572. Mars 2005 ;1 : 10-11.

[151] Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, Meissner MH, Moneta GL, Myers K, Moneta GL, Myers K, Padberg FT, Perrin M, Ruckley CV, Smith PC, Wakefield TW. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders : consensus statement. J Vasc Surg. 2004; 40(6):1248-52.

[152] Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S. Measuring handicap: the London Hadicap Scale, a new outcom measure for chronic disease. Qual Health Care. 1994 ; 3(1): 11-6.

4- L'acte de soin garde t'il sa visée éthique s'il abandonne la plainte fonctionnelle ?

Nos résultats vont dans le sens d'une nécessaire réflexion avant de prendre des décisions politiques de fond. La pathologie fonctionnelle, dont la symptomatologie fonctionnelle veineuse représente un exemple doit-elle, et peut-elle restée inscrite parmi les missions de la médecine ?

4-1 Des résultats croisés qui interpellent

4-1-1 En perspective, une possibilité d'amélioration des pratiques

Une plainte attendue par les patients comme continuant d'appartenir au domaine médical

D'après nos résultats, les patients comme les praticiens considèrent que la symptomatologie veineuse appartient au champ des compétences médicales.

Le premier argument en est que signes objectifs et subjectifs, même si non liés, peuvent cependant coexister et qu'il est alors important de pouvoir objectiver une insuffisance veineuse voire de poser une indication chirurgicale lorsque celle-ci est nécessaire. Il est intéressant de noter que la littérature rapporte que le premier motif de consultation autour de l'insuffisance veineuse reste la symptomatologie, et ceci quelque soit le niveau objectivé de l'insuffisance veineuse [153, 154].

De nouveaux outils comme celui qui est né dans le présent travail de l'écoute des patients pourraient être utile dans cette perspective.

La notion d'éducation

L'éducation du patient est un terme certes très actuel et il est possible qu'il regroupe un nombre important de notions qui dépasse le simple cadre de l'échange d'informations ou du transfert de compétences. Cependant il est important de noter qu'il est ici plébiscité à la fois par les patients mais aussi par les praticiens interrogés. Un transfert de compétences est ainsi

---

[153] Yamaki T, Nozaki M, Fujiwara O, Yoshida E. Comparative evaluation of duplex-derived parameters in patients with chronic venous insufficiency: correlation with clinical manifestations. J Am Coll Surg. 2002; 195(6):822-30

[154] Bradbury A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. What are the symptomes of varicose veins? Edinbourg vein study cross selectional population survey. BMJ. 1999; 318:353-6.

proposé non seulement par nos sujets mais aussi par nos praticiens, particulièrement autour de la maladie chronique et à fortiori autour de la maladie chronique bénigne.
Dans ce sens, la possibilité d'une information « grand public » apparaît pertinente sous l'argument d'une nécessaire éducation, particulièrement lorsque l'on observe l'amalgame fait dans la population des patients mais aussi parfois de certains praticiens entre pathologie veineuse profonde et veineuse superficielle, de la même façon qu'entre maladie veineuse et artérielle.
Dans cette visée, il apparaît fondamental de pouvoir uniformiser les messages, non seulement auprès des patients par un meilleur contrôle des informations qui sont délivrées, en tout cas par leur nécessaire validation par les instances compétentes, mais aussi avant toute chose par l'élaboration au sein de la communauté médicale scientifique, de l'élaboration et la diffusion de données validées. Le manque de repères médicaux et scientifiques objectifs représente un frein à l'élaboration d'une politique de santé publique cohérente et avalisée par l'ensemble des intervenants. C'est la raison pour laquelle, pour l'ensemble des personnes interrogées, le travail apparaît nécessaire bien plus que le désengagement, dans un souci de protection non seulement des patients mais aussi de la médecine.

La nécessité du deuil d'une solution thérapeutique curative radicale

L'absence de solution médicale ou chirurgicale radicale à proposer au patient est vécue de part et d'autre de la relation médecin-malade comme une difficulté importante de la prise en charge de cette problématique.
L'articulation des différents praticiens entre eux s'en ressent. Aux vues de nos résultats chacun semble espérer des possibilités de prise en charge plus concluantes, de la part du spécialiste pour le généraliste, et de la part du chirurgien pour l'angiologue. Ce qui semble ressortir des différents entretiens c'est avant tout la nécessité de l'acceptation de la maladie chronique, une maladie chronique sans caractère de gravité mais une maladie chronique quand même, nécessitant de la part du patient une attention particulière dans une perspective à long terme.
De même, la possibilité pour le praticien d'entendre que le traitement proposé est « trop lourd » en balance de la gêne pourrait être une dimension à travailler. Le seul fait de rassurer le patient sur la bénignité du trouble fait aussi partie des rôles du praticien.

Les patients ont dans ce sens, d'après nos résultats, conscience de la chronicité de l'insuffisance veineuse, mais ceux-ci restent dans l'attente et surtout dans l'espoir d'une solution radicale. Cela est d'autant plus vrai que le discours médical en face n'est pas ressenti par les patients comme parfaitement affirmé. Les articles de la presse grand public qui

prônent les miracles d'une prise en charge radicale par le développement de techniques comme le LASER endoveineux, bien avant que de parler des nécessaires mesures d'hygiène de vie, dans le cadre de la prise en charge du symptômes, entretiennent ce phénomène.

Il est intéressant de souligner que nos résultats montrent une plus grande difficulté à parler des règles d'hygiène de vie lorsque l'on est l'angiologue, le technicien de la veine, le spécialiste de l'appareil d'Echographie-Doppler, que lorsque l'on est le généraliste. Comme si, à un moment, rapport humain et technique étaient obligés de se dichotomiser.

4-1-2 La difficulté pour chaque intervenant de trouver sa juste place

Une articulation médicale difficile autour de ce problème

Notre analyse rapporte des difficultés d'articulation entre les différents praticiens amenés à prendre en charge la plainte veineuse. Le fait que la médecine vasculaire soit une discipline jeune, la place mal définie des chirurgiens, le manque de formation ressenti par les généralistes et la position ambigüe des médecins du travail ressortent dans notre analyse préliminaire comme étant des éléments limitants, ce d'autant que la pathologie manque en elle-même de contours bien circonscrits.

La classification CEAP est récente, celle-ci est reconnue par la littérature comme prenant médiocrement en compte les stades les plus bas de l'insuffisance veineuse ainsi que la plainte fonctionnelle [155], même si elle est la première à prendre en compte la symptomatologie douloureuse en parallèle des varices et non pas en amont.

En l'absence d'outil uniformisé et de guidelines satisfaisants, il est difficile d'articuler praticiens et patients dans un parcours de soin cohérent et traçable.

La pression forte des « croyances »

Ainsi les praticiens non spécialistes de la maladie veineuse, et tout particulièrement les médecins généralistes, verbalisent les difficultés qui entourent leur approche de la symptomatologie veineuse chronique en l'absence de repères sémantiques perçus comme validés. Du fait d'une certaine « obligation » ressentie, de répondre au patient dans un registre qui se veut « scientifique », signes objectifs pour lesquels existent des repères homologués et signes subjectifs, aux contours nettement plus flous, semblent enclins à s'amalgamer. Cet amalgame s'opère dans des représentations plus ou moins individuelles de la maladie et dans

[155] Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc MP. Une appréciation des nouveaux scores de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. Phlébologie. 2003 ;56 (2) : 127-36.

un discours médical aux variabilités interpersonnelles importantes, fonction de ce qui ressort être plutôt de l'ordre du niveau d'intérêt du praticien pour cette pathologie.
Plus spécifiquement les médecins vasculaires font état de situations cliniques où la part d'une symptomatologie veineuse à la plainte du patient leur apparaît comme « possible », aboutissant sur une prescription essentiellement de contention, à titre de test thérapeutique. La magie de l'écho-doppler autorise des affirmations péremptoires, dans un lieu ou la concordance signes objectifs / signes subjectifs ne semble pas exister, même s'il apparaît difficile de les dissocier en pratique clinique courante [156].
De même en ce qui concerne les patients, ceux-ci semblent être dans une représentation floue d'un problème qui prend cependant une place concrète dans leur quotidien, d'où probablement un côté un peu revendicatif dans cette dimension qualifiée de « subjective » du symptôme, puisque c'est avant tout par cette entrée que se fait le vécu des autres symptômes. Ce vécu, est comme toujours, fonction de l'histoire personnelle et familiale du sujet, avec une demande véritable qui se situe visiblement souvent en dehors de la plainte subjective veineuse, mais bien dans une recherche de réassurance, notamment autour de la pathologie cardiovasculaire.
Parallèlement les chirurgiens soulignent spécifiquement une présentation vécue comme emphatique du symptôme, associée à la sensation que le vrai problème se situe bien souvent ailleurs.

La dimension des croyances reste ainsi forte avec, en face, peu de preuves opposables et en parallèle un discours officiel perçu comme injonction paradoxale par nos différents protagonistes, du fait d'un amalgame certain (et parfois un peu entretenu [157]) entre niveau d'efficacité et niveau de remboursement. L'existence de ces messages, perçus comme ambivalents, est traduite comme autant d'incertitudes dans le discours des pouvoirs publics, au sein des différents groupes de sujets interrogées.

4-2 En réponse à cela : revenir à une véritable approche patient

4-2-1 L'analyse clinique : l'élément central

En l'absence de physiopathologie validé ou d'examen complémentaire affirmatif, les cliniciens sont ici obligés de faire appel à leur sens clinique. Les caractéristiques

[156] Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zucarelli F, Spreafico G, Abenhaim L. For the veins sudy group. O varicose veins affct qality of life? Results of an international study. J. Vasc. Surg. 2001 ; 34 : 641-8.
[157] Avis de la Comission de transparence du 11 mai 2005. Adenyl 60mg. HAS. 6 p.

sémiologiques de la plainte sont bien connues. Si tous les degrés d'intensité de ces symptômes existent, allant ainsi de la simple gêne jusqu'à une invalidité franche, ils ne constituent ni un signe d'évolutivité de la maladie, ni un élément de mauvais pronostic [158].

En cas de doute diagnostic sur l'origine de la douleur, il est recommandé de réaliser une épreuve thérapeutique par contention veineuse qui permet le plus souvent de poser le diagnostic

C'est l'analyse sémiologique de la douleur qui reste ainsi à ce jour le critère diagnostic considéré comme le meilleur. En cela l'approche éthique de la relation de soin ne peut être qu'un fondement positif dans sa connaissance de l'écoute de l'autre.

4-2-2 Un travail nécessaire autour du sens de la plainte

La comparaison des attentes des patients, face aux perceptions des praticiens, rapporte une demande des patients centrée sur la reconnaissance de la plainte, alors que le praticien s'inscrit fondamentalement dans la recherche de solution. Ainsi les patients verbalisent être dans une attente avant tout relationnelle, en ouvrant notamment des perspectives dans un champ éducatif, alors que la majorité des praticiens s'inscrivent dans des perspectives factuelles, avec notamment décrit le recours à la chirurgie lorsque les autres propositions n'ont pas amené à une disparition de la plainte.

Il est intéressant de noter que ce mode de relation et les problèmes qu'ils posent ont été décrits dans les relations entre 2 autres types d'individus que sont les hommes et les femmes [159], dans une pathologie à l'image fortement féminine et une profession qui reste encore fortement à ce jour de culture masculine. Ceci sera peut-être amené à changer, du fait d'abord de la féminisation de la profession, mais aussi, d'après nos résultats, d'une vraisemblable masculinisation de la plainte…

4-2-3 Une stratégie de prise en charge à élaborer

La cohérence du parcours de soin est plébiscitée par les médecins comme par les patients comme étant le gage d'une prise en charge optimale. Cela passe par une meilleure connaissance de la médecine vasculaire, mais cela sera aussi possiblement en partie résolu par la notion de parcours de soin coordonné tel qu'il prend actuellement corps.

La réalisation d'une formation médicale continue et d'une information patient grand public apparaît comme un moyen nécessaire d'élaboration d'une culture commune, basée avant tout

---

[158] ANAES Rapport 2004. Traitement des varices des membres inférieurs. 65p.

[159] Allan et B Pease. Pouquoi les hommes n'écoutent jamais rien et pourquoi les femmes ne savent pas lire les cartes routières. General First . Avril 2000. 250 p.

sur la clinique et sur le bon sens, en l'absence à ce jour de repères scientifiques clairement élaborés. En cela le développement d'outils nouveaux afin de pouvoir travailler ensemble sur des données quantifiables et permettre ainsi à chacun des protagonistes d'avoir un retour sur l'efficacité des mesures mises en place pourrait s'avérer intéressant et dans ce sens une grille de handicap est voie de développement. Cette nouvelle approche conceptuelle permettrait d'aboutir à la construction d'une visée commune dans un système où les usagers sont amenés à être de plus en plus présents et où les praticiens cherchent de plus en plus à s'inscrire dans la réalité quotidienne de leurs patients.

4-2-4 Un aspect économique à prendre en compte dans toutes ses dimensions

L'aspect économique de la problématique est bien sûr un aspect important. La lecture de nos interviews, c'est la bataille tout entière d'un « acquis » représenté par la Sécurité Sociale et de son nécessaire devenir dans un monde en mouvement, qui semble se jouer sur ce terrain, non seulement du fait de la nouvelle donne sociodémographique mais aussi des nouvelles possibilités de prise en charge et de leur coût.

L'inquiétude de voir ce pan de la médecine financièrement abandonné par les instances publiques apparaît au sein des différents groupes interrogés, à la fois chez les médecins et chez les patients. Ceci est décrit comme un désengagement susceptible de remettre en cause le recours au soin. Serait-ce un vrai problème lorsque l'on parle strictement de symptomatologie fonctionnelle ? Les groupes d'actifs semblent particulièrement revendicatifs, du fait du lien fort existant entre les symptômes et le poste de travail, les patients estimant qu'il est à la Société de réparer un dommage en relation avec le travail. Les différentes typologies de personnes interrogées semblent tout à fait capables d'une attitude responsable autour de ce problème mais cela passe pour l'ensemble des personnes interrogées par de véritables campagnes d'information, voire d'un véritable débat démocratique sur ce thème.

Cela ne pourra se faire que dans une perspective d'approche éthique de la relation de soin, en dehors de tout mépris mais au contraire dans le respect du ressenti de l'autre et dans une confiance, construite ensemble, des compétences de chacun.

4-2-4 Un nécessaire travail scientifique d'arbitrage en amont

L'ensemble des participants revendique sa croyance en la science. Un modèle explicatif validé est reconnu de tous comme étant un préambule nécessaire à l'élévation de la symptomatologie fonctionnelle veineuse au grade de pathologie.

En attendant, comme il en est des croyances, certains praticiens apporteront un crédit physiopathologique à la plainte quand d'autres y verront la façon d'exprimer un mal-être.

Il est en cela peut être aussi temps de développer d'autres outils comme celui que nous avons tâché d'élaborer ici, des outils adaptés à la pratique clinique de tous les jours et qui prendrait acte du ressenti du patient dans toute sa dimension profane, dans la visée éthique d'une médecine à construire ensemble.

4-2-5 L'argent

La différence fondamentale qui s'observe entre les praticiens et les experts interrogés demeure autour de la filière de soin. Les médecins se sentent impliqués autour de ces problèmes qu'ils perçoivent comme de véritables problèmes de santé, alors qu'il se dégage du discours officiel un désir de trouver des filières alternatives, dans ces situations qui relèvent davantage du bien-être.

Il s'agit bien d'un problème de prix ; prix qui est choisi pour la consultation, prix qui est choisi pour l'acte technique, ou prix qui est choisi pour les différents traitements. Ce prix, et il s'agit là d'une question purement économique, est conditionné par la filière de délivrance de ces différents traitements, par la nécessaire ou non négociation avec les caisses, par les exigences sociétales du marché…

Et c'est aussi la question de la prise en charge. Qui doit payer ? Est-ce un espace où doit s'exercer la solidarité nationale ?

Un pan non négligeable de notre problématique se situe ici et il est intéressant de noter que la question à proprement parler financière n'est abordée de front que par notre groupe de chirurgiens. Ni les experts, ni les praticiens, ni les patients ne posent le débat en terme financier.

Toutes ces questions d'argent méritent pour elles seules un travail entier. La question de l'argent doit être abordée et réfléchie pour son propre compte, comme un choix financier, à la lumière des missions que la société donne à la notion de solidarité nationale et non aux missions de la médecine. Ces missions sont des choix démocratiques dans un système de ressources finies, et cela ne doit représenter en aucun compte un jugement de valeur.

4-2-6 La reconnaissance d'un savoir faire

Les praticiens se sentent en danger dans la nouvelle configuration qui est actuellement celle de leur place dans la société et dans la notion de filière de soin. Il est intéressant de noter des difficultés d'articulation évidentes entre les différents acteurs impliqués autour du

problème de la symptomatologie veineuse, avec un discours officiel qui semble enclin à maintenir un certain niveau de discorde entre les intervenants.

Ainsi c'est une volonté de reconnaissance d'un savoir et d'un savoir faire par l'autre qui est unanimement revendiqué, que ce soit de la part :

- des médecins généralistes au cœur du système qui se sentent remis en question du fait de l'absence de leur réponse technique,
- des médecins vasculaires détenteurs d'un savoir récent qu'ils cherchent à faire admettre comme étant un nouvel outil indispensable dans la prise en charge d'un certain nombre de situation cliniques qui se passaient auparavant d'eux,
- des chirurgiens qui expriment leur sentiment d'être parfois pris en otage, en se sentant obligés d'apporter une réponse technique lorsque le problème est vraisemblablement ailleurs,
- des médecins du travail qui manifestent leurs difficultés d'articulation avec le reste de la profession et qui revendiquent leur statut de médecins, auprès de salariés méfiants et de confrères parfois hautains,
- ou encore des pharmaciens qui se sentent considérés comme des interlocuteurs annexes par le reste de la population médicale alors qu'ils sont au cœur de la vie de la cité et à ce titre sont des correspondant importants en matière de santé dans son sens le plus large…

Ainsi ce qui ressort de l'analyse croisée de nos résultats, c'est un besoin de convergence entre les différents intervenants et ce jusqu'au politique, autour d'objectifs clairs, élaborés en commun, au-delà de difficultés d'articulations classiques et persistantes.

4-3 Une nouvelle philosophie du soin à construire ensemble

Les patients interrogés et les experts semblent avoir des visions assez dissemblables de notre sujet. Les patients revendiquent leur aptitude à comprendre et recevoir un discours clairement établi autour des nécessaires priorités de santé, mais regrettent les différentes incohérences du discours telle que nous les avons déjà abordées au chapitre précédent.

En miroir, dans le discours de nos experts, il existe une certaine forme d'agacement autour de revendications perçues comme répétitives et inaccessibles à la discussion de la part des assurés.

La visée éthique de l'écoute et du travail ensemble apparaît donc comme une dimension pertinente et nécessaire dans le présent débat.

4-3-1 L'évolution des missions de la médecine

Depuis le début des années 1950, on observe une évolution des missions de la médecine selon 2 axes [160].

L'évolution des moyens techniques dont dispose aujourd'hui la médecine à des fins diagnostiques ou thérapeutiques a été très rapide au cours de ces dernières décennies et confère au soin une visée plus « scientifique » [161].

Avec la naissance de nouveaux savoirs, via notamment l'avènement de l'accès à l'infiniment petit, c'est tout un système causaliste qui se développe dans une société qui aime trouver *une* cause à l'explication d'*un* effet. À travers une analyse sous le jour de l'histoire de la médecine, c'est de ce lien originel très fort entre soin et religion qu'est né ce mode de pensée, cette façon de conceptualiser la médecine, cette façon de construire une interprétation causaliste directe de la pathologie [162].

S'il existe une autonomie relative entre le scientifique et le social il est important de rappeler que les courants de pensées scientifiques ne sauraient exister hors du contexte social qui les porte. Ainsi, les conditions d'ancrage de la médecine scientifique, ses conditions de réussite et par là même de reconnaissance sociale ne peuvent trouver une explication qu'en prenant en compte le fait qu'elle a trouvé un terrain social favorable à son éclosion [163].

Ensuite, certaines maladies ont évolué vers la chronicisation, parallèlement à une meilleure maîtrise de situations autrefois rapidement létales. Ceci signifie que la notion de soin s'est enrichie de la dimension du temps, mais aussi qu'avec une meilleure appréhension des situations chroniques, les patients ont une tendance accrue à venir consulter pour des maux plus « quotidiens » [164].

Bien sûr, tout ceci évolue sur un fond socio-économique basé dans notre société, sur une logique marchande, comme le souligne Jörg Blech dans son ouvrage « Les inventeurs de maladies » [165]. La reconnaissance sociale et médicale d'un trouble, entraîne le développement de solutions. Parfois même ce système à l'inverse tente de développer un problème auquel il a

---

[160] OCDE. Vers des systèmes de santé plus performants. 2004. 137p.
[161] Kuhn T. La structure des révolutions scientifiques. Flammarion. Fev 1983. 284 p.
[162] Sournia JC. Histoire de la médecine. La Découverte. Juil 2006. 358 p.
[163] Fleck L. Genèse et développement d'un fait scientifique. Ed Belles lettres. Oct 2005. 280 p. (1ère parution en allemand en 1934.)
[164] Le Pen C. Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur. Ed Calmann-Levy. Mars 1999. 269 p.
[165] Blech Jörg. Les inventeurs de maladie. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique. Ed Actes Sud. Mai 2005. 281 p.

par ailleurs déjà ébauché une trame de solution thérapeutique en attente de développement… C'est à cette logique parfois ressentie comme mercantile que s'attaque de la même manière le récent article de la revue prescrire [166].

Cet écueil existe et cela participe aussi probablement à une certaine méconnaissance de la part de certains praticiens de troubles peut-être réels, en réaction épidermique à un lobbying marketing parfois pesant.

Ainsi entre ces 2 extrêmes : D'un système de santé centré sur la science et ne légitimant le trouble, comme dans l'Egypte ancienne, qu'à partir du moment où celui-ci a trouvé un fondement « scientifique » et une solution reconnue par la communauté médicale, à un système de santé centré sur des plaintes individuelles, parfois sujettes à caution voire développées en partenariat avec une industrie pharmaceutique aux pratiques devenues parfois très commerciales, il est difficile de ne pas prendre position de manière un peu viscérale.

Tout ceci se fait sur fond de déremboursement de certaines substances ; Ce qui est parfois présenté comme un désengagement du politique face au bien être de ses concitoyens [167], ou encore comme un choix nécessaire quant aux priorités à ériger, pour sauver un système par répartition mis à mal par des considérations à la fois économiques mais aussi démographiques[168]…

4-3-2 La notion de confort en médecine

Beaucoup d'articles récents axent leur discours sur la notion de médecine de confort. Ce terme comme nous l'avons vu a été retiré du discours officiel du fait d'un sous-entendu politiquement incorrect en termes de jugement de valeur.

Voici, tiré du Littré la définition du mot confort et qui semble dans son sens courant regrouper bien des notions [169].

> *(kon-for ; le t ne se lie pas : le kon-for et l'aisance ; au pluriel, l's ne se lie pas : les konfor et l'aisance ; cependant plusieurs prononcent l's : les kon-for-z-et....)* **s. m.**
>
> Com, et fort : ce qui rend fort.

[166] Allainmat A. Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments. Prescrire ;279 :63-65.
[167] Vin F. Place des veinotoniques dans le prise en charge de la maladie veineuse chronique. Veine info. 2006 ; 4 : 2-3.
[168] L'assurance maladie. Médicaments remboursables : Une étude de l'assurance maladie pour comprendre les principales évolutions de l'année 2004. Point d'information mensuel.Sept 2005. 10 p.
[169] Dictionnaire Littré. Ed 2006.1956 p.

1° Secours, assistance.

Et traîner sans confort.... Une pauvre vieillesse, **RÉGNIER**, ***Sat. III***.

Vain et triste confort, soulagement léger ! **CORN.** ***Médée, V, 4***.

2° Tout ce qui constitue le bien-être matériel et les aisances de la vie. Les Anglais ont un grand amour pour le confort. Ce sens a été donné en Angleterre au mot français confort, et c'est de là qu'ainsi transformé, il nous est venu. XIe s.

Entr'els [ils] en ont et orguel et cunfort, ***Ch. de Rol. CXLIII***.

Que de vous [je] n'ai confort ne guerredon, ***ib. VII***.

Un seul confort me tient en bon espoir, Et c'est de ce qu'onques [je] ne la guerpi [ma dame], **LE COMTE D'ANJOU**, , ***Romancero, p.124***.

Et par leur confort et leur prieres en tornerent mains [moins] à aler à Venise, **VILLEH.** ***XXXII***.

Aucunes fois nous loons celui qui aime honeur comme homme de bon confort et fort courage, **ORESME**, ***Eth. 126***. XVIe s.

Ils ne s'aident du confort [aide] du magistrat à la conservation de leur bien, **CALV.** ***Instit. 1207***.

Le bon vieillard, vrai confort des craintifs, **MAROT**, ***II, 15***.

Malheureux est qui n'a aucun confort, **MAROT**, ***II, 327***.

Les assurant que Tissaphernus leur donneroit confort et aide à ce faire, **AMYOT**, ***Alc. 52***.

Au malheureux fait confort avoir compagnie en son sort, **GÉNIN**, ***Récréat. t. II, p. 235***.

Il est ainsi intéressant de voir que cette valeur intrinsèque de « non nécessaire », de « luxe », n'existe dans le sens du mot confort que depuis son retour d'Angleterre. Peut-être de ce fait, le terme n'a pas très bonne réputation !

Quoi qu'il en soit, d'un point de vue plus fondamental, il est au sein des champs d'action possible de la médecine, toujours moins élégant d'oeuvrer pour le « confort » du patient que pour sa « survie », moins glorieux de le « soulager » plutôt que de le « sauver »…

Peut-on parler de médecine de confort ?

Chercher *une* définition, voire interroger *des* valeurs autour de la médecine de confort est un pré-requis nécessaire à toute réflexion. Savoir ce qu'est cette médecine que certains semblent vouloir décrire comme, a priori, différente d'une autre, c'est aussi poser la question en ces termes : quels sont les actes qui devraient être qualifiés d'actes de médecine qui ne serait pas du confort.

À cela on pourrait y voir les actes nécessaires à la survie du patient… Ils sont quand même et heureusement rares. Limiter à cela les missions de la médecine serait cruellement réducteur et pour le coup plus du tout hippocratique. Le confort du patient fait indéniablement partie intégrante de la médecine [170].

La première des médecines de confort reste actuellement l'antalgie et il ne viendrait plus à l'idée de personne de réaliser un acte chirurgical ni même un acte médical douloureux, sans la sédation de la douleur.

Il serait alors licite de chercher à circonscrire une médecine de confort « au sens noble du terme » versus une médecine regroupant des actes de confort au sens « non noble ». Cependant là encore les choses ne sont pas toujours si simples. La médecine esthétique par exemple, est-elle médecine de confort, et alors quelle médecine esthétique ? Lorsque l'on parle de réparation de dommages accidentels, versus des injections de toxine botulinique, source de pathologies iatrogène, il semble que les choses soient simples.

Mais comme toujours, entre ces extrêmes, il existe une quantité de situations séparées les unes des autres par un détail mince et c'est là que l'interrogation éthique est nécessaire. À partir de quand la réparation d'une anomalie visible et gênante pour le patient devrait-elle être qualifiée de non nécessaire [171] ? Selon l'appréciation de l'équipe qui propose l'intervention, selon celle de l'organisme payeur, selon celle d'une assemblée représentative de la population générale, selon celle du patient ? Sur quels critères ?

Au-delà de la légitimité de l'acte c'est bien sûr sa prise en charge par la collectivité qui est discutée…Alors quelles limites ? [172]

Une définition intéressante du confort en médecine pourrait être « ce qui permet au sujet de faire ce qu'il pourrait devoir *normalement* faire », et nous parlons donc ici d'une médecine de confort capable de réparer un *handicap*. Mais quel sera le niveau de handicap qui sera retenu pertinent et qui sera donc du ressort d'une médecine de confort nécessaire [173]? Quels seront les éléments qui nous permettrons d'opérer une distinction face à un confort non nécessaire qui offrirait au patient un bien-être « superflu » ?…[174]

---

[170] Foussard-Blanpin O. les médicaments de confort. Que sais-je. PUF. Sept 1998. 127p.
[171] Dossier Soins esthétiques. Revue de l'Infirmière. 2002 ; 83 : 28-35.
[172] Illich I. Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Seuil. 1975. 221p
[173] Baptiste R. Reconnaître le handicap psychique. Ed Chroniques Sociales. Sept 2005. 165 p.
[174] Mordacci R, Sobel R. Health : A comprehensive concept. Hastings center report. 1998; 28 (1) :34-37.

Il apparaît que la définition de ce concept soit difficile, d'autant qu'il est porté par un mot d'allure courante, qui renferme de ce fait déjà pour chacun d'entre nous en tant que sujet un ensemble de notions très différentes, et qui porte en plus des finesses sémantiques au sein des différentes professions que nous pouvons exercer. De ce concept découle pourtant le positionnement des différentes professions de santé et la pratique montre que cette absence de langage et de concept communs rend la situation d'autant plus difficile [175].

Plutôt que d'entrer dans la polémique, nous continuerons de parler ici de réponse médicale à la plainte fonctionnelle même s'il est légitime de penser que la notion de confort n'en est probablement pas si éloignée…

Quelle place occupe la réponse à la plainte fonctionnelle dans les actes de soin

Il est intéressant pour cela de jeter un rapide coup d'œil sur les chiffres centralisés par les organismes de prise en charge autour du médicament. D'après les chiffres publiés en 2005 par l'assurance maladie, parmi les 10 médicaments les plus prescrits en quantité, on retrouve 3 antalgiques de niveau I (DOLIPRANE®, EFFERALGAN® et DAFALGAN®), 2 antalgiques de niveau II (PROPOFAN® et DI-ANTALVIC®) , 1 veinotonique (DAFLON®), 1 antispasmodique (SPASFON®) et 1 hypnotique (STILNOX®). Dans cette liste on retrouve par ailleurs 1 hormone thyroïdienne (LEVOTHYROX®), et 1 antiagrégant (KARDEGIC®) [176].

En terme de remboursement et donc de poids financier, 2 veinotoniques font partie en 2004 des 150 premiers produits [177]. Il est intéressant de noter autour du médicament veinotonique que la France est le pays européen où existe le plus grand nombre de spécialités veinotoniques commercialisées, avec 99 produits disponibles [178].

En termes de consultation, la révision de la nomenclature des actes donnant lieu à remboursement nous permettra d'obtenir une vision plus claire et plus précise des principaux types de consultation, par le biais des actes réalisés, mais cela n'a pas encore été réalisé à ce jour et c'est probablement encore un peu tôt.

---

[175] Lopez B. Evidence-blues Médecine. 2002. http://www.stethonet.org.
[176] http ://www.caducee.net
[177] Naudin F, Sermet C. La prescrption de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Bulletin d'Information en économie de la santé. IRDES. 2004 ; 82 :2-6.
[178] Noiry JP. Chapitre 32. Jambes lourdes. http//spiral.univ-lyon1.fr

Qu'est-ce qu'un Service Médical Rendu « insuffisant »

Le niveau de service médical rendu par une spécialité médicale est une donnée développée depuis la fin des années 1990 [179]. Cet outil a été élaboré afin de déterminer le degré de prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, des différents médicaments.

Le service médical rendu est un critère qui prend en compte plusieurs aspects :

- D'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué,
- D'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée :
    - Efficacité et effets indésirables
    - Place de la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapeutiques disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques
    - Intérêt pour la santé publique

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis :

- SMR majeur ou important
- SMR modéré ou faible
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité

Ainsi cette notion, impliquée dans le calcul du taux de remboursement du produit, se base sur la gravité de la pathologie et sur l'intérêt de la prise en charge de cette pathologie en termes de santé publique.

Il est intéressant de noter que les médicaments à service médical rendu jugé insuffisant enregistrent chaque année une baisse des unités vendues, et ce en relation avec leur déremboursement progressif : - 7% en 2003 et – 8.5% en 2004 [180].

3 principes actifs à service médical rendu jugé insuffisant se maintiennent cependant dans les 15 premières prescriptions : la diosmine (veinotonique : DIOVENOR® et générique, DAFLON®) qui se maintient au 7ème rang, en progression de + 2.4% (plus de 16 millions de boîtes) et l'acétylcystéïne (mucolytique) qui, elle, est en recul de 4.5%.

Le rapport de l'AFSSAPS, rapporte une très faible croissance globale des ventes de médicaments vendus en officine pour l'année 2006 [181]. Le déremboursement cause en volume une diminution nette des ventes. Le DAFLON® se maintient encore au 11ème rang en quantité de produit vendu. L'ENDOTELON est 23ème . Le GINKOR® passe de 18ème à 34ème en volume. Il existe donc un effet net de la diminution du remboursement sur les volumes vendus. Il est attendu qu'avec le déremboursement complet, ces produits voient leur prix

[179] http ://www.sante.gouv.fr
[180] Rapport du haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Janvier 2002. 410p.
[181] Rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. 3ème édition. Septembre 2007. 28p

augmenter, et les volumes vendus diminuer d'autant [182] mais ceci n'est pas certain cependant car les niveaux de vente, même s'ils diminuent, semblent vouloir se maintenir en volume.

4-3-3 Une réflexion intéressante de fond amenée par les médecins du travail

Au-delà de considérations médico-économiques centrées sur le médicament, les médecins du travail proposent des pistes de réflexions médico-économiques centrées sur le travail, l'efficacité au travail, la « productivité » et donc aussi en soi l'économie [183].

Cet axe de réflexion est encore peu utilisé en France. Cette notion de santé « élargie », sortie du concept fermé de maladie est un axe de réflexion riche dans les pays d'Europe du Nord, qui semblent l'avoir déjà mis en exergue depuis quelques années, notamment via l'amélioration des conditions d'ergonomie au travail, ne serait ce que parce qu'un employé mieux installé est aussi un employé plus productif.

Les Dr LAUMOND et BANET dans leur communication au Medec 2004 s'expriment autour de la problématique posée par la maladie veineuse au travail. Leur conclusion est la suivante : « La priorité d'une démarche pluridisciplinaire est de proposer une prise en charge précoce, meilleur garant du maintien au poste de travail » [129].

Le « maintien au poste de travail » est ainsi considéré comme un indicateur de santé, santé physique, santé sociale, coût de santé rapporté au bénéfice représenté par la « productivité » du patient. …

Cette dimension est souvent absente des réflexions et des débats menés par l'assurance maladie comme si les différents aspects économiques impliqués autour du soin n'avaient de valeur que dans le cas d'échelles de qualités de vie autour de pathologies chroniques lourdes. Peut-être est-ce parce que les enveloppes budgétaires sont différentes ? Si tel est le cas, il est de notre devoir de citoyens de réagir et de travailler ensemble à la promotion d'outils plus adaptés à promouvoir l'amélioration du bien être de tous.

4-3-4 Vers une santé « confortable » ?

Au-delà d'un débat sur la médecine « nécessaire » et la médecine de « confort » dans notre société d'allure « post-moderne » [184], c'est une redéfinition globale qui semble s'opérer entre les notions de maladie et de bonne santé. Une frontière qui semble en fait ne jamais avoir été

---

[182] Rapport Coulomb-Baumelou sur l'automédication. Avril 2007. http://www.cnp.fr

[183] Laumond B, Banet M. Témoignages d'un médecin du travail: problèmes rencontrés, solutions proposées. Medec 2005. http://www.lemedec.com

[184] Guillebaud JC. Le principe d'Humanité. Seuil. Sept 2002. 504 p.

claire, puisque la notion de santé a toujours été intrinsèquement inséparable d'une représentation subjective de la qualité de la vie qui est, de principe, une notion en perpétuelle évolution. Au début du siècle dernier la santé se définissait par défaut, comme état de non maladie et comme non incapacité au travail, ce qui sous entendait l'absence de pathologie grave [185]. L'OMS revisite en 1946 la notion de santé en en donnant pour définition : « un état complet de bien être physique, psychique et social » ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [186]. Pour beaucoup aujourd'hui être en bonne santé signifierait plutôt se sentir « bien » ce qui rend la définition de santé beaucoup plus soumise à la subjectivité de chaque individu. Parallèlement à ces variation de ressenti strictement individuelles, il y a bien sûr l'importance du contexte dans lequel se développe cette notion [187].

Ainsi la définition de la santé est de fait au cœur du débat actuel sur l'assurance maladie et sur la structuration du système de santé. Comme toujours, c'est lorsque l'on utilise des termes généraux, que le débat s'enflamme car les mots renferment alors des notions pleines d'affect. Nous ne pourrons obtenir de réflexion de fond intéressante sur la refonte de ce système, tant que nous n'en aurons pas cerné précisément les objectifs et missions que nous choisissons, en tant que citoyen, pour notre médecine de demain.

Il est intéressant de noter, comme le fait le Pr. Honoré dans son ouvrage « la santé en projet », que la notion de santé est souvent définie par la possibilité des soignants à répondre aux problématiques posées, c'est à dire que l'on entend la santé par rapport à l'offre de soin, telle qu'elle peut être organisée dans notre société [188]. Hors comme le souligne un certain nombre d'auteurs depuis Yvan Illich, il existe depuis toujours des voies alternes autour de la notion de « prendre soin » qui n'ont pas forcément de résonance pharmacologique [189].

Ces autres façons d'aborder le soin, bénéficient, pour certaines d'entre elles, d'études spécifiques qui nous permettent parfois de trouver une nouvelle base de réflexion physicochimique, comme c'est le cas par exemple pour l'utilisation de décoctions de vigne rouge ou de Ginko Biloba, dont l'utilisation empirique a amené au développement de

---

[185] Aronowitz R. Les maladies ont-elles un sens ?. Les empêcheurs de penser en rond. PUF. Août 1999. 379 p.
[186] Préambule à la constitution de l'OMS, adoptée par la conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
[187] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Payot. 1997. 411 p.
[188] Honoré B. La santé en projet. InterEditions. Mars 1996. 221p.
[189] Dufresne J. Traité d'anthropologie médicale : L'institution de la Santé et de la Maladie. Univ Québec Les Presses. Mars 2006. 132 p

substances pharmacologiques, en soulagement des symptômes liés à l'insuffisance veineuse [190].

Elles relèvent parfois de « méthodes » qui ne relèvent d'aucune compétence médicale particulière, qu'il s'agissent de méthodes de « bonne fame », pour reprendre la forme latine du terme ou encore dans une version plus élaborée, la mise en place de groupes de dialogue, la réalisation d'une activité physique ou encore artistique comme soutien au patient autour de la prise en charge d'un certain nombre de pathologies chroniques [191, 192].

En cela, l'arrivée officielle de disciplines comme l'ostéopathie, qui possède intrinsèquement une façon d'approcher le soin construite sur des bases académiques différentes, ne pourra qu'être une force.

Travailler à ces concepts signifie, pour garder la rigueur nécessaire au soin et éviter les dérives tentantes du pouvoir, le développement d'outils d'évaluation autour de ce qui nous apparaît aujourd'hui être « la part irrationnelle de l'humain » [193], cette notion vague et large qui regroupe tout ce qui, au jour d'aujourd'hui, reste non démontrable, avec nos outils.

4-3-5 Quels sont les autres éléments en présence ?

Evolution de la démographie médicale

L'évolution de la démographie médicale va bien évidemment conditionner les missions et l'organisation pratique de la médecine, en amenant les praticiens à définir des priorités puisqu'il ne pourront faire face à l'ensemble des demandes. Ceci amène à la mise en place d'une nécessaire réflexion en amont de problématiques qui ne peuvent que se poser à terme [194]. Le rapport du Haut Comité de Santé Publique rappelle qu'en raison de la durée de la formation, les effectifs actuels des médecins résultent de décisions prises en matière de formation, il y a 10 ans. C'est dans un contexte qualifié de pléthore que le numerus clausus a progressivement été abaissé au cours des vingt dernières années. Il est ainsi passé de 8588 étudiants en 1971, date de son avènement à 3500 en 1992, pour s'être cependant modérément

[190] Bauer O. La santé par les plantes et la médecine naturelle. Florilège des plantes médicinales. Ad Alsatia. 1969. 40 p.
[191] Bren L. Controlling Urinary Incontinence. FDA Consum. 2005; 39(5): 10-5.
[192] Large TR. Resistance in long term cancer support groups. Int J Group Psychother. 2005; 55(4): 551-73.
[193] Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris Payot. Médecine et Société. 1984. 295 p.
[194] Grémy F. On a encore oublié la santé ! Frison-Roche. Mars 2004. 273 p.

accru pour atteindre 4100 en 2000 [195]. Le concours national classant et validant actuellement mis en place modifie un peu les choses, avec une meilleure articulation possible du système de santé sur le territoire. Les mesures d'incitation à l'installation dans les zones de pénurie est en plein débat actuellement, mais ne résoudra de toute façon vraisemblablement aucun des problèmes. L'insuffisance annoncée de l'offre par rapport aux besoins touche à la fois la médecine libérale et la médecine hospitalière et ce malgré les différences de modalité d'installation et de recrutement entre public et privé. Les inégalités régionales en matière d'accès aux soins se retrouvent ainsi marqueurs de l'état de développement des différentes régions [196].

Les effectifs médicaux sont considérés comme de bons indicateurs des ressources disponibles pour satisfaire la consommation de soins, mais ce ne sont bien sûr pas les seuls. À effectifs fixés, d'autres facteurs peuvent jouer sur les capacités de productivité horaire et la durée du travail hebdomadaire, annuel ou sur la totalité de la carrière [197].

Dans un système en « pénurie », il est évident que les priorités des professionnels vont être amenées à s'adapter à leurs capacités de prise en charge et il est vraisemblable que les soins non urgents et non vitaux seront relégués à un second plan. Au Canada, l'émergence des médecines dites « alternatives », prodiguées par des « non médecins » prend une place grandissante, répondant de manière non médicale à des problématiques de santé, n'entrant pas dans le cadre d'une prise en charge académique [198].

De la même façon, comme le signale le tout récent rapport de l'Afssaps, la France reste le pays d'Europe où l'automédication est au plus bas niveau.

On peut ici voir des pistes de gestion des problèmes de santé non graves. Il est regrettable que ces évolutions possibles ne fassent pas l'objet d'un véritable débat citoyen. Les électeurs, les actifs, ceux qui font ce pays, ne sont-ils pas capables d'entendre ce discours s'il est encadré d'une peu de pédagogie ?

Au-delà encore de cela, face à une nécessaire réorganisation de l'approche sociétale de la santé et du soin, il peut être important que les praticiens essaient de redéfinir ensemble leurs missions dont l'existence est avant tout légitimée par une volonté de répondre aux plaintes des patients.

---

[195] Rapport du haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Janvier 2002. 410 p.
[196] La maîtrise des dépenses de santé. La documentation française. http ://www.vie publique.fr
[197] Rihs A. Le médecin nouveau est arrivé. Allez Savoir. 15 oct. 1998. http ://www2.unil.ch
[198] OCDE. A la recherche de mécanisme de marché : les système de santé au Canada, en Islande et au royaume Uni. Oct 1995. 96p.

Evolution du système de remboursement

Les ressources sont un autre élément à prendre en compte, dans l'évolution des missions de la médecine, non pas forcément pour calquer des priorités sur un projet de financement, mais bien pour chercher à s'inscrire dans un système de santé en fonctionnement, d'aspiration égalitaire.

Il n'y a certes pas lieu de porter de jugement a priori sur la tendance à l'augmentation des dépenses de santé ; on peut concevoir que l'objectif principal du développement économique soit celui d'une amélioration du bien-être de l'ensemble des citoyens, passant notamment par un souci plus grand porté à leur état de santé, ceux-ci considérant légitime de lui allouer une part accrue des richesses qu'ils produisent [199].

D'après le rapport du Haut Comité de Santé Publique, la santé « moyenne » des Français serait « bonne » et se serait même améliorée depuis 10 ans même s'il persiste de grosses inégalités entre les groupes sociaux. Parallèlement cependant les dépenses de santé semblent difficiles à canaliser. Le déficit du régime général atteignait 13.6 milliards d'euros pour l'année 2004 et c'est la branche maladie qui était reconnue pour l'essentiel à l'origine de ces déficits [200]. Dans le rapport présenté en septembre 2006 au ministre de la Santé et à celui de la Sécurité sociale, la Commission des comptes évaluait pour cette même année, le déficit du régime général à 9,7 milliards, au lieu des 8,9 milliards initialement prévus. Le déficit de la branche maladie s'est cependant notablement réduit et les prévisions pour 2007 étaient de 3.9 milliards d'euros.

Le niveau des dépenses de santé en France aurait plusieurs fondements. Elle a bien sûr des causes structurelles, telles que le vieillissement de la population et les progrès techniques. Mais par ailleurs en ville, une part très importante de la croissance des dépenses s'expliquerait par l'augmentation de consommation de médicaments, notamment en ce qui concerne le développement des traitements mis en place dans une optique de prévention.

En ce qui concerne les traitements veinotoniques, le déremboursement engagé reste à ce jour partiel puisque le taux de remboursement est passé à 15%. Cela est décrit par certains auteurs comme un certain manque de cohérence du système. Celui-ci semble à la fois affirmer l'utilité d'un certain nombre de procédures puisqu'il rembourse, tout en s'en désengageant arguant de leur inutilité. C'est ce que souligne le texte paru le 20 décembre 2005 au Journal Officiel. En réponse à cela est posée de manière fixe la décision du déremboursement complet des veinotoniques par l'Assurance Maladie Universelle pour le début de l'année prochaine.

---

[199] Le Pen C, Sicard D. Santé : L'heure des choix. Desclée de Brouwer. 2004. 289 p.
[200] Rapport du haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Janvier 2002. 410 p.

D'après les chiffres publiés en 2005 par l'assurance maladie, le remboursement des médicaments conditionne leur consommation, ou plus exactement le déremboursement d'un certain nombre de produits a amené à une diminution nette de leur consommation. Les traitements veinotoniques ont vu leurs ventes décroître mais ceci de manière moins marquée pour l'instant que cela aurait pu être attendu. Ceci pourrait signifier que la population continue à chercher une solution, et a fortiori une solution médicamenteuse parce que plus facile, à cette pathologie fonctionnelle. Ceci n'a en aucun cas été démenti par la Commission de la transparence de l'Haute Autorité de Santé [201].

Le rapport de la Cour des Comptes note un manque d'efficience face aux budgets alloués, avec des dépenses d'assurance maladie qui croissent à un rythme qui ne serait « pas totalement justifié au regard de l'utilité médicale, des besoins de santé et des moyens comptés dont notre assurance maladie dispose », pour reprendre les propos du ministre de la santé [202]. Cette notion de « confort » dont les instances payeuses semblent souhaiter se désengager est insuffisamment définie et semble le nerf de la guerre. Faire des choix en matière de priorité de prise en charge ne signifie pas forcément affirmer l'inutilité de ce qui ne fera plus l'objet de cette prise en charge. Ceci signifie tout au plus faire des choix, des choix de société, et c'est en cela qu'il est regrettable que les différentes forces en présence n'aient pas été soumises à un débat public de fond.

Vers une ouverture à la concurrence?

En lisant le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006, on ne peut qu'observer une ouverture faite aux assurances complémentaires. Une part est faite donc pour le privé, avec notamment les aides à la souscription d'une assurance complémentaire qui sont passées de 75 à 100 euros par an pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 euros par an pour les 25-59 ans et de 250 à 400 euros par an pour les plus de 60 ans, ce qui représente une hausse de 60%. Par ailleurs, afin d'inciter davantage les organismes complémentaires à la gestion du dispositif de la CMU complémentaire, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2006 prévoit d'augmenter le montant du forfait de la CMU complémentaire et d'accroître le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires. Le forfait versé aux organismes complémentaires et aux caisses d'assurance maladie qui gèrent des bénéficiaires de la CMU complémentaire sera revalorisé de 304.52 à 340 euros par an, soit une hausse de 11.6%. Cette hausse est censée mieux prendre en charge le coût d'une couverture complémentaire et d'inciter les organismes complémentaires à s'impliquer davantage dans le

[201] Disponible sur http://www.sante.gouv.fr
[202] http://www.ccomptes.fr

gestion du dispositif de la CMU complémentaire, pour reprendre le discours du 12 octobre 2005 de Xavier Bertrand lors de sa présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2006 [203].

Ainsi c'est une ouverture du système à la concurrence qui semble se profiler à la lecture de ces travaux. Sans parti pris ni jugement, il est clair, comme l'énonce le Haut Comité de Santé Publique, qu'en l'état, des mesures sont nécessaires. L'approche actuellement privilégiée est une approche dite globale (mise en place d'enveloppes globales, amélioration des pratiques avec responsabilisation des professionnels et renforcement de la coordination des soins). D'autres mesures seraient envisagées, inspirées d'exemples étrangers telles que la « gouvernance » de l'assurance maladie, associant davantage les professionnels de santé à la gestion du système, le développement de la concurrence dans le système de santé (notamment entre assureurs et producteurs de soins), la définition d'un panier de biens et de services de santé assurant le remboursement des seuls soins dont l'utilité serait jugée fondamentale et prioritaire par la collectivité tout en étant médicalement avérée et enfin la régionalisation du système de santé, soit par la déconcentration renforcée, aboutissant à la mise en place d'agences régionales de santé, qui couvriraient le champ de l'hospitalisation, des soins de ville, voire du secteur médico-social, soit par un mouvement de décentralisation au profit des collectivités locales [204].

Fondamentalement la société ne peut se contenter d'affirmer en parallèle, la primauté de l'application des principes fondamentaux, pour nombre d'eux constitutionnels, qui ont structuré fortement les lois en vigueur autour de notre système de santé et en parallèle la nécessité de maîtrise des dépenses, sans prendre position sur la manière dont ces règles doivent se combiner et ce qu'il advient de leur application à une situation individuelle. Selon les principes démocratiques, il y a lieu de condamner l'application de critères de choix qui n'ont pas été débattus ouvertement, même s'il y a lieu de reconnaître que l'exercice est difficile car un équilibre constant est à rechercher entre le maintien des performances sanitaires globales et de l'accès aux soins ; la qualité et la sécurité des soins ; et enfin ce qui est communément appelé la « maîtrise des dépenses de santé », que l'on pourrait plutôt reprendre sous la forme de : « la recherche de l'efficience ».

[203] Cabinet de Xavier Bertrand. 12 octobre 2005. http://www.sante.gouv.fr
[204] Rapport du haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Janvier 2002. 410 p.

4-3-5 L'Ethique, à intégrer dans la nécessaire restructuration du système

Les réformes sont nécessaires Tous nos résultats amènent à l'importance de la réflexion éthique en amont des choix, pour une plus grande cohérence du système.

Une des solutions envisageable pourrait passer par une redéfinition des missions d'un système de santé partagé entre une volonté d'engagement sur les différents axes sanitaires, et les restrictions qui semblent s'imposer du fait de la conjoncture socio-démographique actuelle [205]. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, un système de santé est un système qui comprend tous les éléments pour satisfaire en totalité les besoins de la population en matière de santé. « C'est l'ensemble des trois groupe d'éléments ; le groupe de la population, le groupe des producteurs de soin, le groupe des institutions chargées de l'organisation administrative et du financement. Il existe entre ces groupes des relations telles que toute modification portant sur l'un des groupe ou une des relations entraîne la modification des autres éléments et de leurs relations, donc de l'ensemble du système » peut on lire dans le rapport sur la santé en France, qui contribue d'ailleurs à montrer la confusion qui existe entre soin et santé [206]. Bernard Honoré, dans son livre *la santé en projet*, suggère : « En considérant le système de santé dans le rapport population-soin-administration-financement, il ne s'agit pas en fait d'un système de santé mais d'un système de soins qui s'est structuré selon la considération couramment répandue que la santé dépend exclusivement des soins et que plus l'on produit et consomme de soins, meilleure elle est. Cette croyance qui rassure et donne aussi bonne conscience entraîne la médicalisation de la vie quotidienne et du système social. » [207]. Ainsi un partenariat responsable s'avère indispensable entre les industries biomédicales, les professionnels utilisateurs et les usagers, partenariat qui pourrait être régulé par les pouvoirs publics, compte tenu de l'importance des investissements et du caractère hautement collectifs des choix. Cela revisiterait de fait les missions de la médecine en ouvrant la voie aux missions d'éducation. Ainsi en participant à cette prise de conscience citoyenne des usagers, cela ne pourra que renforcer un partenariat de fait indispensable entre santé et société.

[205] Hervé C. Ethique, politique et santé. PUF. Dec 2000.126p.
[206] Rapport du haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Janvier 2002. 410 p.
[207] Honoré B. La santé en projet. InterEditions. Mars 1996. 221p.

4-3-6 Quelles perspectives pour la prise en charge de la pathologie fonctionnelle, dans une visée éthique du soin?

Comment intégrer ces nouvelles dimensions du soin dans un avenir médical ?

Dans un petit fascicule de la collection « que sais-je ? » publié en 1998 et intitulé « Les médicaments de confort », le Pr. Emile Aron préfaçait en définissant ainsi la triple mission du corps médical : prévenir, soulager et guérir [208].

La notion de médicaments de confort, différente de la notion de médicaments usuels, y est définie par le fait que les médicaments de confort sont utilisés pour pallier aux multiples incommodités de la nature et de l'âge.

Il y est rappelé que ceux-ci ne sont pas dénués de tout effet thérapeutique car : « leur action sur le psychisme de ceux qui y ont recours permets parfois d'éviter la survenue de syndromes dépressifs et / ou de renforcer l'efficacité d'un régime alimentaire, d'une hygiène de vie adaptée, voire de médicaments essentiels ; réciproquement, l'atténuation, par les thérapeutiques classiques,de la composante douloureuse ou comportementale de nombreuses affections contribue, grâce à un mieux être, sinon à guérir, du moins à améliorer divers états pathologiques.». De plus ces médicaments ne sont pas dénués d'action pharmacologique propre.

L'hypothèse développée par l'auteur est que les médecins et pharmaciens doivent pouvoir encadrer des pratiques qui auront de toute manière cours, en permettant ainsi d'en juguler la iatrogénie.

Parallèlement la médecine s'ouvre à des approches plus sociales, visant à redonner à la notion de santé cette dimension centrée sur l'Homme et sur la société dans laquelle il évolue. Cette problématique est apparue pertinente depuis de nombreuses années puisque déjà les 19 et 20 mai 1980 se tenait une table ronde consacrée à la recherche sur la santé et la place des sciences sociales. Ce colloque regroupait 25 spécialistes français, sous les auspices du CNRS. L'objectif principal de la table ronde était de discuter des articulations nécessaires entre médecine et sciences sociales et d'examiner leurs possibilités de collaboration et de coordination, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Nombre d'auteurs américains ont déjà contribué à l'élaboration de connaissances dans ce domaine et nous pouvons retenir les travaux de Lieban [209]. Celui-ci énonce que l'approche sociologique des problèmes de santé de mieux cerner l'influence du comportement des individus sur leur santé, le développement des maladies et les possibilités de contrôle. Dans le même temps, cela permet d'appréhender la santé et la maladie d'un point de vue plus centré à la fois sur le sujet et sur la société donc

[208] Foussard-Blanpin O. Les médicaments de confort. Que Sais-je ? PUF. Sept 1998. 127 p
[209] Lieban RW, Cebuano S. Malagn Magic in the Philippines. Berkeley. 1977. 163 p.

de pouvoir utiliser ces éléments comme des indicateurs susceptibles d'éclairer des notions vectrices de sens en matière de santé dans la population générale. En ce sens notre abord de la pathologie fonctionnelle, grâce à la méthode participative, ne peut que paraître pertinent.

Le décloisonnement du soin et son ouverture sur la société ?

Des approches différentes sont à proposer, pour rendre à la santé sa dimension « non médicale », comme le propose le Pr. Honoré, et trouver ainsi des solutions plus en adéquation avec le quotidien des patients autour des pathologies dites de confort. Cela semble devoir s'imposer et prend racine dans la notion de transdisciplinarité [210].

Dans le domaine de l'ethnomédecine C. Leslie en 1967 suggère d'établir une distinction entre médecine « savante » et médecine « populaire » afin de pouvoir avoir accès et étudier plus précisément ces axes différents de l'organisation de la santé dans un milieu donné. Comme le souligne l'auteur, dans la perspective « ethnologique » on s'attache à cerner la phénoménologie de la représentation pathologique, alors que dans la perspective « biomédicale » on s'efforce de réduire ou de réinterpréter la maladie sur la base des théories de l'anatomo-pathologie et de l'étiologie scientifique [211]. Il existe une complémentarité indéniable entre les deux niveaux, qui a été, entre autres, soulevée par des auteurs comme Frabega et sur laquelle repose probablement les solutions d'avenir [212].

Ainsi et c'est tout l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire. On en revient à une vision d'interpénétration des champs médicaux et sociétaux, que l'on aborde le biologique comme inclus dans le sociologique, lequel en détermine les formes et représentations culturelles de la maladie, ou bien que ces dernières ne constituent que des épiphénomènes d'une pathologie biochimique sous-jacente.

D'un point de vue pratique cependant, au-delà des problèmes soulevés par cette éthique du « travailler ensemble », c'est la question de la méthode de travail et de l'appréhension causaliste des problématiques qui se posent.

L'Ethique au cœur des pratiques ?

Les maladies ont changé. C'est la théorie de la « transition épidémiologique » qui traduit cette modification de la pathologie, dans nos pays développés [213]. Au-delà c'est l'émergence

[210] Honoré B. La santé en projet. InterEditions. Mars 1996. 221p.

[211] Benoist Jean. L'efficacité thérapeutique : entre le biologique et l'anthropologique, La Revue du Praticien. 1990 ;29 :13-4

[212] Fabrega H. Disease and social behavior. 1974. MIT Press. Cambridge. 87p

[213] Jean-Marie Robine. Redéfinir les phases de la transition épidémiologique a travers l'étude de la dispersion des durées de vie: le cas de la France. Population. 2001 ;56 : 199-221.

actuelle de la notion de facteur de risque qui nécessite de fait l'adhésion profonde du sujet et modifie structurellement la relation médecin malade [214].

Cette mutation pourrait se résumer dans l'enjeu suivant ; « passer du droit au soin » à un véritable « projet de santé » pour reprendre la terminologie du Pr. Honoré [215].

Ceci rapproche de ce qui a été développé plus haut, dans le questionnement des rôles des différents intervenants autour de la notion de prendre soin et d'enfin dissocier le soin du système de santé qui l'englobe aujourd'hui afin de pouvoir retrouver des partenaires de bon sens, et de pouvoir construire ensemble mieux les missions de tous les acteurs, y compris et surtout des patients.

Cela signifierait renforcer les structures d'éducation, et pour rentrer de front dans un débat plus pragmatique, codifier et coter cette mission de la médecine, d'autant plus importante que bien des maladies ont aujourd'hui cette tendance à la chronicisation, cela signifiant avant tout vivre avec et donc apprendre à vivre… A ce jour les quelques structures pour l'essentiel publiques qui offrent ce service d'éducation fonctionnent plus ou poins difficilement, du fait non seulement des manques d'effectifs, mais aussi du peu de valorisation de cette activité définitivement chronophage, dans un système de tarification à l'acte [216].

Pour éduquer et pour pouvoir juger des bénéfices obtenus il faut du temps, c'est ce que l'on pourrait appeler un investissement structuré dans une politique du long terme [217] …

L'élément structurel de cette réflexion reste l'éthique du travailler ensemble, ce qui signifie déjà bien sûr apprendre à travailler entre soignants, mais aussi et au delà apprendre à travailler avec des pertinences venues d'autres horizons. Cela signifie aussi apprendre à se confronter à d'autres approches afin de pouvoir retrouver ensemble une vision véritablement sociétale des problèmes de santé publique, et non plus une vision seulement médicale, à laquelle à ce jour ne peuvent être proposées que des solutions d'ordre technique.

---

[214] Colloque émergence 2006. Disponible sur le site http://www2.clermont.inra.fr/emergences2006/
[215] Honoré B. La santé en projet. InterEditions. Mars 1996. 221p.
[216] Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale. Compte rendu N° 19 Mercredi 31 mai 2006 (Séance de 9 heures) 12/03/95. Aceesible sur le site http://www.assemblee-nationale.fr
[217] Hervé C. Ethique, politique et santé. Médecine et Société. PUF. Dec 2000.126p.

5- La problématique du partage des pratiques : une question de pouvoir ?

L'évolution de la démographie médicale appelle comme nous l'avons vu à une restructuration de l'organisation du système de santé.

Une approche du corps déstructuré, traité en machine et « réparé » peut être considéré comme à l'origine des thérapies dites alternatives qui se développent actuellement de plus en plus comme nous le confirme l'article récent du Pr. Molassiotis [218]. Entre des visions parfois extrêmes et opposées entre médecine dite « traditionnelle » et médecines dites « douces » la cohabitation pacifiste autour du patient reste parfois à trouver…

Dans une autre vision de la « machine humaine » Alex Mauron, professeur de bioéthique de la faculté de médecine de Genève, élabore cette réflexion : « Opposer le mécanisme et l'holisme est un faux débat entre 2 adversaires myopes[219]. En réalité, la relation entre ces deux médecines semble procéder par allers et retours constants. La biologie et la médecine actuelles semblent même prendre le pas sur l'ingénierie comme le montrent les rapports entre l'informatique et les neurosciences. Il y a 30 ans on cherchait à comprendre le cerveau en prenant l'exemple de l'ordinateur, aujourd'hui les ingénieurs commencent à comparer l'ordinateur au cerveau et créent des machines inspirées par la réalité biologique. »

D'un point de vue pragmatique, l'organisation de la prise en charge des patients nécessite une répartition du travail et certains estiment qu'elle imposera à terme de déléguer une partie des responsabilités qui restent à ce jour en France du domaine médical. Ceci pose cependant le problème des effectifs et de la formation de ces « paramédicaux » dont on ne sait encore de quelle filière ils seront issus, du fait du sous effectif existant aussi au sein de beaucoup des professions paramédicales existantes et sinon du temps nécessaire pour l'émergence de novo de personnels spécifiquement formés.

Il est certes intéressant d'observer que dans d'autres pays, des personnels non médecins effectuent des actes de soin :

- Ce peut être des gestes pratiques comme en Angleterre où les actes techniques, par exemple d'échographie, sont réalisés par des techniciens spécifiquement formés. Le partage des rôles

---

[218] Molassiotis A, Fernadez-Ortega P et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol. 2005;16(4):655-63

[219] Mauron A. Conditions éthiques de l'acte médical. Les conditions et finalités de l'acte médical. Genève Georg Eshel.1998:24 ;43-53.

entre médecins et paramédicaux est défini par les textes relatifs aux actes médicaux et aux compétences professionnelles et par les dispositions de la Classification Commune des actes médicaux [220] . Mais ceci laisse la notion de soin prisonnière d'une vision purement médicale, même si enrichie de la sensibilité et du bon sens de ce qu'il est communément admis d'appeler les « paramédicaux ».

- Ce peut être des soins de médecine dite « alternative », non contrôlée car sortant du cadre des pratiques reconnues. Cela naît soit des nécessités pratiques du terrain (du fait par exemple d'effectifs médicaux insuffisants comme au Canada pour répondre à tous les patients), soit par le choix d'une politique de santé, comme cela commence à être le cas chez nous, avec le développement de médecines alternatives et de leur validation dans un certain nombre de situations considérées comme bénignes et auxquelles les praticiens ont de moins en moins le temps de répondre… La problématique du contrôle en est l'élément central, afin d'éviter une dérive charlatanesque de l'offre de soin, et ceci reste une des missions premières de l'organisation de notre système de santé.

Une meilleure prise en compte des attentes des usagers dans le pilotage du système de santé, cela pourrait apparaître comme une perspective d'avenir intéressante, se développe depuis quelques années. Les mouvements associatifs de « défense » des usagers amènent les politiques à une plus grande écoute et amène le corps médical à une vision plus négociée de ses grandes idées issues des sciences dites dures. Ces associations ne se limitent le plus souvent pas à une action corporatiste autour de la pathologie qui les fonde mais tendent de plus en plus à influencer les choix publics en termes de priorité et de sécurité, amenant à promouvoir un nouveau modèle de malade, acteur de sa santé. Il est à regretter que peu de soins de confort bénéficient d'une telle attention.

Autour de ces nouveaux concepts et de ces nouvelles distributions du « pouvoir » plane l'inquiétude d'une manipulation de la part de l'industrie pharmaceutique, parfois un peu facilement soucieuse de faire émerger une nouvelle « maladie » à laquelle elle possède déjà « la solution thérapeutique » [221]. Si les campagnes d'« environnement », comme il est admis de les appeler dans le milieu de la communication, font parfois beaucoup en termes d'information grand public, leur positionnement dans des problèmes de santé moins scientifiquement établis reste tendancieux.

---

[220] http://www.ameli.fr

[221] Klein N. No Logo : La tyrannie des marques. Babel.2002. 752 pages

5-1 Évaluer et mesurer l'inconfort

Une des voies pourrait être de réaliser un contrepoids scientifiquement valide autour de la symptomatologie fonctionnelle. Ceci sous tend le développement des outils nécessaires à la validation de données autour de cette notion de confort, c'est à dire des critères d'appréciation nouveaux avec des outils statistiques nouveaux.

Dans ce sens, les échelles de qualité de vie sont intéressantes [222]. La difficulté repose sur le choix des items retenus et leur éminente subjectivité, ainsi que sur leur difficile pondération, opposant en quelque sorte individuel et collectif. Au-delà de cela se pose le problème de la reproductibilité, lorsque l'on connaît les potentialités d'évolution et d'adaptation d'un individu à une situation donnée. Le développement de la notion de handicap pourrait être une autre façon d'aborder la problématique, une façon centrée sur le patient, parce qu'inscrite dans son quotidien et prenant les possibilités de fonctionnement du sujet comme référentiel, dans une approche sociétale de maladie [223]. La subjectivité du ressenti serait remplacée par ce qu'il est possible ou non de faire du fait des symptômes et permettrait une approche semi quantitative et tout du moins reproductible pour un même sujet en dehors de ses facultés d'adaptation, permettant d'approcher son évolution en fonction par exemple des traitements.

On en revient en cela à la nécessaire participation des acteurs non médicaux à l'élaboration de la réflexion autour des objectifs, des moyens et des validations de prises en charge de tels « soins de santé ». Car s'il est évident que face à une problématique médicale la solution ne peut que s'inscrire dans la réalité de cette discipline, il est cependant important de pouvoir l'enrichir des angles d'abord et des méthodes issues de disciplines enracinées dans la société civile et profane, afin de la faire évoluer de la manière la plus pertinente pour tous.

5-2 Place de la réflexion transdisciplinaire

5-2-1 La nécessaire réflexion sur la visée du soin

La représentation de la maladie est une donnée importante qu'il est nécessaire d'intégrer afin de pouvoir apporter une réponse la plus complète possible face à la demande des patients, tout

[222] Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. PUF. Oct 99. 128p.
[223] Hamonet C. La question du handicap pour une attitude médicale et sociale différente vis-à-vis des personnes en situations de handicap. Cours DIU 2002. Accessible sur le site http://infodoc.inserme.fr

particulièrement lorsqu'il s'agit de soins de confort [224]. Au-delà d'une simple intégration interprétative de la pathologie et du symptôme, il est intéressant de comprendre ce que sous tend la plainte en terme de représentation à la fois individuelle et sociale, afin de pouvoir y apporter une réponse adaptée, ébauche d'une solution durable. Ainsi il est important de valider une vision médicale de la problématique par exemple de l'insuffisance veineuse, afin de pouvoir structurer la réflexion diagnostique et thérapeutique.

La notion de « surqualité » est souvent utilisée pour parler de l'inflation actuelle des actes [225], il semble qu'elle devrait laisser la place à la notion de « dysqualité », en ne répondant pas à la demande par une méconnaissance de la réelle visée de la plainte. Il ne s'agit pas forcément de porter caution à des demandes « histrioniques » mais plutôt de s'interroger sur le sens de la plainte, non seulement dans sa portée biologique mais aussi dans son existence socioculturelle.

D'un point de vue plus strictement économique, dés 1961, Georges Rösch concluait que nous étions déjà à l'époque face un problème de classification et de nomenclature [226]. « Les critères de classification ont été choisis en fonction des techniques de production et non en fonction de types de besoins. Car une technique de production est un fait observable et définissable, alors qu'un besoin est une notion trop souvent imprécise. On ne peut naturellement échapper à la nécessité de choix de convention qui ne présentent cependant aucun inconvénient, à la condition qu'ils aient été bien explicités. » Ainsi et nous en revenons à notre observation initiale, un problème est cautionné à partir du moment où il lui est trouvé un fondement physiopathologique et une solution thérapeutique rationnelle.

C'est dans cette visée qu'il est indispensable de se rassembler pour définir ensemble nos enjeux comme Claude Got le définit dans son ouvrage intitulé « La santé » [227]. Il considère la construction de l'avenir de notre système de santé comme une « mosaïque qui réunirait l'économie, la science, l'éthique, l'efficacité, le pouvoir et la solidarité, chaque intervenant y ayant un pouvoir organisateur ». Il est possible que l'amélioration des pratiques passe par une intégration plus juste des différentes portées du soin et du sens de la maladie.

Ainsi, comme nous venons de le développer précédemment, la réflexion éthique se doit d'être omniprésente dans ce débat de fond ; D'abord parce que c'est de cette discipline que vient à la fois la volonté mais surtout l'expertise de cet « apprendre à travailler ensemble » qui

[224] Herzlich C. Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale. Ed EHESS. Juin 2005. 210p
[225] Tremblay R. L'heure juste :Le choc entre le politique l'économique et le moral. Internationales Alain Stanké. 2002. 349p.
[226] Rösch G. La consommation médicale. Revue économique.1961 :12(2) ;295-329.
[227] Got C. La santé. Flammarion.1992. 449p.

nous est à ce jour si nécessaire, ensuite parce que ce n'est que de cette visée que pourront découler les outils et moyens nécessaires à l'élaboration de ce travail.

5-2-2 *L'importance d'une voie pour la médecine préventive*

« Fort heureusement, comme l'écrit le Pr. Honoré, c'est l'évolution de la morbidité et des moyens médicaux qui vont inévitablement contraindre à réformer le système de santé-soins. »[228]. Ce système n'est plus basé à ce jour uniquement sur un système de diagnostic auquel fait suite une proposition thérapeutique. C'est de plus en plus souvent en amont que se situe la mission du praticien, afin de modifier une trajectoire, en agissant sur les facteurs influençant l'évolution de la santé, et en délivrant une véritable « éducation à la santé » mais aussi avec des interventions médicamenteuses préventives dont la justification est liée à des études statistiques dont la pertinence pour un patient donné n'est pas toujours évidente. Ces facteurs sont dans l'influence des conditions de vie, de travail, sous l'influence des comportements et des choix de vie, autour desquels se profilent les missions de la médecine préventive [229]. De nouvelles visées sont à structurer, non pas pour interdire, mais bien pour « prévenir », laissant à l'individu la liberté d'exercer des choix éclairés, à la lumière non seulement de considérations médicales, mais aussi pourquoi pas médico-économiques dans un système solidaire où il est important de rendre aux décisions individuelles, leur dimension sociétale.

En matière de médecine dite de confort, cette voie reste tout particulièrement à développer, afin, non seulement d'informer correctement le patient, mais surtout de l'éduquer pour lui permettre de se prendre en charge de la manière la plus rationnelle et la plus pertinente possible. Cette visée pourra lui permettre de circonscrire ses symptômes dans la sphère du rationnel et de pouvoir ainsi choisir, adéquatement, l'investissement qu'il sera capable de fournir.

Cela lui permettra aussi d'être partie prenante dans l'histoire naturelle et l'évolution de cette « gêne » qui devra prendre sens aussi dans son quotidien, du fait de l'absence de solution radicale.

---

[228] Honoré B. La santé en projet. InterEditions. Mars 1996. 221p

[229] Bader JP. Réflexions sur le système de santé. Accessible sur le site http://www.pharmaceutiques.com

5-2-3 La méthode participative : genèse de solutions pratiques

En reprenant notre exemple la symptomatologie subjective veineuse ; Quelles solutions pratiques pourraient naître de nos constatations ?

La première des pistes est la construction d'outils nouveaux plus à même de répondre à la fois aux exigences de la rigueur de la science mais aussi parallèlement de s'adapter à la réalité de la vie courante. En cela l'élaboration de notre grille de handicap est un résultat intéressant.

L'importance des actions d'éducation est plébiscitée par les patients, et elle est visiblement aussi attendue par nos praticiens. Si nos experts ne semblent pas persuadés de la pertinence de la démarche, à la lumière d'arguments très recevables, il apparaît cependant nécessaire de réfléchir très concrètement à ce problème. Les différentes brochures patients disponibles sont le fruit de travaux réalisés en collaboration avec l'industrie pharmaceutique. Les informations disponibles sur Internet sont nombreuses et les notions véhiculées peuvent être très différentes d'un site à l'autre en fonction du type de professionnel à l'origine de l'information [230]. L'ambiguïté parfois entretenue entre signes objectifs et signes subjectifs de l'insuffisance veineuse est tout particulièrement à souligner dans un domaine où plainte et signes objectifs sont le plus souvent dissociés [231]. Dans les suites de nos résultats, grâce aux relais qui ont pu être mis en place, une réflexion sur les outils utilisables pour faire cette information à l'échelon local est en cours avec les médecins vasculaires, mais aussi les médecins généralistes et les médecins du travail.

Les médecins du travail sont actuellement en train de constituer un dossier afin de faire reconnaître, sur certains postes particulièrement considérés à risque, la maladie veineuse comme maladie professionnelle. Il sera intéressant de voir si à ce titre la symptomatologie fonctionnelle veineuse aura sa place. Cela pourra avoir des retombées pratiques, comme la prise en charge de la contention pour les populations d'actifs « à risque » et d'après notre grille de handicap ce sont véritablement les emplois de bureau qui sont les plus exposés, dans le cadre de l'ergonomie au travail.

---

[230] Ont ainsi été comptabilisés 12 fascicules d'information tous édités ou co-édités par l'industrie pharmaceutique autour de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs et des symptômes qui lui sont imputé. La thrombose veineuse y est décrite comme une possible complication, avec un amalgame entretenu entre insuffisance veineuse objective et symptomatologie fonctionnelle. Seul le site Internet de la station thermale de la Léchère (www.lalechere.com) et le site de vulgarisation médicale doctissimo (www.doctissimo.fr) opposent une distinction entre signes objectifs et signes subjectifs de l'insuffisance veineuse.

[231] Nous faisons ici allusion aux brochures délivrées par l'industrie pharmaceutique autour de l'insuffisance veineuse chronique.

Conclusion générale

Au sein de la symptomatologie fonctionnelle veineuse viennent se cristalliser différents sujets qui dépassent très largement le cadre de la jambe lourde.

Ce travail replace un certain nombre des éléments du débat actuel dans une dimension plus factuelle.

Le manque de repères scientifiques autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse est la source, d'un malaise face à cette pathologie de la part des praticiens, et d'une certaine méfiance de la part des patients qui reçoivent cette absence de discours médical structuré. Or, malgré cette absence de référentiel considéré comme solide, des décisions sont prises. Derrière la plainte fonctionnelle veineuse il y a la peur pour le patient de faire un « accident vasculaire », dans le sens le plus large et le plus angoissant qui soit. Face à cette crainte, personne ne semble vraiment oser le rassurer que ce soit par non perception de cette angoisse, par la peur de la responsabilité individuelle que cela engendre en l'absence de référentiel bien défini ou que ce soit du fait d'un intérêt financier. Ainsi, au-delà de la symptomatologie fonctionnelle veineuse, il y a un probable manque de courage, quelques conflits d'intérêt, une bonne dose d'ignorance et la confusion des mots… Beaucoup d'incohérences, en fait qui relèvent de facteurs eux même un peu confus ! Les praticiens ne sont pas convaincus par les veinotoniques, la preuve, ils n'en consomment pas…Mais ils en prescrivent ! Les pouvoirs publics pensent que les veinotoniques ne sont pas une priorité…Mais ils ne déremboursent pas complètement ! La Sécurité Sociale affirme le non amalgame entre niveau de remboursement et niveau d'efficacité…Mais communique en motivant le déremboursement de certaines substances par le fait qu'elles n'ont pas assez fait la preuve de leur efficacité !

Nos résultats apportent la preuve que les médecins ne font pas n'importe quoi et que les patients ne sont pas obtus… Comment faire pour renouer ensemble le dialogue afin d'optimiser les prises en charge dans un intérêt collectif et en suivant individuel ? Ce travail se veut une petite pierre dans la construction de cet édifice.

La plainte veineuse est un exemple de cette pathologie fonctionnelle qui représente la majorité de nos consultations. Elle nous entraîne au-delà du médical, elle est l'ouverture de la médecine sur la société. Aux symptômes les médecins répondent présence ou non de varices, les chirurgiens, nécessité ou non d'une chirurgie, le ministère de la Santé répond déremboursement des veinotoniques… Chacun répond dans son champ de compétence

technique quand le problème est ailleurs. Car ce qui se décide aujourd'hui ce sont les missions de la médecine. De la même façon que les opticiens sont maintenant habilités à réaliser des bilans d'acuité visuelle et ont la possibilité de faire des renouvellements de lunettes en l'absence de modification depuis la prescription précédente [232], est-il souhaitable de réorganiser la prise en charge de la plainte fonctionnelle afin de la faire sortir pour tout ou partie du champs des compétences médicales ?

Les résultats de notre travail montrent que la plainte fonctionnelle est attendue par tous comme faisant partie des champs de compétence médicale. Une confiance plus grande semble pouvoir être accordée au patient d'après nos résultats. Le développement de l'outil éducatif est une orientation valable. Cette situation de crise, présente et à venir, autour des missions du système de santé ne saura se résoudre que dans la confiance et dans l'envie de construire ensemble en incluant tous les acteurs de ce système. Il ne s'agit pas ici d'angélisme, mais au contraire de prendre la peine de s'adresser à tous les acteurs du système pour leur faire découvrir que là est leur intérêt.

Inclure l'éthique à la réflexion sur l'avenir des pratiques est la base non seulement d'un travail vers une visée plus juste du soin, mais aussi le nid de solutions concrètes puisque construites à partir des réalités du terrain. Seule cette intentionnalité pourra rendre les réformes nécessaires, acceptables de tous.

---

[232] **Article L4362-9**
(Loi nº 2005-102 du 11 février 2005 art. 81 I Journal Officiel du 12 février 2005)
Les établissements commerciaux dont l'objet principal est l'optique-lunetterie, leurs succursales et les rayons d'optique-lunetterie des magasins ne peuvent être dirigés ou gérés que par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession d'opticien-lunetier. Le colportage des verres correcteurs d'amétropie est interdit. Aucun verre correcteur ne pourra être délivré à une personne âgée de moins de seize ans sans ordonnance médicale.

Article L4362-10

(inséré par Loi nº 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 54 II Journal Officiel du 22 décembre 2006)

Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin. L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

Article L4362-11

(inséré par Loi nº 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 54 II Journal Officiel du 22 décembre 2006)

Les opticiens-lunetiers sont tenus de respecter les règles d'exercice et, en tant que de besoin, d'équipement fixées par décret.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'animation de la réunion de groupe : Les patients de médecine du travail.

Annexe 2 : Guide d'entretiens semi-directifs : Les patients de la consultation.

Annexe 3 : Guide d'animation des réunions de groupe : les praticiens.

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif : les experts.

Annexe 5 : Grille de Handicap de l'étude Handiveine

Annexe 6 : Détail de l'analyse statistique : Données générales patients.

Annexe 7 : Détails de l'analyse statistique : La grille de Handicap

Annexe 8 : Elaboration de la Grille et du Score de Handicap de l'étude Handiveine-

Annexe 9 : Questionnaire Médecin Généraliste

Annexe 10 : Questionnaire Angiologue

Annexe 11 : Rapports d'entrevue avec les experts

Annexe 12 : Document de la Société Française de Phlébologie

Annexe 1 - Guide d'animation de la réunion de groupe : Les patients de médecine du travail

INTRODUCTION - PRESENTATION

A) Circonstances d'apparition de la plainte fonctionnelle veineuse

1)Quels sont les symptômes que vous ressentez?
2) Dans quelles situations, ces symptômes apparaissent-ils le plus souvent ?
3) En quoi cela vous gêne t'il?
4) Quels sentiments ressentez vous face à ces symptômes?

B) Identification des éléments générateurs d'anxiété

5) Quelles impressions ressentez-vous, lors de l'apparition des symptômes ?
6) Quelles impressions ressentez vous face à la gêne veineuse en général ?
7) Avez-vous été obligé de modifier certaines de vos habitudes du fait de la gêne ?
8) Avez-vous été obligé de mettre en place certaines choses du fait de la gêne ?
9) Quels sentiments sont associés à cette plainte ?

C) Identification des éléments générateurs de méfiance

10) Quels sont les éléments du discours médical que vous avez trouvé pertinents ?
11) Quelles sont les autres sources d'informations auxquelles vous avez eu accès ?
12) Ressentez-vous le besoin d'information, de repères, lesquels ?
13) A quoi êtes vous plus particulièrement attentif face au discours médical ?
14) Quels sont les dysfonctionnements que vous avez pu identifier dans votre parcours de soin ?

D) La confiance et les perspectives positives attendues

15) On vous propose une solution idéale pour soulager vos symptômes ; laquelle souhaiteriez vous ?
16) Quelle serait la filière de soin idéal ?
17) Quelles solutions, autres que médicales pouvez-vous imaginer pour soulager ces symptômes ?
18) Quels sont pour vous les éléments générateurs de confiance
19) Quelles solutions plus larges seraient envisageables en ce qui concerne l'organisation du système de santé en général

E) Avez-vous d'autres thèmes que vous souhaiteriez voir abordés ?

Merci de votre participation.

Annexe 2 - Guide d'entretiens semi-directifs :
Les patients de la consultation

Introduction - présentation

A) Circonstances d'apparition de la plainte fonctionnelle

1) Pour commencer, parlez-moi des symptômes que vous ressentez
* Quelle fréquence ?
* Dans quelles circonstances ?
* Quelles sont les symptômes?
* Quelles sont les solutions adoptées?
* Sommairement quel a été votre parcours de soin ?
* Y a t'il d'autres cas dans la famille ?

2) Comment jugez-vous la façon dont s'est déroulé votre prise en charge ?
Relance : Cela correspondait il à ce que vous attendiez ?
* Qui avez-vous consulté ? Pourquoi ?
* Quelles sont les solutions qui vous ont été proposées et quelles ont été leur efficacité ?

3) D'une manière générale, que pensez-vous de la manière de recevoir le problème de la part des professionnels de santé ?

B) Identification des craintes en relation avec la symptomatologie décrite:

4) Quelles sont pour vous les possibles conséquences de vos symptômes
* Quelles impressions ressentez-vous, lors de la gêne ?
* Quels sont les facteurs que vous avez identifié comme influant sur ces symptômes?

5) Qu'est-ce qui est important pour vous ?
* Avez-vous peur de quelque chose ? De quoi ?
* Y a t'il des éléments susceptibles de vous inquiéter plus particulièrement ? Lesquels ?
* Y a t'il des éléments susceptibles de vous rassurer plus particulièrement ? Lesquels ?

6) Avez-vous l'impression ces derniers temps d'avoir modifié votre comportement du fait de la symptomatologie veineuse fonctionnelle ?
* Que faites-vous maintenant, et que vous ne faisiez pas avant
* Que ne faisiez-vous pas avant que vous faites maintenant ?

C) Identification et utilité des éléments de réassurance autour de la plainte veineuse :

7) Comment expliquez-vous que vous « ayez confiance » ou au contraire « pas confiance » dans les différentes prises en charge proposées?
* Quels sont les éléments susceptibles de vous rassurer ?
* Quels conseils suivez vous plus facilement ?
* Quels sont les praticiens qui ont le plus influencer votre comportement?
* A quoi faites vous plus particulièrement attention ?

8) Quelle serait pour vous la solution idéale ?

9) Quel serait pour vous le type de traitement idéal ?

10) Finalement, qu'est-ce qui vous avez retiré des différents traitements et conseils qui vous ont été apportés ?
* Quels sont les éléments qui ont freiné l'adhésion à tel ou tel type de traitement ou de telle ou telle recommandation dans votre histoire personnelle ?
* Quels sont les éléments qui ont freiné l'adhésion à tel ou tel type de traitement ou de telle ou telle recommandation dans votre histoire familiale ?

D) La confiance :

11) Quels sont à votre avis les éléments les plus importants dans la relation de soin autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse ?
* Si apparition de la notion de « confiance », j'explore le sujet.
* Si la notion n'apparaît pas, on la cite et on explore le sujet.

12) La confiance est-elle importante pour vous ?
* Pourquoi ? A quoi vous sert cette confiance ?
* Diriez-vous que la confiance est nécessaire pour adhérer au traitement?
* Cette confiance est-elle suffisante pour adhérer au traitement ?

13) Quelle solution thérapeutique vous inspire le plus confiance et pourquoi?
* Faites-vous facilement confiance ?
* En qui avez-vous confiance ?

14) Finalement, qu'est-ce qui fait que vous adhérez à un traitement quel qu'il soit?
* Qu'est ce qui vous rend méfiant vis à vis des traitements proposés?

E) Identification de l'enquêté :

Age : Profession :
Sexe : Position au travail :
Situation familiale :
Nombre de grossesse(s) et traitement hormonal si femme :
Tabagisme :

Merci encore de votre patience et de votre aide.

Annexe 3 - Guide d'animation des réunions de groupe : Les praticiens

INTRODUCTION - PRESENTATION

A) Typologie des consultations autour de la plainte fonctionnelle veineuse

1) Quels sont les patients qui vous consultent?
2) Quelle est votre place dans le parcours de soin du patient?
3) Quelle est la place qu'occupent ces symptômes dans la consultation?
4) Quels sentiments ressentez vous face à l'expression de ces symptômes?

B) Identification des éléments générateurs d'anxiété

5) Quelles impressions ressentez-vous, face à la verbalisation de ces symptômes ?
6) Quelles impressions ressentez vous face à la gêne veineuse en général ?
7) Quels sont les outils à votre disposition pour travailler autour de la plainte veineuse?
8) Avez-vous été mis en place certaines attitudes particulières auprès des patients qui verbalisent une telle gêne ?
9) Quels sentiments reconnaissez vous comme associés à cette plainte ?

C) Identification des éléments générateurs de méfiance

10) Quels sont les réponses opposables au patient ?
11) Quelles sont les sources d'informations auxquelles le patient a accès ?
12) Quels sont vos sentiments face à ces sources d'information ?
13) A quoi êtes vous plus particulièrement attentif dans votre discours médical ?
14) Quels sont les dysfonctionnements que vous pouvez identifier dans le parcours de soin ?

D) La confiance et les perspectives positives attendues

15) Quelle solution vous paraissent proposables au patient ?
16) Quelle serait pour vous la filière de soin idéal ?
17) Quelles solutions autres que médicales proposez vous?
18) Quels sont pour vous les éléments générateurs de confiance ?
19) Quelles solutions plus larges seraient envisageables en ce qui concerne l'organisation du système de santé en général

E) Avez-vous d'autres thèmes que vous souhaiteriez voir abordés ?

Merci de votre participation.

Annexe 4 - Guide d'entretiens semi-directifs : Les experts

Introduction - présentation

A) Quelle place doit occuper la plainte fonctionnelle dans la notion de soin

1) Que percevez vous de la situation actuelle

* Quelle fréquence ?
* Quelles sont les symptômes?
* Quelles sont les solutions adoptées?
* Quelle notion de parcours de soin ?
* Quelle articulation entre les différents professionnels ?

2) Comment jugez-vous la façon dont se déroulent actuellement les prises en charge ?

* Qui est consulté ? Pourquoi ?
* Quelles sont les solutions que vous pouvez proposer et sur quels arguments?

3) D'une manière générale, que pensez-vous de la manière actuelle de gérer le problème ?

B) Identification des forces en présence:

4) Quelles sont pour vous les possibles conséquences des difficultés actuelles ?

* Quelles réflexions pouvez-vous proposer ?
* Quels sont les facteurs que vous avez identifiés comme influents ?

5) Qu'est-ce qui vous paraît important?

* Y a t'il des éléments négatifs à prendre en compte plus particulièrement ? Lesquels ?
* Y a t'il des éléments positifs à prendre en compte plus particulièrement ? Lesquels ?

6) Avez-vous l'impression que la mentalité sociétale change autour de ce problème ?

* Quelles sont les données nouvelles qui vous apparaissent comme pertinentes ?
* Quels sont pour vous les choix à poser en priorité ?

C) Les différentes forces en présence :

7)Quel éléments vous paraissent à prendre particulièrement en compte dans l'avenir ?

* Quels sont les éléments susceptibles d'évoluer ?
* Quels conseils proposeriez vous plus facilement ?
* Quels sont les acteurs les plus susceptibles de faire évoluer les comportements ?

8) Quelle serait pour vous la solution idéale ?

9) Quel serait pour vous le type de traitement idéal de la plainte veineuse ?

10) Finalement, comment envisagez vous l'avenir de ces problèmes de santé?
* Peuvent ils rester dans le cadre des missions de santé?
* Doivent ils rester dans le cadre des missions de santé ?

D) La confiance :

11) Quels sont à votre avis les éléments les plus importants dans la relation de soin autour de la symptomatologie fonctionnelle veineuse ?
* Si apparition de la notion de « confiance », j'explore le sujet.
* Si la notion n'apparaît pas, on la cite et on explore le sujet.

12) La confiance est-elle importante pour vous ?
* Pourquoi ? A quoi vous sert cette confiance ?
* Diriez-vous que la confiance est nécessaire pour adhérer au traitement?
* Cette confiance est-elle suffisante pour adhérer au traitement ?

13) Quelle solution thérapeutique vous paraît inspirer le plus confiance au patient et pourquoi?

Annexe 5 – Grille de Handicap de l'étude Handiveine

N°:
N° centre:
CACHET DU MEDECIN

HANDIVEINE

NOM :
Prénom :
(Ces données ne seront pas informatisées)

Critères d'inclusion:

«Patients majeurs consécutifs consultant un angiologue quelque soit le motif de consultation».

Critères d'exclusion:

	OUI	NON
Le patient a t'il une thrombose veineuse profonde évolutive ou des antécédents de thrombose veineuse profonde?	●	●
Le patient a t'il une artériopathie des membres inférieurs symptomatique?	●	●
Le patient a t'il une pathologie néoplasique en cours?	●	●
Le patient présente t'il une pathologie rhumatologique avérée?	●	●
Le patient présente t'il une pathologie mettant en jeu le pronostic vital?	●	●
Le patient présente t'il une insuffisance rénale, une insuffisance cardiaque ou une insuffisance respiratoire graves?	●	●
Le patient ne maîtrise pas la langue française parlée	●	●
Le patient a-t-il moins de 18 ans?	●	●
La patiente est-elle enceinte?	●	●
Le patient est-il sous tutelle ou curatelle?	●	●

Si 1 OUI, ne pas inclure le patient

Dr Maïlys MICHOT-CASBAS 06-61-99-76-09
Service de médecine vasculaire du Pr Boccalon - CHU Rangueil

Tournez s'il vous plait

DONNEES GENERALES PATIENT

SEXE: Homme ○ Femme ○

PATIENT INCLUS:

Date de la consultation:.....

Année de naissance:.....

Activité principale exercée:

○ Actif ○ Retraité
○ Chômeur ○ Au foyer
○ En maladie ou invalidité

Profession:

(Si inactif, dernière profession occupée)

.....

Habituellement, votre travail vous amène à être (1 seule réponse possible):

Debout en piétinant ○
Debout en marchant ○
Assis ○

Exposition à la chaleur sur le lieu de travail? OUI ○ NON ○

Consommation de tabac:

moins de 10 cigarettes / jour ○
10 à 20 / jour ○
plus de 20 / jour ○
moins de 1 cigarette / jour ○

Nombre de grossesses menées à terme: .....

Contraception oestro-progestative? OUI ○ NON ○

Ce patient est-il insuffisant veineux? ○ ○

Si OUI, ce dignostic est retenu sur:

(plusieurs réponses possibles)

Les caractéristiques de la douleur ○ ○
L'examen clinique ○ ○

Précisez:.....

Autre (Précisez):.....

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'unexamen échodoppler veineux des membres inférieurs? OUI ○ NON ○

Si OUI, quelles sont les conclusions de cet examen?:

.....

Motif de la consultation de ce jour:.....

Votre patient se plaint-il à l'interrogatoire de symptômes type?

Jambes lourdes ○
Crampes nocturnes ○
Autre symptôme fonctionnel ○

Précisez:.....

GRILLE DE HANDICAP

DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

0: patient non concerné

1: jamais **2:** parfois **3:** souvent **4:** toujours
5: ne peut plus le faire à cause de l'insuffisance veineuse

Les travaux domestiques

Gêne pour faire: 0 1 2 3 4 5

Les courses au supermarché
La cuisine
La vaisselle
Le ménage
Le repassage
De la couture
Du bricolage
Pour jardiner
Autre (précisez):.....

Le sommeil

1 2 3 4

Gêne pour m'endormir
J'ai des crampes le soir ou la nuit
Je ne supporte pas le poids des draps
La gêne m'oblige à me lever
Autre (précisez):.....

La vie sociale

0 1 2 3 4 5

Gêne pour les longs moments assis
Gêne pour les longs buffets debout
Gêne pour piétiner en ville
Cela me rend irritable
Cela m'oblige à une pause en fin de journée
Autre (précisez):.....

Les déplacements

0 1 2 3 4 5

Gêne pour les longs trajets en avion
Gêne pour les longs trajets en train ou en bus
Gêne pour les longs trajets en voiture
Autre (précisez):.....

Tournez s'il vous plait

0: patient non concerné **1: jamais** **2: parfois** **3: souvent** **4: toujours**
5: ne peut plus le faire à cause de l'insuffisance veineuse

Les loisirs

0 1 2 3 4 5

Gêne pour faire certains sports
Précisez:.....
Gêne pour visiter des musées
Gêne pour assister à des séances de cinéma
Gêne pour assister à des manifestations assis
Gêne pour assister à des manifestations debout
Gêne pour m'exposer à la chaleur
Gêne pour m'exposer au soleil
Autre (précisez):.....

Les vêtements

0 1 2 3 4 5

Gêne pour porter:
Des vêtements serrés
Des talons
Des mi-bas
Des bottes
Des vêtements courts
Autre (précisez):.....
J'ai du mal à supporter quelque chose sur ma peau

La nourriture

OUI NON NSP

Cela m'amène à modifier ma consommation:
D'alcool
De sel
De piment
Autre (précisez):.....

Au travail

Patient non concerné

OUI NON

J'ai changé de poste de travail à cause de ce problème
J'ai renoncé à un emploi à cause de ce problème

OUI NON NSP

Si 1 OUI, à cause:
Du chauffage par le sol
Du travail de nuit
De la station debout prolongée
De la station assise prolongée
Autre (précisez):.....

OUI NON NSP

Cela me gêne pour me concentrer
Cela me gêne pour les réunions
Cela me gêne pour le travail de nuit
Autre (précisez):.....

Les grossesses

Patient non concerné

OUI NON NSP

Cela me gêne pour envisager une nouvelle grossesse

Ce qui vous gêne le plus au quotidien

La gêne autour: (plusieurs réponses possibles)
Des travaux domestiques
Des loisirs
Des transports
Du travail
Du sommeil
De la nourriture
De la vie sociale
Des vêtements

Annexe 6 – Détail de l'analyse statistique : Données générales patients.

Items	Effectif total	Non concernés	IV NON	IV OUI
Sexe	231			
Hommes	71		44	27
			62%	38%
Femmes	160		60	100
			38%	62%
Au travail	193		85	108
			44%	56%
Exposition à la chaleur au travail	183		7	16
Consommation de cigarettes	222			
moins de 1 par jour	153		69	84
			45%	55%
1à 10 par jour	6		3	3
			50%	50%
10 à 20 par jour	17		6	11
			35%	65%
Plus de 20 par jour	46		17	29
			37%	63%
Nombre de grossesses à terme	155			
Non concerné ou 0	35		16	19
			46%	54%
1	30		12	18
			40%	60%
2	52		14	38
			27%	73%
3 et +	38		14	25
			35%	65%
Symptômes				
Jambes lourdes	231		7	82
			8%	92%
Crampes nocturnes	231		2	32
			6%	94%

Annexe 7 – Détails de l'analyse statistique : La grille de Handicap

ITEM	Effectif	Non concernés	IV=NON*	IV=OUI*
SOMMEIL				
Gène pour s'endormir oui (2+3+4)	127 IV 104 NIV 231	0	6 5.8%	60 47,2%
Crampes le soir Ou la nuit (2+3+4)	127 IV 104 NIV 231	0	9 8,7%	61 48,1%
TRAVAUX DOMESTIC				
Gène pour faire les courses	127 IV 104 NIV 231	35	3 3,4%	30 27,8%
Gêne pour faire la cuisine	127 IV 104 NIV 231	36	3 3,4%	33 30,5%
Gêne pour le repassage	127 IV 104 NIV 231	73	6 9,0%	45 49,0%
Gêne pour la couture	125 IV 104 NIV 229	111	2 3,0%	8 14,3%
Gêne pour le bricolage	127 IV 104 NIV 231	67	0 0%	18 22,5%
Gêne pour jardiner	127 IV 104 NIV 231	72	1 1,2%	15 20%
VIE SOCIALE				
Gêne long moment assis	127 IV 104 NIV 231	15	7 7,5%	62 50,4%
Gène pour les longs buffets debout	126 IV 104 NIV 230	26	6 6,0%	77 66,7%
Gêne pour piétiner en ville	127 IV 104 NIV 231	25	5 5,5%	37 31,9%
Oblige à une pause en fin de journée	122 IV 88 NIV 210	0	3 3,4%	60 49,2%
LOISIRS				
Gêne pour la visite des musées	127 IV 104 NIV 231	58	3 3,5%	38 44,2%

Gêne pour le cinéma	127 IV 104 NIV 231	42	2 2,2 %	40 40,4%
Gêne pour les manifestations assises	127 IV 104 NIV 231	29	3 3,0%	52 50,0%
Gêne pour les manifestations debout	124 IV 104 NIV 228	24	6 6,1%	66 62,3%
Gêne pour s'exposer à la chaleur	126 IV 104 NIV 230	36	2 2,1%	59 59%
Gêne pour s'exposer au soleil	126 IV 104 NIV 230	41	1 1%	45 48,9%
DEPLACEMENTS				
Longs trajets en avion	127 IV 104 NIV 231	95	5 6,5%	20 33,9%
Longs trajets en train ou bus	127 IV 104 NIV 231	53	3 3,2%	37 43,5%
Longs trajets en voiture	127 IV 104 NIV 231	20	7 7,1%	59 52,2%
VETEMENTS				
Gêne pour porter des vêtements serrés	126 IV 104 NIV 230	86	2 3,0%	32 40,0%
Gêne pour porter des mi bas classiques	127 IV 104 NIV 231	67	0 0,0%	52 54,7%
Gêne pour porter des bottes	126 IV 104 NIV 230	69	0 0,0%	36 40%
Gêne pour porter des vêtements courts	126 IV 104 NIV 230	102	1 1,2%	23 31,5%
Difficultés à supporter quelque chose sur la peau	96 IV 52 NIV 148	132	1 1,9%	15 15,6%

* Ne concerne pas les non concernés

Annexe 8 – Elaboration de la grille et du score de Handicap de l'étude Handiveine-

```
-------------------------------------------------------------------------------
--------------------------------
       log:  C:\Documents and Settings\Administrateur\Mes documents\CHR


 jambes Lourdes et crampes sont codes oui / non les autres variables sont
codés
0=1 (référence)    1=2345   9= non concerné
Il faut prendre l'odds ratio, le p et l'intervalle de confiance en fin de
ligne
Toutes les variables ont un odds ratio brut, puis ajusté sur l'âge puis
ajusté  sur les crampes et les jambes lourdes.
 La majorité des handicaps sortent bien après ces ajustements sauf les
courses au supermarché et le fait de faire la cuisine Par contre après
ajustement sur l'ensemble des variables il ne reste plus que 2 variables
liées significativement à l'IV (cf multivarié en rouge gras)

La non prise en compte des symptomes ne parait pas augmenter le nombre de
variables liées à l iv
Tous ces handicaps sont vraisemblablement liés entre eux pour diverses
raisons ,il ne reste que deux facteurs discriminants et indépendants des
autres facteurs (y compris des jambes lourdes et des crampes )


Le score a été construit après analyse bivarié utilisant le test du chi2
(seuil de signficativité < 0.05 puis analyse multivariée grace à une
régression logistique descendante , le seuil de significativité pour entrer
dans le modèle est de 0.05 La valeur du score correspond à la valeur du
beta de la régression logistique
Pour un score > 5 il y a 98 % de chances d'avoir une IV


Insuffisanc |
          e |      Freq.     Percent        Cum.
------------+-----------------------------------
          0 |        104       45.02       45.02
          1 |        127       54.98      100.00
------------+-----------------------------------
      Total |        231      100.00

.

. tab jamblourd, m

  Jamblourd |      Freq.     Percent        Cum.
------------+-----------------------------------
          0 |        142       61.47       61.47
          1 |         89       38.53      100.00
------------+-----------------------------------
      Total |        231      100.00

made)

. tab crampes, m

    Crampes |      Freq.     Percent        Cum.
------------+-----------------------------------
          0 |        197       85.28       85.28
          1 |         34       14.72      100.00
------------+-----------------------------------
      Total |        231      100.00

.
```

```
.
*************  MODELES  UNI-VARIES / insuffisance **************
.
. ** sexe et symptomes **
. tab sexe insuffisance ,

           |     Insuffisance
      Sexe |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         1 |        44         27 |        71
           |     61.97      38.03 |    100.00
           |     42.31      21.26 |     30.74
           |     19.05      11.69 |     30.74
-----------+----------------------+----------
         2 |        60        100 |       160
           |     37.50      62.50 |    100.00
           |     57.69      78.74 |     69.26
           |     25.97      43.29 |     69.26
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(1) =  11.8983   Pr = 0.001

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.716049    .798495     3.40   0.001     1.526482
4.83263
------------------------------------------------------------------------
---

.
. tab jamblourd insuffisance , chi2 col r ce nokey miss

           |     Insuffisance
 Jamblourd |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        97         45 |       142
           |     68.31      31.69 |    100.00
           |     93.27      35.43 |     61.47
           |     41.99      19.48 |     61.47
-----------+----------------------+----------
         1 |         7         82 |        89
           |      7.87      92.13 |    100.00
           |      6.73      64.57 |     38.53
           |      3.03      35.50 |     38.53
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(1) =  80.7550   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
```

```
_Ijamblour~1 |   25.25079    10.9361     7.46   0.000     10.80489
59.01056
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.623143   .5714506     1.38   0.169      .814103
3.236193
_Ijamblour~1 |   22.99485   10.04527     7.18   0.000     9.767523
54.13483
------------------------------------------------------------------------
---

.


   Crampes |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |       102         95 |       197
           |     51.78      48.22 |    100.00
           |     98.08      74.80 |     85.28
           |     44.16      41.13 |     85.28
-----------+----------------------+----------
         1 |         2         32 |        34
           |      5.88      94.12 |    100.00
           |      1.92      25.20 |     14.72
           |      0.87      13.85 |     14.72
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(1) =  24.6739   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
 _Icrampes_1 |   17.17895   12.75854     3.83   0.000     4.007028
73.64965
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.627214   .8201432     3.09   0.002     1.424866
4.844143
 _Icrampes_1 |   16.67989   12.48138     3.76   0.000     3.848119
72.29997
------------------------------------------------------------------------
---

.
```

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Ijamblour~1 |   23.12172   10.22365     7.10   0.000     9.719583
55.00381
 _Icrampes_1 |   13.53236   10.65461     3.31   0.001     2.891918
63.32298
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.638892   .6059178     1.34   0.181     .7940562
3.382592
_Ijamblour~1 |   21.11548    9.41495     6.84   0.000     8.811868
50.59806
 _Icrampes_1 |   13.65552   10.80472     3.30   0.001     2.896064
64.38852
------------------------------------------------------------------------
---
```

.gêne pour s'endormir

```
           |     Insuffisance
   endorcl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        98         67 |       165
           |     59.39      40.61 |    100.00
           |     94.23      52.76 |     71.43
           |     42.42      29.00 |     71.43
-----------+----------------------+----------
         1 |         6         60 |        66
           |      9.09      90.91 |    100.00
           |      5.77      47.24 |     28.57
           |      2.60      25.97 |     28.57
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(1) =  48.1938   Pr = 0.000
```

Gene pour s'endormir

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
 _Iendorcl_1 |   14.62687   6.678249     5.88   0.000     5.977432
35.79216
```

Après ajustement sur sexe

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
```

```
    _Isexe_2 |   2.239365   .7306731     2.47   0.013     1.181381
4.244826
 _Iendorcl_1 |   13.47852   6.198579     5.66   0.000     5.472511
33.19691
------------------------------------------------------------------------
---
Aprés ajustement sur sexe jambe lourde et crampes
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.629773   .6088893     1.31   0.191      .783637
3.389528
_Ijamblour~1 |   14.29284   6.666621     5.70   0.000     5.729173
35.65703
 _Icrampes_1 |   9.573379   7.780668     2.78   0.005     1.946524
47.08372
 _Iendorcl_1 |   3.366209   1.843247     2.22   0.027     1.150921
9.845469
------------------------------------------------------------------------
---

. course au super marché
           |     Insuffisance
 coursescl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        85         78 |       163
           |     52.15      47.85 |    100.00
           |     81.73      61.42 |     70.56
           |     36.80      33.77 |     70.56
-----------+----------------------+----------
         1 |         3         30 |        33
           |      9.09      90.91 |    100.00
           |      2.88      23.62 |     14.29
           |      1.30      12.99 |     14.29
-----------+----------------------+----------
         9 |        16         19 |        35
           |     45.71      54.29 |    100.00
           |     15.38      14.96 |     15.15
           |      6.93       8.23 |     15.15
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  20.5625   Pr = 0.000


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Icoursesc~1 |   10.89744   6.816311     3.82   0.000     3.198162
37.13198
_Icoursesc~9 |   1.294071   .4837069     0.69   0.490     .6219991
2.692316
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
```

```
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.367535   .7441721     2.74   0.006     1.278626
4.383784
_Icoursesc~1 |   9.108894   5.741476     3.50   0.000     2.648136
31.33221
_Icoursesc~9 |    1.66309   .6566388     1.29   0.198     .7670708
3.605754
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |    1.73801   .6616051     1.45   0.146     .8241889
3.66503
_Ijamblour~1 |   21.41178   10.97601     5.98   0.000     7.839959
58.47789
 _Icrampes_1 |   13.55997   10.72334     3.30   0.001     2.878201
63.88462
_Icoursesc~1 |    .993387   .7935852    -0.01   0.993      .207549
4.754625
_Icoursesc~9 |   1.464561   .6918147     0.81   0.419     .5802639
3.69649
------------------------------------------------------------------------
---

. gêne pour la cuisine
           |     Insuffisance
    cuiscl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        84         75 |       159
           |     52.83      47.17 |    100.00
           |     80.77      59.06 |     68.83
           |     36.36      32.47 |     68.83
-----------+----------------------+----------
         1 |         3         33 |        36
           |      8.33      91.67 |    100.00
           |      2.88      25.98 |     15.58
           |      1.30      14.29 |     15.58
-----------+----------------------+----------
         9 |        17         19 |        36
           |     47.22      52.78 |    100.00
           |     16.35      14.96 |     15.58
           |      7.36       8.23 |     15.58
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  23.5641   Pr = 0.000


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
```

```
  _Icuiscl_1 |      12.32   7.682603     4.03   0.000     3.629207
41.82247
  _Icuiscl_9 |   1.251765    .462803     0.61   0.544     .6064795
2.583624
------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
    _Isexe_2 |   2.752797   .9056022     3.08   0.002     1.444608
5.24564
  _Icuiscl_1 |   11.58614   7.291106     3.89   0.000     3.375059
39.77371
  _Icuiscl_9 |    1.86459   .7563084     1.54   0.125     .8420194
4.128999
------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
    _Isexe_2 |   1.773686   .6948634     1.46   0.144     .8230153
3.822482
_Ijamblour~1 |   16.66447   7.859279     5.97   0.000     6.612241
41.99854
 _Icrampes_1 |   13.95605   11.04672     3.33   0.001     2.958051
65.84448
  _Icuiscl_1 |   2.429533   1.816637     1.19   0.235     .5611169
10.51943
  _Icuiscl_9 |   1.638498   .7723659     1.05   0.295     .6504303
4.127536
------------------------------------------------------------------------------
```

.long moment assis

```
. tab genelongmoment insuffisance , chi2 col r ce nokey miss

assislongc |     Insuffisance
         l |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        86         61 |       147
           |     58.50      41.50 |    100.00
           |     82.69      48.03 |     63.64
           |     37.23      26.41 |     63.64
-----------+----------------------+----------
         1 |         7         62 |        69
           |     10.14      89.86 |    100.00
           |      6.73      48.82 |     29.87
           |      3.03      26.84 |     29.87
-----------+----------------------+----------
         9 |        11          4 |        15
           |     73.33      26.67 |    100.00
           |     10.58       3.15 |      6.49
           |      4.76       1.73 |      6.49
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00
```

```
          Pearson chi2(2) =  49.5602   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Iassislon~1 |   12.48712   5.399964     5.84   0.000     5.350155
29.14461
_Iassislon~9 |   .5126677   .3113925    -1.10   0.271     .1558903
1.685981
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.419651   .7984548     2.68   0.007     1.267263
4.619965
_Iassislon~1 |   11.76094   5.137959     5.64   0.000     4.995516
27.68875
_Iassislon~9 |   .4920864   .3035043    -1.15   0.250      .146908
1.648304
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.642994    .641188     1.27   0.203     .7646269
3.530387
_Ijamblour~1 |   15.42551   7.257209     5.82   0.000     6.134463
38.78847
 _Icrampes_1 |   10.81304   8.846785     2.91   0.004     2.175351
53.74846
_Iassislon~1 |   6.842877   3.390467     3.88   0.000     2.591139
18.07119
_Iassislon~9 |   .3647587   .2972723    -1.24   0.216     .0738398
1.801859
------------------------------------------------------------------------
---

. gêne pour pietiner en ville
. tab genepietville insuffisance , chi2 col r ce nokey miss

           |     Insuffisance
 pietinecl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        85         55 |       140
           |     60.71      39.29 |    100.00
           |     81.73      43.31 |     60.61
           |     36.80      23.81 |     60.61
-----------+----------------------+----------
         1 |         5         61 |        66
           |      7.58      92.42 |    100.00
           |      4.81      48.03 |     28.57
           |      2.16      26.41 |     28.57
-----------+----------------------+----------
         9 |        14         11 |        25
```

```
           |     56.00      44.00 |    100.00
           |     13.46       8.66 |     10.82
           |      6.06       4.76 |     10.82
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  52.5345   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Ipietinec~1 |   18.85455   9.357691     5.92   0.000     7.127818
49.87415
_Ipietinec~9 |   1.214286    .532467     0.44   0.658     .5141231
2.86797
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.418956   .8090882     2.64   0.008     1.255797
4.659468
_Ipietinec~1 |   18.07596   9.048113     5.78   0.000     6.776783
48.21468
_Ipietinec~9 |   1.343354   .6051033     0.66   0.512     .5556145
3.247937
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.773439   .6861371     1.48   0.139     .8307866
3.785672
_Ijamblour~1 |   10.89686   5.220243     4.99   0.000     4.261137
27.86618
 _Icrampes_1 |   14.14538   11.39709     3.29   0.001     2.916031
68.61786
_Ipietinec~1 |   6.704102   3.848147     3.31   0.001     2.176466
20.65044
_Ipietinec~9 |   .8954204   .5032459    -0.20   0.844     .2976001
2.694145
------------------------------------------------------------------------
---
```

Pause

```
. tab pausecl      insuffisance , chi2 col r ce nokey miss

           |     Insuffisance
   pausecl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        85         62 |       147
           |     57.82      42.18 |    100.00
           |     81.73      48.82 |     63.64
```

```
           |     36.80      26.84 |     63.64
-----------+----------------------+----------
         1 |         3         60 |        63
           |      4.76      95.24 |    100.00
           |      2.88      47.24 |     27.27
           |      1.30      25.97 |     27.27
-----------+----------------------+----------
         9 |        16          5 |        21
           |     76.19      23.81 |    100.00
           |     15.38       3.94 |      9.09
           |      6.93       2.16 |      9.09
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  59.2291   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
 _Ipausecl_1 |   27.41935   16.85551     5.39   0.000     8.218601
91.47798
 _Ipausecl_9 |   .4284274   .2308718    -1.57   0.116     .1489979
1.231897
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.877347   .6226705     1.90   0.058     .9799895
3.596396
 _Ipausecl_1 |   24.81495   15.31144     5.20   0.000     7.404587
83.1622
 _Ipausecl_9 |   .4547061    .247424    -1.45   0.148     .1565156
1.321004
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.438406   .5448666     0.96   0.337     .6846166
3.022148
_Ijamblour~1 |   11.83601   5.790088     5.05   0.000     4.537363
30.87499
 _Icrampes_1 |   13.54612   10.97053     3.22   0.001     2.769852
66.24812
 _Ipausecl_1 |   5.387559   3.760973     2.41   0.016     1.371454
21.16425
 _Ipausecl_9 |   .3080042   .2082912    -1.74   0.082     .0818318
1.159287
------------------------------------------------------------------------
---
Debout
.
```

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Ideboutcl_1 |       25.3   11.80405     6.92   0.000     10.13867
63.13352
_Ideboutcl_9 |       8.05    4.02625     4.17   0.000      3.02039
21.45501
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.775291   .6228751     1.64   0.102     .8925215
3.531185
_Ideboutcl_1 |   22.93331   10.76749     6.67   0.000     9.137267
57.5595
_Ideboutcl_9 |    7.49587   3.776237     4.00   0.000     2.792591
20.1204
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.423026   .5578387     0.90   0.368     .6599853
3.068254
_Ijamblour~1 |   8.222664   4.094463     4.23   0.000     3.098546
21.82062
 _Icrampes_1 |   14.70771   11.95773     3.31   0.001     2.988803
72.37568
_Ideboutcl_1 |   7.825205   4.226186     3.81   0.000      2.71509
22.55315
_Ideboutcl_9 |   4.312949   2.482334     2.54   0.011     1.395925
13.32559
------------------------------------------------------------------------
---

.
           |     Insuffisance
 chaleurcl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        92         41 |       133
           |     69.17      30.83 |    100.00
           |     88.46      32.28 |     57.58
           |     39.83      17.75 |     57.58
-----------+----------------------+----------
         1 |         2         59 |        61
           |      3.28      96.72 |    100.00
           |      1.92      46.46 |     26.41
           |      0.87      25.54 |     26.41
-----------+----------------------+----------
         9 |        10         27 |        37
           |     27.03      72.97 |    100.00
           |      9.62      21.26 |     16.02
           |      4.33      11.69 |     16.02
-----------+----------------------+----------
```

```
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  79.1239   Pr = 0.000

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Ichaleurc~1 |   66.19512   49.18909     5.64   0.000     15.42782
284.019
_Ichaleurc~9 |   6.058537   2.514817     4.34   0.000     2.685625
13.66753
------------------------------------------------------------------------
---

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.966565   .6942939     1.92   0.055     .9844469
3.928477
_Ichaleurc~1 |   58.93439    43.9179     5.47   0.000     13.67897
253.9125
_Ichaleurc~9 |   6.231109   2.625634     4.34   0.000     2.728288
14.23116
------------------------------------------------------------------------
---


------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.413747   .5640112     0.87   0.385      .646825
3.089987
_Ijamblour~1 |   8.154391   4.093826     4.18   0.000     3.048279
21.81365
 _Icrampes_1 |   13.32793   10.78086     3.20   0.001     2.730438
65.05684
_Ichaleurc~1 |   24.63245   19.29378     4.09   0.000     5.306274
114.3472
_Ichaleurc~9 |   2.639609   1.343855     1.91   0.057     .9731579
7.15972
------------------------------------------------------------------------
---


. tab voiturecl      insuffisance , chi2 col r ce nokey miss

           |     Insuffisance
 voiturecl |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        91         54 |       145
           |     62.76      37.24 |    100.00
           |     87.50      42.52 |     62.77
           |     39.39      23.38 |     62.77
-----------+----------------------+----------
         1 |         7         59 |        66
```

```
           |     10.61      89.39 |    100.00
           |      6.73      46.46 |     28.57
           |      3.03      25.54 |     28.57
-----------+----------------------+----------
         9 |         6         14 |        20
           |     30.00      70.00 |    100.00
           |      5.77      11.02 |      8.66
           |      2.60       6.06 |      8.66
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(2) =  51.8349   Pr = 0.000
```

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
_Ivoiturec~1 |    14.2037   6.180053     6.10   0.000     6.054002
33.32427
_Ivoiturec~9 |   3.932099   2.034088     2.65   0.008     1.426576
10.83812
------------------------------------------------------------------------
---
```

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   2.281783   .7588727     2.48   0.013     1.189002
4.378909
_Ivoiturec~1 |   13.35668   5.864273     5.90   0.000     5.649071
31.58057
_Ivoiturec~9 |   3.396881   1.784055     2.33   0.020     1.213461
9.508995
------------------------------------------------------------------------
---
```

```
------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.675339   .6345267     1.36   0.173     .7974696
3.519583
_Ijamblour~1 |   14.51321   6.733457     5.77   0.000     5.845823
36.03144
 _Icrampes_1 |   8.958122   7.353243     2.67   0.008     1.792715
44.76337
_Ivoiturec~1 |   5.049531   2.565576     3.19   0.001     1.865395
13.66882
_Ivoiturec~9 |   1.430211   .9778504     0.52   0.601     .3744766
5.462301
------------------------------------------------------------------------
---
```

```
.
. *************  MODELES  MULTIVARIES / insuffisance **************
. * methode descendante
.
. *******  MOD.1  MULTIVAR. AVEC i.jamblourd i.crampes ************
. xi : logistic insuffisance  i.sexe i.jamblourd i.crampes i.endorcl
i.coursescl i.cuiscl i.assislongcl i.pietinecl i.pausecl i.deboutcl
i.chaleurcl i.voiturecl
i.sexe            _Isexe_1-2          (naturally coded; _Isexe_1 omitted)
i.jamblourd       _Ijamblourd_0-1     (naturally coded; _Ijamblourd_0
omitted)
i.crampes         _Icrampes_0-1       (naturally coded; _Icrampes_0
omitted)
i.endorcl         _Iendorcl_0-1       (naturally coded; _Iendorcl_0
omitted)
i.coursescl       _Icoursescl_0-9     (naturally coded; _Icoursescl_0
omitted)
i.cuiscl          _Icuiscl_0-9        (naturally coded; _Icuiscl_0 omitted)
i.assislongcl     _Iassislong_0-9     (naturally coded; _Iassislong_0
omitted)
i.pietinecl       _Ipietinecl_0-9     (naturally coded; _Ipietinecl_0
omitted)
i.pausecl         _Ipausecl_0-9       (naturally coded; _Ipausecl_0
omitted)
i.deboutcl        _Ideboutcl_0-9      (naturally coded; _Ideboutcl_0
omitted)
i.chaleurcl       _Ichaleurcl_0-9     (naturally coded; _Ichaleurcl_0
omitted)
i.voiturecl       _Ivoiturecl_0-9     (naturally coded; _Ivoiturecl_0
omitted)

Logistic regression                               Number of obs   =
231
                                                  LR chi2(20)     =
169.17
                                                  Prob > chi2     =
0.0000
Log likelihood = -74.383611                       Pseudo R2       =
0.5321

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |    1.77678   .9803687     1.04   0.298     .6025165
5.239606
_Ijamblour~1 |   8.495964   6.031508     3.01   0.003     2.113111
34.15883
 _Icrampes_1 |   12.72376     11.766     2.75   0.006     2.077243
77.93706
 _Iendorcl_1 |   1.410805   1.109372     0.44   0.662     .3020881
6.588714
_Icoursesc~1 |   .0230626   .0429814    -2.02   0.043     .0005978
.8897717
_Icoursesc~9 |   .8872529   .7880494    -0.13   0.893     .1556032
5.059137
  _Icuiscl_1 |   1.212401   1.590706     0.15   0.883     .0926499
15.86529
  _Icuiscl_9 |    2.94639   2.457085     1.30   0.195     .5747079
15.10544
_Iassislon~1 |   3.198914   2.140637     1.74   0.082     .8617848
11.87425
_Iassislon~9 |   .0542783   .1078947    -1.47   0.143     .0011031
2.670846
```

```
_Ipietinec~1 |   1.473907   1.291844     0.44   0.658     .2644921
8.213487
_Ipietinec~9 |   .3660926   .4912662    -0.75   0.454     .0263845
5.079648
 _Ipausecl_1 |   5.905224   8.894767     1.18   0.238     .3083974
113.0738
 _Ipausecl_9 |   .3922996   .3709598    -0.99   0.322     .0614779
2.503323
_Ideboutcl_1 |   2.181918   1.871326     0.91   0.363     .4062597
11.71853
_Ideboutcl_9 |   6.995869   7.956201     1.71   0.087     .7529994
64.99632
_Ichaleurc~1 |   41.92981   54.13452     2.89   0.004     3.338553
526.6082
_Ichaleurc~9 |   1.243955    1.01302     0.27   0.789     .2521302
6.137399
_Ivoiturec~1 |   .9060883   .7210567    -0.12   0.901     .1904549
4.310711
_Ivoiturec~9 |   1.583167   2.385147     0.30   0.760     .0826295
30.33323
------------------------------------------------------------------------------
---

.
. * drop var avec p>0.20: i.endorcl i.cuiscl i.pietinecl i.pausecl
i.deboutcl i.voiturecl
. xi : logistic insuffisance  i.sexe i.jamblourd i.crampes i.coursescl
i.assislongcl i.chaleurcl
i.sexe            _Isexe_1-2          (naturally coded; _Isexe_1 omitted)
i.jamblourd       _Ijamblourd_0-1     (naturally coded; _Ijamblourd_0
omitted)
i.crampes         _Icrampes_0-1       (naturally coded; _Icrampes_0
omitted)
i.coursescl       _Icoursescl_0-9     (naturally coded; _Icoursescl_0
omitted)
i.assislongcl     _Iassislong_0-9     (naturally coded; _Iassislong_0
omitted)
i.chaleurcl       _Ichaleurcl_0-9     (naturally coded; _Ichaleurcl_0
omitted)

Logistic regression                               Number of obs   =
231
                                                  LR chi2(9)      =
154.99
                                                  Prob > chi2     =
0.0000
Log likelihood = -81.472741                       Pseudo R2       =
0.4875

------------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.573997   .7105634     1.00   0.315     .6497384
3.813022
_Ijamblour~1 |   11.99334   7.499791     3.97   0.000     3.520938
40.85279
 _Icrampes_1 |   11.37049    9.59504     2.88   0.004     2.175147
59.43873
_Icoursesc~1 |   .1297382   .1258748    -2.10   0.035     .0193737
.8688047
_Icoursesc~9 |    1.43232   .9730343     0.53   0.597     .3782543
5.42371
_Iassislon~1 |   4.226964   2.390347     2.55   0.011     1.395321
12.80509
```

```
_Iassislon~9 |   .1004064   .1134285    -2.03   0.042     .0109689
.9190915
_Ichaleurc~1 |   30.84585   28.32871     3.73   0.000     5.098665
186.6109
_Ichaleurc~9 |   3.232559   2.005746     1.89   0.059     .9580558
10.90692
------------------------------------------------------------------------
---

. * que des p<0.05 pr les cl.1 (pas forcement pr cl.9)
. * mais la var. i.coursescl doit interagir avec une autre var. car
inversement des resultats / uni-varie
. * on choisit provisoirement de supprimer i.coursescl pour modele final
d'urgence ... :
. xi : logistic insuffisance  i.sexe i.jamblourd i.crampes i.assislongcl
i.chaleurcl
i.sexe            _Isexe_1-2          (naturally coded; _Isexe_1 omitted)
i.jamblourd       _Ijamblourd_0-1     (naturally coded; _Ijamblourd_0
omitted)
i.crampes         _Icrampes_0-1       (naturally coded; _Icrampes_0
omitted)
i.assislongcl     _Iassislong_0-9     (naturally coded; _Iassislong_0
omitted)
i.chaleurcl       _Ichaleurcl_0-9     (naturally coded; _Ichaleurcl_0
omitted)

Logistic regression                               Number of obs   =
231
                                                  LR chi2(7)      =
150.33
                                                  Prob > chi2     =
0.0000
Log likelihood = -83.805701                       Pseudo R2       =
0.4728

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |   1.399906   .5852412     0.80   0.421     .6169466
3.176509
_Ijamblour~1 |   7.192577   3.797948     3.74   0.000     2.555162
20.24653
 _Icrampes_1 |   10.94152   9.125195     2.87   0.004     2.133919
56.10186
_Iassislon~1 |   3.738497   2.054627     2.40   0.016     1.273175
10.97756
_Iassislon~9 |   .1938193   .1805493    -1.76   0.078     .0312229
1.203152
_Ichaleurc~1 |   20.48847   17.47186     3.54   0.000     3.851534
108.9896
_Ichaleurc~9 |    2.58554   1.533331     1.60   0.109     .8086375
8.267012
------------------------------------------------------------------------
---

.
.
.
```

```
 *******  MOD.2  MULTIVAR. SANS i.jamblourd i.crampes ************
. xi : logistic insuffisance  i.sexe i.endorcl i.coursescl i.cuiscl
i.assislongcl i.pietinecl i.pausecl i.de
> boutcl i.chaleurcl i.voiturecl
i.sexe            _Isexe_1-2          (naturally coded; _Isexe_1 omitted)
i.endorcl         _Iendorcl_0-1       (naturally coded; _Iendorcl_0
omitted)
i.coursescl       _Icoursescl_0-9     (naturally coded; _Icoursescl_0
omitted)
i.cuiscl          _Icuiscl_0-9        (naturally coded; _Icuiscl_0 omitted)
i.assislongcl     _Iassislong_0-9     (naturally coded; _Iassislong_0
omitted)
i.pietinecl       _Ipietinecl_0-9     (naturally coded; _Ipietinecl_0
omitted)
i.pausecl         _Ipausecl_0-9       (naturally coded; _Ipausecl_0
omitted)
i.deboutcl        _Ideboutcl_0-9      (naturally coded; _Ideboutcl_0
omitted)
i.chaleurcl       _Ichaleurcl_0-9     (naturally coded; _Ichaleurcl_0
omitted)
i.voiturecl       _Ivoiturecl_0-9     (naturally coded; _Ivoiturecl_0
omitted)

Logistic regression                               Number of obs   =
231
                                                  LR chi2(18)     =
148.86
                                                  Prob > chi2     =
0.0000
Log likelihood = -84.541488                       Pseudo R2       =
0.4682

------------------------------------------------------------------------------
insuffisance | Odds Ratio   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
    _Isexe_2 |   2.117096    1.06475     1.49   0.136     .7900346
5.673291
 _Iendorcl_1 |   3.402099   2.333315     1.79   0.074     .8870624
13.04788
_Icoursesc~1 |   .0205988   .0339872    -2.35   0.019     .0008117
.5227468
_Icoursesc~9 |   .9496452   .8343743    -0.06   0.953     .1696998
5.314243
  _Icuiscl_1 |   2.143101   2.412986     0.68   0.498     .2358563
19.47322
  _Icuiscl_9 |   2.971692   2.400275     1.35   0.178     .6102066
14.47207
_Iassislon~1 |   2.576869   1.573985     1.55   0.121     .7783367
8.531341
_Iassislon~9 |    .021336   .0383001    -2.14   0.032     .0006326
.7196174
_Ipietinec~1 |   1.429404   1.151602     0.44   0.657      .294702
6.933094
_Ipietinec~9 |   .4129064   .4976783    -0.73   0.463      .038895
4.383382
 _Ipausecl_1 |   12.62331   15.99692     2.00   0.045     1.053139
151.3076
 _Ipausecl_9 |   .9229219   .7017587    -0.11   0.916      .207941
4.096282
_Ideboutcl_1 |   3.398794   2.532821     1.64   0.101     .7888589
14.64368
_Ideboutcl_9 |   4.959158   5.318304     1.49   0.135     .6061243
40.57459
```

```
_Ichaleurc~1 |   25.56676   28.31889     2.93   0.003     2.916397
224.1324
_Ichaleurc~9 |   1.440751    1.05947     0.50   0.619     .3409178
6.088752
_Ivoiturec~1 |   1.824588   1.208382     0.91   0.364     .4982349
6.681832
_Ivoiturec~9 |   3.662932   5.056381     0.94   0.347     .2448015
54.80796
------------------------------------------------------------------------
---


 ******* SCORE Modele 1 ******
. * NB : pr les classes NS on attribue le score0 de la cl. de ref.
. * pour sexe qui a 1 cl. forcee NS : on ne s'en occupe pas (cad 0 a tt le
monde)
.
. xi : logit insuffisance  i.sexe i.jamblourd i.crampes i.assislongcl
i.chaleurcl
i.sexe            _Isexe_1-2          (naturally coded; _Isexe_1 omitted)
i.jamblourd       _Ijamblourd_0-1     (naturally coded; _Ijamblourd_0
omitted)
i.crampes         _Icrampes_0-1       (naturally coded; _Icrampes_0
omitted)
i.assislongcl     _Iassislong_0-9     (naturally coded; _Iassislong_0
omitted)
i.chaleurcl       _Ichaleurcl_0-9     (naturally coded; _Ichaleurcl_0
omitted)

Iteration 0:   log likelihood = -158.97008
Iteration 1:   log likelihood = -94.732226
Iteration 2:   log likelihood = -85.814195
Iteration 3:   log likelihood = -83.967412
Iteration 4:   log likelihood =  -83.80792
Iteration 5:   log likelihood = -83.805701
Iteration 6:   log likelihood = -83.805701

Logistic regression                               Number of obs   =
231
                                                  LR chi2(7)      =
150.33
                                                  Prob > chi2     =
0.0000
Log likelihood = -83.805701                       Pseudo R2       =
0.4728

------------------------------------------------------------------------
---
insuffisance |      Coef.   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf.
Interval]
-------------+----------------------------------------------------------
---
    _Isexe_2 |    .336405   .4180576     0.80   0.421    -.4829727
1.155783
_Ijamblour~1 |   1.973049   .5280371     3.74   0.000     .9381157
3.007983
 _Icrampes_1 |   2.392565   .8339971     2.87   0.004     .7579603
4.027169
_Iassislon~1 |   1.318684   .5495865     2.40   0.016     .2415139
2.395853
_Iassislon~9 |  -1.640829   .9315344    -1.76   0.078    -3.466603
.1849448
_Ichaleurc~1 |   3.019862   .8527659     3.54   0.000     1.348472
4.691253
_Ichaleurc~9 |   .9499343   .5930409     1.60   0.109    -.2124046
2.112273
```

```
       _cons |   -1.64375   .3602731    -4.56   0.000    -2.349872   -
.9376274
------------------------------------------------------------------------------
---

.
. ** gen sous-scores S **
.     gen S_jamblourd=0   if jamblourd==0
(89 missing values generated)

. replace S_jamblourd=2   if jamblourd==1
(89 real changes made)

. tab S_jamblourd jamblourd, m

S_jamblour |       Jamblourd
         d |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |       142          0 |       142            jambe lourde=2
         2 |         0         89 |        89
-----------+----------------------+----------
     Total |       142         89 |       231


           |        Crampes
 S_crampes |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |       197          0 |       197
       2.4 |         0         34 |        34             crampes = 2.4
-----------+----------------------+----------
     Total |       197         34 |       231


.

S_assislon |           assislongcl
       gcl |         0          1          9 |     Total
-----------+---------------------------------+----------
         0 |       147          0         15 |       162 assis =1.3
       1.3 |         0         69          0 |        69
-----------+---------------------------------+----------
     Total |       147         69         15 |       231


S_chaleurc |            chaleurcl
         l |         0          1          9 |     Total
-----------+---------------------------------+----------
         0 |       133          0         37 |       170 chaleur=3
         3 |         0         61          0 |        61
-----------+---------------------------------+----------
     Total |       133         61         37 |       231


. total =8.7
.
. ** gen Score **
. gen Score= (S_jamblourd + S_crampes + S_assislongcl + S_chaleurcl)

. sum Score, det

                              Score
-------------------------------------------------------------
      Percentiles      Smallest
 1%            0              0
 5%            0              0
10%            0              0       Obs                 231
```

```
25%            0              0       Sum of Wgt.         231

50%          1.3                      Mean           2.304329
                        Largest       Std. Dev.      2.647308
75%          4.4            8.7
90%          6.3            8.7       Variance       7.008242
95%          6.7            8.7       Skewness       .7217037
99%          8.7            8.7       Kurtosis       2.137409

. tab Score insuffisance, m row

+----------------+

           |     Insuffisance
     Score |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         0 |        91         18 |       109
           |     83.49      16.51 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       1.3 |         3          9 |        12
           |     25.00      75.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
         2 |         5         12 |        17
           |     29.41      70.59 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       2.4 |         1          4 |         5
           |     20.00      80.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
         3 |         0          5 |         5
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       3.3 |         1         10 |        11
           |      9.09      90.91 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       3.7 |         0          4 |         4
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       4.3 |         2          3 |         5
           |     40.00      60.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       4.4 |         0          6 |         6
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
         5 |         0         13 |        13
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       5.4 |         0          1 |         1
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       5.7 |         1          5 |         6
           |     16.67      83.33 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       6.3 |         0         25 |        25
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       6.7 |         0          1 |         1
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       7.4 |         0          6 |         6
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
       8.7 |         0          5 |         5
           |      0.00     100.00 |    100.00
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
```

```
. ----------------------------------------------------
-> q4Score = 1

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |       109           0           0          0          0

-------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q4Score = 2

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        12         1.3           0        1.3        1.3

-------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q4Score = 3

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        53    3.018868     .898087          2        4.4

-------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q4Score = 4

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        57    6.257895    1.044193          5        8.7


         4 |
 quantiles |     Insuffisance
  of Score |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
     =0  1 |        91         18 |       109
           |     83.49      16.51 |    100.00
           |     87.50      14.17 |     47.19
           |     39.39       7.79 |     47.19
-----------+----------------------+----------
 >0-< 2  2 |         3          9 |        12
           |     25.00      75.00 |    100.00
           |      2.88       7.09 |      5.19
           |      1.30       3.90 |      5.19
-----------+----------------------+----------
>2-< 5   3 |         9         44 |        53
           |     16.98      83.02 |    100.00
           |      8.65      34.65 |     22.94
           |      3.90      19.05 |     22.94
-----------+----------------------+----------
 >=5     4 |         1         56 |        57
           |      1.75      98.25 |    100.00
           |      0.96      44.09 |     24.68
           |      0.43      24.24 |     24.68
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(3) = 127.0427   Pr = 0.000

.
```

```
. xtile q5Score = Score,nq(5)
. sort q5Score
. by   q5Score : sum Score

-------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q5Score = 1

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |       109           0           0          0          0

-------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q5Score = 3

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        34    1.811765    .4073304        1.3        2.4

-------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q5Score = 4

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        44    4.068182    .7618133          3          5

-------------------------------------------------------------------------------
---------------------------------
-> q5Score = 5

    Variable |       Obs        Mean    Std. Dev.       Min        Max
-------------+--------------------------------------------------------
       Score |        44    6.629546    .8945778        5.4        8.7

. * NB : quintiles pas egaux !
. tab q5Score insuffisance, chi2 col r ce nokey miss

         5 |
 quantiles |     Insuffisance
  of Score |         0          1 |     Total
-----------+----------------------+----------
         1 |        91         18 |       109
           |     83.49      16.51 |    100.00
           |     87.50      14.17 |     47.19
           |     39.39       7.79 |     47.19
-----------+----------------------+----------
         3 |         9         25 |        34
           |     26.47      73.53 |    100.00
           |      8.65      19.69 |     14.72
           |      3.90      10.82 |     14.72
-----------+----------------------+----------
         4 |         3         41 |        44
           |      6.82      93.18 |    100.00
           |      2.88      32.28 |     19.05
           |      1.30      17.75 |     19.05
-----------+----------------------+----------
         5 |         1         43 |        44
           |      2.27      97.73 |    100.00
           |      0.96      33.86 |     19.05
           |      0.43      18.61 |     19.05
-----------+----------------------+----------
     Total |       104        127 |       231
           |     45.02      54.98 |    100.00
           |    100.00     100.00 |    100.00
           |     45.02      54.98 |    100.00

          Pearson chi2(3) = 128.3104   Pr = 0.000
```

Annexe 9 – Le questionnaire Médecin Généraliste

MEDECINS GENERALISTES

Questionnaire praticien

Vous êtes: **Homme** ○ **Femme** ○

Votre âge:

Lieu d'exercice:

	Surtout	En partie	Pas du tout
Sur votre lieu d'exercice, la plainte fonctionnelle veineuse est:			
Fréquente	○		
Assez fréquente	○		
Peu fréquente	○		
Rare	○		
La dernière fois que vous avez vu un patient se plaignant de «jambes lourdes», pour vous la plainte était:			
Esthétique	○	○	○
Fonctionnelle	○	○	○
Autre (précisez).....	○		

	OUI	NON
La dernière fois que vous avez vu un patient se plaignant de «jambes lourdes», le motif principal de consultation était:		
Les jambes lourdes	○	○
Autre chose (précisez).....		
Il s'agissait d'un patient qui présentait:		
Une pathologie veineuse des membres inférieurs	○	○
Une pathologie artérielle des membres inférieurs	○	○
Une pathologie neurologique	○	○
Une pathologie rhumatologique des membres inférieurs	○	○
Il s'agissait d'un patient qui présentait:		
Des antécédents familiaux de pathologie cardiaque	○	○
Des antécédents familiaux de pathologie vasculaire	○	○
Précisez.....		

Si OUI, lequel? (entourez la réponse)
Varices / Ulcère / Phlèbite / Infarctus du myocarde
Insuffisance cardiaque / Accident Vasculaire Cérébral
Autre (précisez).....

Tournez s'il vous plait

MEDECINS GENERALISTES

Questionnaire praticien

Quel traitement médical lui avez-vous proposé pour ses «jambes lourdes»?

	OUI	NON
Une contention veineuse	○	○
Un traitement veinotonique	○	○

Si oui lequel:.....

	OUI	NON
Un antalgique de niveau I	○	○
Un antalgique de niveau II	○	○
Un anti-inflammatoire	○	○
La mise en place de mesures hygiénodiététiques	○	○

Si oui lesquelles:.....

	OUI	NON
Un anticoagulant	○	○
Aucun traitement médical	○	○

Autre (précisez):.....

Combien de temps a duré cette consultation?: .....

Le patient a t'il été proposé/retenu pour une chirurgie des varices?

OUI	NON
○	○

Vous arrive t'il vous même d'avoir « les jambes lourdes»?

OUI	NON
○	○

Si oui quel traitement suivez vous?

Rien ○
Contention ○
Veinotonique ○
Autre (précisez) ○

Annexe 10 – Le questionnaire Médecin Vasculaire

ANGIOLOGIE

Questionnaire praticien

Sur votre lieu d'exercice, l'insuffisance veineuse est un motif de consultation?

- Très fréquent (l'essentiel des consultations)
- Assez fréquent (en moyenne plus des 3/4 des consultations)
- Peu fréquent (en moyenne la moitié des consultations)
- Rare (moins de la moitié des consultations)

La dernière fois que vous avez vu un patient se plaignant de «jambes lourdes», pour vous la plainte était?

	OUI	AUSSI	NON
Esthétique	○	○	○
Fonctionnelle	○	○	○
Autre (précisez)	○		

La dernière fois que vous avez vu un patient se plaignant de «jambes lourdes», s'agissait-il d'un patient?

- Qui consultait pour la premère fois ○
- Que vous voyiez dans le cadre du suivi ○
  - de son insuffisance veineuse ☐
  - de son artériopathie ☐
  - de son insuffisance lymphatique ☐
- Qui présentait une pathologie neurologique ou rhumatologique des membres inférieurs ○

Quel traitement médical lui avez-vous proposé pour ses «jambes lourdes»?

	OUI	NON
Une contention veineuse	○	○
Un traitement veinotonique	○	○
Si oui lequel:		
Un antalgique de niveau I	○	○
Un antalgique de niveau II	○	○
Un anti-inflammatoire	○	○
La mise en place de mesures hygiénodiététiques	○	○
Si oui lesquelles:		
Un anticoagulant	○	○
Aucun traitement médical	○	○
Autre... (précisez)	○	

Tournez s'il vous plait

ANGIOLOGIE

Questionnaire praticien

Combien de temps a duré cette consultation?

- 30 mn ○ entre 30 & 45 mn ○ + 45 mn ○

Le patient a t'il été proposé/retenu pour une chirurgie des varices?

OUI ○ NON ○

Vous arrive t'il vous même d'avoir « les jambes lourdes»?

OUI ○ NON ○

Si oui quel traitement suivez vous?

Rien ○
Contention ○
Veinotonique ○
Autre (précisez) ○

Renseignements complémentaires

Vous êtes:	Homme ○	Femme ○
Age	ans	
Lieu d'exercice		
Date		/2007

Annexe 11- Les rapports d'entrevue

Interview du Pr. Claude Le Pen

Quelle est la situation actuelle telle que vous la percevez autour de la notion de médecine de confort ?

Cette terminologie de « médecine de confort » me dérange. Quelle distinction, par rapport à quelle médecine ? Quel visage pour cette médecine qui devrait être différente d'une autre…

Du point de vue des instances officielles cette notion de médecine de confort a existé mais n'existe plus depuis l'avènement de la notion de Service Médical Rendu (SMR). Ce qualificatif de « confort » s'était initialement développé via le niveau de remboursement des traitements*.

Cette terminologie de « médecine de confort » voudrait dire, en reprenant cet axe de la réflexion, qu'il s'agirait de toute pathologie bénigne pour laquelle on dispose de traitements : d'une efficacité relative / d'un mécanisme d'action mal connu / et non issus du paradigme de la biologie moléculaire. Il y a 3 aspects dans cette notion ; d'abord celui de la prise en charge d'une pathologie non grave, ensuite celui de l'utilisation d'une molécule issue d'un savoir de type traditionnel, et enfin celui d'une efficacité mal évaluée ou encore non prouvée.

Ces 3 critères non seulement d'efficacité mais aussi d'appréhension des voies de cette efficacité sont bien sûr utiles dans notre appréhension des prises en charge mais cela m'apparaît non suffisant.

A l'instar, cela signifierait pour reprendre l'exemple des jambes lourdes que si on possédait une thérapeutique dont on connaîtrait parfaitement le mode d'action à l'échelle cellulaire ou moléculaire, avec un score clinique qui serait reconnu par la communauté scientifique, alors le traitement ne serait plus considéré comme un médicament de confort…

C'est pour cela qu'à la notion de médicament de confort il est préférable de se référer à d'autres notions comme celles de Service Médical Rendu (SMR) telle que définie par le décret de 1999 et utilisée actuellement.

Toute la médecine est médecine de confort, cette notion de confort a pénétré la médecine « officielle ». La notion de qualité de vie est devenu à part entière un critère d'évaluation clinique, sans distinction « médecine de confort » ou non.
Le but est d'améliorer la qualité de vie avec comme porte d'entrée nouvelle le point de vue du patient. Ce qu'on veut c'est se mettre à la portée des patients. La voix du patient a amené cette notion de problématique du confort, non pas en opposition à la prise en charge médicale habituelle, mais bien en complément. Cela est à considérer comme un enrichissement de la notion d'efficacité.

* La notion de confort a progressivement disparue du vocabulaire officiel et n'est présente, dans les textes de l'assurance maladies parues depuis 1999, que comme un mot clé permettant d'accéder à des textes divers comme les règles régissant le remboursement des cures thermales ou encore ceux relevant des dispositifs de réduction des contraintes liées à la propulsion manuelle d'un fauteuil roulant. Cette notion est développée dans le corps de la thèse.

Ce qui est devenu différent c'est cette prise en charge en 2 axes, d'abord l'efficacité telle que considérée et reconnue par la communauté médicale et ensuite le confort du patient, en fait

pas réellement telle que vécue par le patient amis plutôt telle que vue par le praticien. Il existe aujourd'hui plutôt une logique d'intégration entre ces paramètres.

En cela la pathologie psychiatrique a apporté beaucoup, notamment via des pathologies comme la dépression. Cela représente un gros pôle de consommation médicamenteux. Pour la dépression, comme pour de nombreuses autres pathologies en fait, il ne s'agit pas de « normaliser un taux ». La pathologie est reconnue essentiellement par le biais de la notion de confort du patient. Cela légitime la consommation des traitements même s'il n'existe pas de problématique strictement organique au sens « scientifiquement démontrable » du terme. La pathologie et les patients sont reconnus. L'importance de la légitimité de la prise en charge sous tend aussi que la dépression n'est pas une « faiblesse » mais une véritable pathologie.

Dans le même registre la prise en charge de la douleur a beaucoup évolué. La douleur se singularise de cette notion de médecin « dure ». La douleur aujourd'hui doit être maîtrisée quand il n'y a pas si longtemps elle était considérée comme naturelle voire même bénéfique. Aujourd'hui elle est une entité à prendre en charge et plus une espèce de contre partie de vertu morale, ni même un élément à ne considérer que comme un épiphénomène de la pathologie sous jacente qui doit seule être traitée. On observe une véritable évolution des mentalités.

C'est pour cela qu'aujourd'hui il n'y a plus de distinction à opérer entre une médecine de confort et une autre médecine. On ne peut plus les opposer. La perte du confort est une pathologie, le but de la médecine est la restauration de ce confort. Cela passe par une revalorisation du symptôme. Cela passe par l'affirmation du traitement du symptôme et pas uniquement de la cause « profonde » du mal. L'idée d'une autonomie dans les prises en charge entre le symptôme et la cause profonde est à présent installé dans le cas de la prise en charge de troubles organiques. Pourquoi cela serait il différent dans les troubles plus psychologiques ?

La distinction entre les traitement a plutôt tendance à s'opérer aujourd'hui entre les notions de petit risque et de gros risque. Même il s'agit toujours de confort dans les 2 cas.

Dans la façon d'aborder les problème on retrouve la notion de gravité de la pathologie, couplée avec la notion d'efficacité du traitement. Quand la pathologie est très grave, même si on n'a pas de traitement efficace on accepte de proposer cette prise en charge ; la maladie est grave et on ne peut pas laisser le patient sans prise en charge…Par contre lorsqu'il s'agit d'une pathologie bénigne, dite de confort, on est plus exigeant, d'où l'importance de la démonstration d'une efficacité réelle et de l'absence d'effets secondaires

Quels sont les axes de la problématique « jambes lourdes » que vous identifiez ?

D'abord cette problématique existe, il existe un syndrome reconnu comme douloureux au delà d'une simple lourdeur. Parallèlement il existe des situations de varices cliniques visibles, avec lesquelles on ne reconnaît pas véritablement de lien.
Il n'existe pas qu'une problématique médicale, il existe une véritable étiologie sociale qui fait que ce trouble est reconnue comme populaire. Cela touche surtout les femmes. C'est une pathologie de l'hygiène de vie.

Ce trouble n'a pas de reconnaissance internationale. C'est aussi cela qui est interpellant.

Il n'existe pas véritablement de preuve autour des veinotoniques. Parfois certaines études concluent que cela améliore les symptômes, mais de toute façon toujours seulement le symptômes…

En plus ce qui pose véritablement problème, c'est le côté « spécialité française » dans un système qui a tendance à se globaliser. Pour qui est ce un problème en Europe ? Pas les Anglais, mais on peut arguer de leur côté très rationnel, peu les Espagnols….Cela est un peu un problème en Allemagne et surtout un gros problème en France. Ainsi ce qui génère aussi le questionnement autour de cette problématique c'est l'hétérogénéité des pratiques au sein même de l'Europe.

Il existe 2 aspects au problème de l'insuffisance veineuse; celui de la notion de SMR jugé insuffisant, ce qui ne signifie pas que le problème n'existe pas, ni que les médicaments proposés sont sans effet, mais qui signifie juste que le SMR est jugé insuffisant pour les instances qui financent le système, et parallèlement celui du fait que les autres pays d'Europe ne soient pas confrontés à la même problématique. Qu'est ce que cela signifie ; que les français la surestime ou que les anglais la mésestime ? N'y a t'il forcément qu'une réponse médicale à apporter, ou bien la réponse est elle d'un autre registre ? Cela renvoie au débat sur qui traite trop ou pas assez….Mais cependant, ces grosses disparités, cela reste forcément interpellant.
Nous sommes dans une logique de globalisation, y compris en médecine. Les pathologies ont initialement émergé dans un contexte national, autour desquels s'est forgés tout un arsenal thérapeutique.

En corollaire, par exemple en Allemagne, on trouve la notion de « Heart Insuffisance » ce qui ne signifie pas la notion d'insuffisance cardiaque comme nous pouvons l'envisager chez nous, mais bien une spécificité nationale qui regroupe différents états de fatigue… Cela n'existe pas vraiment ailleurs, en tout cas pas sous cette forme, il faut accepter que des spécificités nationales non spécifiques soit porteur de sens d'un point de vue social sans forcément qu'il est un véritable sens médical.

Ainsi le principal facteur d'agressivité des instances autour de la plainte veineuse vient de là, de ces disparité énormes d'incidence de la « maladie » avec les pays même limitrophes.

Quelles sont les pistes d'amélioration que vous envisagez par rapport à cette problématique ?

Ce que je propose c'est l'automédication.
Il faut sortir des dualités « confort » / « pas confort », ou « petit risque » / « gros risque » (le petit risque peut être amené à devenir gros).
La seule voie c'est de revenir à un choix entre expertise profane ou professionnelle. Lors de l'avènement de la liste des médicaments délivrables uniquement sur prescription médicale, ceux-ci représentaient des exceptions. Aujourd'hui c'est l'inverse, très peu de produits sont délivrables sans ordonnance et lorsque l'on voit que l'aspirine qui peut représenter un produit dangereux est facilement accessible, on peut se dire qu'en plus ce système n'est pas cohérent.

De manière empirique, il y a des pathologies très bien gérés par l'expertise profane, par contre il y a d'autre situations qui nécessite une expertise médicale.
Pour reprendre l'exemple des veinotoniques, il relèvent d'une prescription de type « profane ».
Le problème c'est qu'on a tendance à assimiler médicaments en vente libre et médicaments inefficaces, comme si le taux de remboursement d'un médicament était le gage de son efficacité, alors que cela n'a rien à voir.

La solution à cela serait le développement d'un marché de médications familiales vivace. Distinguer les intérêts de santé privé à ceux de santé publique. On pourrait ainsi revoir les critères de remboursement et surtout ne pas dévaloriser les traitements qui seraient en dehors de la prise en charge sociale.

Et face aux possibilités de prise en charge non médicamenteuses ?

La contention n'est pas une vraie alternative. Le médicament est un traitement extraordinaire, pas la contrainte d'un vêtement spécifique, lourd, chaud…Pour qu'il soit mis, il faut qu'un matériel orthopédique soit l'équivalent de quelque chose que tout le monde utilise (comme c'est par exemple le cas pour les semelles orthopédiques). Par temps chaud, personne ne met de bas, alors la contention ne peut pas être portée. En plus cela est très difficile pour les hommes, et cela même en post opératoire, on se rend compte que la contention n'est pas mise.
Ce n'est pas un vraie solution. Ce n'est absolument pas du confort. On ne peut pas à ce point faire abstraction du vécu du patient.

Les programmes d'éducation grand public ne sont pas envisageables dans ce cadre, en tout cas pas comme un programme d'éducation autour de la « jambe lourde ». cela peut s'imaginer accessoirement comme un des axes d'un programme d'éducation plus général. L'éducation est quelque chose de coûteux et de difficile. Il faut rendre les messages fiables et crus, ce qui est dans les faits très compliqué. La « jambe lourde » ne mérite pas une campagne, en sachant qu'il est impossible de faire des campagnes sur tout. Il est important de définir des priorités pour garder une efficacité et une crédibilité dans les campagnes d'action menées.

Quand à proposer des consultations spécifiquement autour de cette problématique, cela risque de galvauder la consultation. Je ne crois pas que ce problème soit résolu en une consultation. Si le patient vient c'est qu'il a un problème immédiat auquel il lui faut une réponse rapide. Il est impensable de le renvoyer uniquement avec des conseils. Je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire, je dis juste qu'on ne peut pas faire que cela. Il y a un côté méprisant des considérations pratiques des gens. On ne peut pas renvoyer la mère de famille qui travaille toute la semaine, part de chez elle à 7 heure du matin pour finir à 18 heures, et s'occupe de la maison et de ses enfants le week end, en lui disant simplement qu'il faut juste qu'elle réalise une activité physique régulière. C'est impensable, elle ne le fera pas, elle ne pourra matériellement pas le faire…Et son problème de sera pas réglé…
Je ne crois pas que l'éducation puisse pallier à une non prescription. Elle peut, elle doit, bien sûr accompagner la prescription, mais pas être un élément seul au cours d'une consultation…

Le vrai problème c'est qu'autour de ce débat sur les veinotoniques il y a des intérêts considérables. C'est un véritable enjeu symbolique entre le gouvernement, l'industrie pharmaceutique et les médecins. Se posent des problèmes de critères d'évaluation, de critères de prise en charge, de légitimité, avec en arrière fond de vraies problématiques de pouvoir.

Le véritable problème se situe dans l'articulation entre les acteurs médicaux et non médicaux de santé, autour de la place de l' « expert » et de l'évaluation. Cela cristalise une problématique politico-stratégique, pas une problématique veineuse.
Le problème des veinotoniques c'est le problème de l'expert, de la régionalisation et du poids de l'industrie pharmaceutique.
Il y a une dimension sociologique forte à prendre en considération, d'autant que c'est plutôt une population de classe moyenne.

Il n'y a pas de spécificité de la problématique « jambe lourde », il y a un lieu où s'affronte ces logiques avec des enjeux économico politiques importants en toile de fond.

Le problème ce n'est pas la prise en charge, c'est que le vrai problème n'est pas là, mais que ce problème continue d'exister...

Interview du Pr. Jean-François BERGMANN

Quelle est votre perception de la situation actuelle autour de la prise en charge de l'insuffisance veineuse ?

Il y a une réévaluation du Service Médical Rendu (SMR) en 2000-2001 avec une analyse tout d'abord faite par l'ASSFAPS, avec secondairement une actualisation par l'HAS (comme toujours lorsque l'on change d'équipe d'évaluation les nouveaux se précipitent pour dire que le travail avait été mal fait, et reprendre le dossier et aboutir en définitive le plus souvent aux mêmes conclusions !).

La visée générale était de ne pas proposer de SMR suffisant pour un certain nombre de produits :

- Soit « stupides », comme par exemple une association fluidifiant bronchique et antitussif, ce qui est antinomique.
- Soit dangereux, comme les produits à base d'arsenic…
- Soit ceux dont l'équilibre bénéfice/risque s'avère négatif, comme par exemple les antibiotiques locaux, qui n'ont pas d'efficacité démontrée mais sont par contre parfaitement capables de causer des allergies

En parallèle, il y a bien sûr un discours de déremboursement de ces substances

Ensuite on trouve un dernier lot de produits qui sont ceux qui sont à équilibre bénéfice/risque nul, dont les veinotoniques font partie, et alors nous sommes confrontés à 2 niveaux de raisonnement tout d'abord la notion d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et séparément la notion de remboursement. La décision qui a été prise a été de les laisser vivre du fait de l'absence de risque démontrée quant à l'utilisation de ces substances, mais parallèlement l'absence d'efficacité démontrée amène à des interrogations au maintien du remboursement.

Ce qu'il serait logique c'est qu'à partir du moment où il n'y a pas eu d'effort de la part des laboratoires pour démontrer l'efficacité des produits, les instances qui paient décident de garder leurs sous pour financer des choses sérieuses.

C'est un véritable problème les veinotoniques et qui parallèlement nous plombe car :

- On a l'impression qu'il s'agit d'un problème très fréquent (mais alors on pourrait se poser la question de savoir pourquoi surtout en France par rapport aux autres pays d'Europe….)
- Les laboratoires français qui sont en position de lobbying, avec des structures de petit et moyen calibre, qui argumentent qu'elles vont couler si on déremboursе ou encore comme des plus grosses structures comme Pierre Fabre qui possède une forte image et un certain pouvoir à l'échelon nationale.

La façon dont concrètement les choses se passent lorsqu'on discute du remboursement d'un produit : tout d'abord il y a un une première analyse de la littérature avec une première évaluation, à cela le laboratoire répond en fournissant un dossier rassemblant toutes les pièces susceptibles et éléments bibliographiques susceptibles de faire pencher la

balance dans le sens d'une efficacité démontrée, si à la suite de l'analyse de ce dossier il n'y a toujours pas d'accord trouvé lors il y a une audition. Je me souviens d'une audition où l'argument le plus fort qui avait été présenté était une photo de l'usine avec l'ensemble des travailleurs devant… Si cela est susceptible en effet de toucher, ce genre de considération n'a rien à voir avec la problématique de base qui reste la pertinence de la prise en charge par la société de traitements qui n'ont aucune efficacité démontrée !

Et puis il y a des arguments qui traînent comme les fait que s'il y a déremboursement il y aura plus d'arrêt de travail, il y aura un transfert de prescription vers les anti-inflammatoires voire les corticoïdes, il y aura plus de chirurgie des varices….
Ce ne sont pas des arguments légitimes à mon sens car on voit les résultats avec les autres produits qui ont été déremboursés et qu'il n'y a aucune raison que ceux-là dérogent à la règle.

En plus ce genre de raisonnement est une insulte au raisonnement médical. Si face à une insuffisance veineuse on donne un veinotonique et que celui-ci est déremboursé : Soit on croit vraiment à son efficacité et l'on continue à le prescrire, soit on considère que finalement le patient n'en a pas si besoin que ça et on l'arrête…Pourquoi on se mettrait alors à prescrire des anti-inflammatoires alors qu'on ne l'aurait jamais fait avant ? Cela signifierait que les praticiens prescriraient des médicaments de manière stupide, en fonction de leur niveau de prise en charge ….

Derrière cela je me dis que si les labos depuis 20 ans n'ont rien, pas une seule étude correctement menée pour démontrer l'efficacité de leur produit, et bien après tout tant pis pour eux. S'il s'agissait vraiment d'un produit génial alors la preuve de l'efficacité aurait été facile à démontrer. Et si la preuve n'a pas été apportée parce que les laboratoires ont été trop paresseux pour monter une étude digne de ce nom et bien je dis mort aux paresseux !

Le critère de confort est opposable dans une étude clinique, dans ce sens plus l'outil proposé est simple et plus l'étude est pertinente. La preuve c'est l'antalgie, on arrive bien à faire de la recherche autour de l'antalgie…

Si, depuis 20 ans, on n'a pas réussi à monter une étude correcte sur les veinotoniques c'est bien que leur efficacité est non différente de celle du placebo. Les traitements placebo sont des traitements que je considère comme tout à fait valables. Je pense qu'on a parfois tout intérêt à prescrire un placebo…
La question est alors, souhaitons nous rembourser un placebo. Je ne peux pas répondre à cette question, je ne suis pas ministre de la santé…
Le ministre a fait une espèce de demi cote mal taillée en inventant un remboursement à 15% avant de décréter le 0% spécifiquement pour cette classe thérapeutique. Cela ne me paraît pas cohérent.

Dans la même lignée, on a aussi l'homéopathie. M. Bertrand s'est exprimé en déclarant que tant qu'il serait ministre de la santé on ne déremboursérait pas l'homéopathie. L'homéopathie a un effet placebo transcendée par le fait que le traitement est adapté à chaque individu. Les veinotoniqes n'ont pas la même aura car il n'y a pas cette adaptation individuelle

Si le gouvernement pense que le chômage liés à la fermeture des laboratoires qui seront mis en péril du fait du déremboursement est un problème plus important que l'argent actuellement dépensé par l'assurance maladie autour de ces traitements, cela regarde les politiques, et en effet il est légitime de ne pas déremboursér… Mais là on s'attaque à des problèmes de visée politique qui ne sont plus en rapports seulement en rapport avec des choix en termes de politique de santé.

Quels sont les problèmes que vous identifiez ainsi comme étant déterminants dans l'approche de notre sujet ?

Le problème principal c'est avant tout un problème d'industrie et un problème de couverture sociale.

Tout d'abord il y a cette confusion qui fait que quand un produit est remboursé on a l'impression qu'il marche, alors eu déremboursement signifierait absence d'action.

En parallèle il y a le problème lié à un certain lobbying de la part des pharmaciens quand ils ont des objectifs essentiellement marchands. Leurs études sont souvent loin de la réalité de pratique future, avec par exemple seulement 30 Heures de cours sur le conseil officinal, qui représentera l'essentiel de leur activité, quand par contre ils sont capables de réciter par cœur l'organisation précise de la molécule de ciclosporine ! Parallèlement ils vivent dans une espèce de peur de la perte d'un monopole autour du médicament….

La contention veineuse c'est bien sûr génial mais c'est quand même impossible à mettre par temps de chaleur. C'est comme dire à un patient qui a une hypercholestérolémie qu'il lui suffit de perdre 10 kg ! En France, on est obsédé par le médicament : « pourquoi on ferait des efforts quand on a un traitement qui marche… !! ».

C'est pareil pour l'insuffisance veineuse : « puisqu'on a un traitement médicamenteux, pourquoi est ce qu'on s'embêterait à mettre de la contention ? » Même si ce traitement est perçu comme plus efficace il garde un rapport bénéfice/contrainte nettement négatif !

Quelles sont les solutions que vous pourriez proposer dans l'approche de notre sujet ?

La première chose se serait bien sûr l'éducation :

- D'abord éduquer pour faire passer le message que ce n'est pas parce que c'est déremboursé qu'il ne faut pas s'en servir (par exemple les timbres nicotiniques ne sont pas remboursés et pourtant c'est très bien). Il est important d'insister sur le fait que remboursement est différent d'efficacité.
- Ensuite expliquer au patient que s'il a l'impression que le traitement lui fait du bien alors il faut qu'il se le paie (exactement comme les traitements actuellement disponibles pour maigrir…) Dès lors qu'on ne sait pas si cela marche ou pas, la société décide de se désengager financièrement pour investir dans d'autres secteurs qui lui apparaissent plus importants.

Parallèlement même si les patients qui sont satisfaits de ces traitements ne pouvaient plus se les payer, de toute façon personne n'en mourrait, il n'y aurait pas pour autant plus de thrombose veineuse profonde ni d'ulcère … !
Qu'est ce que cela signifierait pour les traitements antalgiques qui sont dans la même lignée… ?

On parle beaucoup de dérembourser les produits délistés, Paracétamol inclus. L'idée serait non seulement de les dérembourser mais aussi de pouvoir les proposer en libre-service, plus seulement chez le pharmacien mais aussi en supermarché !

Mais derrière tout cela on parle de choses qui dépassent le simple cadre du soin ou du médicament ; on parle de Léon Blum et de Charles De Gaulle, on remet en cause le « je cotise

donc j'y ai droit ! », les lois de 1947…. Ce système a été mis en place dans une conjoncture sociodémographique tout autre que celle d'aujourd'hui alors qu'est-ce qu'on fait ; on arrête ? on continue ?

Il faudrait qu'on pose un acte, que l'on choisisse pour de bon l'une ou l'autre mesure et pas que l'on reste dans ces demi-mesures…On a l'impression que les politiques ne veulent pas y toucher par peur de na pas être réélus au tour d'après !!

Quelles autres solutions pouvez-vous envisager ?

Tout passe par l'éducation, c'est ce que vous dira tout le monde. Quelque part je crois que c'est vrai mais c'est un peu creux de dire ça. L'éducation à la Française est engoncée dans des programmes à la con, qui sont tout sauf propices à la réflexion éducative !

L'école serait le lieu idéal pour casser le dogme : « je cotise, donc j'y ai droit et c'est gratuit ! »

Le déremboursement des produits jugés inefficaces me paraît être une bonne mesure. Ce serait une bonne occasion pour inciter les gens à se payer leurs médicaments de confort, comme ils se paient leurs cigarettes…. Mais cela à condition que les prix pratiqués soient corrects.

Le problème aujourd'hui c'est que les pharmaciens en profitent pour multiplier les prix par 2 ! Un exemple : Immodium® produit remboursé : 9 Euros, la même molécule accessible sans ordonnance : 4 fois moins de produit dans la boîte et en plus c'est 2 fois plus cher… Moralité les patients préfèrent aller chez leur médecin, remboursés pour avoir une ordonnance d'un produit lui aussi remboursé ! ...Alors qu'aller chez le médecin pour cela…

Ce qu'il faudrait c'est une labellisation de l'automédication, il faudrait que les patients puissent se repérer et qu'on les aide autour de l'automédication. Par exemple il faudrait permettre aux patients de pouvoir faire la différence et que celle-ci soit lisible entre un laxatif qui préserve la flore intestinale et un laxatif irritant, cela permettrait aux patients de se repérer entre de bons et de mauvais produits, même si ils étaient tous en vente libre.

Ainsi s'il existait un label « recommandé pour l'automédication », je dis cela comme ça, j'invente, alors cela permettrait au patient de se repérer. On pourrait imaginer associer les pharmaciens à l'élaboration de ce label. Moi je serai plutôt pour une vraie vente libre, type pouvoir trouver aussi ces produits au supermarché, mais je ne suis pas sûr qu'on soit encore prêt pour ça. Gare Waterloo on peut trouver pour 16 pents 16 comprimés de paracétamol, dans un simple magasin de presse. Ici le même produit est vendu 8 fois plus cher. Si n'importe quel veinotonique était en vente au quart de son prix actuel en grande surface, les femmes iraient l'acheter directement sans demander de prescription !!

S'il existe des produits meilleurs que d'autre, il faut les valoriser en apposant une garantie de cette qualité ou du travail de recherche qui aura été fourni… Le problème restera que cela valorisera les produits labellisés par rapport aux non labellisés. En plus lorsque le produit est incapable d'apporter la preuve de son efficacité, comme c'est le cas pour les veinotoniques on ne saura pas qui valoriser !

L'automédication, cela signifie aussi le droit à la publicité. Mais je ne vois là aucun danger puisque ces produits n'ont en soi rien de dangereux et c'est pour cela d'ailleurs qu'ils sont à promouvoir en automédication. Cette publicité c'est le cadeau qui est fait aux industriels pour leur permettre de mieux vendre, en tout cas faire connaître, leurs produits. Mais c'est en fait problématique car la publicité, c'est très cher, et très cher face à des médicaments qui doivent être peu chers pour pouvoir se vendre. Les médicaments chers deviennent alors peu attractifs, mais comme les médicaments obtenus en automédication sont une très faible part du marché en France, ceux-ci restent forcément chers…Et c'est un cercle sans fin !

Si on labellise, il faut faire en parallèle des fiches éducatives par symptôme, par exemple pour les jambes lourdes il faudrait éditer une plaquette qui reprendrait les grandes lignes des symptômes, les signes d'alerte à ne pas négliger, les règles hygiéno-diététiques, les possibilités de traitements et dans quelles situations et enfin la liste des médicaments possibles en reprenant les traitements « labellisés » et les « non labellisés ». Ces fiches pourraient, par exemple, être disponibles sur Internet avec une information environnementale adaptée.

Comme ça il y a des caisses de solutions envisageables et simples pour lesquelles tous les partenaires affichent de la bonne volonté, mais en fait tout bloque :

- Les pharmaciens bloquent par peur de perdre leur monopole sur le médicament
- Les industriels bloquent parce qu'ils ont peur de voir leurs ventes chuter
- Les médecins bloquent en se disant que c'est de la clientèle qui se barre
- Les patients bloquent parce qu'ils sont attachés aux remboursements et qu'en plus « ils y ont droit » !!
- Les politiques bloquent parce qu'ils ont peur de ne plus être réélus si ils promulguent ce genre de décision.

Et puis je vais finir sur une méchanceté : Les laboratoires pharmaceutiques ont mis plus d'énergie à faire du lobbying qu'à faire de la recherche clinique et ça c'est le signe d'un manque de confiance dans leur produit. Imaginons une étude simple, une simple échelle visuelle analogique de la douleur, substance active contre placebo, 1 mois de traitement… Surtout pas d'échelle de qualité de vie, elles sont beaucoup moins souples que les échelles de symptômes. Pour qu'un traitement ait un retentissement en terme de qualité de vie, il faut plus d'effet qu'une simple amélioration des symptômes, il faut un très bon médicament !

Les études sur les veinotoniques qui ont été faites dans ce sens tout simple d'une amélioration des symptômes sont toutes revenues négatives. J'ai au moins en tête 2 exemples d'études qui ne mènent à rien, j'entends des études bien menées. Aucun résultat probant…

Et puis en toile de fond il y a cet amalgame entre toutes les pathologies circulatoires, c'est ce que montre une étude qui est parue, il y a quelques années dans le « journal of internal medicine » et qui montre que, pour un certain nombre de généralistes, les facteurs de risque de thrombose veineuse sont aussi l'HTA, le diabète ou le cholestérol…Cela donne une image gravissime de l'insuffisance veineuse qui participe à la panique collective. En plus il y a le même amalgame entre les problèmes veineux profonds et les problèmes veineux superficiels…D'où l'importance des campagnes d'éducation.

Il y a une spécificité française autour de la prescription des veinotoniques, une spécificité liée à l'histoire de ces produits, mais il y a aussi un cadre qui déborde de cette seule problématique, c'est aussi le problème plus général de l'accès direct au soin et aux médicaments, du monopole des pharmaciens quant à la délivrance des médicaments…. Le problème des veinotoniques c'est juste un point de la discussion.

Interview du Pr. François Meyer

Du fait de votre mission au sein de l'HAS, quelle est la situation actuelle telle que vous la percevez autour de la notion de médecine de confort et plus spécifiquement de la symptomatologie veineuse?

Ma mission au sein de l'HAS m'amène à envisager surtout les traitements de l'insuffisance veineuse. Dans notre approche nous considérons plusieurs notions en parallèle :

- quel est le bénéfice individuel direct de tel ou tel type de traitement pour les patients
- quel est l'intérêt pour la société de le prendre en charge au regard de la gravité de la pathologie
- quelle sont les possibilités de prise en charge factuelles au sein du panier de bien remboursables par la collectivité

Dans ce cadre là, pour nous ce qui est évalué ce sont les veinotoniques et la contention veineuse.

Concernant les veinotoniques, comme je viens de l'évoquer, les 2 critères principaux en présence sont d'une part la gravité de la pathologie et d'autre part l'importance de l'effet thérapeutique. Ils ne sont ici élevés ni l'un ni l'autre. Ces 2 critères étant faibles cela entraîne une visée de déremboursement par la solidarité nationale.

Concernant la contention veineuse le travail est actuellement en cours. Il existe actuellement une prise en charge, qui reste partielle pour les nouveaux modèles plus sophistiqués aux matières plus esthétiques.

La contention veineuse est un traitement arrivé plus tardivement en France par rapport à d'autre pays, notamment autour des ulcères d'origine veineuse. Les traitements restaient à base de pansements, aussi probablement du fait que les dermatologues étaient les praticiens principalement sollicités. Les études ont montré l'importance de la contention veineuse. Il existe ainsi autour de certaines prises en charge des facteurs culturels forts qui influent sur les pratiques non seulement auprès de patients mais aussi auprès des praticiens.

En France, il y a une tradition forte autour de la prescription médicamenteuse. Cela d'ailleurs n'est pas vrai que pour l'insuffisance veineuse, on retrouve une situation similaire en ce qui concerne par exemple la diarrhée. La réponse attendue étant le médicament il existe en parallèle une problématique forte autour de la notion de remboursement, alors que le vrai débat devrait se situer ailleurs.

Les veinotoniques sont des produits « français », d'où aussi un attachement culturel fort à ces produits aussi bien de la part des praticiens que des patients. On ne prend pas en compte ces aspects culturels lorsque l'on veut mettre en place certaines mesures et c'est peut être dommage.

Ainsi sur des critères d'efficacité et de priorités nécessaires en matière de santé, l'HAS a demandé le déremboursement, argumentant notamment d'un parallèle avec les autres pays européens qui en consomment d'une manière générale beaucoup moins.

Dans d'autres pays il n'y a pas que les pharmaciens qui sont habilités à délivrer des médicaments. En France ce n'est pas le cas et il existe un attachement fort des pharmaciens à cette situation, d'où une situation complexe qui dépasse le seul problème du remboursement.

Nous fonctionnons de principe dans un système d'évaluation et d'autorisation de mise sur le marché qui s'appuie sur des éléments au maximum objectifs de plus en plus stricts au fil des ans ; la notion d'efficacité clinque s'élabore dans des conditions d'évaluation très définies, en population homogène. Cette Evidence Based Médicine est nécessaire lorsque l'on est dans une situation de définition de priorités en matière de définition de notre champ d'action, comme c'est le cas actuellement, du fait notamment de nos limites en matière de ressources.

La plupart des médicaments veinotoniques ont été mis sur le marché à un moment où les exigences n'étaient pas aussi importantes. Alors qu'aujourd'hui ce ne serait plus acceptable on a vu des produits se développer sur des études sont les critères ne seraient pas jugés comme valides, comme par exemple des effectifs minuscules… Aucune autre étude n'a été réalisée depuis avec des résultats probants permettant de conclure à une efficacité concrète de ces produits.

Ainsi il n'est pas à ce jour possible de conclure à savoir si ces produits possèdent ou non un effet. On ne le sait pas, et aucune étude n'a été à ce jour réalisé dans les conditions AMM (autorisation de mise sur le marché). Parallèlement pour les études réalisées comment peut-on extrapoler leurs résultats en population générale où il existe de toute façon une déperdition

d'effet ? Si on met bout à bout ces 2 considérations on a réellement des difficultés à être convaincu qu'il existe un effet notable des ces traitements au delà d'un effet placebo…On ne peut cependant pas non plus affirmer le contraire, mais comme parallèlement la pathologie ne possède aucun caractère de gravité et que de surcroît il existe d'autres alternatives thérapeutiques alors, de ce fait, il a été choisi de ne pas le maintenir dans le panier des biens et services remboursables par la collectivité.

Voilà notre raisonnement. J'ajoute que cette réflexion est bien sûr consensuelle intégrant non seulement des personnes de la Haute Autorité de Santé mais aussi des experts angiologues et médecins généralistes.

En ce qui concerne la contention, il y a un travail actuellement en cours.

Comment envisagez vous la prise en charge de la symptomatologie veineuse dans l'avenir ?

Je ne sais bien sûr pas ce que sera l'avenir.

Ce qui est sûr c'est que tout médecin a déjà été confronté à cette plainte, et je ne sais pas vraiment ce qui peut aider de manière efficace.

Il existe un univers d'offres de prise en charge très larges dans la sphère des médecines dites alternatives. Par exemple les extraits de plante. D'ailleurs à ce titre, quel soit être l'avenir de la phytothérapie, doit elle rester accessible uniquement chez le pharmacien ou peut elle s'ouvrir au monde non médical ? Cela ramène à la question des pathologies d'ordre strictement médical et aux pathologies disons plus environnementales davantage en relation avec le mode de vie. Leur prise en charge relève t'elle de la médecine ou bien d'autre chose ?…

En cela je ferai un parallèle avec les problème de surpoids ; Beaucoup de patients ont un surpoids non médical mais qui a cependant des conséquences sur leur santé. Ils ne sont pas en « bonne santé » au sens de la définition de la santé telle que définie par l'OMS, mais le mode de prise en charge à leur proposer est à optimiser. Cela dépasse le cadre du médical (heureusement) mais l'alternative actuellement disponible est une offre de type commerciale qui n'est pas pleinement satisfaisante. C'est difficile pour un médecin de ne pas pouvoir proposer le « truc » qui va faire maigrir, les recettes sont floues… C'est un peu la même chose en ce qui concerne le sevrage tabagique. Il existe c'est vrai parfois des possibilités médicamenteuses mais elles ne sont jamais au premier plan. Sans motivation et avec seulement des prescriptions de Zyban ®, dans le sevrage tabagique, c'est l'échec garanti ! C'est pareil en ce qui concerne les jambes lourdes.

Toutes ces questions de santé ont en fait des aspects multiples avec une implication forte du mode de vie.

Concrètement ?

Je crois qu'il est illusoire de chercher à tout réguler, notamment en matière de médecine alternative. L'effet placebo est un effet thérapeutique qui peut être tout à fait louable.

Le problème de fond en sous jacent c'est celui de la solidarité nationale.

Le fait de pouvoir associer d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens ou les kinésithérapeutes, autour de ce type de problème pourquoi pas. Dans le cas des jambes lourdes, le flou qui existe autour de ce syndrome est intéressant. On vient de définir depuis peu le syndrome des jambes sans repos, ceci montre qu'il existe encore des pans entiers de médecine à mieux cerner. Il y a nécessité à apprendre à mieux circonscrire ce type de plainte et à définir quels sont les moyens de réponse les plus adaptés.

Les angiologues peuvent faire cela, mais en même temps ils abordent le problème par le biais de l'insuffisance veineuse. C'est pour cela qu'il est important d'apprendre à travailler ensemble. Je ne suis pas sûre qu'on arrivera un jour à déterminer « la vérité » derrière le

syndrome de la jambe lourde. Il existe de ce fait une espèce de cadre négocié, correspondant à une entité plus ou moins floue.

La plainte n'est peut-être pas correctement analysée et comprise par les méthodes de raisonnement appartenant à la médecine traditionnelle, un peu comme la « fatigue » : quand le bilan somatique conventionnel est négatif on a aucune véritable solution à proposer. Les symptômes sont probablement mal analysés et lorsque le bilan car ne relevant pas d'un problème de santé académiquement répertorié. Il est cependant nécessaire de l'entendre et de le prendre en charge.

Il y aurait sûrement aussi beaucoup à faire en travaillant avec d'autres pays. L'aspect culturel de tel ou tel problème de santé mériterait d'être mieux étudié. En France par exemple il y a avait la classique « crise de foie » qui n'existait qu'en France. Il existe d'autres exemples dans d'autres pays d'Europe.

Notre vision de la pathologie veineuse est aussi influencée par le fait que les veinotoniques sont très implantés en France.

C'est un peu pour toutes ces raisons qu'une des premières étape pourrait être de mener une réflexion de fond sur médecine et société, tout particulièrement autour de ces pathologies floues et peu étudiées.

Alors quel type de prise en charge vous paraîtrait pertinente ?

Aucune évaluation indépendante et bien menée n'est faite en France autour de ce symptôme de jambe lourde. On ne demande aucune évaluation à l'homéopathie, il lui suffit d'être conforme à la tradition. Il n'existe aucune évaluation de l'acupuncture ou de l'ostéopathie. On n'a pas encore à ce jour mis sur pied une méthode susceptible d'évaluer ces méthodes de prise en charge. Pour ces médecines alternatives on ne possède pas de mode d'évaluation. Le choix est donc de ne pas les prendre en charge car le critère retenu est corrélé au niveau de preuve.

La règle aujourd'hui est de prendre en charge ce qui a été évalué et relève des priorité de santé à la fois considérées comme pertinentes et parallèlement correspondant aux restrictions budgétaires nécessaire dans un univers financier limité. C'est pour cela qu'aujourd'hui la première nécessité c'est l'évaluation.

Malheureusement on observe un amalgame fréquent entre ces différentes notions et la notion d'efficacité.

Par exemple on ne prend pas en charge les crèmes solaires, non pas qu'elles n'aient pas fait la preuve de leur efficacité en matière de prévention des cancers cutanés, mais parce que dans un système solidaire, il faut nécessairement faire des choix.

Ce système d'évaluation est actuellement ainsi surtout réservé pour le médicament mais pourrait aussi s'élargir à d'autres type de prise en charge. Certains actes existent en phlébologie même s'il ne s'adressent pas spécifiquement aux jambes lourdes. Le problème de fond reste malgré tout la gravité de la pathologie. Il est nécessaire de se recentrer sur des problèmes de santé plus graves, puisque nous devons définir aujourd'hui des priorités. L'équité est une valeur forte en France amenant par exemple à prendre en charge des techniques lourdes comme la dialyse y compris chez des patients très âgés ou encore des pathologies rares dont les traitements sont très onéreux. Ceci doit rester un choix de société. Le système de santé qui est le nôtre ne peut être viable à long terme que si l'on fait le choix de limiter la prise en charge collective aux pathologies les plus graves.

Face aux jambes lourdes, il n'y a rien dans cette pathologie que ce soit en terme de gravit ou en terme d'efficacité de traitement qui en fait un choix légitime en terme de dépense de santé.

L'éducation vous apparaîtrait-elle comme une alternative pertinente face à ce genre de problème de santé ?

Ce n'est pas réellement en dehors de ses missions mais ce n'est pas à proprement parler au cœur des problèmes relevant de l'HAS. L'éducation sanitaire fait partie de ses

préoccupations mais elle appartient en fait plus à l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) qui n'est pas sous la tutelle de l'HAS. Les priorités de cette institution sont cependant plus centrées autour de pathologies plus sévères. Il y aurait cependant des choses à faire. Par exemple beaucoup de patients ne savent pas que le tabac n'est pas bon pour le retour veineux, cela pourrait être un argument supplémentaire et directement palpable au moment des campagnes anti-tabac.

Le recentrage de la médecine sur l'éducation et pas uniquement sur l'acte de prescription serait nécessaire. On commence à voir cela notamment autour de l'arrêt du tabac. De plus en plus les praticiens en parlent avec leurs patients.

C'est dans cette perspective qu'il faudrait repenser l'acte médical et la formation des médecins. En cela les médecins généralistes occupent une place centrale et c'est par eux que l'on pourra déplacer l'acte de prescription vers l'acte d'éducation.

Ce manque en matière éducatif est particulièrement criant lorsque l'on s'adresse à des pathologies comme le diabète. Il serait important que cela puisse être pluridisciplinaire en partenariat avec les paramédicaux et les pharmaciens. Avec les modifications structurelles que nous connaissons en matière de démographie médicale, les médecins seront de plus en plus amenés à déléguer des actes qui ne sont pas forcément que de compétence médicale. Au delà de ces réflexions c'est aussi la question de la prise en charge de cet acte d'éducation qui reste posée.

Interview de M. le Dr Xavier COPIN

Interview de M. le Dr Xavier COPIN
Médecin concepteur rédacteur
16/06/2006

Monsieur Copin, pouvez vous me rappeler quel est votre parcours ?

Je suis médecin spécialisé dans la prise en charge des patients atteints du VIH, ancien attaché des Hôpitaux. Dans ce contexte j'ai eu l'occasion de participer à de nombreux échanges avec les pays d'Afrique.
Au moment de l'avènement de la trithérapie, j'ai été contacté par une agence de communication médicale qui me proposait de participer à un audit en Afrique, pour le compte de DANONE autour des laits maternisés. Cette expérience a été pour moi très enrichissante et puis cela correspondait à cette grande période d'espoir autour du VIH, où on avait une espèce de certitude que cette maladie allait enfin être vaincue. J'avais l'impression que mes patients n'auraient plus longtemps besoin de moi et j'ai alors passé un MBA à l'ESSEC, en vue de me consacrer un peu plus à la Communication.
C'est au cours de cette carrière que j'ai eu l'occasion de travailler avec Sigvaris et que j'ai mis au point leur campagne d'information sur la contention veineuse.
Parallèlement à ce travail, je garde toujours une activité de consultation. Chez les patients HIV, il y a toute une problématique veineuse qui se développe du fait des traitements mais aussi de la maladie et je suis de ce fait un gros prescripteur de contention.

Quels sont les problèmes que vous identifiez autour de la prise en charge de la symptomatologie veineuse ?

La problématique est complexe.
Elle possède une dimension aussi bien médicale, que politique et économique, avec un coût important de cette pathologie. La part de marché des traitements veinotoniques est très élevée en France, beaucoup plus que dans les autres pays d'Europe et ce qui se trame en arrière plan c'est probablement la sauvegarde de l'industrie pharmaceutique française
L'industrie pharmaceutique française est très investie autour de ce problème. … Alors que parallèlement les médecins français sont convaincus par les veinotoniques, sur fond de pression forte de la visite médicale….

La notion de douleur est éminemment subjective, ce que l'on peut quantifier c'est essentiellement l'œdème, sur lequel les veinotoniques ont peu d'action.
La souffrance des gens doit pourtant être entendue. Ma femme est chirurgien, aussi je suis

sensibilisé à cette problématique à la fois de souffrance physique et de plainte esthétique.

La contention est une vraie solution à ce problème. Aucun veinotonique n'apporte le confort de la contention. Malgré cela, il n'y a environs que 2 millions de paires de bas de contention qui sont vendues par an en France, soit disant un marché pauvre à cause de la chaleur. Parallèlement en Italie, 14 millions de paires de bas sont utilisés…Je ne pense pas qu'il y fasse moins chaud…
La chaleur n'est pas en soit un argument opposable à la contention d'abord, comme je viens de le dire, parce que les Italiens portent beaucoup plus de contention que nous, alors que les températures sont encore plus chaudes, et ensuite parce que les grosses chaleurs chez nous concernent au maximum 6 semaines de l'années, qui correspondent plus ou moins à des périodes de vacances où la plainte veineuse est moindre du fait de la différence d'activité. En plus les hommes portent de toute façon des chaussettes et ce tout au long de l'année.

Il y a un vrai travail éducatif à faire en France, mais c'est quelque chose autour duquel il y a encore trop peu d'investissement. On favorise l'acte « facile » de la prescription plutôt que le dialogue. C'est flagrant autour des traitements psychotropes dont la France est un des plus gros consommateur ; on préfère privilégier une logique de prescription plutôt que de revaloriser l'acte de consultation.

En fait, il s'agit d'un double problème :
- A la fois une problématique de temps et de disponibilité des médecins avec des logique d'axes prioritaires en matière d'éducation (diabète, obésité…)
- Parallèlement une problématique de génération et de société. On est actuellement dans l'ère de l'immédiateté et de la « pilule miracle ». Cette « pilule miracle » est attendue pour tout et on ne supporte plus la moindre contrainte. Accepter la contrainte c'est aussi accepter la défaillance physique. On attend du médecin qu'il soit capable de tout résoudre.

Parallèlement la population vit dans le mythe de la médecine gratuite, ce qui a comme corollaire de ne pas responsabiliser individuellement les patients autour de leur état de santé. Je n'arrive pas à m'apitoyer sur le décès d'un patient des suites d'un cancer du foie lorsque celui-ci était un alcoolique notoire…Le corollaire de la boisson c'est l'augmentation du risque de cancer du foie, si on veut agir c'est en amont qu'il faut le faire. Ceci est d'autant plus vrai autour des problèmes moins graves comme les troubles veineux ; on connaît l'importance du mode de vie sur les symptômes, alors on se doit d'investir les patients autour de cette prise en charge

plutôt que de les laisser dans l'espoir d'une solution radicale et qui ne leur demanderait aucun effort.
Il existe probablement en parallèle un problème de seuil de tolérance à la douleur qui est probablement plus bas chez la femme active urbaine. Elle ne supporte pas que sa vie privée soit altérée par le travail. Un peu comme une intrusion du milieux professionnel dans la maison…

Il faut dire en plus que le système n'est pas très logique ; Jusqu'ici les veinotoniques sont remboursés, même si le taux de remboursement diminue, mais ils ne sont de toute façon pas très chers (en tout cas ils reviennent moins chers pour le patient que la contention). La contention est encore insuffisamment connue et elle est chère, de toute façon beaucoup plus cher que les traitements veinotoniques. Ainsi le traitement le plus efficace est à la fois le plus contraignant mais aussi le moins bien pris en charge par la collectivité : Les patients ont donc tendance à se tourner préférentiellement vers un traitement plus facile et plus accessible financièrement.

Quelles solutions vous apparaîtraient comme possible face à ces problématiques

Le déremboursement des veinotoniques m'apparaît comme une bonne chose car la prise en charge par la société de cette problèmatique ne me paraît pas possible aux vues de la conjoncture socio-économique actuelle.

Il faudrait plutôt investir sur les axes de communication et d'éducation, d'autant que cela devient de plus en plus facile avec le développement de l'informatique et d'internet. La population qui souffre de cette pathologie est une population de classe moyenne qui utilise bien cet outil, et se prêterait probablement facilement à ce mode de support éducatif.

On pourrait commencer par mettre en place de vraies structures d'éducation à la santé dans les écoles, cela pourrait par exemple commencer au collège, et être fait par les professeurs de Sciences naturelles : au lieu de leur apprendre à disséquer des grenouilles, on leur apprendrait à prendre soin d'eux ! On observe aujourd'hui 15% d'obésité chez les enfants, on pourrait leur apporter des bases de connaissance en nutrition. On commence bien à leur parler de contraception. En parallèle de l'éducation civique, on pourrait leur apporter des bases autour des questions de santé, avec un regard le plus objectif possible et, c'est aussi aujourd'hui là, toute la difficulté.
Ces enseignements seraient poursuivis par l'existence de supports éducatifs pour les adultes. Actuellement c'est ou la presse féminine ou l'industrie pharmaceutique qui se charge de cela. Pour Internet ce sont des sociétés comme Doctissimo qui s'en occupe, mais sans contrôle et sans réelle légitimité. Le but de ces sites est avant tout financier, d'où un obligatoire manque d'objectivité.
Ce qu'il faudrait c'est un site éducatif homologué par le ministère de la santé. J'ai découvert un site admirablement bien fait autour des impôts, c'est donc possible, alors pourquoi pas un site éducatif en matière de santé ?

Au lieu de cela l'assurance maladie continue à faire des campagnes de marketing direct et de l'imprimé, avec des posters hideux, des plaquettes mal faites et envoyées à plus de 60 000 médecins généralistes…Les budgets sont présents, mais ils sont mal utilisés.

Cette éducation, les médecins n'ont aujourd'hui ni le temps ni l'argent pour la faire. Il est illusoire de leur demander de prendre encore cela en charge, au milieu de tout le reste…Il faut inventer d'autres relais.

Les médecins du travail sont largement « sous-utilisés » pour de telle action, alors qu'ils sont très compétents et exercent un métier difficile. Il faudrait leur laisser plus d'initiative possible autour de cette éducation qui possède une dimension toute particulière dans le milieu du travail. J'ai eu quelque fois l'occasion de travailler avec eux et cela a toujours été très riche…

En parallèle, il faudrait des campagnes véritablement impactantes. Avec Sigvaris on avait distribué des paires de chaussettes de contention en classe affaire, les gens été d'abord surpris et ensuite ils étaient convaincus !. J'avais même à l'époque imaginé qu'on aurait pu lancer une collection couture avec des créateurs comme Jean-Paul Gaultier, pour donner à la contention un vrai côté accessoire de mode, la rendre véritablement séduisante…Le projet n'a pas pris à l'époque…

Le problème c'est qu'actuellement on arrive trop tard, quand l'insuffisance veineuse est déjà installée, alors qu'on pourrait imaginer essayer d'agir un peu plus en amont. On pourrait imaginer des boutiques « santé », comme on voit se développer de plus en plus le concept de « boutiques minceurs » où on peut acheter des produits hyperprotéïnés.
Dans ces boutiques santé, on pourrait acheter des produits contre les jambes lourdes. Cela vaudrait le coût de faire une vraie étude de marché. On pourrait y diffuser des fascicules d'éducation, pour notamment « démocratiser » l'image de la contention. Actuellement au sein de la population masculine, ceux qui utilisent ce genre de produit sont pour l'essentiel des hommes d'affaire et déjà ce produit possède une forte image de « produit de femme ». Alors vous comprenez bien qu'il est impensable de vendre des chaussettes de contention à des hommes issus de la classe moyenne. Même autour de la chirurgie on observe qu'ils rechignent à porter de la contention parce que cela a une image beaucoup trop féminine. Ils ont l'impression de se travestir.

Il est intéressant d'observer qu'au-delà des propositions de prise en charge, il existe un véritable soucis de reconnaissance du symptôme de la part des patientes. C'est pour cela que la campagne de communication de Sigvaris c'était avant tout attelée dans un premier temps à un véritable travail de reconnaissance du symptôme…