

**État des lieux de la pratique actuelle des assistants en médecine
générale et des médecins généralistes de la région de Charleroi
concernant la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés**

**Travail de fin d'études en vue de l'obtention du
master complémentaire en médecine générale**



Rédigé par : Dr. Mathilde De Couvreur

Promoteur : Dr. Dominique Lamy

Remerciements

Je remercie mon promoteur le Docteur Dominique Lamy pour son accompagnement et ses conseils nécessaires au bon déroulement de ce travail de fin d'études.

Je remercie également Mme Claudine Verduyck et le Docteur Sophie Schmitt qui m'ont aidé dans l'élaboration du questionnaire ainsi que dans la rédaction du guide pratique.

Je tiens à remercier tous les assistants en médecine générale et médecins généralistes de la région de Charleroi qui ont participé à cette étude et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

Je remercie aussi François et Raphaël pour leur soutien ainsi que leurs remarques constructives lors de la réalisation et de l'écriture de ce travail.

Un merci tout particulier à mes parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont encouragé tout au long de mon cursus ainsi que pendant les différentes étapes de ce travail.

Abstract

Introduction :

Environ 1% de la population occidentale sera atteinte d'un ulcère veineux de jambe (UVJ) au cours de sa vie. La prévalence des UVJ augmente avec l'âge, ce qui, dans le contexte actuel de vieillissement de la population, contraint le (futur) médecin généraliste à maîtriser le sujet.

Objectif :

L'objectif principal était de faire l'état des lieux de la pratique actuelle, des assistants en médecine générale et des médecins généralistes, exerçant dans la région de Charleroi, concernant la prise en charge des UVJ non infectés afin de pouvoir statuer sur une prise en charge adéquate par confrontation aux guidelines internationales et européennes sur le sujet. L'objectif secondaire était de créer un outil pédagogique sous forme de guide pour aider les médecins généralistes, en formation et agréés, dans leur pratique quotidienne.

Méthode :

Une étude quantitative transversale observationnelle à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme fut réalisée entre le 26 janvier 2021 et le 14 avril 2021, auprès des 528 assistants en médecine générale et des médecins généralistes, exerçant dans le secteur représenté par la FAGC et actifs au cours de l'année 2020-2021.

Une recherche non systématique dans la littérature scientifique a également été menée pour réaliser cette étude et mettre au point l'outil pédagogique.

Résultats :

Le taux de participation net à l'étude était de 18,27%.

95,88% des répondants avaient déjà soigné un patient présentant un UVJ et 58,76% estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes pour prendre en charge un patient souffrant d'UVJ. Conscients de leurs difficultés, 94,85% étaient intéressés par la création d'un guide sur la prise en charge des UVJ non infectés. Ils avaient aussi conscience de l'importance de la multidisciplinarité et 88,66% étaient favorables à la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié entièrement aux UVJ pour améliorer la qualité des soins.

Voici les aspects de la prise en charge des UVJ où au moins 75% des répondants respectaient les guidelines : la palpation systématique des pouls périphériques, l'absence de débridement en cas d'UVJ bourgeonnant, l'évaluation de la douleur et la prescription d'une thérapie de compression en cas d'UVJ pur.

Voici les aspects de la prise en charge qui différaient des guidelines : la recherche des comorbidités et/ou carences éventuelles, l'utilisation de l'IPS, la réalisation d'un écho-doppler veineux en cas de premier épisode d'UVJ, la prescription d'un bilan nutritionnel et d'un programme d'exercices physiques, le nettoyage à l'eau courante, le débridement en cas d'UVJ fibrineux, le choix du pansement primaire, l'utilisation de l'EMLA® en cas de douleur liée aux soins ainsi que les contre-indications de la thérapie de compression.

Conclusion :

La pratique actuelle des assistants en médecine générale et des médecins généralistes, exerçant dans la région de Charleroi, concernant la prise en charge des UVJ non infectés, différaient, pour de nombreux aspects de la prise en charge, des guidelines. Cependant, ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population cible étant donné le faible taux de participation.

Mots clés : ulcère veineux, ulcère de jambe, médecin généraliste, prise en charge, guidelines, traitement, respect des guidelines.

Indexation : QD24, QP3, QR323, QT32, QS41, S97

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
ABSTRACT	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
TABLE DES FIGURES.....	7
TABLE DES TABLEAUX	9
INTRODUCTION.....	10
1. CHOIX DU SUJET	10
2. UTILITÉ D'UN TRAVAIL DANS CE CONTEXTE	11
3. OBJECTIF FORMALISÉ DU TFE	12
4. QUESTION DE RECHERCHE	12
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	13
1. RECHERCHE DANS LA LITTÉRATURE	13
2. DESCRIPTION DE LA MÉTHODE D'INVESTIGATION UTILISÉE	14
2.1. <i>Le type d'étude</i>	14
2.2. <i>Le lieu de l'étude</i>	14
2.3. <i>La durée de l'étude</i>	14
2.4. <i>Le déroulement de l'étude</i>	14
2.5. <i>Le mode de recrutement et l'échantillonnage</i>	14
2.6. <i>La population-cible</i>	14
3. LES CRITÈRES DE SÉLECTION	15
3.1. <i>Les critères d'inclusion</i>	15
3.2. <i>Les critères d'exclusion</i>	15
4. LE MODE DE RECUEIL DES RÉSULTATS	15
4.1. <i>L'analyse des données</i>	15
4.2. <i>Les indicateurs mesurés</i>	16
5. LES PRÉCAUTIONS ÉTHIQUES	16
6. LES MODALITÉS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS AUX INTÉRESSÉS	17
7. LES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE	17
8. LES MODALITÉS DE VALIDATION DE LA MÉTHODE	19
RÉSULTATS.....	20
1. LE TAUX DE PARTICIPATION.....	20
2. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	20
3. L'EXPÉRIENCE ET L'AUTO-ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES PARTICIPANTS	23
4. LA PLURIDISCIPLINARITÉ DE LA PRATIQUE DES PARTICIPANTS.....	23
4.1. <i>Collaboration avec des paramédicaux</i>	23
4.2. <i>Référence à un (des) médecin(s) spécialiste(s)</i>	24
5. LA PRATIQUE ACTUELLE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES UVJ.....	25
5.1. <i>Prise en charge des comorbidités et réalisation d'exams complémentaires</i>	25
5.2. <i>Soins de plaie</i>	27
5.2.1. <i>Cas n°1 : ulcère veineux pur, non infecté, stade fibrineux avec exsudat important</i>	27
5.2.2. <i>Cas n°2 : ulcère veineux pur, non infecté, stade bourgeonnant avec exsudat faible</i>	28
5.3. <i>Évaluation et prise en charge de la douleur</i>	29
5.4. <i>Thérapie de compression</i>	30
6. LES PERSPECTIVES	31
DISCUSSION	33
1. DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE	33
1.1. <i>Justification de la méthodologie choisie</i>	33
1.2. <i>Forces de l'étude</i>	33
1.3. <i>Limites de l'étude</i>	34

1.3.1.	<i>Faible taux de participation</i>	34
1.3.2.	<i>Contenu non exhaustif du questionnaire</i>	35
1.3.3.	<i>Biais de sélection</i>	35
1.3.4.	<i>Biais de déclaration</i>	35
1.3.5.	<i>Biais d'attention</i>	35
1.3.6.	<i>Analyses statistiques limitées</i>	36
2.	DISCUSSION DES RÉSULTATS	36
2.1.	<i>Qualité globale des résultats de l'étude et confrontation avec l'hypothèse de départ</i>	36
2.2.	<i>Résultats principaux</i>	36
2.2.1.	<i>Caractéristiques socio-démographiques des participants</i>	36
2.2.2.	<i>Expérience et auto-évaluation des connaissances</i>	37
2.2.3.	<i>Pratique pluridisciplinaire</i>	37
2.2.4.	<i>Intérêts pour la création d'un guide et d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux UVJ</i>	38
2.3.	<i>Détails des résultats des différentes étapes de la prise en charge de l'UVJ et confrontation avec la littérature</i>	39
2.3.1.	<i>Prise en charge des comorbidités et réalisation d'exams complémentaires</i>	39
2.3.2.	<i>Soins de plaie</i>	42
2.3.3.	<i>Évaluation et prise en charge de la douleur</i>	46
2.3.4.	<i>Thérapie de compression</i>	48
3.	PERSPECTIVES	50
	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	53
	ANNEXES	57
	ANNEXE N°1 : MAIL D'INVITATION À DESTINATION DES ASSISTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE	57
	ANNEXE N°2 : MAIL D'INVITATION À DESTINATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	58
	ANNEXE N°3 : RÉSULTATS PRÉSENTÉS EN FRÉQUENCES ET EN POURCENTAGES	59
	ANNEXE N°4 : QUESTIONNAIRE	66
	ANNEXE N°5 : GUIDE PRATIQUE	76
	ANNEXE N°6 : APPROCHE TIME(2)	95
	ANNEXE N°7 : INDEX DE PRESSION SYSTOLIQUE CHEVILLES/BRAS (IPS)(2)	96

Liste des abréviations

CCFFMG : Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale

DDG : DoDécaGroupe

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FAGC : Fédération des Associations des médecins Généralistes de la région de Charleroi

GEIMG : Groupe d'Éthique Interuniversitaire en Médecine Générale

GLEM : Groupe Local d'Évaluation Médicale

IPS : Index de Pression Systolique chevilles/bras

MG : Médecine Générale

MNA : Mini Nutritional Assessment

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SMC : Société de Médecine de Charleroi

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TFE : Travail de Fin d'Études

UCL : Université Catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

UVJ : Ulcère Veineux de Jambe

Table des figures

Figure 1 – Flowchart des modalités d’inclusion	20
Figure 2 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le sexe en pourcentages.....	20
Figure 3 – Diagramme en barres représentant la répartition des répondants selon le statut actuel en fréquences	21
Figure 4 – Histogramme représentant la répartition des répondants par tranches d’âge en fréquences.....	21
Figure 5 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le type de pratique en pourcentages	22
Figure 6 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le milieu de pratique en pourcentages	22
Figure 7 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon l’université du master de spécialisation en médecine générale en pourcentages	23
Figure 8 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Avez-vous déjà soigné des patients présentant un ulcère veineux ? »	23
Figure 9 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Estimez-vous avoir des connaissances suffisantes pour prendre en charge des patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ? »	23
Figure 10 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Est-ce que vous collaborez avec des paramédicaux pour soigner les ulcères veineux ? ».....	24
Figure 11 – Histogramme représentant la fréquence des divers paramédicaux cités dans les commentaires libres.....	24
Figure 12 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Avez-vous déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) médecin(s) spécialiste(s)? ».....	24
Figure 13 - Histogramme représentant la fréquence des différents médecins spécialistes cités dans les commentaires libres	25
Figure 14 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Recherchez-vous les carences et/ou comorbidités éventuelles du patient lors de la mise au point initiale d'un ulcère veineux ? »	25
Figure 15 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Palpez-vous systématiquement les pouls périphériques lors de l'examen clinique initial d'un patient présentant un ulcère veineux ? »	25
Figure 16 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Utilisez-vous l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) dans votre pratique ? »	26
Figure 17 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Prescrivez-vous systématiquement un écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'ulcère veineux ? »	26
Figure 18 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Réalisez-vous un bilan nutritionnel chez vos patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ? »	26
Figure 19 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Prescrivez-vous un programme d'exercices physiques réguliers à vos patients souffrant d'ulcère veineux ? »	27

Figure 20 – Histogramme représentant la fréquence des différentes méthodes de nettoyage choisies pour le cas clinique n°1	27
Figure 21 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? »	27
Figure 22 – Histogramme représentant la fréquence des différents pansements primaires choisis pour le cas clinique n°1	28
Figure 23 – Histogramme représentant la fréquence des différentes méthodes de nettoyage choisie pour le cas clinique n°2	28
Figure 24 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? »	29
Figure 25 – Histogramme représentant la fréquence des différents pansements primaires choisis pour le cas clinique n°2	29
Figure 26 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Est-ce que vous évaluez systématiquement la douleur chez les patients souffrant d'ulcère veineux ? »	29
Figure 27 – Histogramme représentant la fréquence des différents traitements antalgiques choisis	30
Figure 28 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « En cas d'ulcère veineux pur et en l'absence de contre-indication, est-ce que vous prescrivez une thérapie de compression à vos patients ? »	30
Figure 29 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Prescrivez-vous une compression veineuse à votre patient s'il présente un ulcère veineux et une artériopathie périphérique avancée ? »	31
Figure 30 - Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Prescrivez-vous une compression veineuse à haut niveau de pression à votre patient s'il présente un ulcère veineux et un index de pression systolique chevilles/bras (IPS) compris entre 0,9 et 1,2 ? »	31
Figure 31 - Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Seriez-vous intéressé(e) par la création d'un guide reprenant les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des ulcères veineux non infectés ? »	31
Figure 32 - Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Pensez-vous que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux ulcères veineux permettrait d'améliorer la qualité des soins ? »	32

Table des tableaux

Tableau 1 - Classification des classes de pansements primaires en fonction du stade de cicatrisation et de la quantité d'exsudat (12)(22)(24)(25)(26)	45
--	----

Introduction

1. Choix du sujet

Au cours de mon assistantat en médecine générale, j'ai été amenée à prendre en charge de nombreux patients présentant des plaies chroniques d'étiologies diverses. Le plus, souvent il s'agissait d'ulcères veineux. Dès le départ, j'ai été interpellée par la difficulté et la complexité de la prise en charge des plaies chroniques. Les raisons principales étaient, pour moi, les nombreuses possibilités de pansements primaires ainsi que les algorithmes de soins multiples pour chaque plaie.

→ C'est ce qui a motivé mon choix du thème des ulcères veineux pour la réalisation de ce travail.

J'ai également constaté que les pratiques des médecins généralistes et des équipes paramédicales quant à la prise en charge des ulcères veineux de jambe (UVJ) étaient très hétérogènes. Cette hétérogénéité peut être à l'origine de retards diagnostiques et thérapeutiques entraînant par conséquent un allongement du temps de guérison et donc, une altération de la qualité de vie du patient ainsi qu'une augmentation des dépenses en termes de soins de santé (1).

Par ailleurs, j'ai pu observer que le traitement des facteurs pouvant retarder la cicatrisation de l'UVJ étaient souvent laissés de côté par les médecins généralistes ; leur prise en charge thérapeutique était essentiellement centrée sur le traitement local (pansements primaires et secondaires) ainsi que sur la thérapie de compression.

Pour terminer, les tâches telles que caractériser la plaie, sélectionner un produit parmi l'ensemble des pansements disponibles, déterminer les étapes du soin de plaie et la fréquence de révision du traitement sont souvent considérées comme des tâches de nursing alors que c'est au médecin généraliste que revient, dans la majorité des cas, le rôle de prescrire le traitement adéquat.

À partir de ces observations, je me suis posée plusieurs questions :

- Quelles sont les recommandations actuelles quant à la prise en charge des UVJ ?
- Qu'en est-il concrètement de la pratique des assistants et médecins généralistes confrontés à des patients présentant des UVJ non infectés ? Est-ce que leur prise en charge diffère des recommandations internationales ?
- Comment améliorer et/ou renforcer les connaissances des médecins généralistes, en formation et agréés, sur cette thématique ?

J'ai donc décidé de me pencher d'une part sur les recommandations actuelles existantes concernant la prise en charge des UVJ non infectés et d'autre part, de faire un état des lieux de la pratique actuelle des médecins généralistes, en formation et agréés, de la région de Charleroi.

2. Utilité d'un travail dans ce contexte

Environ 1% de la population occidentale sera atteinte d'un UVJ au cours de sa vie (2)(3).

La prévalence des UVJ augmente avec l'âge (2)(3)(4), ce qui, dans le contexte actuel de vieillissement de la population, contraint le (futur) médecin généraliste à maîtriser le sujet et à suivre les recommandations de bonne pratique.

En effet, le Bureau fédéral du Plan projette un vieillissement de la population belge dans les prochaines décennies avec une proportion de personnes âgées (65 ans et plus) dans la population totale qui devrait passer de 18,9% en 2020 à 27,1% en 2071 en Wallonie (5).

La proportion des personnes les plus âgées (80 ans et plus) va progresser de manière encore plus spectaculaire : en passant de 5,3% en 2020 à 11,1% en 2071 en Wallonie (5).

Face au vieillissement de la population, la prévalence totale des ulcères veineux dans la population générale est actuellement en augmentation.

Les UVJ représentent un **problème majeur de santé publique** compte tenu de leur fréquence mais également de leur caractère chronique et récidivant (1)(2)(6). Leur prise en charge en ambulatoire, pouvant durer des mois voire des années, est coûteuse et complexe (2). En effet, elle nécessite la mise en place de dispositifs de soins importants en faisant appel à plusieurs intervenants (médecins, paramédicaux) organisés en réseau. Dans les pays occidentaux, environ 1% des budgets de santé est consacré à la prise en charge des UVJ (2).

À titre d'exemple, une étude réalisée en Allemagne en 2010, estimait le coût annuel de prise en charge à 9 569,3 euros par patient (2) dont :

- 8 658,1 euros de coûts directs (traitements médicamenteux, pansements, consultations médicales, soins infirmiers, examens complémentaires, transports médicalisés) ;
- 911,2 euros de coûts indirects (arrêt de travail, reclassement professionnel, retraite anticipée)(7).

Toute prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique inadaptée entraîne donc des conséquences socio-économiques importantes, que ce soit en termes de coût mais également d'altération de la qualité de vie.

3. Objectif formalisé du TFE

Partant du constat que la prise en charge des UVJ est très hétérogène d'un médecin à l'autre, nous avons cherché à déterminer si les médecins en formation et agréés de la région de Charleroi suivent les recommandations de bonne pratique lorsqu'ils sont confrontés à un patient présentant un UVJ.

L'**objectif principal** de cette étude était de **faire l'état des lieux de la pratique actuelle, des assistants en médecine générale et des médecins généralistes exerçant dans l'arrondissement de Charleroi, concernant la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés**. La finalité était de pouvoir statuer sur une prise en charge adéquate par confrontation aux guidelines internationales et européennes sur le sujet.

Parallèlement, l'étude conduite a servi à évaluer l'intérêt exprimé par la population cible, pour l'obtention d'un guide d'aide à la prise en charge des UVJ non infectés. Notre **objectif secondaire** était de **réaliser cet outil pédagogique**, et de le mettre à disposition de tous ceux désireux d'améliorer leurs connaissances mais aussi la qualité des soins donnés aux patients souffrant d'UVJ.

4. Question de recherche

Est-ce que la pratique actuelle des assistants en médecine générale et médecins généralistes, exerçant dans la région de Charleroi, concernant la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés, diffère des recommandations internationales et européennes ?

Approche PICO

- **P (patient)** : assistants en médecine générale et médecins généralistes exerçant dans la région de Charleroi, secteur représenté par la Fédération des Associations des médecins Généralistes de la région de Charleroi (FAGC) ;
- **I (intervention)** : évaluation de la pratique actuelle en ce qui concerne la prise en charge des UVJ non infectés ;
- **C (comparaison)** : pratiques recommandées par les guidelines internationales et européennes sur le sujet ;
- **O (outcome)** : prise en charge des UVJ non infectés adéquate et respectant les guidelines.

Méthodologie de recherche

1. Recherche dans la littérature

La première étape de ce TFE a consisté en une **recherche non systématique dans la littérature scientifique** pour prendre connaissance des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des ulcères veineux de jambe (UVJ) non infectés en Belgique et à l'étranger. Mes recherches sur cette thématique ont commencé en février 2020 pour se terminer en avril 2021 et ont été réalisées à partir des ressources mises à disposition par la faculté de médecine de l'UCL via le « proxyUCL ».

Elles ont été menées principalement à partir du **site de la CDLH** (Cebam Digital Library for Health) **et celui du NCBI** (National Center for Biotechnology Information).

Les **bases de données exploitées** pour cette étude étaient les suivantes : Dynamed, Ebpracticenet, Cochrane Library, Minerva, UpToDate, MEDLINE via PubMed, BMJ Best Practice. Les **moteurs de recherche** CISMef et TripDatabase ont également été utilisés.

Nous avons également consulté les recommandations de bonne pratique ainsi que les algorithmes décisionnels disponibles dans la **littérature quaternaire** : Wound Healing Society (WHS), Wounds UK, Association for the Advancement of Wound Care (AAWC), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Australian Wound Management Association/New Zealand Wound Care Society (AWMA/NZWCS), European Dermatology Forum (EDF), Haute Autorité de la Santé (HAS), Society for Vascular Surgery/American Venous Forum (SVS/AVF), Wounds International et European Wound Management Association (EWMA).

Pour terminer, nous avons utilisé des **articles** issus de la revue Prescrire, du Formulaire de soins aux Personnes Âgées et d'autres journaux médicaux scientifiques tels que Annals of Internal Medicine et American Family Physician.

Les **termes** recensés dans le **MeSH** (Medical Subject Headings) utilisés seuls ou en combinaison, en français et en anglais, ont été les suivants : « venous ulcer », « leg ulcer », « general practitioner », « management », « practice guideline », « treatment », « guideline adherence ». Ils m'ont également permis de réaliser l'indexation de ce travail.

Nous avons sélectionné les articles et les études sur base de leur année de publication (à partir de 2010), de leur disponibilité, de leur langue (français ou anglais) et également selon leur pertinence. Les références des articles sélectionnés nous ont conduit vers d'autres articles n'apparaissant pas initialement dans les résultats de la recherche.

Tous les articles pertinents et utiles à la rédaction de ce TFE ont été répertoriés dans la **bibliographie créée grâce au logiciel Mendeley** selon les **normes « Vancouver »**.

2. Description de la méthode d'investigation utilisée

2.1. Le type d'étude

Une **étude quantitative transversale observationnelle** a été réalisée pour ce travail. Elle a consisté en une enquête par questionnaire auto-administré.

2.2. Le lieu de l'étude

Cette étude a eu lieu dans la **région de Charleroi, secteur représenté par la FAGC**, auprès des assistants en médecine générale et des médecins généralistes.

2.3. La durée de l'étude

L'enquête s'est déroulée du **26/01/21 au 14/04/21**.

2.4. Le déroulement de l'étude

Nous sommes entrés en contact avec le président et le responsable administratif de la FAGC pour leur faire part du projet ainsi que pour obtenir leur approbation et adhésion. Ils m'ont fourni le listing avec les adresses e-mails de tous les médecins généralistes, en formation et agréés, en activité au cours de l'année 2020-2021 et exerçant dans l'arrondissement de Charleroi. Le **mail d'invitation [Annexes 1 et 2]** à répondre au questionnaire a été envoyé avec les **options accusé de réception et accusé de lecture** afin d'être certain que l'ensemble de la population cible l'avait bien reçu. Afin de maximiser le taux de participation à l'enquête, plusieurs **relances** ont été effectuées aux dates suivantes : **23/02/21 et 14/03/21**.

2.5. Le mode de recrutement et l'échantillonnage

Le **recrutement** s'est déroulé par **envoi d'un e-mail avec le lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne** à l'ensemble des 528 médecins généralistes, en formation et agréés, repris dans le listing de la FAGC pour l'année 2020-2021.

De plus, le questionnaire a également été **partagé** aux **animateurs des séminaires locorégionaux** qui ont lieu dans la région de Charleroi, ainsi que sur les **groupes d'entraide des assistants en médecine générale des différentes universités sur les réseaux sociaux**. Pour terminer, le questionnaire a aussi été diffusé par l'intermédiaire de la **newsletter de la SSMG et de la SMC**. Seul le CCFFMG a refusé de diffuser le mail d'invitation.

2.6. La population-cible

Cette étude concernait les **assistants en médecine générale et les médecins généralistes exerçant dans la région de Charleroi, secteur représenté par la FAGC**.

J'ai sélectionné cette population pour mon étude pour des raisons de praticité et d'accessibilité étant donné que mon lieu d'activité se trouve dans la région de Charleroi.

Les derniers chiffres de la FAGC, datant de **novembre 2020**, montrait qu'il y avait **96 assistants en médecine générale et 432 médecins généralistes agréés actifs**.

3. Les critères de sélection

3.1. Les critères d'inclusion

- Être assistant en médecine générale ou médecin généraliste agréé ;
- Exercer la médecine générale dans la région de Charleroi, secteur représenté par la FAGC, au moment de l'enquête.

3.2. Les critères d'exclusion

- Exercer la médecine générale en dehors du secteur représenté par la FAGC, au moment de l'enquête ;
- Être médecin généraliste retraité au moment de l'enquête ;
- Être médecin généraliste agréé attaché à un service hospitalier à temps plein ;
- Être assistant ou médecin dans une spécialité autre que la médecine générale.

4. Le mode de recueil des résultats

Les **résultats** ont été **recueillis en ligne via LimeSurvey**.

4.1. L'analyse des données

Après clôture des participations, la **première étape** de l'analyse des données a consisté à **filtrer les réponses collectées** afin de ne **tenir compte que des questionnaires intégralement complétés**. En effet, un questionnaire incomplet offre plus de poids aux questions pour lesquelles les réponses ont été apportées, ce qui risque de constituer un biais dans la recherche des aspects de la prise en charge d'un UVJ où les répondants suivent ou non les guidelines.

→ **L'élimination des questionnaires incomplets a constitué l'unique critère d'exclusion secondaire.**

La **deuxième étape** de l'analyse des données a été d'**exporter les résultats obtenus dans un document Microsoft Excel**. L'encodage a été automatique depuis LimeSurvey.

Pour terminer, nous avons réalisé une **analyse statistique descriptive des données**. Les **variables** de mon questionnaire étaient **qualitatives** (nominales, ordinales et binaires). Elles ont été présentées sous forme de **pourcentages et de fréquences [Annexe 3]**.

Étant donné le caractère qualitatif des variables et non quantitatif, nous étions limités dans le type d'analyse statistique qu'on pouvait effectuer.

L'**analyse statistique** a consisté à décrire la **tendance centrale des données qualitatives** pour chaque question à l'aide du **mode** qui correspond à la réponse la plus souvent rencontrée. **Le mode pour chaque question a ensuite été confronté au critère de jugement principal** : prise en charge adaptée suivant les recommandations de bonne pratique. C'était la seule façon cohérente d'analyser les données et de pouvoir répondre à la question de recherche.

Les résultats obtenus ont été illustrés par des **graphiques récapitulatifs** (diagramme circulaire, diagramme en barres et histogramme).

4.2. Les indicateurs mesurés

Au cours de l'étude, nous avons récolté les données suivantes :

- Les données socio-démographiques du participant ;
- L'expérience et le degré de connaissances en matière d'UVJ du participant ;
- La multidisciplinarité de la pratique des participants ;
- La pratique actuelle des participants en termes de prise en charge des UVJ ;
- L'intérêt des participants pour la création d'un guide reprenant les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des UVJ non infectés ainsi que pour la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux UVJ.

5. Les précautions éthiques

Le projet de TFE a été examiné par les membres du GEIMG, qui ont décidé à l'unanimité, que celui-ci ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Le questionnaire en ligne était hébergé par LimeSurvey sur le serveur de l'UCL. LimeSurvey respecte le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et permet de garantir la confidentialité des résultats individuels lors de cette étude. En effet, aucune identification n'était nécessaire pour participer au questionnaire. De plus, les données recueillies ont été utilisées dans le travail écrit à des fins scientifiques non commerciales en conservant l'anonymat.

Les participants, intéressés par la thématique et souhaitant avoir un retour sur les résultats de l'étude, avaient la possibilité de m'envoyer un e-mail.

La participation à l'enquête était volontaire, les assistants et médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion avaient le droit de refuser d'y participer.

En cliquant sur « suivant » après avoir lu l'introduction du questionnaire, le participant donnait son consentement libre et éclairé pour l'étude. Il était libre de se retirer à tout moment sans justification et sans préjudice.

Il n'y avait pas de bénéfice individuel escompté ni de compensation pour la participation à l'étude.

6. Les modalités de communication des résultats aux intéressés

Les médecins généralistes, en formation et agréés, ont été avertis lors de l'envoi du questionnaire, que le guide pratique mis au point dans le cadre de ce TFE, leur serait envoyé par voie électronique qu'ils aient ou non participé à l'enquête.

Pour les participants intéressés par la thématique et qui souhaitaient avoir un retour sur les résultats de notre étude, ils avaient la possibilité de m'envoyer un e-mail afin d'obtenir ce feedback une fois le TFE validé. Les résultats de ce TFE seront également communiqués à la SSMG et à la FAGC qui ont montré leur intérêt quant à notre étude.

7. Les données du questionnaire

Lors de la création du questionnaire, nous avons effectué une recherche d'échelles validées sur la thématique choisie dans le registre Proqolid mais sans succès.

L'introduction du questionnaire en ligne reprenait les éléments suivants :

- Contexte de l'étude ;
- Objectif principal de l'étude ;
- Temps nécessaire pour le remplir entièrement ;
- Nombre et types de questions ;
- Présence d'un feedback avec les réponses attendues en fin de questionnaire.

Le questionnaire était composé essentiellement de **questions fermées à réponses binaire** (oui/non) et de **questions à choix multiples** avec une ou plusieurs réponses possibles.

Le participant avait la possibilité pour la majorité des questions de cocher les champs « Je ne sais pas » ou « Autre » afin de proposer une solution absente de la liste des choix présentés.

Trois questions nécessitaient une précision par une réponse courte ou un nombre.

Une définition pour certains termes utilisés était disponible pour deux questions afin d'aider le participant à répondre le plus adéquatement possible.

Le questionnaire comprenait également **deux cas cliniques illustrés par une photographie d'un UVJ à un des stades de cicatrisation** avec plusieurs sous-questions concernant les soins de plaie.

Chaque photographie était accompagnée d'une brève description comprenant entre autre le stade de cicatrisation et la quantité d'exsudat de l'ulcère afin d'éviter toute mauvaise interprétation. Tous les stades de cicatrisation n'étaient pas représentés afin de raccourcir le questionnaire et de limiter ainsi le phénomène de lassitude qui pourrait apparaître chez le participant après plusieurs questions répétitives.

La **première question** était **éliminatoire** : si le participant répondait « Non » à la question suivante « Est-ce que vous travaillez au sein de l'arrondissement de Charleroi, secteur représenté par la Fédération des Associations des médecins Généralistes de la région de Charleroi (FAGC) ? », il était automatiquement renvoyé à la section « Conclusion » du questionnaire.

Le questionnaire [Annexe 4] a été divisé en plusieurs **sections** et sous-sections :

- **Profil du participant** (données socio-démographiques, organisation de la pratique médicale) ;
- **Expérience et auto-évaluation des connaissances du participant** ;
- **La pluridisciplinarité de la pratique du participant** (collaboration avec des paramédicaux, référence à des médecins spécialistes) ;
- **Pratique du participant concernant la prise en charge des UVJ non infectés** (prise en charge des comorbidités et réalisation d'examens complémentaires, soins de plaie, évaluation de la douleur, thérapie de compression) ;
- **Perspectives** (intérêt pour la création d'un guide et d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux ulcères veineux) ;
- **Profil du participant** (données socio-démographiques suite) ;
- **Conclusion** (remarques éventuelles sur la thématique ou l'enquête) ;
- **Feedback avec les réponses attendues.**

Le participant n'avait pas la possibilité de revenir en arrière une fois qu'il était passé à la section suivante. De plus, il devait répondre à l'ensemble des questions de la section pour pouvoir passer à la section d'après.

Le contenu du questionnaire a été volontairement sélectif afin d'obtenir un questionnaire court, favorisant l'adhésion des participants et donc augmentant le taux de participation.

Les bonnes réponses ont été recherchées dans les recommandations de bonne pratique, les articles médicaux ainsi que les avis d'experts.

8. Les modalités de validation de la méthode

Nous avons effectué un **pré-test** du questionnaire auprès de **huit assistants et médecins généralistes n'exerçant pas dans la région de Charleroi**. Ce pré-test a permis de déterminer le temps de remplissage moyen et de modifier la formulation de certaines questions suite aux remarques soulevées.

Il a ensuite été **corrigé et validé par** mon **promoteur** ainsi que **deux experts dans le domaine** (une infirmière référente en soins de plaie et une chirurgienne vasculaire).

Une fois le questionnaire activé et envoyé à l'ensemble de la population cible, aucune modification n'a été effectuée.

Résultats

Les résultats bruts de cette étude ont été présentés sous forme de **pourcentages et de fréquences** [Annexe 3] et ont été illustrés par des **graphiques récapitulatifs** (diagramme circulaire, diagramme en barres et histogramme).

1. Le taux de participation

Notre **échantillon d'étude** était constitué de **528** médecins généralistes exerçant sur le secteur représenté par la FAGC dont 96 en formation et 432 agréés. Tous ont été invités à remplir le questionnaire et 132 d'entre eux y ont répondu, soit un **taux brut de participation de 25%**.

Parmi les répondants, **35 ont été exclus secondairement** de l'étude car ils n'avaient pas complété le questionnaire dans son intégralité.

→ Le **nombre final de participants** à l'étude était donc de **97**, soit un **taux net de participation de 18,27%**.

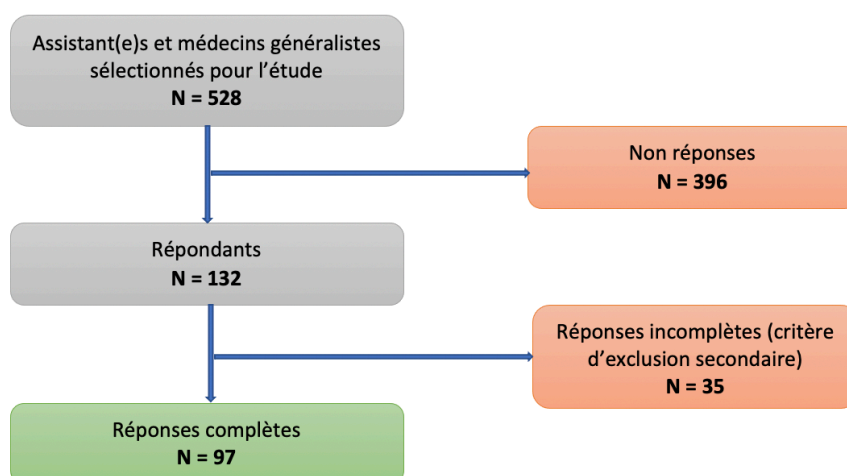


Figure 1 – Flowchart des modalités d'inclusion

2. Les caractéristiques socio-démographiques des participants

Résultats de la question « Vous êtes ? »

Le mode pour la question du sexe était « Femmes » [Figure 2].

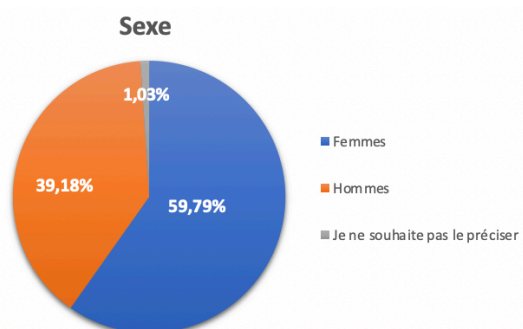


Figure 2 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le sexe en pourcentages

Résultats de la question « Votre statut actuel ? »

Parmi les 97 répondants, nous avons **37 assistants** en médecine générale et **60 médecins généralistes**. Dans notre étude, 13,4% des assistants étaient en deuxième et 17,53% en troisième année d'assistantat tandis que pour les médecins généralistes, 30,93% avaient plus de 20 ans de pratique. Le mode pour la question du statut actuel était « Médecin généraliste ayant plus de 20 ans de pratique » [Figure 3].

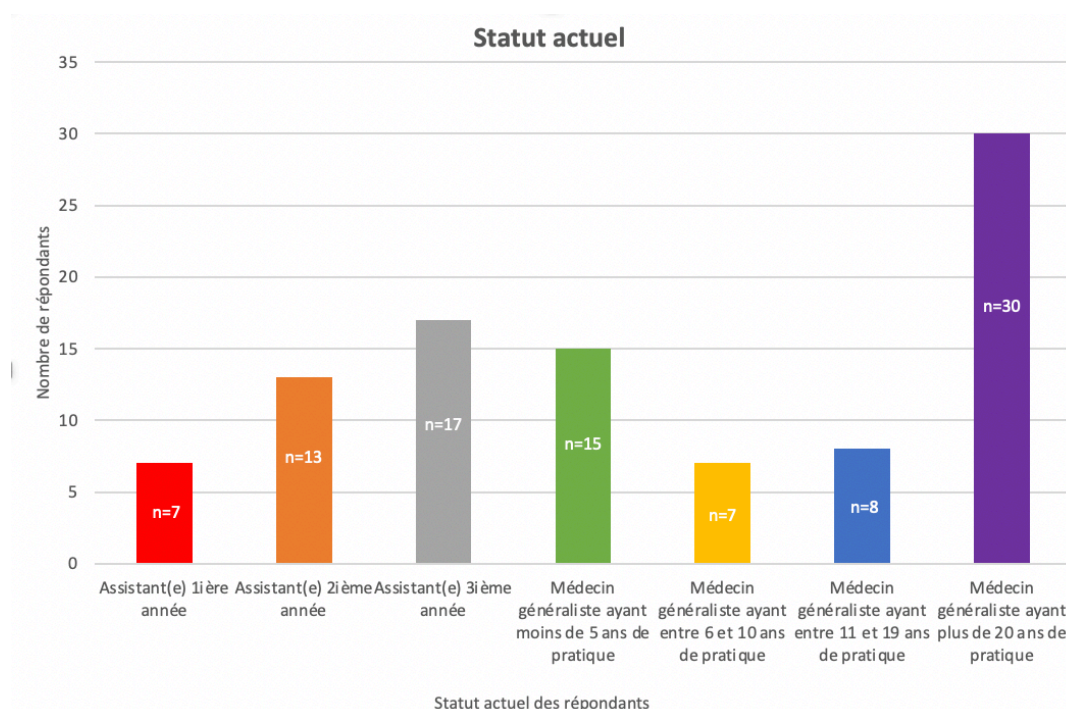


Figure 3 – Diagramme en barres représentant la répartition des répondants selon le statut actuel en fréquences

Résultats de la question « Votre âge ? »

Les répondants étaient âgés entre **24 et 74 ans**. L'âge moyen des répondants était de **39,89 ans** tandis que l'âge médian était de **32 ans**. Le mode pour cette question était la tranche d'âge comprise entre 24 et 29 ans [Figure 4].

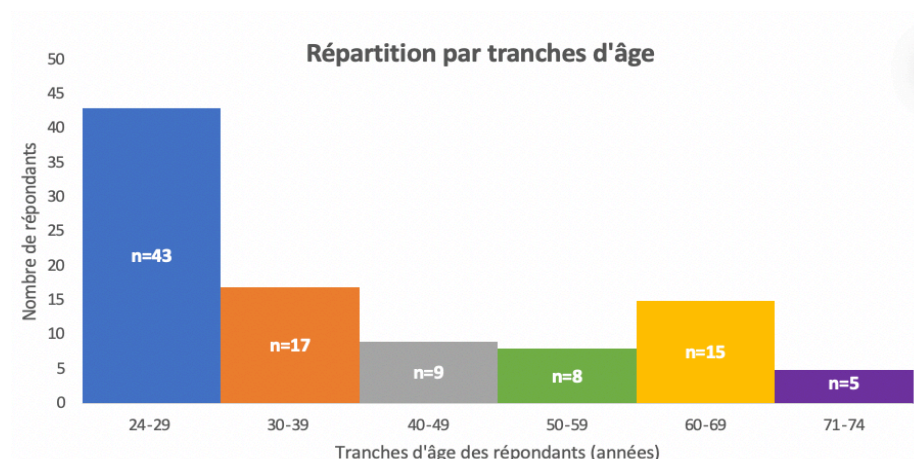


Figure 4 – Histogramme représentant la répartition des répondants par tranches d'âge en fréquences

Résultats de la question « Quel est votre type de pratique ? »

Deux des répondants ont choisi l'option « Autre » : un pratiquait à l'hôpital et l'autre en maison de repos et de soins. Le mode pour la question du type de pratique était « Association de médecins généralistes » [Figure 5].

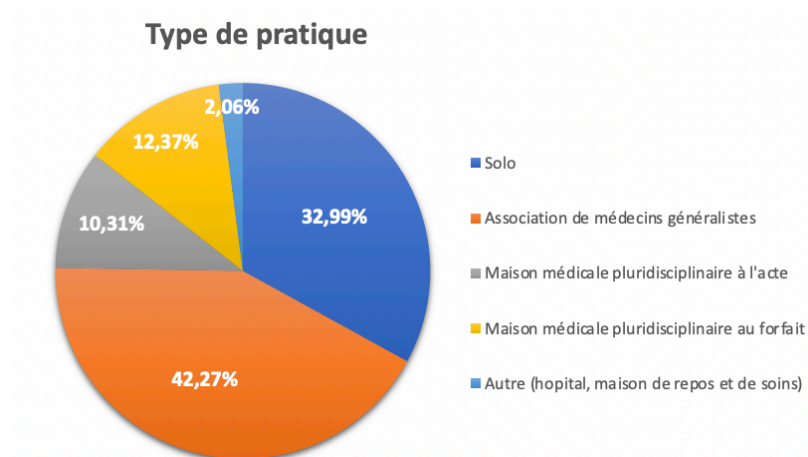


Figure 5 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le type de pratique en pourcentages

Résultats de la question « Vous exercez en milieu ? »

Le mode pour la question du milieu de pratique était « Semi-urbain » [Figure 6].

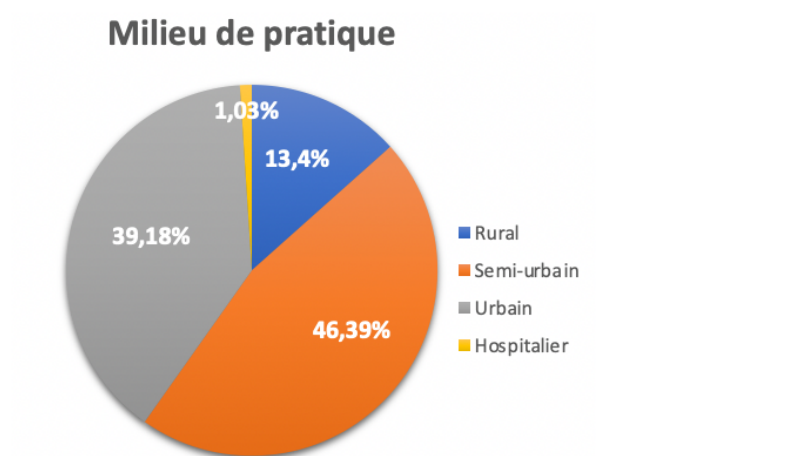


Figure 6 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon le milieu de pratique en pourcentages

Résultats de la question « Dans quelle université effectuez-vous/avez-vous effectué votre master de spécialisation en médecine générale ? »

Deux des répondants ont choisi l'option « Autre » et ont précisé la KUL comme université pour le master de spécialisation en médecine générale. Le mode pour cette question était « Université Catholique de Louvain (UCL) » [Figure 7].

Université du master de spécialisation en médecine générale

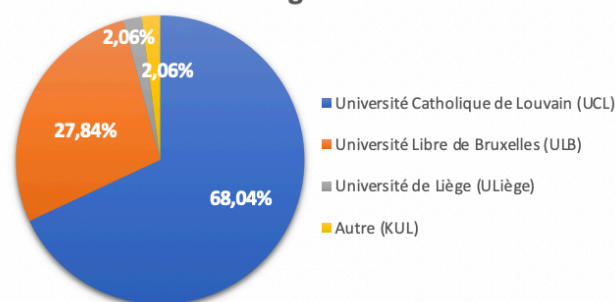


Figure 7 – Diagramme circulaire représentant la répartition des répondants selon l'université du master de spécialisation en médecine générale en pourcentages

3. L'expérience et l'auto-évaluation des connaissances des participants

95,88% des répondants avaient déjà soigné un patient présentant un UVJ contre 4,12% qui n'en avaient jamais soigné. Le mode pour la question de l'expérience était « Oui » [Figure 8].

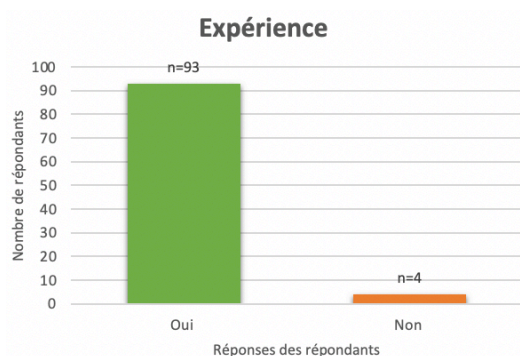


Figure 8 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Avez-vous déjà soigné des patients présentant un ulcère veineux ? »

58,76% des répondants estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes pour prendre en charge un patient ayant un UVJ contre 41,24% qui estimaient avoir les connaissances suffisantes. Le mode pour la question concernant les connaissances était « Non » [Figure 9].

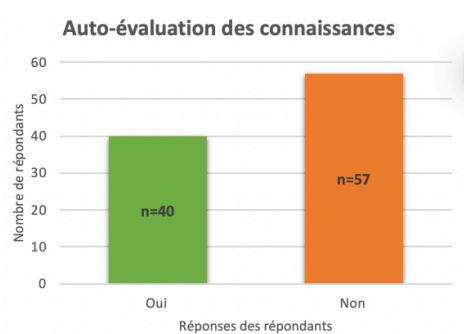


Figure 9 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Estimez-vous avoir des connaissances suffisantes pour prendre en charge des patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ? »

4. La pluridisciplinarité de la pratique des participants

4.1. Collaboration avec des paramédicaux

95,88% des répondants collaboraient avec des paramédicaux contre 4,12% qui ne collaboraient pas avec des paramédicaux.

Le mode pour la question de la collaboration avec des paramédicaux était « Oui » [Figure 10].

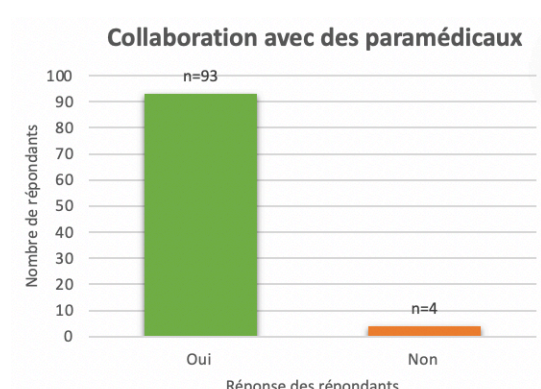


Figure 10 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Est-ce que vous collaborez avec des paramédicaux pour soigner les ulcères veineux ? »

Parmi les 93 répondants qui collaboraient avec des paramédicaux, 85 d’entre eux ont précisé avec quel(s) type(s) de paramédicaux ils travaillaient. Le mode pour cette question était « Infirmier(ière)s » [Figure 11].

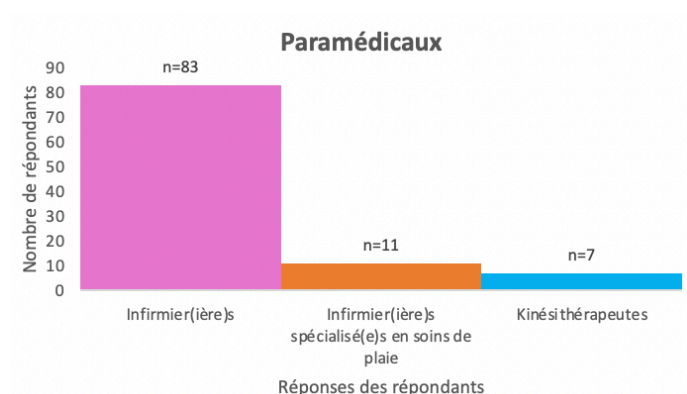


Figure 11 – Histogramme représentant la fréquence des divers paramédicaux cités dans les commentaires libres

4.2. Référence à un (des) médecin(s) spécialiste(s)

75,26% des répondants **avaient déjà référé un patient** présentant un UVJ à un (des) **médecin(s) spécialiste(s)**. Le mode pour la question de la référence à un (des) médecin(s) spécialiste(s) était « Oui » [Figure 12].

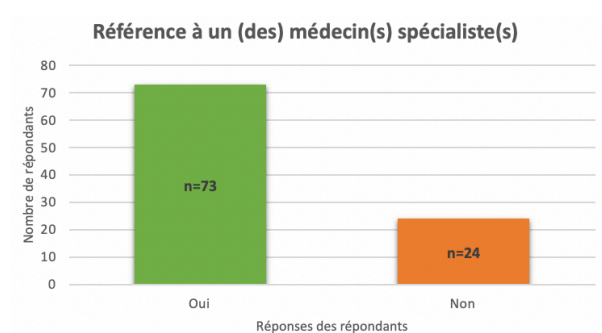


Figure 12 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Avez-vous déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) médecin(s) spécialiste(s)? »

Parmi les 73 répondants qui avaient déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) médecin(s) spécialiste(s), 66 d'entre eux ont précisé avec lequel (lesquels) ils collaboraient. Le mode pour cette question était « Chirurgiens vasculaires » [Figure 13].

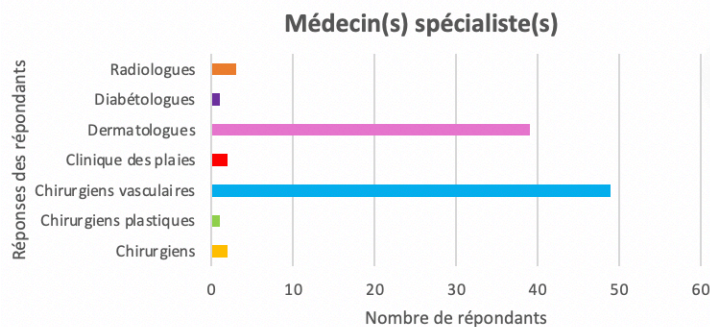


Figure 13 - Histogramme représentant la fréquence des différents médecins spécialistes cités dans les commentaires libres

5. La pratique actuelle concernant la prise en charge des UVJ

5.1. Prise en charge des comorbidités et réalisation d'examens complémentaires

36,08% des assistants en médecine générale et des médecins généralistes **recherchaient toujours les carences et/ou comorbidités** éventuelles du patient. Le mode pour la question sur les carences et comorbidités était « Souvent » [Figure 14].

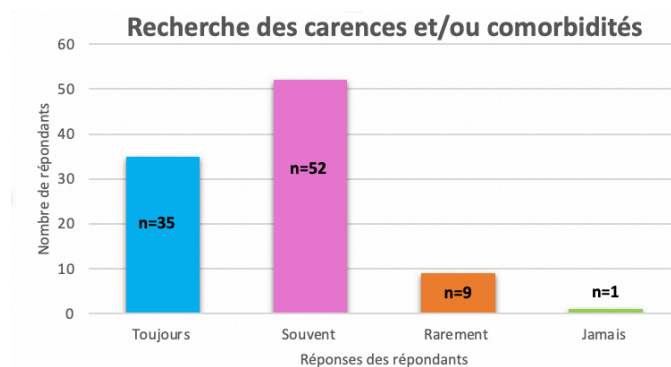


Figure 14 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Recherchez-vous les carences et/ou comorbidités éventuelles du patient lors de la mise au point initiale d'un ulcère veineux ? »

79,38% des répondants **palpaient de manière systématique les pouls périphériques** lors de l'examen clinique initial. Le mode pour la question de la palpation des pouls périphériques était « Oui » [Figure 15].

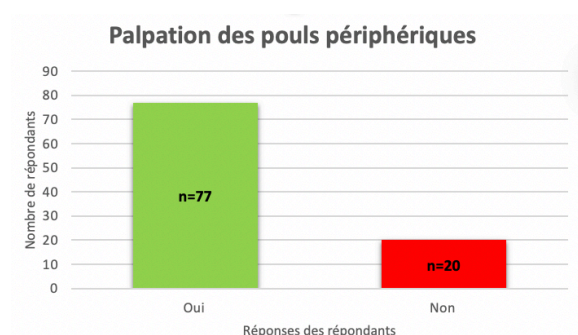


Figure 15 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Palpez-vous systématiquement les pouls périphériques lors de l'examen clinique initial d'un patient présentant un ulcère veineux ? »

74,23% des médecins généralistes, en formation et agréés, **n'utilisaient jamais l'IPS**. Le mode pour la question concernant l'IPS était « Jamais » [Figure 16].

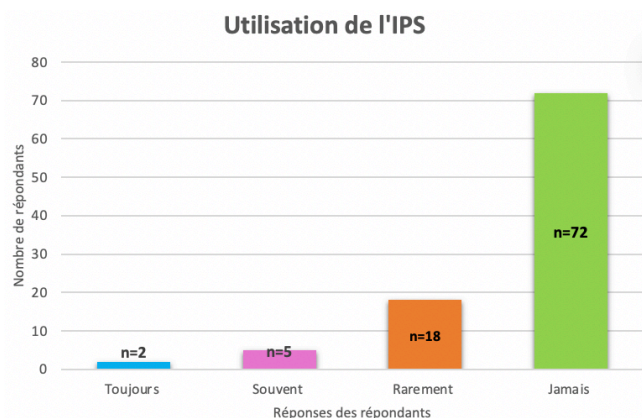


Figure 16 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Utilisez-vous l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) dans votre pratique ? »

69,07% des assistants en médecine générale et des médecins généralistes **ne prescrivaient pas d'écho-doppler veineux** lors d'un premier épisode d'UVJ. Le mode pour la question sur l'écho-doppler veineux était « Non » [Figure 17].

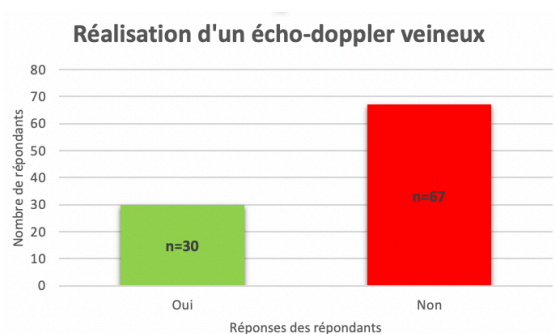


Figure 17 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Prescrivez-vous systématiquement un écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'ulcère veineux ? »

8,25% des médecins généralistes, en formation et agréés, **réalisaient toujours un bilan nutritionnel** chez leurs patients ayant un UVJ. Le mode pour la question sur le bilan nutritionnel était « Rarement » [Figure 18].

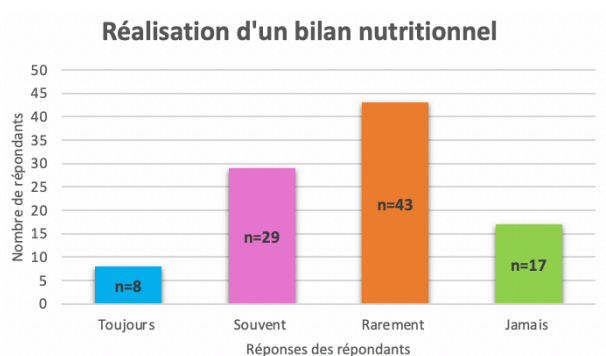


Figure 18 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Réalisez-vous un bilan nutritionnel chez vos patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ? »

10,31% des assistants en médecine générale et des médecins généralistes **prescrivaient toujours un programme d'exercices physiques** à leurs patients souffrant d'UVJ. Le mode pour la question de la prescription d'activité physique était « Souvent » [Figure 19].

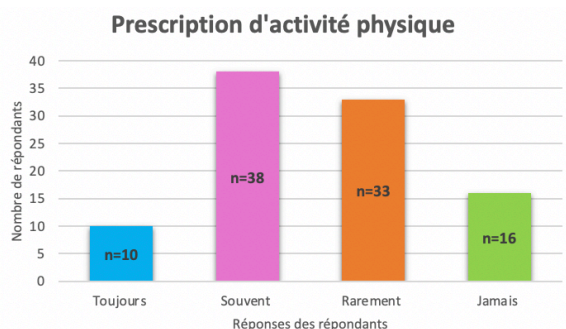


Figure 19 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Prescrivez-vous un programme d'exercices physiques réguliers à vos patients souffrant d'ulcère veineux ? »

5.2. Soins de plaie

5.2.1. Cas n°1 : ulcère veineux pur, non infecté, stade fibrineux avec exsudat important

En ce qui concerne le nettoyage de l'UVJ, **49,48%** des répondants avaient choisi le **sérum physiologique**, **29,90%** d'entre eux l'**eau courante avec du savon** et **19,59%** avaient opté pour la **povidone iodée**. 11,34% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et ont cité les éléments suivants comme proposition pour nettoyer la plaie : vaseline salicylée, miel, Purilon®, Flaminal hydro®, vaseline boriquée, curette, pommade boriquée et salicylée. Le mode pour la question du nettoyage était « Sérum physiologique » [Figure 20].

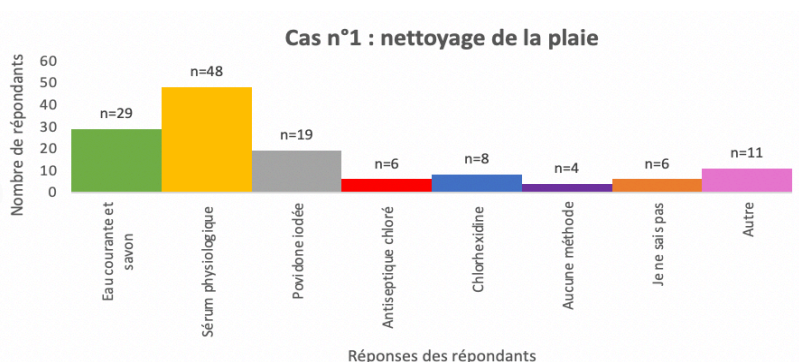


Figure 20 – Histogramme représentant la fréquence des différentes méthodes de nettoyage choisies pour le cas clinique n°1

Le mode pour la question du débridement était « Oui » [Figure 21].

Cas n°1 : débridement par détersion mécanique (lame ou curette)

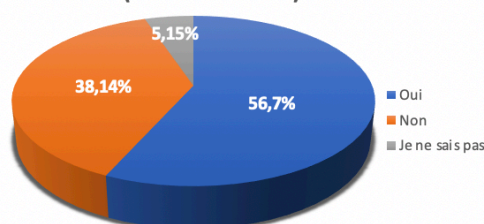


Figure 21 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? »

Pour le choix du pansement primaire, **46,39%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes avaient opté pour un **alginate**, **29,59%** d'entre eux pour un **hydrogel** et **12,37%** **ne savaient pas** quel(s) pansement(s) primaire(s) choisir. 7,22% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et ont cité un pansement primaire non repris dans les propositions : miel Manuka, vaseline boriquée, pâte à l'eau et Iso-Bétadine®, vaseline salicylée. Le mode pour la question du pansement primaire était « Alginate » [Figure 22].

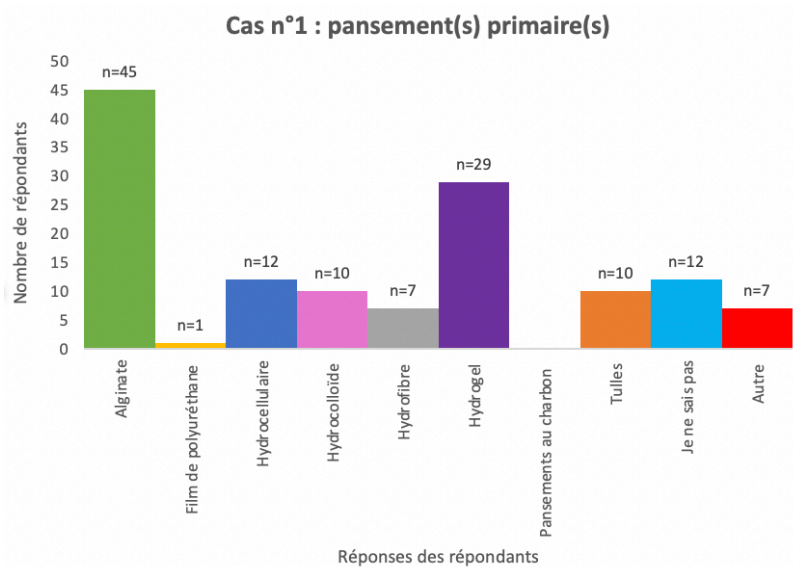


Figure 22 – Histogramme représentant la fréquence des différents pansements primaires choisis pour le cas clinique n°1

5.2.2. Cas n°2 : ulcère veineux pur, non infecté, stade bourgeonnant avec exsudat faible
Concernant le nettoyage de l'UVJ, **59,79%** des répondants avaient choisi le **sérum physiologique**, **25,77%** d'entre eux l'**eau courante avec du savon** et **16,49%** avaient opté pour la **povidone iodée**. Le mode pour la question du nettoyage était « Sérum physiologique » [Figure 23].

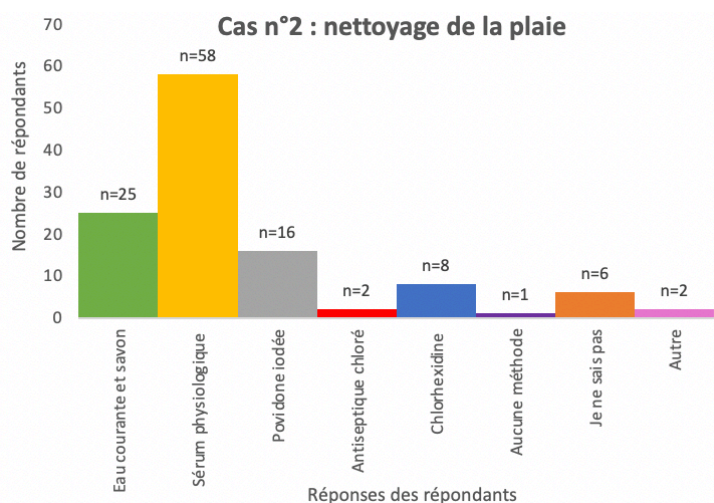


Figure 23 – Histogramme représentant la fréquence des différentes méthodes de nettoyage choisie pour le cas clinique n°2

Le mode pour la question du débridement était « Non » [Figure 24].

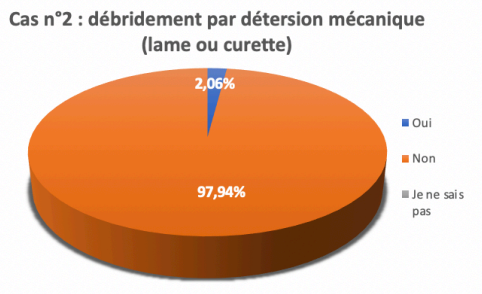


Figure 24 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? »

Pour le choix du pansement primaire, **27,84%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes avaient opté pour un **alginate**, **27,84%** pour un **hydrocolloïde**, **27,84%** pour un **tulle** et **9,28%** ne savaient pas quel(s) pansement(s) primaire(s) choisir. 4,12% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et ont cité un pansement primaire non repris dans les propositions : préparation personnelle, tulle Iso-Bétadine®, gel Iso-Bétadine®.

Le mode pour la question concernant le pansement primaire était « Alginate – Hydrocolloïde - Tulle » [Figure 25].

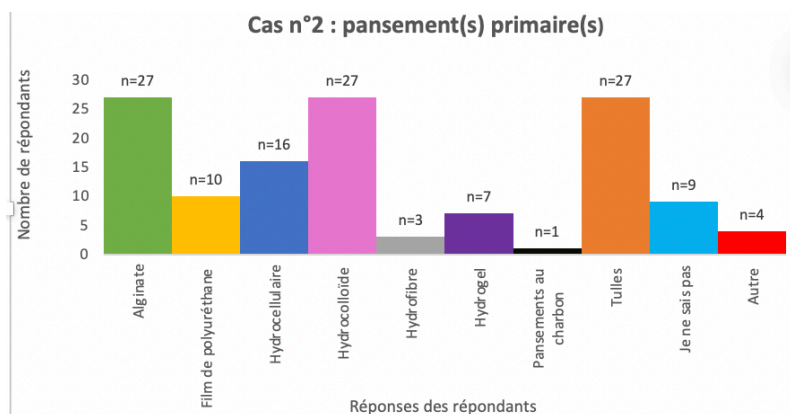


Figure 25 – Histogramme représentant la fréquence des différents pansements primaires choisis pour le cas clinique n°2

5.3. Évaluation et prise en charge de la douleur

92,78% des répondants **évaluaient systématiquement la douleur** chez les patients présentant un UVJ. Le mode pour la question de l'évaluation de la douleur était « Oui » [Figure 26].

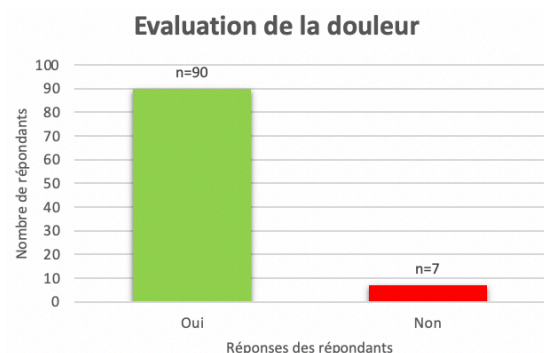


Figure 26 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Est-ce que vous évaluez systématiquement la douleur chez les patients souffrant d'ulcère veineux ? »

Le **traitement antalgique per os** avait été préférentiellement choisi par **91,75%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes pour la prise en charge de la douleur liée aux soins de plaie. **18,56%** des répondants avaient choisi la **crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®)**. 4,12% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et ont cité un traitement non repris dans les propositions : spray xylocaïne à 10%. Le mode de cette question était « Traitement antalgique per os » [Figure 27].

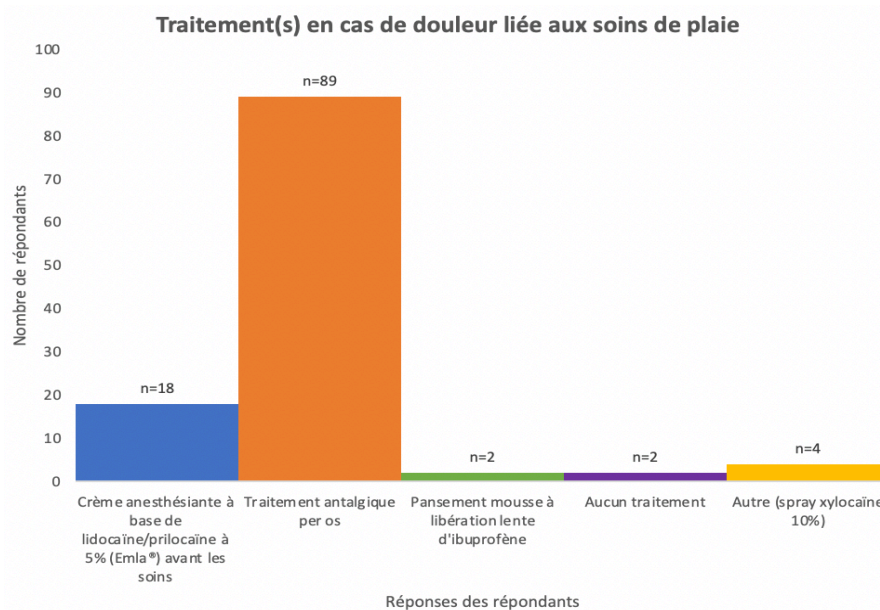


Figure 27 – Histogramme représentant la fréquence des différents traitements antalgiques choisis

5.4. Thérapie de compression

80,41% des répondants **prescrivaient une thérapie de compression en cas d'UVJ pur** tandis que **19,59%** **n'en prescrivait pas**. Le mode pour la question de la thérapie de compressive en cas d'UVJ était « Oui » [Figure 28].

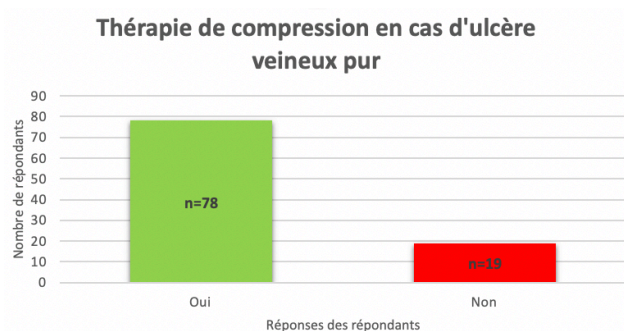


Figure 28 – Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « En cas d'ulcère veineux pur et en l'absence de contre-indication, est-ce que vous prescrivez une thérapie de compression à vos patients ? »

Le mode pour la question de la thérapie de compressive en cas d'UVJ et d'artériopathie périphérique avancée était « Non » [Figure 29].

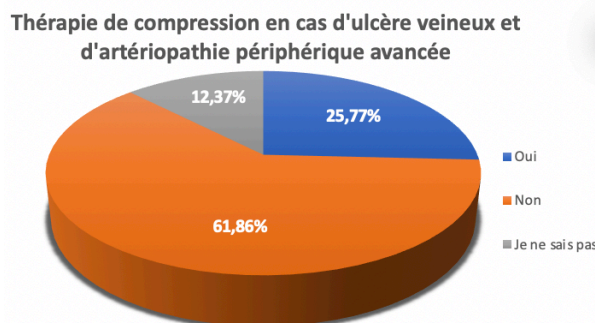


Figure 29 – Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Prescrivez-vous une compression veineuse à votre patient s'il présente un ulcère veineux et une artériopathie périphérique avancée ? »

Le mode pour la question de la thérapie de compressive en cas d'UVJ et d'IPS compris entre 0,9 et 1,2 était « Je ne sais pas » [Figure 30].

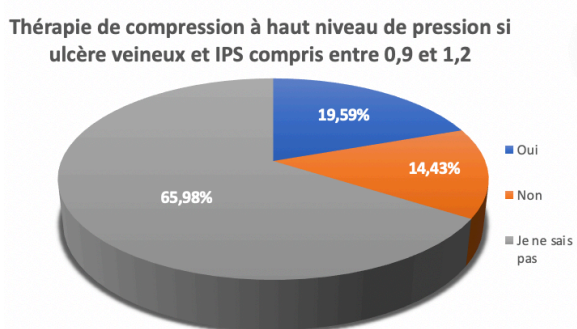


Figure 30 - Diagramme circulaire représentant le pourcentage des réponses à la question « Prescrivez-vous une compression veineuse à haut niveau de pression à votre patient s'il présente un ulcère veineux et un index de pression systolique chevilles/bras (IPS) compris entre 0,9 et 1,2 ? »

6. Les perspectives

94,85% des répondants étaient **intéressés par la création d'un guide** sur la prise en charge des UVJ non infectés. Le mode pour la question concernant le guide était « Oui » [Figure 31].

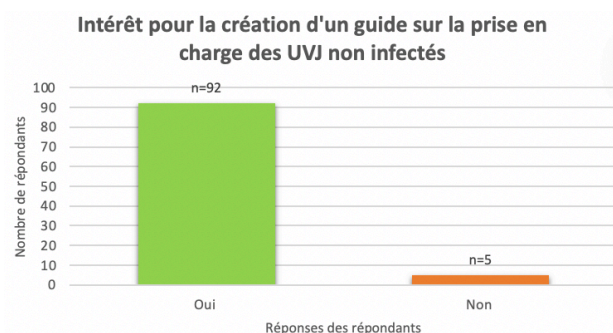


Figure 31 - Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Seriez-vous intéressé(e) par la création d'un guide reprenant les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des ulcères veineux non infectés ? »

88,66% des répondants pensaient que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux UVJ pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins donnés aux patients. Le mode pour la question concernant le parcours multidisciplinaire était « Oui » [Figure 32].

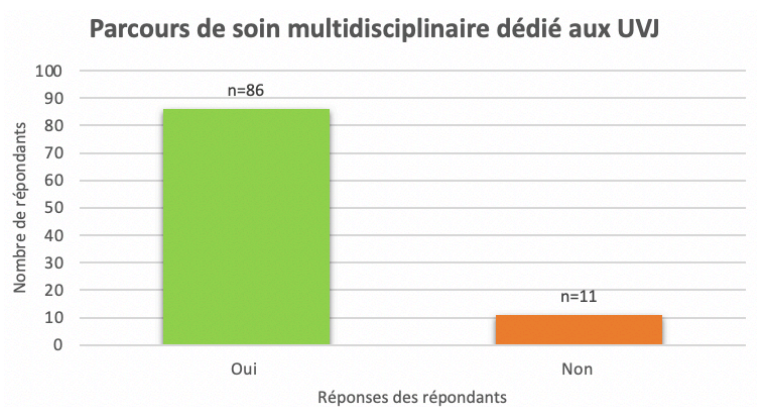


Figure 32 - Diagramme en barres représentant la fréquence des réponses données à la question « Pensez-vous que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux ulcères veineux permettrait d'améliorer la qualité des soins ? »

Discussion

1. Discussion de la méthodologie

1.1. Justification de la méthodologie choisie

Nous avons décidé de réaliser une étude quantitative observationnelle transversale pour ce travail d'évaluation de la pratique actuelle des médecins généralistes, en formation et agréés, de la région de Charleroi concernant la prise en charge des UVJ. Cette méthode nous paraissait cohérente avec l'objectif du TFE et la plus adaptée pour apporter une réponse à notre question de recherche.

Nous avons opté pour un questionnaire auto-administré comme outil pour notre étude car il permet de produire des réponses quantifiables et il facilite le recueil ainsi que l'analyse des données.

Ainsi, cette étude a permis d'obtenir une estimation de la qualité de la pratique actuelle des assistants en médecine générale et des médecins généralistes de la région de Charleroi en termes de prise en charge des UVJ non infectés.

1.2. Forces de l'étude

L'enquête réalisée apporte une réponse à la question initialement posée : la pratique actuelle des assistants en médecine générale et des médecins généralistes de la région de Charleroi différaient des recommandations internationales et européennes pour de nombreux aspects de la prise en charge des UVJ non infectés et donc la prise en charge des patients n'était pas toujours adéquate.

Notre étude n'a **pas** comporté de **biais d'enquêteur** puisque les répondants ont été interrogés via un questionnaire auto-administré et qu'il n'y avait pas de sélection parmi la population cible. Ensuite, l'anonymat du questionnaire hébergé par LimeSurvey a permis de **limiter le biais de non réponse**.

Dans le but d'**éviter un biais d'interprétation**, les cas cliniques, illustrés par une photographie d'un UVJ à un des stades de cicatrisation, étaient accompagnés d'une brève description reprenant les caractéristiques de l'UVJ. Le contenu du questionnaire a été volontairement sélectif afin d'obtenir un questionnaire court et de **limiter** ainsi le **phénomène de lassitude** pouvant apparaître chez le participant après plusieurs questions répétitives. De plus, toujours dans l'optique de favoriser l'adhésion des participants et d'éviter la lassitude, nous avons **varié le type de questions** : fermées à réponse binaire (oui/non), fermées avec échelle de mesure

de fréquence (toujours/souvent/rarement/jamais) et à choix multiple avec une ou plusieurs réponse(s) possible(s).

Pour obtenir des **réponses nuancées**, nous avons laissé, pour plusieurs questions, la possibilité au répondant de cocher le **champ « Autre »** et de proposer une solution absente de la liste des choix présentés.

Une fois le questionnaire activé et envoyé à l'ensemble de la population cible, aucune modification n'y a été apportée.

Lors de l'analyse des données, les **questionnaires incomplets** ont été **exclus** de l'étude.

L'analyse de l'objectif principal a été réalisée de la même façon pour l'ensemble des répondants, **évitant** ainsi le **biais d'évaluation**.

Il n'y a **pas** eu de **biais de notification** dans notre étude puisque les résultats obtenus n'ont nullement influencé la sortie des résultats.

Nous avons tenu compte du **biais de confirmation** tout au long de ce TFE afin de ne pas privilégier les informations confirmant l'hypothèse de départ. Les résultats favorables sont autant mis en avant que ceux défavorables.

Compte tenu du caractère incomplet de la plupart des guidelines, ne proposant pas des recommandations pour chaque étape de la prise en charge de l'UVJ, nous avons pallié à ce problème en créant un **guide pratique [Annexe 5]**. Il est donc basé sur une compilation des guidelines internationales et européennes. Ce guide a été pensé pour permettre une utilisation aisée dans le cadre d'une pratique quotidienne en médecine générale.

1.3. Limites de l'étude

1.3.1. *Faible taux de participation*

Le **taux de participation** de notre étude était **faible : 18,27%** des assistants en médecine générale et médecins généralistes sondés ont répondu intégralement au questionnaire et ce malgré un temps de recueil des données de plus de 2 mois et 2 relances.

On peut probablement expliquer ce faible taux de participation par un **manque d'intérêt de la population étudiée quant au thème** des UVJ mais aussi par une **surcharge de travail** compte tenu de la pandémie à Covid19 qui nous touche actuellement.

On aurait pu distribuer le questionnaire en format papier lors des dodécagroupes (DDG) et/ou lors des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM), ayant lieu sur le secteur représenté par la FAGC, afin d'augmenter le taux de participation.

Malheureusement, en raison de la limite temporelle de remise du TFE et des conditions sanitaires privilégiant les réunions par vidéoconférence, nous n'en avons pas eu l'opportunité.

1.3.2. Contenu non exhaustif du questionnaire

On peut critiquer le **contenu du questionnaire** qui n'était **pas exhaustif**. En effet, celui-ci éludait plusieurs étapes de la prise en charge des UVJ dont la prise en charge chirurgicale, le choix du pansement secondaire, le traitement des UVJ infectés, la prise en charge médicamenteuse (ex : zinc, flavonoïdes, pentoxifylline,...), les traitements locaux avancés (ex : facteurs de croissance, thérapie par pression négative,...) et le traitement préventif.

Ce choix de contenu sélectif pour le questionnaire était délibéré. Il résultait de la volonté de se limiter à la pratique en médecine générale mais également de la volonté d'obtenir un questionnaire court, favorisant l'adhésion des participants et donc augmentant le taux de participation.

1.3.3. Biais de sélection

Le **caractère monocentrique** de l'étude entraîne un biais de sélection. Ceci est un **frein à une généralisation des résultats observés** sur notre population cible. Une étude à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles voire à l'échelle nationale aurait permis de corriger ce biais mais cela aurait nécessité une organisation plus complexe.

De plus, nous avons contacté les assistants et médecins généralistes uniquement par e-mail et la **participation** à l'étude était **volontaire**. Il est donc probable que seuls les médecins les plus intéressés par le sujet aient décidé de prendre le temps de compléter le questionnaire.

1.3.4. Biais de déclaration

Malgré l'anonymat du questionnaire, nous pouvons envisager que certains participants aient modifié leurs réponses par rapport à la réalité afin de se rendre plus exemplaires, selon le **concept de désirabilité sociale**.

De même, il est impossible de vérifier l'**authenticité des réponses** puisque que le questionnaire était auto-administré. Les participants ont donc pu obtenir leurs réponses non pas à partir de leurs propres connaissances mais à l'aide d'une personne extérieure ou en effectuant une recherche sur internet.

1.3.5. Biais d'attention

Notre questionnaire comprenait des **questions variées** qui demandaient une certaine **réflexion** de la part de nos répondants. Il n'est pas déraisonnable de penser que certains médecins généralistes, en formation et agréés, aient survolé en vitesse certaines questions en donnant des réponses peu fiables.

1.3.6. Analyses statistiques limitées

Les analyses statistiques étaient limitées étant donné le caractère qualitatif et non quantitatif des variables de notre enquête. Nous aurions pu rédiger le questionnaire autrement afin d'obtenir des variables quantitatives et de pouvoir réaliser des analyses statistiques plus poussées.

2. Discussion des résultats

2.1. Qualité globale des résultats de l'étude et confrontation avec l'hypothèse de départ

L'hypothèse de départ, à savoir que la pratique concernant la prise en charge des UVJ non infectés est hétérogène d'un médecin à l'autre et ne suit pas toujours les guidelines, a été sondée par une étude quantitative auprès des assistants en médecine générale et médecins généralistes de la région de Charleroi. Cette hypothèse de départ a été confirmée par les résultats obtenus : la pratique actuelle des assistants en médecine générale et des médecins généralistes de la région de Charleroi différaient des recommandations internationales et européennes pour de nombreux aspects de la prise en charge des UVJ non infectés.

Le protocole initialement prévu a été respecté tout au long de l'étude.

La taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour généraliser les résultats mais ceux-ci donnent déjà les principales tendances.

Ce TFE est principalement descriptif, nous ne sommes pas rentrés dans des analyses statistiques poussées. Les conclusions tirées pourront cependant servir de base de réflexion pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients présentant des UVJ non infectés.

2.2. Résultats principaux

2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

Plus de la moitié des participants de notre étude était des **femmes** (59,79%) et l'**âge moyen** était de **39,89 ans**. Les participants étaient principalement des **assistants de 3^{ème} année** (17,53%) et des **médecins généralistes ayant plus de 20 ans de pratique** (30,93%). Nous pouvons supposer que les assistants de 3^{ème} année ont collaboré davantage à notre étude car ils étaient plus sensibilisés aux TFE étant en fin de cursus et devant également réaliser ce travail. Les médecins généralistes, en formation et agréés, ayant répondu au questionnaire, travaillaient pour la majorité **en solo** (32,99%) ou **en association** (42,27%) et exerçaient surtout en **milieux semi-urbain** (46,39%) et **urbain** (39,18%). Les participants effectuaient ou avaient effectué leur master de spécialisation en médecine générale majoritairement à l'**UCL** (68,04%) et à l'**ULB** (27,84%).

→ L'étude était donc principalement représentative de ce profil de répondants.

2.2.2. Expérience et auto-évaluation des connaissances

La grande majorité des répondants (95,88%) avait déjà soigné un patient présentant un UVJ ce qui confirme la fréquence importante des UVJ en médecine générale et donc l'intérêt de les prendre en charge en respectant les recommandations de bonne pratique. En effet, les UVJ sont le type le plus courant de plaie chronique des membres inférieurs (2)(8).

Cependant, **plus de la moitié des répondants (58,76%) estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes** pour prendre correctement en charge un patient ayant un UVJ.

D'après V. Ciesielski Baroiller (9): 91,2% des internes en médecine générale (MG) interrogés estimaient leurs connaissances insuffisantes pour prendre en charge de manière adéquate les patients souffrant d'UVJ. De même, selon I. Bouita (10): 70,7% des internes en MG pensaient avoir « un peu » les connaissances nécessaires à la prise en charge des UVJ.

2.2.3. Pratique pluridisciplinaire

Les médecins généralistes, en formation et agréés, avaient **conscience de l'importance de collaborer avec des paramédicaux**.

En effet, **95,88% des répondants collaboraient avec des paramédicaux** ; il s'agissait principalement d'**infirmier(ière)s** et dans une moindre mesure de kinésithérapeutes.

On retrouve le même profil de réponses dans la thèse de J. Laleuf (11) où le suivi des patients présentant un UVJ se faisait à plus de 94% en collaboration avec l'infirmier.

Cela concorde avec la littérature où une approche multidisciplinaire est recommandée pour prendre en charge les patients présentant un UVJ (1)(2)(12)(13). Une approche multidisciplinaire permet d'améliorer la guérison, de protéger les patients à risque et de prévenir les récurrences d'UVJ (1). De plus, cela permet également d'améliorer la douleur et la qualité de vie des patients mais aussi de réduire les coûts en termes de soins de santé (13). L'équipe multidisciplinaire comprend des paramédicaux (ex : diététiciens, kinésithérapeutes, infirmiers à domicile, infirmiers référents en soins de plaie, infirmiers spécialisés en éducation thérapeutique, assistants sociaux,...) ainsi que des médecins (médecins généralistes, chirurgiens vasculaires, dermatologues,...)(12).

75,26% des médecins sondés dans cette enquête **avaient déjà référé un patient** présentant un UVJ **à un médecin spécialiste** ; il s'agissait de **chirurgiens vasculaires** en premier choix et de **dermatologues** en second choix.

S'il n'y a pas de réduction de la taille de l'ulcère après 4 semaines de traitement ou si la plaie n'est pas guérie après 12 semaines, il est recommandé de référer le patient à un service approprié ou à un médecin spécialiste (ex : chirurgien vasculaire, dermatologue) pour réévaluation (1)(4)(8). Il faut également référer à un chirurgien vasculaire si l'IPS est inférieur à 0,8 (14) ou s'il est supérieur à 1,3 (1)(4)(6)(8)(12)(13)(15). En cas de doute sur l'étiologie ou en cas d'ulcère de présentation atypique, il est recommandé de référer le patient (3)(6)(12)(16). En effet, si un UVJ est réfractaire, il peut ne pas être causé par une insuffisance veineuse et il faut dans ce cas envisager de réaliser une biopsie pour obtenir le diagnostic histologique (3)(6)(12)(13)(15).

2.2.4. Intérêts pour la création d'un guide et d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux UVJ

Conscients de leurs difficultés, les assistants en médecine générale et médecins généralistes de la région de Charleroi, interrogés dans cette enquête, étaient demandeurs d'un perfectionnement de leurs connaissances sur le sujet. En effet, **94,85%** des répondants ont marqué leur **intérêt pour la création d'un guide sur la prise en charge des UVJ non infectés**. L'amélioration des connaissances sur la prise en charge des UVJ est une volonté des médecins que l'on retrouve dans d'autres travaux :

- Thèse de V. Ciesielski Baroiller (9) : 90,3% des internes en MG se disaient intéressés par un cours sur la prise en charge des UVJ et 98,2% souhaitaient obtenir un référentiel pratique de prise en charge.
- Thèse de J. Laleuf (11) : les trois quarts des médecins interrogés étaient insatisfaits de leur formation initiale, et plus de 85% d'entre eux estimaient qu'une meilleure formation permettrait une amélioration de la prise en charge des UVJ.

Ces constatations ont conforté notre initiative de création d'un guide [**Annexe 5**] portant sur la prise en charge des UVJ non infectés, constituant un outil pédagogique qui répond à la demande de la population enquêtée. Lors de la préparation du guide pratique, nous avons pu constater que les guidelines sur la prise en charge d'un patient souffrant d'un UVJ étaient rarement complètes. Nous avons donc du recouper les informations issues de plusieurs guidelines afin de disposer des recommandations pour les différentes étapes de la prise en charge. De plus, ces documents sont généralement longs et accessibles, pour la plupart d'entre eux, à condition de comprendre l'anglais.

Il est donc fastidieux d'utiliser les guidelines dans une pratique quotidienne en médecine générale car la recherche d'informations y est chronophage.

Conscients également de l'importance de la multidisciplinarité pour prendre en charge les UVJ, **88,66%** des médecins généralistes, en formation et agréés, sondés dans cette enquête, étaient **favorables à la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié entièrement aux UVJ** pour améliorer la qualité des soins.

2.3. Détails des résultats des différentes étapes de la prise en charge de l'UVJ et confrontation avec la littérature

2.3.1. Prise en charge des comorbidités et réalisation d'examens complémentaires **Carences et/ou comorbidités**

Seulement **36,08%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes sondés **recherchaient toujours les carences et/ou comorbidités éventuelles** du patient porteur d'un UVJ. Pourtant, il est recommandé de dépister et de prendre en charge les comorbidités et les pathologies qui peuvent influencer le traitement des UVJ et provoquer un retard de guérison (1)(2)(6)(8)(12)(17)(18). Parmi ces comorbidités, on retrouve par exemple : artériopathie périphérique, polyarthrite rhumatoïde, vasculite, diabète de type 2, malnutrition, obésité, mobilité réduite (1)(3)(4)(6)(8)(12)(13).

Cet aspect de la prise en charge n'a pas été évalué dans les thèses de I. Bouita (10), V. Ciesielski Baroiller (9) et J. Laleuf (11).

Palpation des pouls périphériques

Concernant la palpation des pouls périphériques, **79,38%** des répondants les **palpaient de manière systématique** lors de l'examen clinique initial. La majorité des médecins interrogés avait donc conscience qu'il faut toujours rechercher les signes cliniques en faveur d'une pathologie artérielle (8), tels qu'une abolition des pouls périphériques, lors de l'examen clinique (2)(3)(4)(12)(17)(18). En effet, l'évaluation de la perfusion périphérique est une condition fondamentale dans la prise en charge des UVJ (1)(8)(12).

On retrouve le même profil de réponses dans la thèse de J. Laleuf (11) où 77,5% des médecins interrogés avaient palpé tous les pouls périphériques.

Index de pression systolique chevilles/bras (IPS) [Annexe 6]

La mesure de l'IPS était largement sous-utilisée par les répondants : 74,23% des médecins généralistes, en formation et agréés, **n'utilisaient jamais l'IPS**.

La sous-utilisation de l'IPS se retrouve dans d'autres travaux :

- Thèse de I. Bouita (10) : 52 internes sur les 167 participants à l'étude demandaient la mesure de l'IPS comme examen complémentaire en première intention.

- Thèse de J. Laleuf (11) : à peine plus d'un tiers des patients avait bénéficié de la mesure de l'IPS et moins de 10% des médecins interrogés le mesuraient eux-mêmes.

Or, la littérature recommande de toujours mesurer l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS)(18) car il peut aider à déterminer la présence ainsi que la sévérité d'une artériopathie des membres inférieurs (6)(13)(17) et par conséquent, évaluer la mise en place d'une compression veineuse (1)(2)(3)(4)(8)(12). Si l'IPS est inférieur à 0,8, cela suggère la présence d'une artériopathie périphérique (1)(2)(4)(6)(8)(12)(13)(17). Cependant, si l'IPS est supérieur à 1,3, cela peut suggérer la présence de calcifications au niveau des artères ; des examens complémentaires sont donc requis (1)(2)(6)(8)(13). Une hypothèse pouvant expliquer cette sous-utilisation de la mesure de l'IPS est qu'il faut avoir une sonde doppler ce qui n'est probablement pas le cas de la majorité des médecins sondés. Selon I. Bouita (10), les principaux freins à la réalisation de la mesure de l'IPS sont : la méconnaissance du bénéfice attendu, l'absence de matériel adéquat et les contraintes de temps.

Réalisation d'un écho-doppler veineux

L'écho-doppler veineux était insuffisamment prescrit par les répondants : **69,07%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes **ne prescrivait pas d'écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'UVJ**.

Le recours insuffisant à l'écho-doppler a été constaté dans d'autres travaux :

- Thèse de I. Bouita (10) : 52 internes sur les 167 participants à l'étude demandaient un écho-doppler comme examen complémentaire en première intention.
- Thèse de J. Laleuf (11) : 60% des patients avaient bénéficié d'un écho-doppler veineux.

Pourtant, la réalisation d'un écho-doppler veineux est recommandée chez tout patient porteur d'un UVJ (15)(18) afin de confirmer et localiser l'insuffisance veineuse (2)(6)(12)(13). Cela permet également de déterminer la ou les cause(s) de l'insuffisance veineuse (reflux, obstruction veineuse et/ou défaillance de la pompe musculaire du mollet)(6) et d'envisager éventuellement une prise en charge chirurgicale (2).

De plus, le calcul de l'IPS peut se faire lors de la réalisation de l'écho-doppler veineux si le médecin généraliste ne dispose pas de l'équipement nécessaire.

L'écho-doppler veineux doit être complété par un écho-doppler artériel en cas de pouls périphériques abolis à l'examen clinique et/ou si l'IPS est inférieur à 0,8 afin d'exclure un ulcère mixte.

D'après J. Laleuf (11), les hypothèses pouvant expliquer le recours insuffisant à l'écho-doppler veineux sont les suivantes :

- Étant donné que les UVJ touchent principalement des patients âgés, ceux-ci ont parfois une autonomie limitée ou des difficultés pour se déplacer jusqu'à l'hôpital pour réaliser l'écho-doppler veineux ;
- Si le patient présente des pathologies annexes lourdes, il est possible que le médecin juge le bénéfice attendu de l'écho-doppler veineux insuffisant.

Bilan nutritionnel

Seulement **8,25%** des médecins généralistes, en formation et agréés, **réalisaient toujours un bilan nutritionnel** chez leurs patients ayant un UVJ. Ce résultat est appuyé par le fait qu'**aucun des répondants n'avait mentionné collaborer avec un diététicien** lorsqu'ils devaient préciser les paramédicaux avec lesquels ils travaillaient.

Pourtant, la littérature recommande qu'un dépistage nutritionnel soit effectué (2)(3)(8)(12). Le statut nutritionnel du patient peut être établi en utilisant l'échelle « Mini Nutritional Assessment » (MNA)(3). En effet, l'obésité, le surpoids et la malnutrition sont des comorbidités qui augmentent le risque de développer un UVJ (8) et qui sont associées à un retard de guérison de l'UVJ (3)(4)(13). Les patients dépistés comme à risque de malnutrition doivent être référés à un diététicien pour une évaluation nutritionnelle complète (1)(12)(17)(18).

La consommation d'une alimentation saine et équilibrée ainsi que le maintien d'un poids convenable (6) peuvent réduire le risque de développer plusieurs pathologies qui prédisposent un patient aux ulcères, mais également favoriser la guérison chez les patients qui présentent déjà un UVJ (8).

Cet aspect de la prise en charge n'a pas été évalué dans les thèses de I. Bouita (10), V. Ciesielski Baroiller (9) et J. Laleuf (11).

Programme d'exercices physiques

Il n'y avait que **10,31%** des assistants en médecine générale et des médecins généralistes qui **prescrivaient toujours un programme d'exercices physiques** à leurs patients souffrant d'UVJ. Ce résultat est appuyé par le fait que, parmi les 85 répondants qui collaboraient avec des paramédicaux et qui avaient précisé avec lesquels ils travaillaient, seuls 7 d'entre eux ont cité les kinésithérapeutes.

Pourtant, des exercices physiques spécifiques visant à renforcer la pompe musculaire du mollet sont recommandés chez les patients présentant un UVJ (3)(18) en complément de la thérapie de compression (2)(4)(6)(13)(19). La mobilité des patients est essentielle pour optimiser la thérapie de compression et elle aide à minimiser les complications (2)(8). Il est donc important d'encourager les patients à bouger autant que possible selon leurs capacités individuelles (1)(2)(8). En effet, les problèmes de mobilité et/ou de marche sont des facteurs qui peuvent contribuer au développement d'un UVJ car cela compromet l'activation de la pompe musculaire du mollet qui contribue au retour veineux (8).

Cet aspect de la prise en charge n'a pas été évalué dans les thèses de I. Bouita (10), V. Ciesielski Baroiller (9) et J. Laleuf (11).

2.3.2. Soins de plaie

Nettoyage de la plaie

- Cas clinique n°1 : **49,48%** des répondants avaient choisi le **sérum physiologique**, 29,90% d'entre eux l'eau courante avec du savon et 19,59% avaient opté pour la povidone iodée. 11,34% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et ont cité les éléments suivants comme proposition pour nettoyer la plaie : vaseline salicylée, miel, Purilon®, Flaminal hydro®, vaseline boriquée, curette, pommade boriquée et salicylée.
- Cas clinique n°2 : **59,79%** des répondants avaient choisi le **sérum physiologique**, 25,77% d'entre eux l'eau courante avec du savon et 16,49% avaient opté pour la povidone iodée.

L'eau courante était sous-utilisée comme méthode de nettoyage alors qu'elle a l'avantage d'être facile d'accès et surtout de faible coût.

Une proportion non négligeable d'assistants et médecins généralistes sondés (19,59% pour l'UVJ fibrineux et 16,49% pour l'UVJ bourgeonnant) avaient opté pour un antiseptique comme méthode de nettoyage. Il était pourtant précisé dans la description du cas clinique que l'UVJ n'était pas infecté. Concernant le cas clinique n°1, les répondants ayant choisi l'option « Autre » ont confondu méthode de nettoyage et pansement primaire.

On retrouve le même profil de réponses dans d'autres travaux :

- Thèse de I. Bouita (10) : 36 internes en MG avaient choisi le « lavage eau courante et savon » et 120 internes avaient opté pour le « lavage sérum physiologique et savon ». De plus, 16% des internes en MG avaient choisi l'utilisation d'un antiseptique local.

- Thèse de V. Ciesielski Baroiller (9) : l'utilisation de l'eau courante avait été peu choisie par les internes en MG (13,3% à 17,7% en fonction du profil de plaie) contrairement à l'utilisation du sérum physiologique privilégiée par une très grande majorité (77% à 81,4%). De plus, entre 28,3% et 43,4% des internes proposaient l'utilisation d'antiseptiques en fonction du stade de cicatrisation de la plaie.

Il est recommandé de nettoyer l'UVJ non infecté avec de l'eau courante en premier choix (15) et, en l'absence d'eau courante de bonne qualité, de le faire avec du sérum physiologique (2)(3)(17)(20)(21)(22). L'UVJ doit être nettoyé initialement et à chaque changement de pansement (16)(17)(18). L'utilisation d'antiseptiques est, par contre, contre-indiquée en cas de plaie non infectée (15)(21)(22) pour les raisons suivantes : ils sont cytotoxiques (3)(21), ils ralentissent le processus de cicatrisation, ils entraînent une sélection des germes et ils peuvent provoquer une sensibilisation de contact (23).

Débridement de la plaie par détersion mécanique

- Cas clinique n°1 (UVJ fibrineux) : **56,7%** des répondants recommandaient un **débridement** de l'UVJ tandis que 38,14% n'en recommandaient pas et 5,15% ne savaient pas répondre à la question.
- Cas clinique n°2 (UVJ bourgeonnant) : **97,94%** des répondants ne recommandaient **pas** un **débridement** par détersion mécanique.

Le recours au débridement par détersion mécanique en cas de plaie fibrineuse n'était pas optimal. Par contre, la grande majorité des assistants et médecins sondés avait conscience qu'un débridement n'était pas indiqué en cas de plaie bourgeonnante.

D'après I. Bouita (10), seuls 2 internes en MG jugeaient l'étape de détersion inutile et la méthode privilégiée était la détersion mécanique. Selon V. Ciesielski Baroiller (9), les internes en MG étaient conscients de l'importance de l'étape de détersion car seuls 0,9% à 5,3% en fonction du profil de la plaie (nécrotique et fibrineuse) jugeaient cette étape inutile. La méthode de détersion privilégiée par ceux-ci était la détersion mécanique (67,3% à 80,5%).

Dans la littérature, on recommande le débridement initial de l'UVJ pour éliminer les tissus nécrotiques, l'excès de charge bactérienne ainsi que les cellules mortes et sénescents afin de limiter le risque infectieux et de permettre la cicatrisation du fond de l'UVJ (2)(4)(6)(12)(13)(17)(18)(22). Le débridement concerne donc les plaies nécrotiques et/ou fibrineuses. Différentes techniques de débridement peuvent être utilisées (6)(17) seules ou en association (18).

Les techniques les plus souvent utilisées sont le débridement autolytique ainsi que le débridement à l'aide d'une curette ; cette dernière technique reste la plus avantageuse en termes de coût (3)(17). Il n'est pas recommandé de réaliser un débridement enzymatique (16).

Pansement(s) primaire(s)

- Cas clinique n°1 (UVJ fibrineux avec exsudat important) : **46,39%** des répondants avaient opté pour un **alginate** tandis que 29,59% d'entre eux avaient choisi un hydrogel et 12,37% ne savaient pas quel(s) pansement(s) primaire(s) choisir.
- Cas clinique n°2 (UVJ bourgeonnant avec exsudat faible) : **27,84%** des répondants avaient choisi un **alginate**, **27,84%** avaient opté pour un **hydrocolloïde**, **27,84%** pour un **tulle** et 9,28% ne savaient pas quel(s) pansement(s) primaire(s) choisir.

Nous avons pu constater la difficulté pour les assistants et médecins généralistes sondés de choisir un pansement primaire adapté au stade de cicatrisation et à l'exsudat de l'UVJ.

Pourtant, afin de faciliter leur choix, les propositions de réponses reprenaient la classe du pansement primaire ainsi que des exemples de noms commerciaux. Pour cette question, le répondant avait la possibilité de choisir la réponse « Je ne sais pas ». Dès lors, les assistants et médecins généralistes ayant décidé de répondre en cochant, une ou plusieurs des classes de pansements primaires parmi les propositions, estimaient réellement connaître la réponse.

Nos résultats sont comparables à ceux de V. Ciesielski Baroiller (9) :

- Entre 16,8% et 28,3% des internes en MG n'avaient pas donné de réponse pour le choix d'un type de pansement adapté au profil de la plaie ;
- Pour l'ulcère au stade fibrineux, 28,3% avaient opté pour « Alginate » et 24,8% pour « Hydrocolloïdes » ;
- Pour l'ulcère au stade bourgeonnant : 33,6% avaient opté pour « Tulles et interfaces » et 26,5% pour « Hydrocolloïdes ».

Tout d'abord, aucun type de pansement n'est supérieur à un autre en termes d'amélioration du taux de guérison des UVJ (3)(4)(12)(16)(23)(24). De même, aucun type de pansement n'a un profil d'effets indésirables plus favorable qu'un autre (23). Les pansements secs, sauf sur la peau intacte, sont considérés comme préjudiciables (17).

Il est recommandé d'utiliser un pansement primaire qui présente les caractéristiques suivantes en cas d'UVJ :

- Pansements simples, non adhérents (2)(4)(12)(15).
- Pansement qui maintient un environnement humide (2)(3)(12)(13)(17)(18).

Le fait de maintenir l'environnement de l'UVJ humide permet de réduire la douleur liée aux soins et plus précisément celle liée à la réfection du pansement (3)(13)(17)(18).

- Pansement permettant le contrôle de l'exsudat (2)(12)(13)(16)(17)(18).

En contrôlant l'excès d'exsudat, le pansement contribue à minimiser la macération mais également à améliorer le confort ainsi qu'à réduire la fréquence de changement du pansement (3)(13). La macération périlésionnelle et le contact continu avec l'exsudat peut entraîner un élargissement de la plaie et empêcher la guérison (17).

- Pansement qui minimise la douleur (12)(13)(16)(17)(18).
- Pansement qui protège la peau périlésionnelle des traumatismes physiques et chimiques (2)(13)(16)(17)(18).

D'après la littérature, le choix du pansement doit se faire sur base de plusieurs critères :

- Évaluation de la plaie à partir du modèle TIME [Annexe 7] qui tient compte du stade de cicatrisation de la plaie, de la présence ou non d'une infection, de l'exsudat ainsi que des berges de la plaie (1)(2)(8)(12)(21)(22) ;
- Localisation et taille de la plaie (2)(12)(17) ;
- Confort du patient (2)(12)(21)(23) ;
- Facilité d'utilisation (17)(21)(23) ;
- Coût pour le patient et la société (12)(17)(21)(23).

Tableau 1 - Classification des classes de pansements primaires en fonction du stade de cicatrisation et de la quantité d'exsudat (12)(22)(23)(25)(26)

Stade de cicatrisation	Plaie sèche (pas d'exsudat)	Plaie humide (exsudat faible)	Plaie mouillée (exsudat modéré à abondant)
Nécrose	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (<i>quantité limitée de nécrose</i>)	- Alginate
Fibrine	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (<i>quantité limitée de fibrine</i>)	- Alginate - Hydrofibre (<i>quantité limitée de fibrine</i>)
Bourgeonnement	- Tulle	- Hydrocolloïde - Tulle	- Hydrocellulaire - Hydrofibre
Épidermisation	- Tulle - Film (<i>plaie superficielle</i>)	- Hydrocolloïde - Tulle - Film (<i>plaie superficielle</i>)	- Hydrocellulaire

Les **pansements au charbon** sont recommandés pour les plaies malodorantes infectées ou non (22)(25)(26).

Les **pansements « Alginate »** sont recommandés pour les plaies hémorragiques (25).

Les **pansements « Hydrocolloïde »** ne doivent pas être utilisés si les berges de la plaie sont macérées et la peau périlésionnelle doit être saine (26).

En cas d'UVJ atone, d'autres types de pansements primaires peuvent être utilisés (22):

- **Pansement au collagène** : convient à tous les stades de cicatrisation excepté la nécrose ;
- **Pansement à l'acide hyaluronique** : convient aux plaies bourgeonnantes ou en voie d'épidermisation ;
- **Pansement à base de collagénase et d'acide hyaluronique** : plaie fibrineuse nécessitant un débridement enzymatique.

Le miel de Manuka avait été cité comme proposition de pansement primaire pour l'UVJ pur non infecté fibrineux avec exsudat important. Le miel peut effectivement être utilisé sur des plaies au stade fibrineux car il permet un débridement osmotique (22). Cependant, d'après une revue systématique Cochrane, le miel de Manuka n'améliore pas la guérison mais pourrait réduire l'infection des patients présentant un UVJ (4).

2.3.3. Évaluation et prise en charge de la douleur

Évaluation de la douleur

La grande majorité des médecins interrogés ne négligeaient pas la douleur. En effet, **92,78%** des répondants **évaluaient systématiquement la douleur** chez les patients présentant un UVJ. Nos résultats sont comparables à ceux de V. Ciesielski Baroiller (9) où, pour les profils de plaies nécessitant une détersion, respectivement 4,4% et 10,6% des internes en MG seulement répondaient qu'aucune prise en charge antalgique n'était nécessaire.

Étant donné que les UVJ sont fréquemment douloureux (3), la gestion de la douleur à l'aide de traitements antalgiques et/ou de pansements ayant des propriétés analgésiques est nécessaire (8). De plus, la douleur associée aux UVJ a un impact majeur sur la qualité de vie des patients (27). La littérature recommande que l'intensité de la douleur ressentie par le patient soit surveillée et documentée régulièrement lors de l'évaluation de la plaie et lors de chaque changement de pansement en utilisant, par exemple, une échelle visuelle analogique (EVA) (1)(2)(8)(12)(13). De plus, en cas de douleur, il faut réaliser une évaluation complète afin d'identifier la cause, la nature ainsi que la gravité (1)(12).

La douleur peut être en lien avec la pathologie sous-jacente, le processus de cicatrisation ou apparaître suite à une complication locale (ex : infection locale) (27).

La douleur peut être associée aux soins locaux, lors du débridement ou de l'application du pansement (13)(27). Elle peut également être liée à la compression veineuse (1)(2). Dans ce cas, il est nécessaire de réévaluer le type de compression ainsi que la technique d'application du système de compression (1)(2).

Prise en charge de la douleur

Concernant la question sur le traitement en cas de douleur liée aux soins, le **traitement antalgique per os** avait été préférentiellement choisi par **91,75%** des répondants tandis que seulement **18,56%** d'entre eux avaient opté pour la **crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®)**. 4,12% des répondants avaient choisi l'option « Autre » et avaient proposé le spray xylocaïne à 10%.

On retrouve le même profil de réponses dans la thèse de V. Ciesielski Baroiller (9) où les internes en MG proposaient préférentiellement une prise en charge antalgique per os par sulfate de morphine. La crème anesthésiante EMLA® était le produit le moins choisi.

Pourtant, il est recommandé d'utiliser la crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®) en cas de douleur liée aux soins (réfection du pansement et/ou débridement) car elle apporte un soulagement efficace de la douleur (3)(4)(13)(15)(16)(23)(27). De plus, il est conseillé de privilégier des pansements siliconés ou ceux qui maintiennent le milieu humide (ex : hydrogel, alginate, hydrofibre,...) en cas de douleur liée à la réfection du pansement (3)(13)(27). Si les mesures spécifiques s'avèrent insuffisantes pour soulager la douleur liée aux soins, on peut avoir recours à un traitement antalgique per os. La prise en charge de la douleur permet d'améliorer la qualité de vie des patients porteurs d'un UVJ (16).

Les médecins généralistes, en formation et agréés, interrogés **sous-utilisaient la crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®) dans la prise en charge de la douleur liée aux soins** alors que son efficacité clinique est bien documentée et qu'elle est sans toxicité systémique aux posologies recommandées.

D'après V. Ciesielski Baroiller (9), la sous-utilisation de la crème EMLA® serait liée à la contrainte du délai imposé entre la pose et le début des soins : l'application doit avoir lieu minimum trente minutes avant le soin.

Le spray xylocaïne 10% avait été cité comme proposition de traitement pour la douleur liée aux soins par plusieurs répondants. Cependant, il n'est pas autorisé dans cette indication en Belgique.

2.3.4. Thérapie de compression

La majorité des assistants et médecins interrogés avait conscience de l'importance de la thérapie de compression dans le traitement de l'UVJ : **80,41%** des répondants **prescrivaient une thérapie de compression en cas d'UVJ pur**.

On retrouve le même profil de réponses dans la thèse de I. Bouita (10) où 86% des internes en MG sondés traitaient un UVJ par une compression médicale.

Par contre, dans celle de V. Ciesielski Baroiller (9), une grande partie des internes n'avait pas conscience de l'intérêt de la mise en place d'une compression veineuse dans la prise en charge de l'UVJ : 29,2% à 46,9% des internes avaient décidé de ne pas en prescrire, quelque soit le stade de la plaie.

La compression est largement reconnue dans la littérature comme la pierre angulaire de la prise en charge des UVJ (3)(15)(23): elle améliore les taux de cicatrisation par rapport au traitement sans compression (8)(13)(16)(28) et, après cicatrisation, réduit les taux de récurrence (2)(4)(6)(12)(14)(18). Elle permet de diminuer l'hypertension ambulatoire veineuse, de réduire l'œdème, d'améliorer le flux sanguin cutané et finalement de favoriser la cicatrisation grâce à une diminution des effets de l'insuffisance veineuse chronique (2)(6)(12).

Néanmoins, **19,59%** des répondants **ne prescrivaient pas de thérapie de compression en cas d'UVJ pur**.

La sous-utilisation de la compression représente des opportunités manquées de cicatrisation des plaies et d'amélioration de la qualité de vie des patients (2). De plus, le fait de ne pas traiter activement à l'aide d'une thérapie de compression provoquent une augmentation de la douleur et de l'inconfort des patients mais également des coûts majorés (1). D'après J. Laleuf (11), il existe des freins à la prescription de la compression médicale en cas d'UVJ comme le refus du patient, la difficulté d'observance par le patient, la peur d'une artériopathie sous-jacente, la méconnaissance des modes et des grades de compression ainsi que l'absence de formation aux techniques de pose.

Les résultats ci-dessous mettent bien en évidence que **les indications et contre-indications de la thérapie de compression ne sont pas maîtrisées par les assistants et médecins généralistes sondés :**

- **61,86%** des répondants **ne prescrivait pas de thérapie de compression en cas d'artériopathie périphérique avancée** tandis que 25,77% en prescrivait une et 12,37% ne savaient pas répondre à la question.
- **65,98%** des répondants **ne savaient pas s'il fallait prescrire une thérapie de compression à haut niveau de pression en cas d'ulcère veineux et d'IPS compris entre 0,9 et 1,2** tandis que 19,59% en prescrivait une et 14,43% n'en prescrivait pas.

Dans la thèse de I. Bouita (10) : 89,2% des internes en MG sondés ne traitaient pas un ulcère artériel par une compression médicale et 59,3% ne traitaient pas un ulcère mixte par compression médicale. Dans celle de J. Laleuf (11) : 31,9% des médecins interrogés avaient prescrit une compression forte et moins d'un tiers des patients avaient reçu une compression en accord avec les recommandations.

Dans la littérature, il est recommandé d'évaluer les facteurs pouvant contre-indiquer la thérapie de compression chez tous les patients (8).

De plus, avant toute mise en place d'une compression, il faut mesurer l'IPS (3) afin d'évaluer le système artériel périphérique du patient et d'exclure la présence d'une artériopathie périphérique (1)(2)(4)(6)(8)(12)(14).

- Si l'IPS est supérieur à 0,8, il est recommandé d'utiliser une thérapie de compression en utilisant un haut niveau de pression (2)(3)(4)(12)(13)(15)(17).
- Si l'IPS est compris entre 0,5 et 0,8 et/ou en présence d'une artériopathie périphérique légère à modérée, la thérapie de compression peut se discuter mais des faibles niveaux de pression seront utilisés (1)(2)(4)(6)(8)(12)(17).
- Si l'IPS est inférieur à 0,5 et/ou en présence d'une artériopathie périphérique avancée, la thérapie de compression est formellement contre-indiquée et il faut référer le patient à un chirurgien vasculaire (1)(2)(4)(6)(8)(12)(14)(18).

3. Perspectives

À l'avenir, nous pourrions réaliser une étude similaire auprès des assistants en médecine générale et des médecins généralistes de la Fédération Wallonie-Bruxelles voire à l'échelle nationale afin d'avoir une meilleure représentativité des données. De même, une étude similaire mais concernant la prise en charge d'un autre type de plaies chroniques pourrait être effectuée et les données obtenues pourraient être comparées afin de déterminer si les aspects les mieux et les moins bien maîtrisés sont les mêmes pour tous les types de plaies.

D'autres travaux pourraient être menés pour venir compléter cette étude.

Tout d'abord, un premier pourrait évaluer de façon qualitative les difficultés rencontrées par les médecins, en formation et agréés, ainsi que les freins à l'application des guidelines concernant la prise en charge des UVJ dans leur pratique quotidienne.

Ensuite, un second pourrait s'intéresser aux pistes de solution pour améliorer et/ou renforcer les connaissances des assistants en médecine générale et de médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des UVJ.

Et pour terminer, un autre pourrait se pencher sur la question des ressources et des outils disponibles pour aider le médecin généraliste, en formation ou agréé, dans sa pratique quotidienne lorsqu'il est confronté à un patient présentant un UVJ.

Finalement, le guide pratique [**Annexe 5**], créé dans le cadre de ce TFE, pourrait être validé par des pairs pour ensuite être testé et évalué dans la pratique. L'objectif serait de l'améliorer sur base des remarques éventuelles des assistants en médecine générale et de médecins généralistes qui l'auront utilisés.

Conclusion

Notre étude avait pour but d'évaluer la pratique des assistants en médecine générale et des médecins généralistes de la région de Charleroi concernant la prise en charge des UVJ non infectés ainsi que leur intérêt vis-à-vis de l'obtention d'un guide pratique.

Une étude quantitative transversale observationnelle à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme a donc été réalisée entre le 26 janvier 2021 et le 14 avril 2021 auprès des 528 assistants en médecine générale et médecins généralistes, exerçant dans le secteur représenté par la FAGC, et actifs au cours de l'année 2020-2021.

Leurs réponses ont été confrontées aux recommandations internationales et européennes sur le sujet.

Nous avons ainsi pu constater que les médecins généralistes, en formation et agréés, de la région de Charleroi avaient une pratique qui différait des recommandations pour de nombreux aspects de la prise en charge des UVJ non infectés, entraînant de ce fait une prise en charge inadéquate. Or, toute prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique inadaptée entraîne des conséquences socio-économiques importantes, que ce soit en termes de coût mais également d'altération de la qualité de vie.

Cependant, en raison du faible taux de participation (18,27%), les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population cible mais ils donnent déjà les principales tendances.

Malgré tout, la prise en charge des UVJ non infectés pourrait être améliorée si les médecins étaient plus attentifs aux points suivants : la recherche des comorbidités et/ou carences éventuelles, l'utilisation systématique de l'IPS, la réalisation d'un écho-doppler veineux en cas de premier épisode d'UVJ, la prescription d'un bilan nutritionnel et d'un programme d'exercices physiques, le nettoyage à l'eau courante, le débridement en cas d'UVJ fibrineux, le choix d'un pansement primaire adapté au stade de cicatrisation et à la quantité d'exsudat, l'utilisation de l'EMLA® en cas de douleur liée aux soins ainsi que les contre-indications de la thérapie de compression.

Plus de la moitié des médecins généralistes, en formation et agréés, interrogés (58,76%) estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes pour prendre en charge un patient souffrant d'UVJ.

Plusieurs pistes sont à explorer afin d'améliorer et/ou renforcer les connaissances des assistants en médecine générale et des médecins généralistes et de faciliter l'application des guidelines dans leur pratique quotidienne : intégrer un module obligatoire traitant des soins de plaie dans le master complémentaire en médecine générale, augmenter l'offre de formations sur le sujet pour les médecins agréés, créer et mettre à disposition des outils d'aide à la décision basés sur les recommandations de bonne pratique facilement utilisables en consultation (ex : applications mobiles, guides reprenant des algorithmes décisionnels,...).

Nous avons également pu constater au travers de cette étude que les médecins généralistes, en formation et agréés, sondés avaient conscience de l'importance de travailler en équipe multidisciplinaire pour prendre en charge dans sa globalité le patient souffrant d'un UVJ. D'ailleurs, la majorité d'entre eux (88,66%) pensaient que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux UVJ pourrait permettre d'améliorer la qualité de soins. C'est en travaillant en étroite collaboration avec les différents acteurs de la santé qu'on pourra, à terme, réduire le développement mais également la récurrence des UVJ.

À l'issue de cette étude, un guide pratique reprenant l'essentiel des recommandations internationales et européennes publiées sur la prise en charge des UVJ non infectés a été élaboré. Ce guide a été pensé pour permettre une utilisation aisée dans le cadre d'une pratique quotidienne en médecine générale. Il sera mis à disposition de l'ensemble de la population cible avec l'objectif de servir de support pédagogique.

Pour terminer, ce n'est pas parce que le médecin connaîtra le meilleur protocole de prise en charge qu'il sera facile de le mettre en place en pratique et que l'observance sera bonne. Le traitement, aussi optimal soit-il n'est pas toujours accepté par le patient. À titre d'exemple, la thérapie de compression n'est pas toujours bien accueillie et pourtant elle reste la pierre angulaire du traitement des UVJ. Cela est d'ailleurs bien résumé par le paradigme de l'Evidence-Based Medicine (EBM).

Bibliographie

1. Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Gardner S, Schofield A, Staines K, et al. Best Practice Statement: Addressing complexities in the management of venous leg ulcers [Internet]. Wounds UK. London; 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-addressing-complexities-management-venous-leg-ulcers>
2. Harding K, Dowsett C, Fias L, Jernes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifier la prise en charge de l'ulcère veineux de la jambe [Internet]. Wounds International. London; 2015 [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations-fr>
3. Neumann HAM, Cornu-Thénard A, Jünger M, Mosti G, Munte K, Partsch H, et al. Evidence-based (S3) guidelines for diagnostics and treatment of venous leg ulcers. J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]. 2016;30(11):1843–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27558268/>
4. DynaMed. Venous Ulcer [Internet]. DynaMed. 2018 [cited 2020 Feb 16]. Available from: <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/venous-ulcer> Registration and login required.
5. Institut Wallon de l'Evaluation de la P et de la S. Indicateurs statistiques : Projection population des 65 ans et + [Internet]. IWEPS. 2020 [cited 2020 Jun 12]. Available from: https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2021/03/D009-POP.65-032021_full1.pdf
6. Vivas A, Lev-Tov H, Kirsner RS. Venous Leg Ulcers. Ann Intern Med. 2016;165(3):ITC17–32.
7. Purwins S, Herberger K, Debus ES, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. Int Wound J [Internet]. 2010;7(2):97–102. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20529149/>
8. Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Hopkins A, Tickle J, Worboys F, et al. Best Practice Statement : Holistic Management of Venous Leg Ulceration [Internet]. Wounds UK. London; 2016 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-holistic-management-of-venous-leg-ulceration>

9. Ciesielski Baroiller V. Prise en charge de l'ulcère veineux de jambe : évaluation de la qualité des connaissances des internes de médecine générale d'après les guidelines internationales [Internet]. Université Paris-Diderot - Paris 7; 2013. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4139_CIESIELSKI_these.pdf
10. Bouita I. Evaluation des connaissances des internes de médecine générale de Picardie sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des ulcères de jambe [Internet]. Université de Picardie Jules Vernes; 2017. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01926564>
11. Laleuf J. Evaluation de la prescription de compression dans l'ulcère veineux de jambe par 160 médecins généralistes en Limousin [Internet]. Université de Limoges; 2016. Available from: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-47433>
12. Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. J Wound Care [Internet]. 2016;25(6):1–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27292202/>
13. Association for the Advancement of Wound Care. International Consolidated Venous Ulcer Guideline (ICVUG) 2015 (Update of AAWC Venous Ulcer Guideline, 2005 and 2010) [Internet]. AAWC. 2015 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://aawconline.memberclicks.net/assets/appendix c guideline icvug-textformatrecommendations-final v42 changessaved18aug17.pdf>
14. Formulaire de soins aux Personnes Agées. Ulcus cruris venosum [Internet]. Farmaka. 2016 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/259#main>
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers : A national clinical guideline [Internet]. SIGN. 2010 [cited 2020 Jun 12]. p. 1–39. Available from: <https://www.sign.ac.uk/media/1058/sign120.pdf>
16. Australian Wound Management Association, New Zealand Wound Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers [Internet]. 2011. Available from: https://www.awma.com.au/files/publications/2011_awma_vlu_guideline_abridged.pdf

17. Marston W, Tang J, Kirsner RS, Ennis W. Wound Healing Society 2015 update on guidelines for venous ulcers. Wound Repair Regen [Internet]. 2016;24(1):136–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wrr.12394>
18. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. J Vasc Surg [Internet]. 2014;60(2):3S-59S. Available from: [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(14)00851-9/fulltext)
19. Poelman T. Intérêt d'associer de la gymnastique médicale à la thérapie par compression dans le traitement de l'ulcère de jambe d'origine veineuse ? [Internet]. Minerva. 2019 [cited 2020 Apr 15]. p. 1–2. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/599>
20. ©Prescrire. Lavage des plaies à l'eau du robinet. La Rev Prescrire. 2014;34(364):129.
21. Formulaire de soins aux Personnes Agées. Principes généraux du traitement de plaies chroniques [Internet]. Farmaka. 2016 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/258#main>
22. Association Pharmaceutique Belge. Pansements actifs : Soins de plaies en pharmacie [Internet]. APB. 2019 [cited 2020 Oct 20]. p. 1–26. Available from: http://www.appl.be/Upload/Pansements_actifs.pdf
23. ©Prescrire. Pansements des ulcères veineux de jambe : Praticité et coût sont les principaux critères de choix. La Rev Prescrire. 2013;33(359):682–7.
24. ebpracticenet. Comparison of different dressings for healing venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2017 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd04454#> Registration and login required.
25. Haute Autorité de Santé. Les pansements : Indications et utilisations recommandées [Internet]. HAS. 2011 [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts
26. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Dermatologie : Pansements actifs [Internet]. CBIP. [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?frag=14712&matches=actifs>

27. Belche JL. Ulcères veineux : quel effet antalgique des agents topiques et des pansements ? Minerva [Internet]. 2014;13(7):86–7. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/10>
28. ebpracticenet. Compression for venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2013 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd00562> Registration and login required.

Annexes

Annexe n°1 : Mail d'invitation à destination des assistants en médecine générale

Chères co-assistantes, chers co-assistants,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Je suis actuellement en 3^{ième} année d'assistantat en médecine générale à l'Université Catholique de Louvain et je réalise une enquête sur la prise en charge des ulcères veineux non infectés des membres inférieurs par les assistants et médecins généralistes de la région de Charleroi.

Mon but est d'évaluer la pratique actuelle des assistants et médecins généralistes exerçant à Charleroi.

Je proposerai à la fin de ce travail un guide abordant les points essentiels de la prise en charge des ulcères veineux afin d'aider le médecin généraliste dans sa consultation.

Je vous serais très reconnaissante de sacrifier moins de 10 minutes de votre temps en répondant au questionnaire dont le lien se trouve ci-dessous :

<https://limesurvey.uclouvain.be/limesurvey319/index.php/539247?lang=fr>

Je vous remercie d'ores et déjà de contribuer favorablement à mon travail et vous présente mes meilleurs vœux pour 2021.

Mathilde De Couvreur (assistante en 3^{ème} année de médecine générale)

Annexe n°2 : Mail d'invitation à destination des médecins généralistes

Chères consoeurs, chers confrères,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Je suis actuellement en 3^{ième} année d'assistantat en médecine générale à l'Université Catholique de Louvain et je réalise une enquête sur la prise en charge des ulcères veineux non infectés des membres inférieurs par les assistants et médecins généralistes de la région de Charleroi.

Mon but est d'évaluer la pratique actuelle des assistants et médecins généralistes exerçant à Charleroi.

Je proposerai à la fin de ce travail un guide abordant les points essentiels de la prise en charge des ulcères veineux afin d'aider le médecin généraliste dans sa consultation.

Je vous serais très reconnaissante de sacrifier moins de 10 minutes de votre temps en répondant au questionnaire dont le lien se trouve ci-dessous :

<https://limesurvey.uclouvain.be/limesurvey319/index.php/539247?lang=fr>

Je vous remercie d'ores et déjà de contribuer favorablement à mon travail et vous présente mes meilleurs vœux pour 2021.

Mathilde De Couvreur (assistante en 3^{ème} année de médecine générale)

Annexe n°3 : Résultats présentés en fréquences et en pourcentages

Données socio-démographiques

Q1 : Est-ce que vous travaillez au sein de l'arrondissement de Charleroi, secteur représenté par la Fédération des Associations des médecins Généralistes de la région de Charleroi (FAGC) ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	97	100
Non	0	0
Total	97	100

Organisation de la pratique médicale

Q2 : Quel est votre type de pratique ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Solo	32	32,99
Association de médecins généralistes	41	42,27
Maison médicale pluridisciplinaire à l'acte	10	10,31
Maison médicale pluridisciplinaire au forfait	12	12,37
Autre : MRS	1	1,03
Autre : hôpital	1	1,03
Total	97	100

Q3 : Vous exercez en milieu ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Rural	13	13,40
Semi-urbain	45	46,39
Urbain	38	39,18
Hospitalier	1	1,03
Total	97	100

Expérience et pratique

Q4 : Avez-vous déjà soigné des patients présentant un ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	93	95,88
Non	4	4,12
Total	97	100

Q5 : Estimez-vous avoir des connaissances suffisantes pour prendre en charge des patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	40	41,24
Non	57	58,76
Total	97	100

Q6 : Est-ce que vous collaborez avec des paramédicaux pour soigner les ulcères veineux ? Si vous répondez « oui », veuillez préciser lesquels dans l'encadré se trouvant sur votre droite.

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	93	95,88
Non	4	4,12
Commentaires	85	87,63

Commentaires

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Infirmier(ière)s	83	97,65
Infirmier(ière)s spécialisée(s) en soins de plaie	11	12,94
Kinésithérapeutes	7	8,24

Q7 : Avez-vous déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) spécialiste(s) ?
Si vous répondez « oui », veuillez préciser quel(s) médecin(s) spécialiste(s) dans l'encadré se trouvant sur votre droite.

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	73	75,26
Non	24	24,74
Commentaires	66	68,04

Commentaires

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Chirurgiens	2	3,03
Chirurgiens plastiques	1	1,52
Chirurgiens vasculaires	49	74,24
Clinique des plaies	2	3,03
Dermatologues	39	59,1
Diabétologues	1	1,52
Radiologues	3	4,55

Prise en charge des comorbidités et réalisation d'examen complémentaires

Q8 : Recherchez-vous les carences et/ou comorbidités éventuelles du patient lors de la mise au point initiale d'un ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Toujours	35	36,08
Souvent	52	53,61
Rarement	9	9,28
Jamais	1	1,03
Total	97	100

Q9 : Palpez-vous systématiquement les pouls périphériques lors de l'examen clinique initial d'un patient présentant un ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	77	79,38
Non	20	20,62
Total	97	100

Q10 : Utilisez-vous l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) dans votre pratique ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Toujours	2	2,06
Souvent	5	5,15
Rarement	18	18,56
Jamais	72	74,23
Total	97	100

Q11 : Prescrivez-vous systématiquement un écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	30	30,93
Non	67	69,07
Total	97	100

Q12 : Réalisez-vous un bilan nutritionnel chez vos patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Toujours	8	8,25
Souvent	29	29,90
Rarement	43	44,33
Jamais	17	17,53
Total	97	100

Q13 : Prescrivez-vous un programme d'exercices physiques réguliers à vos patients souffrant d'ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Toujours	10	10,31
Souvent	38	39,18
Rarement	33	34,02
Jamais	16	16,49
Total	97	100

Soins de plaie

Cas clinique n°1 : ulcère veineux pur, non infecté, stade fibrineux, exsudat important

Q14 : A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Eau courante et savon	29	29,90
Sérum physiologique	48	49,48
Povidone iodée	19	19,59
Antiseptique chloré	6	6,19
Chlorhexidine	8	8,25
Aucune méthode	4	4,12
Je ne sais pas	6	6,19
Autre	11	11,34

Q15 : Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	55	56,70
Non	37	38,14
Je ne sais pas	5	5,15
Total	97	100

Q16 : Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?

Résultats	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Alginate	45	46,39
Film de polyuréthane	1	1,03
Hydrocellulaire	12	12,37
Hydrocolloïde	10	10,31
Hydrofibre	7	7,22
Hydrogel	29	29,90
Pansements au charbon	0	0
Tulles	10	10,31
Je ne sais pas	12	12,37
Autre	7	7,22

Cas clinique n°2 : ulcère veineux pur, non infecté, stade bourgeonnant, exsudat faible

Q17 : A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Eau courante et savon	25	25,77
Sérum physiologique	58	59,79
Povidone iodée	16	16,49
Antiseptique chloré	2	2,06
Chlorhexidine	8	8,25
Aucune méthode	1	1,03
Je ne sais pas	6	6,19
Autre	2	2,06

Q18 : Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	2	2,06
Non	95	97,94
Je ne sais pas	0	0
Total	97	100

Q19 : Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?

Résultats	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Alginate	27	27,84
Film de polyuréthane	10	10,31
Hydrocellulaire	16	16,49
Hydrocolloïde	27	27,84
Hydrofibre	3	3,09
Hydrogel	7	7,22
Pansements au charbon	1	1,03
Tulles	27	27,84
Je ne sais pas	9	9,28
Autre	4	4,12

Évaluation de la douleur

Q20 : Est-ce que vous évaluez systématiquement la douleur chez les patient souffrant d'ulcère veineux ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	90	92,78
Non	7	7,22
Total	97	100

Q21 : Si la douleur ressentie par le patient est liée aux soins de plaie, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Application d'une crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine à 5% (EMLA®) avant les soins	18	18,56
Traitement antalgique per os	89	91,75
Application d'un pansement mousse à libération lente d'ibuprofène	2	2,06
Aucun traitement	2	2,06
Autre : spray xylocaïne 10%	2	2,06
Autre	2	2,06

Thérapie de compression

Q22 : En cas d'ulcère veineux pur et en l'absence de contre-indication, est-ce que vous prescrivez une thérapie de compression à vos patients ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	78	80,41
Non	19	19,59
Total	97	100

Q23 : Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à votre patient s'il présente un ulcère veineux et une artériopathie périphérique avancée ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	25	25,77
Non	60	61,86
Je ne sais pas	12	12,37
Total	97	100

Q24 : Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à haut niveau de pression à votre patient s'il présente un ulcère veineux et un index de pression systolique chevilles/bras (IPS) compris entre 0,9 et 1,2 ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	19	19,59
Non	14	14,43
Je ne sais pas	64	65,98
Total	97	100

Perspectives

Q25 : Seriez-vous intéressé(e) par la création d'un guide reprenant les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des ulcères veineux non infectés ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	92	94,85
Non	5	5,15
Total	97	100

Q26 : Pensez-vous que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux ulcères veineux permettrait d'améliorer la qualité des soins ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Oui	86	88,66
Non	11	11,34
Total	97	100

Données socio-démographiques (suite)

Q27 : Vous êtes ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Femme	58	59,79
Homme	38	39,18
Je ne souhaite pas le préciser	1	1,03
Total	97	100

Q28 : Votre âge ?

Calcul	Résultat
Écart-type	15,91
Moyenne	39,89
Médiane	32
Minimum	24
Maximum	74

Q29 : Votre statut actuel ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Assistant(e) 1 ^{ière} année	7	7,22
Assistant(e) 2 ^{ième} année	13	13,4
Assistant(e) 3 ^{ième} année	17	17,53
Médecin généraliste ayant moins de 5 ans de pratique	15	15,46
Médecin généraliste ayant entre 6 et 10 ans de pratique	7	7,22
Médecin généraliste ayant entre 11 et 19 ans de pratique	8	8,25
Médecine généraliste ayant 20 ans de pratique ou plus	30	30,93
Total	97	100

Q30 : Dans quelle université effectuez-vous/avez-vous effectué votre master de spécialisation en médecine générale ?

Réponses	Fréquence (f)	Pourcentage (%)
Université Catholique de Louvain (UCL)	66	68,04
Université Libre de Bruxelles (ULB)	27	27,84
Université de Liège (ULiège)	2	2,06
Autre : KUL	2	2,06
Total	97	100

Annexe n°4 : Questionnaire

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en médecine générale, je réalise une **enquête sur la prise en charge des ulcères veineux non infectés des membres inférieurs par les assistants et médecins généralistes de la région de Charleroi**.

Le but de ce travail est d'évaluer la pratique actuelle des assistants et médecins généralistes exerçant dans l'arrondissement de Charleroi.

Je proposerai à la fin de ce travail un **guide abordant les points essentiels de la prise en charge des ulcères veineux** afin d'aider les assistants et médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Votre **participation** à ce questionnaire est **anonyme et volontaire**. Vos réponses ne seront employées qu'à des fins scientifiques non commerciales. Je vous demande donc de répondre directement aux questions selon vos connaissances et votre expérience sans chercher "la bonne réponse" sur internet. De votre honnêteté dépend la validité des résultats de l'enquête.

Le **temps nécessaire** pour compléter le questionnaire a été évalué entre **7 et 10 minutes**.

Le questionnaire comprend essentiellement des **questions fermées** à réponse binaire (oui/non) ou à choix multiples.

Vous trouverez un **feedback avec les réponses** à la fin du questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez à mon enquête.

Pour toute **information complémentaire**, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : mathilde.decouvreur@student.uclouvain.be

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Suivant

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Sortir et effacer vos réponses

0%

Données démographiques

★ 1 Est-ce que vous travaillez au sein de l'arrondissement de Charleroi, secteur représenté par la Fédération des Associations des médecins Généralistes de la région de Charleroi (FAGC) ?

✓
Oui

⊘
Non

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Sortir et effacer vos réponses

10%

Organisation de la pratique médicale

★ 2 Quel est votre type de pratique?

- ☐ Solo
- ☐ Association de médecins généralistes
- ☐ Maison médicale pluridisciplinaire à l'acte
- ☐ Maison médicale pluridisciplinaire au forfait
- ☐ Autre :

* 3 Vous exercez en milieu ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez choisir ... ▼

- Milieu rural : zone à faible densité de population, villages de moins de 2000 habitants
- Milieu semi-urbain : zone à densité de population intermédiaire
- Milieu urbain : zone à forte densité de population, agglomération de plus de 50000 habitants

Suivant

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Sortir et effacer vos réponses

20%

Expérience et pratique

* 4 Avez-vous déjà soigné des patients présentant un ulcère veineux ?



* 5 Estimez-vous avoir des connaissances suffisantes pour prendre en charge des patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ?



* 6 Est-ce que vous collaborez avec des paramédicaux pour soigner les ulcères veineux ?
Si vous répondez "oui", veuillez préciser lesquels dans l'encadré se trouvant sur votre droite.

☐ Oui

☐ Non

Veuillez saisir votre commentaire ici:

* 7 Avez-vous déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) médecin(s) spécialiste(s) ?

Si vous répondez "oui", veuillez préciser quel(s) médecin(s) spécialiste(s) dans l'encadré se trouvant sur votre droite.

☐ Oui

☐ Non

Veuillez saisir votre commentaire ici:

Suivant

30%

Prise en charge des comorbidités et réalisation d'examens complémentaires

* 8 Recherchez-vous les carences et/ou comorbidités éventuelles du patient lors de la mise au point initiale d'un ulcère veineux ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

* 9 Palpez-vous systématiquement les pouls périphériques lors de l'examen clinique initial d'un patient présentant un ulcère veineux ?

☒ Oui☐ Non

* 10 Utilisez-vous l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) dans votre pratique ?

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

i L'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) se calcule en mesurant les pressions artérielles systoliques des artères humérales, pédieuses dorsales et tibiales postérieures avec un tensiomètre et un doppler continu de poche. On utilise les valeurs les plus élevées pour le calcul.
Index de pression systolique chevilles/bras (IPS) = PAS chevilles/PAS bras

* 11 Prescrivez-vous systématiquement un écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'ulcère veineux ?

☒ Oui☐ Non

* 12 Réalisez-vous un bilan nutritionnel chez vos patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

* 13 Prescrivez-vous un programme d'exercices physiques réguliers à vos patients souffrant d'ulcère veineux ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Suivant

Soins de plaie

Vous trouverez ci-dessous 2 cas cliniques illustrés par une photographie représentant un des stades d'évolution d'un ulcère de jambe d'origine veineuse.

* 14 **Cas n°1**

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : fibrineux
- Exsudat important

A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?



📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Eau courante et savon
- ☐ Sérum physiologique
- ☐ Povidone iodée (exemple : Iso-Bétadine®)
- ☐ Antiseptique chloré (exemple : Dakin®)
- ☐ Chlorhexidine (exemples : Hibiscrub®, Cedium chlorhexidine®)
- ☐ Aucune méthode
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

* 15 **Cas n°1**

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : fibrineux
- Exsudat important

Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ?



- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

* 16 **Cas n°1**

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : fibrineux
- Exsudat important

Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?



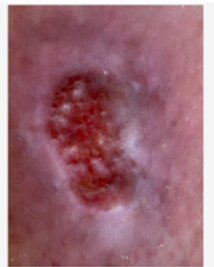
📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Alginate (exemples : Biatain Alginate®, Flaminol forte®, Flaminol hydro®, Kaltostat®, Tegaderm Alginate®,...)
- ☐ Film de polyuréthane (exemples : Opsite®, Tegaderm®,...)
- ☐ Hydrocellulaire (exemples : Biatain®, Mepilex®, Suprasorb P®,...)
- ☐ Hydrocolloïde (exemples : Comfeel Plus®, Suprasorb H®, Duoderm®,...)
- ☐ Hydrofibre (exemples : Aquacel®, Suprasorb Liquacel®,...)
- ☐ Hydrogel (exemples : Intrasite®, Purilon®, Duoderm Hydrogel®,...)
- ☐ Pansements au charbon (exemples : Carboflex®, Actisorb Silver 220®,...)
- ☐ Tulle (exemple : Jelonet®)
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

* 17 **Cas n°2**

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : bourgeonnant
- Exsudat faible

A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?



📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Eau courante et savon
- ☐ Sérum physiologique
- ☐ Povidone iodée (exemple : Iso-Bétadine®)
- ☐ Antiseptique chloré (exemple : Dakin®)
- ☐ Chlorhexidine (exemples : Hibiscrub®, Cédium chlorhexidine®)
- ☐ Aucune méthode
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

* 18 **Cas n°2**

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : bourgeonnant
- Exsudat faible

Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère par détersion mécanique (lame ou curette) ?

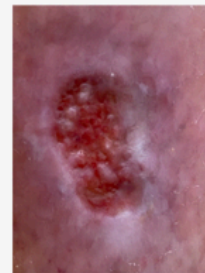


- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

* 19 Cas n°2

- Ulcère veineux pur non infecté
- Stade de cicatrisation : bourgeonnant
- Exsudat faible

Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?



Cochez la ou les réponses

- ☐ Alginate (exemples : Biatain Alginate®, Flaminol forte®, Flaminol hydro®, Kaltostat®, Tegaderm Alginate®,...)
- ☐ Film de polyuréthane (exemples : Opsite®, Tegaderm®,...)
- ☐ Hydrocellulaire (exemples : Biatain®, Mepilex®, Suprasorb P®,...)
- ☐ Hydrocolloïde (exemples : Comfeel Plus®, Suprasorb H®, Duoderm®,...)
- ☐ Hydrofibre (exemples : Aquacel®, Suprasorb Liquacel®,...)
- ☐ Hydrogel (exemples : Intrasite®, Purilon®, Duoderm Hydrogel®,...)
- ☐ Pansements au charbon (exemples : Carboflex®, Actisorb Silver 220®,...)
- ☐ Tulle (exemple : Jelonet®)
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

Suivant

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Sortir et effacer vos réponses

50%

Evaluation de la douleur

* 20 Est-ce que vous évaluez systématiquement la douleur chez les patients souffrant d'ulcère veineux ?

✓
Oui

⊘
Non

* 21 Si la douleur ressentie par le patient est liée aux soins de plaie, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?

Cochez la ou les réponses

- ☐ Application d'une crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine à 5% (Emla®) avant les soins
- ☐ Traitement antalgique per os
- ☐ Application d'un pansement mousse à libération lente d'ibuprofène
- ☐ Aucun traitement
- ☐ Autre :

Suivant

60%

Thérapie de compression

* 22 En cas d'ulcère veineux pur et en l'absence de contre-indication, est-ce que vous prescrivez une thérapie de compression à vos patients ?



Oui



Non

* 23 Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à votre patient s'il présente un ulcère veineux et une artériopathie périphérique avancée ?

☐ Oui☐ Non☐ Je ne sais pas

* 24 Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à haut niveau de pression à votre patient s'il présente un ulcère veineux et un index de pression systolique chevilles/bras (IPS) compris entre 0,9 et 1,2 ?

☐ Oui☐ Non☐ Je ne sais pas

Suivant

70%

Perspectives

* 25 Seriez-vous intéressé(e) par la création d'un guide reprenant les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des ulcères veineux non infectés ?



Oui



Non

* 26 Pensez-vous que la création d'un parcours de soin multidisciplinaire dédié aux ulcères veineux permettrait d'améliorer la qualité des soins ?



Oui



Non

Suivant

80%

Données démographiques (suite)

* 27 Vous êtes ?

Veuillez choisir ...

* 28 Votre âge ?

Le nombre apparaît à droite du champ.

! Votre réponse doit être comprise entre 18 et 99

! Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

* 29 Votre statut actuel ?

- ☐ Assistant(e) 1ère année
- ☐ Assistant(e) 2ème année
- ☐ Assistant(e) 3ème année
- ☐ Médecin généraliste ayant moins de 5 ans de pratique
- ☐ Médecin généraliste ayant entre 6 et 10 ans de pratique
- ☐ Médecin généraliste ayant entre 11 et 19 ans de pratique
- ☐ Médecin généraliste ayant 20 ans de pratique ou plus

* 30 Dans quelle université effectuez-vous/avez-vous effectué votre master de spécialisation en médecine générale ?

Veuillez choisir ...

Suivant

90%

Conclusion

Si vous êtes intéressé(e) par le sujet, n'hésitez pas à me contacter par e-mail en utilisant l'adresse suivante : mathilde.decouvreur@student.uclouvain.be
Je vous enverrai avec plaisir un retour sur mon travail une fois celui-ci finalisé.

Pour accéder au feedback avec les réponses, il faut cliquer sur "envoyer" pour clôturer le questionnaire.

N'hésitez pas à partager ce questionnaire avec vos consœurs et confrères exerçant dans la région de Charleroi.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !
Mathilde De Couvreur (assistante en 3ème année de médecine générale)

31 Si vous avez des remarques concernant la thématique des ulcères veineux ou cette enquête, vous trouverez ci-dessous une zone de « commentaire libre ».

Envoyer

Enquête sur la prise en charge des ulcères veineux de jambe non infectés

Comme promis, voici les réponses/commentaires concernant les questions sur la prise en charge des ulcères veineux non infectés des membres inférieurs.

Pratique

Est-ce que vous collaborez avec des paramédicaux pour soigner les ulcères veineux ?

Avez-vous déjà référé un patient présentant un ulcère veineux à un (des) médecin(s) spécialiste(s) ?

- Il est recommandé de prendre en charge les patients présentant un ulcère veineux de jambe de façon pluridisciplinaire car cela permet d'améliorer la guérison et la qualité de vie des patients, de diminuer la douleur, de protéger les patients à risque, de prévenir les récurrences d'ulcère veineux et de réduire les coûts.
- L'équipe multidisciplinaire comprend des paramédicaux (ex : diététicien(ne), kinésithérapeute, infirmier(ère) à domicile, infirmier(ère) référente en soins de plaie, infirmier(ère) spécialisée en éducation thérapeutique, assistant(e) social(e),...) et des médecins (médecin généraliste, chirurgien(ne) vasculaire, dermatologue,...).
- Si après 12 semaines de traitement, la plaie n'est pas guérie, il faut envisager de référer le patient à un service approprié et/ou médecin spécialiste (ex : chirurgien(ne) vasculaire, dermatologue,...). Si un ulcère est réfractaire au traitement, il peut ne pas être causé par une insuffisance veineuse ; il faut donc envisager de réaliser une biopsie afin d'exclure une origine maligne.

Prise en charge des comorbidités et examen(s) complémentaire(s)

Recherchez-vous les carences et/ou comorbidités éventuelles du patient lors de la mise au point initiale d'un ulcère veineux ?

- Il est recommandé de dépister et de prendre en charge les carences et/ou comorbidités qui peuvent influencer le traitement des ulcères veineux de jambe et freiner la cicatrisation.
- Exemples : artériopathie périphérique, diabète de type 2, malnutrition, obésité, polyarthrite rhumatoïde, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, anémie, mobilité réduite,...

Palpez-vous systématiquement les pouls périphériques lors de l'examen clinique initial d'un patient présentant un ulcère veineux ?

- Il faut rechercher les signes cliniques en faveur d'une pathologie artérielle lors de l'examen clinique (ex : palpation des pouls périphériques).

Utilisez-vous l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) dans votre pratique ?

- Il est recommandé de mesurer l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) afin d'éliminer une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et avant toute mise en place d'une compression veineuse.

Prescrivez-vous systématiquement un écho-doppler veineux lors d'un premier épisode d'ulcère veineux ?

- Un écho-doppler veineux des membres inférieurs doit être réalisé systématiquement chez tout patient porteur d'un ulcère veineux de jambe afin de déterminer la/les cause(s) de l'insuffisance veineuse selon l'étiologie (reflux, obstruction et/ou défaillance de la pompe musculaire du mollet) et de calculer l'IPS.
- Il peut être complété par un écho-doppler artériel en cas d'absence de pouls périphériques palpés à l'examen clinique et/ou si l'IPS est < 0,8 afin d'exclure un ulcère mixte ou artériel.

Réalisez-vous un bilan nutritionnel chez vos patients ayant un ulcère de jambe d'origine veineuse ?

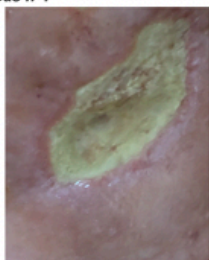
- Un bilan nutritionnel par un(e) diététicien(ne) est recommandé étant donné que l'obésité et la dénutrition sont deux comorbidités qui vont freiner la cicatrisation des ulcères veineux.

Prescrivez-vous un programme d'exercices physiques réguliers à vos patients souffrant d'ulcère veineux ?

- L'exercice physique visant à améliorer la pompe musculaire du mollet est recommandé chez les patients présentant un ulcère veineux.

Soins de plaie

Cas n°1



Ulcère veineux pur non infecté
Stade de cicatrisation : fibrineux
Exsudat important

A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?

- Le nettoyage de la plaie est réalisé avec de l'eau courante ou du sérum physiologique en l'absence d'eau courante de bonne qualité.
- L'utilisation des antiseptiques est contre-indiquée.

Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? Oui

- L'élimination des tissus nécrotiques et des dépôts fibrineux doit être réalisée (grâce aux différentes techniques de détersion possibles) afin de limiter le risque infectieux et de permettre la cicatrisation du fond de l'ulcère veineux de jambe.
- Le débridement concerne les plaies nécrotiques et/ou fibrineuses.

Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?

- Choix du pansement selon le stade de cicatrisation (plaie très fibrineuse) : alginate, hydrogel, hydrofibre, hydrocolloïde

L'hydrocolloïde et l'hydrofibre conviennent à des plaies peu fibrineuses.

- Autres :

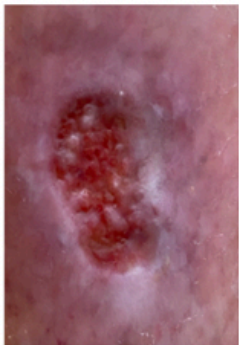
- Pansement à base de collagénase et d'acide hyaluronique (ex : Hyalo4Start®) en cas de plaie atone
- Pansement au collagène et à l'acide hyaluronique (ex : Hyalo4Regen®) en cas de plaie atone

- Choix du pansement selon l'exsudat :

- Plaie fibrineuse très exsudative : hydrofibre, alginate
- Plaie fibrineuse peu exsudative : hydrogel, hydrocolloïde

- Dans le cas présent, on est face à une plaie très fibrineuse et très exsudative, le pansement le plus approprié est un **alginate**.

Cas n°2



*Ulcère veineux pur non infecté
Stade de cicatrisation : bourgeonnant
Exsudat faible*

A ce stade, quelle(s) méthode(s) vous semble(nt) mieux appropriée(s) pour nettoyer l'ulcère ?

- Le nettoyage de la plaie est réalisé avec de l'eau courante ou du sérum physiologique en l'absence d'eau courante de bonne qualité.
- L'utilisation des antiseptiques est contre-indiquée.

Recommandez-vous un débridement initial de l'ulcère veineux par détersion mécanique (lame ou curette) ? Non

- Le débridement concerne les plaies nécrotiques et/ou fibrineuses.

Quel(s) pansement(s) primaire(s) utiliser pour ce cas ?

- Choix du pansement selon le stade de cicatrisation (plaie bourgeonnante) : hydrocolloïde, film de polyuréthane, hydrocellulaire, tulle, hydrofibre
- Autres :
 - Pansement siliconé (ex : Biatain Silicone®)
 - Pansement au collagène (ex : Suprasorb C®) en cas de plaie atone
 - Pansement à l'acide hyaluronique (ex : laluset®, Jaloplast®, gamme Hyalo4®) en cas de plaie atone
- Choix du pansement selon l'exsudat :

- Plaie bourgeonnante très exsudative : hydrofibre, hydrocellulaire, pansement siliconé
- Plaie bourgeonnante peu exsudative : hydrocolloïde, tulle
- Plaie bourgeonnante sèche : tulle, film de polyuréthane

- Il faut tenir compte de l'état de la peau périlésionnelle dans le choix du pansement : en cas de macération des berges, l'hydrocolloïde est déconseillé.
- Dans le cas présent, on est face à une plaie bourgeonnante et peu exsudative, le pansement le plus approprié est un **tulle**.

Evaluation de la douleur

Est-ce que vous évaluez systématiquement la douleur chez les patients souffrant d'ulcère veineux ?

- Il est recommandé de rechercher et d'évaluer la douleur lors de chaque consultation.

Si la douleur ressentie par le patient est liée aux soins de plaie, quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?

- En l'absence de contre-indication, il est recommandé d'utiliser la crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine à 5% (Emla®) pour diminuer la douleur associée à la détersion de la plaie.
- Si les mesures spécifiques sont insuffisantes pour traiter la douleur (ex : crème lidocaïne type EMLA), on peut prescrire des antalgiques par voie orale.

Thérapie de compression

En cas d'ulcère veineux pur et en l'absence de contre-indication, est-ce que vous prescrivez une thérapie de compression à vos patients ? Oui

- En l'absence de contre-indication (ex : artériopathie périphérique avancée), la compression est le traitement étiologique des ulcères veineux de jambe.

Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à votre patient s'il présente un ulcère veineux et une artériopathie périphérique avancée ? Non

- Une artériopathie périphérique avancée est une contre-indication absolue à la thérapie de compression.
- Une artériopathie périphérique légère ou modérée est une contre-indication relative à la thérapie de compression. En cas d'ulcère mixte, on peut envisager au cas par cas une contention élastique prudente afin de contenir l'œdème mais sans comprimer.

Prescrivez-vous une compression veineuse (bas ou bandages) à haut niveau de pression à votre patient s'il présente un ulcère veineux et un index de pression systolique chevilles/bras compris entre 0,9 et 1,2 ? Oui

- La compression à haut niveau de pression est plus efficace que la compression à faible niveau de pression mais ne doit être utilisée qu'en cas d'IPS > 0,8.

Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail !

Mathilde De Couvreur (assistante en 3ème année de médecine générale)

**Guide pratique sur la
prise en charge des
ulcères veineux de jambe
non infectés**

Ce guide pratique a été réalisé par le **Dr Mathilde DE COUVREUR** dans le cadre de son travail de fin d'études pour l'obtention du master complémentaire en médecine générale

Année académique 2020-2021

Université Catholique de Louvain (UCL)

Table des matières

1.Examen clinique

- 1.1 Signes d'insuffisance veineuse
- 1.2 Pouls périphériques

2.Examens complémentaires

- 2.1 Index de Pression Systolique chevilles/bras (IPS)
- 2.2 Écho-doppler veineux

3.Prise en charge des comorbidités

4.Évaluation initiale de la plaie

5.Soins de plaie

- 5.1 Étape n°1 : nettoyage
- 5.2 Étape n°2 : débridement
- 5.3 Étape n°3 : prise en charge de la peau périlésionnelle et environnante
- 5.4 Étape n°4 : pansement primaire
- 5.5 Les différentes classes de pansements primaires

6.Prise en charge de la douleur

7.Thérapie de compression

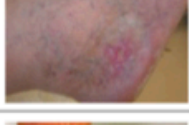
8.Référence à un médecin spécialiste

1. Examen clinique

1.1 Signes d'insuffisance veineuse

Il faut toujours rechercher les **signes cliniques en faveur d'une insuffisance veineuse** lors de l'inspection des membres inférieurs.

Tableau 1 - Modifications de la jambe associées à l'hypertension veineuse et à l'insuffisance veineuse chronique (1)

Œdème		Gonflement du membre qui garde l'empreinte du doigt après appui (œdème « qui prend le godet ») ; provoqué par une perméabilité capillaire accrue
Couronne phlébectasique		Veines dilatées en forme d'éventail autour de la malléole sur la face interne ou latérale de la cheville et du pied ; provoquée par une dilatation des veines dans ces zones à cause d'une hypertension veineuse
Hyperpigmentation		Décoloration marron rougeâtre de la peau ; provoquée par des dépôts d'hémosidérine dans la peau
Lipodermatosclérose		Zones où la peau est tendue et douloureuse avec des tissus sous-cutanés durs juste au-dessus de la cheville ; provoquée par l'infiltration de fibrine et l'inflammation, la jambe ressemble à une bouteille de champagne à l'envers
Atrophie blanche		Zones blanches présentant une densité capillaire réduite, souvent associée à la lipodermatosclérose
Eczéma variqueux		Zones cutanées qui présentent des démangeaisons, des érythèmes, des suintements et des squames pouvant s'avérer douloureuses ; provoqué par l'inflammation déclenchée par l'œdème résultant de l'hypertension veineuse

1.2 Pouls périphériques

Il faut toujours rechercher les **signes cliniques en faveur d'une pathologie artérielle**, tels qu'une **abolition des pouls périphériques** (pédieux, tibiaux postérieurs), lors de l'examen clinique initial.

L'évaluation de la perfusion périphérique est une condition fondamentale dans la prise en charge des ulcères veineux de jambe (UVJ).

2. Examens complémentaires

2.1 Index de Pression Systolique chevilles/bras (IPS)

Il faut toujours mesurer l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) car il permet de **déterminer la présence** ainsi que la **sévérité d'une artériopathie des membres inférieurs** et par conséquent, d'évaluer la mise en place d'une **compression veineuse**.

Tableau 2 - Interprétation de l'IPS (1)

IPS*	Interprétation
>1,3	Possibilité de calcification artérielle
>1,0-1,3	Probablement pas de maladie artérielle périphérique
0,81-1,00	Pas de maladie occlusive artérielle périphérique significative ou modérée
0,51-0,80	Maladie occlusive artérielle périphérique modérée
<0,5	Maladie artérielle périphérique sévère, 'ischémie critique'

Index de pression systolique (IPS) = pression systolique à la cheville ÷ pression systolique au bras
N.B. : Un IPS >1,3 peut indiquer une calcification artérielle ; la pression à l'orteil peut s'avérer plus utile
***Ischémie critique** : Une définition mondialement acceptée de l'ischémie critique est en attente. Les critères largement utilisés dans la recherche clinique ne se basent pas sur l'IPS, mais utilisent les pressions systoliques à la cheville ou à l'orteil (≤ 50 mmHg ou ≤ 30 mmHg respectivement) conjointement avec une douleur récurrente et persistante au repos malgré la prise régulière d'analgésiques pendant plus de 2 semaines ou l'ulcération ou la gangrène du pied ou des orteils⁴⁴.

2.2 Echo-doppler veineux

La réalisation d'un écho-doppler veineux est recommandée chez tout patient porteur d'un UVJ afin de :

- **confirmer et localiser l'insuffisance veineuse** ;
- **déterminer la ou les cause(s) de l'insuffisance veineuse** (reflux, obstruction et/ou défaillance de la pompe musculaire du mollet) ;
- envisager éventuellement une **prise en charge chirurgicale**.

Le **calcul de l'IPS** peut se faire lors de la réalisation de l'écho-doppler veineux si le médecin généraliste ne dispose pas de l'équipement nécessaire.

L'écho-doppler veineux doit être **complété par un écho-doppler artériel** en cas de **pouls périphériques abolis** à l'examen clinique et/ou si l'IPS est inférieur à **0,8** afin d'exclure un ulcère mixte.

3. Prise en charge des comorbidités

Il est recommandé de dépister et de prendre en charge les comorbidités ainsi que les pathologies qui peuvent influencer le traitement des UVJ et provoquer un retard de guérison.

Parmi ces comorbidités, on retrouve par exemple : artériopathie périphérique, polyarthrite rhumatoïde, vasculite, diabète de type 2, malnutrition, obésité, mobilité réduite.

Nutrition

- **Dépistage nutritionnel.**

Un dépistage nutritionnel doit être effectué chez tous les patients porteurs d'un UVJ. Le **statut nutritionnel** du patient peut être établi en utilisant l'échelle « **Mini Nutritional Assessment** » (MNA).

Les patients dépistés comme à risque de malnutrition doivent être référés à un diététicien pour une évaluation nutritionnelle complète.

- **Consommation d'une alimentation saine et équilibrée.**
- **Maintien d'un poids convenable.**

Activité physique

Des **exercices physiques spécifiques** visant à renforcer la **pompe musculaire du mollet** en complément de la thérapie de compression sont recommandés.

La **mobilité** des patients est essentielle pour **optimiser la thérapie de compression** et elle aide à **minimiser les complications**.

Il est donc important d'**encourager les patients à bouger** autant que possible selon **leurs capacités individuelles**.

4. Évaluation initiale de la plaie

Éléments qui doivent faire partie de l'évaluation initiale de la plaie :

- Localisation de la plaie
- Taille de la plaie
- Profondeur de la plaie
- Durée de la plaie
- Récurrence de la plaie
- Stade de cicatrisation de la plaie sur base de la classification clinico-colorielle :

Nécrose

Fibrine

Bourgeonnement

Épidermisation

- Évaluation de la plaie à partir du **modèle TIME** qui tient compte du **stade de cicatrisation de la plaie**, de la présence ou non d'une **infection**, de l'**exsudat** ainsi que des **berges** de la plaie :

Tableau 3 - Évaluation de la plaie selon l'approche TIME (1)

► **Tissus** : évaluer les types de tissus de la plaie (par ex., tissus nécrosés, escarre) ; détersion afin de retirer les tissus morts ou dévitalisés et permettre la formation de tissu de granulation sain

► **Inflammation et infection** : recherche de signes d'infection/ d'augmentation de la charge bactérienne (par ex., douleur, érythème, rougeur, chaleur, nature de l'exsudat) ; les prélèvements sur plaie ne sont pas indiqués en cas de suspicion d'infection localisée ; la biopsie de la plaie est la méthode la plus précise pour déterminer la présence de bactéries pathogènes, cette méthode devant être réservée aux plaies qui ne cicatrisent pas malgré un traitement contre l'infection

► **Maintien de l'humidité** : Évaluer le niveau d'exsudat et les performances du pansement ; gérer les niveaux d'exsudat pour maintenir un milieu humide. Les niveaux d'exsudat sont souvent élevés dans le cas d'UVJ mais ceux-ci diminuent avec la cicatrisation.

► **Épidermisation à partir des berges** : évaluer les callosités ou le besoin de détersion ; retirer les entraves à la cicatrisation (par ex., détersion des berges enroulées ou épaisses et utilisation de films protecteurs pour prévenir/traiter la macération péri lésionnelle)

- État de la peau environnante
- Présence de douleur
- Qualité de vie du patient

5. Soins de plaie

5.1 Étape n°1 : nettoyage

L'ulcère veineux de jambe (UVJ) doit être **nettoyé initialement et à chaque changement de pansement**.

- **Premier choix : eau courante et savon.**
- **Deuxième choix : sérum physiologique** si l'eau courante n'est pas de bonne qualité.

L'utilisation d'**antiseptiques** (*ex : povidone iodée, antiseptique chloré, chlorhexidine,...*) n'est indiquée qu'en cas d'**UVJ infecté**.

5.2 Etape n°2 : débridement

Le **débridement initial de l'UVJ est recommandé** afin d'éliminer les tissus nécrotiques, l'excès de charge bactérienne ainsi que les cellules mortes et sénescents. L'objectif étant de limiter le risque infectieux et de permettre la cicatrisation du fond de l'ulcère.

Le **débridement** concerne les **UVJ purs aux stades nécrotique et fibrineux**.

Différentes techniques de débridement existent et peuvent être utilisées seules ou en association :

- **Détersion mécanique** à l'aide d'une curette ou d'une lame
- **Autolytique** (*ex : pansements modernes*)
- **Osmotique** (*ex : miel de Manuka*)
- **Biologique** (*ex : larvothérapie*)
- **Chirurgical**

Il n'est pas recommandé d'utiliser un débridement enzymatique (*ex : collagénase*).

5. Soins de plaie

5.3 Étape n°3 : prise en charge de la peau périlésionnelle et environnante

Il est recommandé d'éliminer les **squames cutanées hyperkératosiques** à l'aide du nettoyage et d'une exfoliation non traumatique.

Il est également recommandé d'appliquer un **émollient sur la peau environnante** pour la protéger.

En cas d'**eczéma**, il faut utiliser un **traitement corticoïde topique approprié**.

5.4 Étape n°4 : pansement primaire

Aucun type de pansement n'est supérieur à un autre en termes d'amélioration du taux de guérison des UVJ.

Aucun type de pansement n'a un profil d'effets indésirables plus favorable qu'un autre.

Les **pansements secs**, sauf sur la peau intacte, sont considérés comme **préjudiciables**.

Propriétés du pansement primaire :

- Pansement **simple, non adhérent** ;
- Pansement qui **maintient un environnement humide** ;
- Pansement permettant le **contrôle de l'exsudat** ;
- Pansement qui **minimise la douleur** ;
- Pansement qui **protège la peau périlésionnelle** des traumatismes physiques et chimiques ;
- Pansement qui reste **intact lors du retrait**.

5. Soins de plaie

5.4 Étape n°4 : pansement primaire

Critères pour choisir le pansement primaire le plus adéquat :

- Évaluation de la plaie à partir du **modèle TIME** qui tient compte du stade de cicatrisation de la plaie, de la présence ou non d'une infection, de l'exsudat ainsi que des berges de la plaie ;
- Localisation et taille de la plaie ;
- Confort du patient ;
- Facilité d'utilisation ;
- Coût pour le patient et la société.

Tableau 4 - Classification des classes de pansements primaires en fonction du stade de cicatrisation et de la quantité d'exsudat

Stade de cicatrisation	Plaie sèche (pas d'exsudat)	Plaie humide (exsudat faible)	Plaie mouillée (exsudat modéré à abondant)
Nécrose	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (<i>quantité limitée de nécrose</i>)	- Alginate
Fibrine	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (<i>quantité limitée de fibrine</i>)	- Alginate - Hydrofibre (<i>quantité limitée de fibrine</i>)
Bourgeonnement	- Tulle	- Hydrocolloïde - Tulle	- Hydrocellulaire - Hydrofibre
Épidermisation	- Tulle - Film (<i>plaie superficielle</i>)	- Hydrocolloïde - Tulle - Film (<i>plaie superficielle</i>)	- Hydrocellulaire

Pansements primaires recommandés en cas d'UVJ atone :

- **Pansement au collagène** (ex : Suprasorb C®,...) : convient à tous les stades de cicatrisation excepté la **nécrose** ;
- **Pansement à l'acide hyaluronique** (ex : Ialuset®, Jaloplast®,...) : convient aux plaies **bourgeonnantes** ou en voie d'**épidermisation** ;
- **Pansement à base de collagénase et d'acide hyaluronique** (ex : Hyalo4Start®,...) : plaie **fibrineuse** nécessitant un débridement enzymatique.

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrogel

Critères	HYDROGEL
Noms commerciaux	<i>Intrasite®, Purilon®, Duoderm Hydrogel®, Tegaderm Hydrogel®,...</i>
Actions	- Détersion autolytique - Génère un milieu humide - Hydratation de la plaie - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : nécrose adhérente ou étendue, fibrine - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : /
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Fistules

Alginate

Critères	ALGinate
Noms commerciaux	<i>Biatain Alginate®, Flaminal forte®, Flaminal hydro®, Kaltostat®, Tegaderm Alginate®, Suprasorb A®,...</i>
Actions	- Pouvoir hémostatique - Capacité d'absorption : 10 à 15 fois son poids - Contrôle microbien - Fibrinolytique (détersion indolore)
Indications	- T : nécrose, fibrine - I : infection ou pas d'infection - M : plaie mouillée - E : ils peuvent être utilisés en cas de creusement sous les berges de la plaie. Ce pansement convient aux plaies hémorragiques.
Contre-indications	- Plaie sèche (risque de douleur lors du retrait) - Brûlures du 3^{ème} degré

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrocolloïde

Critères	HYDROCOLLOÏDE
Noms commerciaux	<i>Comfeel Plus®, Suprasorb H®, Duoderm®, Tegademr Hydrocolloid®, Hydrocoll®,...</i>
Actions	- Détersion autolytique - Capacité d'absorption : 3 fois son poids - Stimulation de l'angiogénèse - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : nécrose (quantité limitée), fibrine (quantité limitée), bourgeonnement, épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : ils ne peuvent pas être utilisés si les berges de la plaie sont macérées.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Berges de plaies macérées - Brûlures du 3^{ème} degré

Hydrofibre

Critères	HYDROFIBRE
Noms commerciaux	<i>Aquacel®, Suprasorb Liquacel®,...</i>
Actions	- Capacité d'absorption : inférieure à 10 à 15 fois son poids - Contrôle microbien - Fibrinolytique (maximum 30% de fibrine au niveau de la plaie)
Indications	- T : fibrine (quantité limitée), bourgeonnement - I : infection ou pas d'infection - M : plaie humide à mouillée - E : ils peuvent être utilisés en cas de creusement sous les berges de la plaie.
Contre-indications	- Plaie sèche - Brûlures du 3^{ème} degré

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrocellulaire

Critères	HYDROCELLULAIRE
Noms commerciaux	<i>Biatain®, Mepilex®, Suprasorb P®, Allevyn®, Tegaderm Foam®, Kliniderm Foam®, Permafoam®,...</i>
Actions	- Favorise la granulation et l'épidermisation - Respecte les bourgeons - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : bourgeonnement, épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie humide à mouillée - E : / Ce pansement convient aux plaies superficielles et profondes.
Contre-indications	- Plaie sèche - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine - Plaie hyper bourgeonnante - Plaie infectée

Pansement au charbon

Critères	PANSEMENT AU CHARBON
Noms commerciaux	<i>Carboflex®, Actisorb Silver 220®,...</i>
Actions	- Absorption et fixation des bactéries ainsi que des odeurs par le charbon - Action détersive
Indications	- T : nécrose et/ou fibrine - I : infection ou pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux plaies malodorantes.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Tulles

Critères	TULLES
Noms commerciaux	Jelonet®,...
Actions	- Favorise la granulation et l'épidermisation
Indications	- T : bourgeonnement, épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux dermabrasions et aux greffes cutanées.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine

Film de polyuréthane

Critères	FILM DE POLYURETHANE
Noms commerciaux	Opsite®, Tegaderm®,...
Actions	- Maintien du milieu humide - Protection cutanée
Indications	- T : épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux plaies superficielles (ex : dermabrasions).
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine

6. Prise en charge de la douleur

En cas de douleur, il faut réaliser une **évaluation complète** afin d'identifier la **cause**, la **nature** ainsi que la **gravité**.

Causes possibles de la douleur :

- Soins locaux (*ex : débridement, changement de pansement primaire*) ;
- Pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- Processus de cicatrisation ;
- Complication locale (*ex : infection*) ;
- Thérapie de compression.

L'**intensité de la douleur** ressentie par le patient doit être **surveillée et documentée régulièrement** lors de l'évaluation de la plaie et lors de chaque changement de pansement en utilisant, par exemple, **une échelle visuelle analogique (EVA)**.

Si la **douleur est liée aux soins** (réfection du pansement et/ou débridement), il est recommandé d'utiliser la **crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®)**. De plus, il est conseillé de privilégier des pansements siliconés ou ceux qui maintiennent le milieu humide (*ex : hydrogel, alginate, hydrofibre,...*).

Si les **mesures spécifiques** s'avèrent **insuffisantes** pour soulager la douleur liée aux soins, on peut avoir recours à un **traitement antalgique per os**.

Si la **douleur est liée à la compression veineuse**, il est nécessaire de réévaluer le type de compression ainsi que la technique d'application du système de compression.

7. Thérapie de compression

En l'absence de contre-indication, la **thérapie de compression** est la **pièce angulaire de la prise en charge des UVJ purs** (IPS compris entre 0,8 et 1,3).

Elle permet d'améliorer les taux de cicatrisation et de réduire les récurrences.

- La **thérapie de compression à haut niveau de pression** est plus efficace que celle à faible niveau de pression mais elle ne peut être utilisée qu'en cas UVJ pur (IPS compris entre 0,8 et 1,3).
- La **thérapie de compression multicouche** est plus efficace que celle monocouche.

Les **bandes de compression** sont plus souvent utilisées pour le **traitement des UVJ actifs** tandis que les **bas de compression** sont surtout utilisés pour **prévenir les récurrences**.

Avant toute mise en place d'une compression, il faut mesurer l'IPS afin d'évaluer le système artériel périphérique du patient et d'exclure la présence d'une artériopathie périphérique.

Tableau 5 – Contre-indications absolues et relatives à la thérapie de compression

Contre-indications ABSOLUES	Contre-indications RELATIVES
- Artériopathie périphérique avancée - IPS inférieur à 0,5 - Insuffisance cardiaque décompensée - Phlébite septique	- Artériopathie périphérique légère à modérée - IPS compris entre 0,5 et 0,8 - Douleur liée à la thérapie de compression - Infection floride (ex : cellulite) - Polyneuropathie périphérique avancée - Insuffisance cardiaque chronique compensée

En cas de **contre-indications relatives**, une **thérapie de compression à faible niveau de pression** peut se discuter.

Tout patient qui a eu un UVJ doit bénéficier d'une **thérapie de compression à vie**.

8. Référence à un médecin spécialiste

Il est recommandé de référer le patient à un service approprié ou à un médecin spécialiste (*ex : chirurgien vasculaire, dermatologue*) pour réévaluation dans les cas suivants :

- Absence de réduction de la taille de l'UVJ après 4 semaines de traitement ;
- Absence de guérison de l'UVJ après 12 semaines de traitement.

Il faut également référer à un médecin spécialiste pour des examens approfondis si l'IPS est inférieur à 0,8 ou s'il est supérieur à 1,3.

De même, si le patient présente une artériopathie sévère et/ou si l'IPS est inférieur à 0,5, il faut le référer à un chirurgien vasculaire pour une éventuelle revascularisation.

Il est recommandé de référer le patient afin de réaliser une biopsie pour obtenir le diagnostic histologique de l'ulcère dans les circonstances suivantes :

- Doute sur l'étiologie de l'ulcère ;
- Ulcère de présentation atypique ;
- Ulcère réfractaire au traitement mis en place.

Il est important d'exclure les autres étiologies d'ulcère de jambe (*ex : pyoderma gangrenosum, maladies auto-immunes, vasculite, cancer,...*) car il peut ne pas être causé par une insuffisance veineuse.

Bibliographie

- (1) Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifier la prise en charge de l'ulcère veineux de la jambe [Internet]. Wounds International. London; 2015 [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations-fr>
- (2) Neumann HAM, Cornu-Thénard A, Jünger M, Mosti G, Munte K, Partsch H, et al. Evidence-based (S3) guidelines for diagnostics and treatment of venous leg ulcers. J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]. 2016;30(11):1843–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27558268/>
- (3) Vivas A, Lev-Tov H, Kirsner RS. Venous Leg Ulcers. Ann Intern Med. 2016;165(3):ITC17–32.
- (4) Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Hopkins A, Tickle J, Worboys F, et al. Best Practice Statement : Holistic Management of Venous Leg Ulceration [Internet]. Wounds UK. London; 2016 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-holistic-management-of-venous-leg-ulceration>
- (5) Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. J Wound Care [Internet]. 2016;25(6):1–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27292202/>
- (6) Association for the Advancement of Wound Care. International Consolidated Venous Ulcer Guideline (ICVUG) 2015 (Update of AAWC Venous Ulcer Guideline, 2005 and 2010) [Internet]. AAWC. 2015 [cited 2020 May 7]. Available from: [https://aawconline.memberclicks.net/assets/appendix c guideline icvug-textformatrecommendations-final v42 changessaved18aug17.pdf](https://aawconline.memberclicks.net/assets/appendix%20c%20guideline%20icvug-textformatrecommendations-final%20v42%20changesaved18aug17.pdf)
- (7) O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. J Vasc Surg [Internet]. 2014;60(2):3S-59S. Available from: [https://www.ivasc.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/fulltext](https://www.ivasc.org/article/S0741-5214(14)00851-9/fulltext)
- (8) DynaMed. Venous Ulcer [Internet]. DynaMed. 2018 [cited 2020 Feb 16]. Available from: <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/venous-ulcer> Registration and login required.
- (9) Marston W, Tang J, Kirsner RS, Ennis W. Wound Healing Society 2015 update on guidelines for venous ulcers. Wound Repair Regen [Internet]. 2016;24(1):136–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wrr.12394>
- (10) Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Gardner S, Schofield A, Staines K, et al. Best Practice Statement: Addressing complexities in the management of venous leg ulcers [Internet]. Wounds UK. London; 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-addressing-complexities-management-venous-leg-ulcers>

Bibliographie

- (11) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers : A national clinical guideline [Internet]. SIGN. 2010 [cited 2020 Jun 12]. p. 1–39. Available from: <https://www.sign.ac.uk/media/1058/sign120.pdf>
- (12) Poelman T. Intérêt d'associer de la gymnastique médicale à la thérapie par compression dans le traitement de l'ulcère de jambe d'origine veineuse ? [Internet]. Minerva. 2019 [cited 2020 Apr 15]. p. 1–2. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/599>
- (13) Formulaire de soins aux Personnes Agées. Principes généraux du traitement de plaies chroniques [Internet]. Farmaka. 2016 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/258#main>
- (14) Association Pharmaceutique Belge. Pansements actifs : Soins de plaies en pharmacie [Internet]. APB. 2019 [cited 2020 Oct 20]. p. 1–26. Available from: http://www.appl.be/Upload/Pansements_actifs.pdf
- (15) ©Prescrire. Pansements des ulcères veineux de jambe : Praticité et coût sont les principaux critères de choix. La Rev Prescrire. 2013;33(359):682–7.
- (16) ©Prescrire. Lavage des plaies à l'eau du robinet. La Rev Prescrire. 2014;34(364):129.
- (17) Australian Wound Management Association, New Zealand Wound Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers [Internet]. 2011. Available from: https://www.awma.com.au/files/publications/2011_awma_vlu_guideline_abridged.pdf
- (18) ebpracticenet. Comparison of different dressings for healing venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2017 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd04454#> Registration and login required.
- (19) Haute Autorité de Santé. Les pansements : Indications et utilisations recommandées [Internet]. HAS. 2011 [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts
- (20) Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Dermatologie : Pansements actifs [Internet]. CBIP. [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?frag=14712&matches=actifs>
- (21) Belche JL. Ulcères veineux : quel effet antalgique des agents topiques et des pansements ? Minerva [Internet]. 2014;13(7):86–7. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/10>
- (22) ebpracticenet. Compression for venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2013 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd00562> Registration and login required.

Annexe n°6 : Approche TIME(2)

ENCADRÉ 3 | Évaluation de la plaie selon l'approche TIME ³⁷⁻⁴¹

- ▶ **Tissus** : évaluer les types de tissus de la plaie (par ex., tissus nécrosés, escarre) ; détersion afin de retirer les tissus morts ou dévitalisés et permettre la formation de tissu de granulation sain
- ▶ **Inflammation et infection** : recherche de signes d'infection/ d'augmentation de la charge bactérienne (par ex., douleur, érythème, rougeur; chaleur, nature de l'exsudat) ; les prélèvements sur plaie ne sont pas indiqués en cas de suspicion d'infection localisée ; la biopsie de la plaie est la méthode la plus précise pour déterminer la présence de bactéries pathogènes, cette méthode devant être réservée aux plaies qui ne cicatrisent pas malgré un traitement contre l'infection
- ▶ **Maintien de l'humidité** : Évaluer le niveau d'exsudat et les performances du pansement ; gérer les niveaux d'exsudat pour maintenir un milieu humide. Les niveaux d'exsudat sont souvent élevés dans le cas d'UVJ mais ceux-ci diminuent avec la cicatrisation.
- ▶ **Épidermisation à partir des berges** : évaluer les callosités ou le besoin de détersion ; retirer les entraves à la cicatrisation (par ex., détersion des berges enroulées ou épaisses et utilisation de films protecteurs pour prévenir/traiter la macération péri lésionnelle)

Annexe n°7 : Index de Pression Systolique chevilles/bras (IPS)(2)

TABLEAU 4 | Interprétation de l'IPS^{42,43}

IPS*	Interprétation
>1,3	Possibilité de calcification artérielle
>1,0-1,3	Probablement pas de maladie artérielle périphérique
0,81-1,00	Pas de maladie occlusive artérielle périphérique significative ou modérée
0,51-0,80	Maladie occlusive artérielle périphérique modérée
<0,5	Maladie artérielle périphérique sévère, 'ischémie critique'*
Index de pression systolique (IPS) = pression systolique à la cheville ÷ pression systolique au bras N.B. : Un IPS >1,3 peut indiquer une calcification artérielle ; la pression à l'orteil peut s'avérer plus utile *Ischémie critique : Une définition mondialement acceptée de l'ischémie critique est en attente. Les critères largement utilisés dans la recherche clinique ne se basent pas sur l'IPS, mais utilisent les pressions systoliques à la cheville ou à l'orteil (≤ 50 mmHg ou ≤ 30 mmHg respectivement) conjointement avec une douleur récurrente et persistante au repos malgré la prise régulière d'analgésiques pendant plus de 2 semaines ou l'ulcération ou la gangrène du pied ou des orteils⁴⁴.	

**Guide pratique sur la
prise en charge des
ulcères veineux de jambe
non infectés**

Ce guide pratique a été réalisé par le **Dr Mathilde DE COUVREUR** dans le cadre de son travail de fin d'études pour l'obtention du master complémentaire en médecine générale

Année académique 2020-2021

Université Catholique de Louvain (UCL)

Table des matières

1.Examen clinique

- 1.1 Signes d'insuffisance veineuse
- 1.2 Pouls périphériques

2.Examens complémentaires

- 2.1 Index de Pression Systolique chevilles/bras (IPS)
- 2.2 Écho-doppler veineux

3.Prise en charge des comorbidités

4.Évaluation initiale de la plaie

5.Soins de plaie

- 5.1 Étape n°1 : nettoyage
- 5.2 Étape n°2 : débridement
- 5.3 Étape n°3 : prise en charge de la peau périlésionnelle et
environnante
- 5.4 Étape n°4 : pansement primaire
- 5.5 Les différentes classes de pansements primaires

6.Prise en charge de la douleur

7.Thérapie de compression

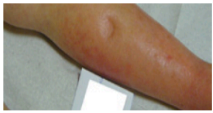
8.Référence à un médecin spécialiste

1. Examen clinique

1.1 Signes d'insuffisance veineuse

Il faut toujours rechercher **les signes cliniques en faveur d'une insuffisance veineuse** lors de l'inspection des membres inférieurs.

Tableau 1 - Modifications de la jambe associées à l'hypertension veineuse et à l'insuffisance veineuse chronique (1)

Œdème		Gonflement du membre qui garde l'empreinte du doigt après appui (œdème « qui prend le godet ») ; provoqué par une perméabilité capillaire accrue
Couronne phlébectasique		Veines dilatées en forme d'éventail autour de la malléole sur la face interne ou latérale de la cheville et du pied ; provoquée par une dilatation des veines dans ces zones à cause d'une hypertension veineuse
Hyperpigmentation		Décoloration marron rougeâtre de la peau ; provoquée par des dépôts d'hémosidérine dans la peau
Lipodermatosclérose		Zones où la peau est tendue et douloureuse avec des tissus sous-cutanés durs juste au-dessus de la cheville ; provoquée par l'infiltration de fibrine et l'inflammation, la jambe ressemble à une bouteille de champagne à l'envers
Atrophie blanche		Zones blanches présentant une densité capillaire réduite, souvent associée à la lipodermatosclérose
Eczéma variqueux		Zones cutanées qui présentent des démangeaisons, des érythèmes, des suintements et des squames pouvant s'avérer douloureuses ; provoqué par l'inflammation déclenchée par l'œdème résultant de l'hypertension veineuse

1.2 Pouls périphériques

Il faut toujours **rechercher les signes cliniques en faveur d'une pathologie artérielle**, tels qu'une **abolition des pouls périphériques** (pédieux, tibiaux postérieurs), lors de l'examen clinique initial.

L'évaluation de la perfusion périphérique est une condition fondamentale dans la prise en charge des ulcères veineux de jambe (UVJ).

2. Examens complémentaires

2.1 Index de Pression Systolique chevilles/bras (IPS)

Il faut toujours mesurer l'index de pression systolique chevilles/bras (IPS) car il permet de **déterminer la présence** ainsi que la **sévérité d'une artériopathie des membres inférieurs** et par conséquent, d'évaluer la mise en place d'une **compression veineuse**.

Tableau 2 - Interprétation de l'IPS (1)

IPS*	Interprétation
>1,3	Possibilité de calcification artérielle
>1,0-1,3	Probablement pas de maladie artérielle périphérique
0,81-1,00	Pas de maladie occlusive artérielle périphérique significative ou modérée
0,51-0,80	Maladie occlusive artérielle périphérique modérée
<0,5	Maladie artérielle périphérique sévère, 'ischémie critique'
Index de pression systolique (IPS) = pression systolique à la cheville ÷ pression systolique au bras	
N.B. : Un IPS >1,3 peut indiquer une calcification artérielle ; la pression à l'orteil peut s'avérer plus utile	
* Ischémie critique : Une définition mondialement acceptée de l'ischémie critique est en attente. Les critères largement utilisés dans la recherche clinique ne se basent pas sur l'IPS, mais utilisent les pressions systoliques à la cheville ou à l'orteil (≤ 50 mmHg ou ≤ 30 mmHg respectivement) conjointement avec une douleur récurrente et persistante au repos malgré la prise régulière d'analgésiques pendant plus de 2 semaines ou l'ulcération ou la gangrène du pied ou des orteils ⁴⁴ .	

2.2 Echo-doppler veineux

La réalisation d'un écho-doppler veineux est recommandée chez tout patient porteur d'un UVJ afin de :

- **confirmer et localiser l'insuffisance veineuse** ;
- **déterminer la ou les cause(s) de l'insuffisance veineuse** (reflux, obstruction et/ou défaillance de la pompe musculaire du mollet) ;
- envisager éventuellement une **prise en charge chirurgicale**.

Le **calcul de l'IPS** peut se faire lors de la réalisation de l'écho-doppler veineux si le médecin généraliste ne dispose pas de l'équipement nécessaire.

L'écho-doppler veineux doit être **complété par un écho-doppler artériel** en cas de **pouls périphériques abolis** à l'examen clinique **et/ou** si l'IPS est **inférieur à 0,8** afin d'exclure un ulcère mixte.

3. Prise en charge des comorbidités

Il est recommandé de dépister et de prendre en charge les comorbidités ainsi que les pathologies qui peuvent influencer le traitement des UVJ et provoquer un retard de guérison.

Parmi ces comorbidités, on retrouve par exemple : artériopathie périphérique, polyarthrite rhumatoïde, vasculite, diabète de type 2, malnutrition, obésité, mobilité réduite.

Nutrition

- **Dépistage nutritionnel.**

Un dépistage nutritionnel doit être effectué chez tous les patients porteurs d'un UVJ. Le **statut nutritionnel** du patient peut être établi en utilisant l'**échelle « Mini Nutritional Assessment » (MNA)**.

Les patients dépistés comme à risque de malnutrition doivent être référés à un diététicien pour une évaluation nutritionnelle complète.

- **Consommation d'une alimentation saine et équilibrée.**
- **Maintien d'un poids convenable.**

Activité physique

Des **exercices physiques spécifiques** visant à renforcer la pompe musculaire du **mollet** en complément de la thérapie de compression sont recommandés.

La **mobilité** des patients est essentielle pour **optimiser la thérapie de compression** et elle aide à **minimiser les complications**.

Il est donc important d'**encourager les patients à bouger** autant que possible **selon leurs capacités individuelles**.

4. Évaluation initiale de la plaie

Éléments qui doivent faire partie de l'évaluation initiale de la plaie :

- **Localisation** de la plaie
- **Taille** de la plaie
- **Profondeur** de la plaie
- **Durée** de la plaie
- **Récurrence** de la plaie
- **Stade de cicatrisation de la plaie** sur base de la **classification clinico-colorielle** :

Nécrose

Fibrine

Bourgeonnement

Épidermisation

- Évaluation de la plaie à partir du **modèle TIME** qui tient compte du **stade de cicatrisation de la plaie**, de la présence ou non d'une **infection**, de l'**exsudat** ainsi que des **berges** de la plaie :

Tableau 3 - Évaluation de la plaie selon l'approche TIME (1)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▶ Tissus : évaluer les types de tissus de la plaie (par ex., tissus nécrosés, escarre) ; détersion afin de retirer les tissus morts ou dévitalisés et permettre la formation de tissu de granulation sain▶ Inflammation et infection : recherche de signes d'infection/ d'augmentation de la charge bactérienne (par ex., douleur, érythème, rougeur; chaleur, nature de l'exsudat) ; les prélèvements sur plaie ne sont pas indiqués en cas de suspicion d'infection localisée ; la biopsie de la plaie est la méthode la plus précise pour déterminer la présence de bactéries pathogènes, cette méthode devant être réservée aux plaies qui ne cicatrisent pas malgré un traitement contre l'infection | <ul style="list-style-type: none">▶ Maintien de l'humidité : Évaluer le niveau d'exsudat et les performances du pansement ; gérer les niveaux d'exsudat pour maintenir un milieu humide. Les niveaux d'exsudat sont souvent élevés dans le cas d'UVJ mais ceux-ci diminuent avec la cicatrisation.▶ Épidermisation à partir des berges : évaluer les callosités ou le besoin de détersion ; retirer les entraves à la cicatrisation (par ex., détersion des berges enroulées ou épaisses et utilisation de films protecteurs pour prévenir/traiter la macération péri lésionnelle) |
|--|---|

- **État de la peau environnante**
- Présence de **douleur**
- **Qualité de vie du patient**

5. Soins de plaie

5.1 Étape n°1 : nettoyage

L'ulcère veineux de jambe (UVJ) doit être **nettoyé initialement et à chaque changement de pansement**.

- **Premier choix : eau courante et savon.**
- **Deuxième choix : sérum physiologique** si l'eau courante n'est pas de bonne qualité.

L'utilisation d'**antiseptiques** (*ex : povidone iodée, antiseptique chloré, chlorhexidine,...*) n'est indiquée qu'en cas d'**UVJ infecté**.

5.2 Etape n°2 : débridement

Le **débridement initial de l'UVJ est recommandé** afin d'éliminer les tissus nécrotiques, l'excès de charge bactérienne ainsi que les cellules mortes et sénescents. L'objectif étant de limiter le risque infectieux et de permettre la cicatrisation du fond de l'ulcère.

Le **débridement** concerne les **UVJ purs** aux **stades nécrotique et fibrineux**.

Différentes techniques de débridement existent et peuvent être utilisées seules ou en association :

- **Détersion mécanique** à l'aide d'une curette ou d'une lame
- **Autolytique** (*ex : pansements modernes*)
- **Osmotique** (*ex : miel de Manuka*)
- **Biologique** (*ex : larvothérapie*)
- **Chirurgical**

Il n'est pas recommandé d'utiliser un débridement enzymatique (*ex : collagénase*).

5. Soins de plaie

5.3 Étape n°3 : prise en charge de la peau périlésionnelle et environnante

Il est recommandé d'**éliminer les squames cutanées hyperkératosiques** à l'aide du nettoyage et d'une exfoliation non traumatique.

Il est également recommandé d'appliquer un **émollient sur la peau environnante** pour la protéger.

En cas d'**eczéma**, il faut utiliser un **traitement corticoïde topique approprié**.

5.4 Étape n°4 : pansement primaire

Aucun type de pansement n'est supérieur à un autre en termes d'amélioration du taux de guérison des UVJ.

Aucun type de pansement n'a un profil d'effets indésirables plus favorable qu'un autre.

Les **pansements secs**, sauf sur la peau intacte, sont considérés comme **préjudiciables**.

Propriétés du pansement primaire :

- Pansement **simple, non adhérent** ;
- Pansement qui **maintient un environnement humide** ;
- Pansement permettant le **contrôle de l'exsudat** ;
- Pansement qui **minimise la douleur** ;
- Pansement qui **protège la peau périlésionnelle** des traumatismes physiques et chimiques ;
- Pansement qui reste **intact lors du retrait**.

5. Soins de plaie

5.4 Étape n°4 : pansement primaire

Critères pour choisir le pansement primaire le plus adéquat :

- Évaluation de la plaie à partir du **modèle TIME** qui tient compte du stade de cicatrisation de la plaie, de la présence ou non d'une infection, de l'exsudat ainsi que des berges de la plaie ;
- Localisation et taille de la plaie ;
- Confort du patient ;
- Facilité d'utilisation ;
- Coût pour le patient et la société.

Tableau 4 - Classification des classes de pansements primaires en fonction du stade de cicatrisation et de la quantité d'exsudat

Stade de cicatrisation	Plaie sèche (pas d'exsudat)	Plaie humide (exsudat faible)	Plaie mouillée (exsudat modéré à abondant)
Nécrose	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (quantité limitée de nécrose)	- Alginate
Fibrine	- Hydrogel	- Hydrogel - Hydrocolloïde (quantité limitée de fibrine)	- Alginate - Hydrofibre (quantité limitée de fibrine)
Bourgeonnement	- Tulle	- Hydrocolloïde - Tulle	- Hydrocellulaire - Hydrofibre
Épidermisation	- Tulle - Film (plaie superficielle)	- Hydrocolloïde - Tulle - Film (plaie superficielle)	- Hydrocellulaire

Pansements primaires recommandés en cas d'UVJ atone :

- **Pansement au collagène** (ex : Suprasorb C®,...) : convient à tous les stades de cicatrisation excepté la **nécrose** ;
- **Pansement à l'acide hyaluronique** (ex : Ialuset®, Jaloplast®,...) : convient aux plaies **bourgeonnantes** ou en voie d'**épidermisation** ;
- **Pansement à base de collagénase et d'acide hyaluronique** (ex : Hyalo4Start®,...) : plaie **fibrineuse** nécessitant un débridement enzymatique.

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrogel

Critères	HYDROGEL
Noms commerciaux	<i>Intrasite[®], Purilon[®], Duoderm Hydrogel[®], Tegaderm Hydrogel[®],...</i>
Actions	- Détersion autolytique - Génère un milieu humide - Hydratation de la plaie - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : nécrose adhérente ou étendue, fibrine - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : /
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Fistules

Alginate

Critères	ALGINATE
Noms commerciaux	<i>Biatain Alginate[®], Flaminal forte[®], Flaminal hydro[®], Kaltostat[®], Tegaderm Alginate[®], Suprasorb A[®],...</i>
Actions	- Pouvoir hémostatique - Capacité d'absorption : 10 à 15 fois son poids - Contrôle microbien - Fibrinolytique (détersion indolore)
Indications	- T : nécrose, fibrine - I : infection ou pas d'infection - M : plaie mouillée - E : ils peuvent être utilisés en cas de creusement sous les berges de la plaie. Ce pansement convient aux plaies hémorragiques.
Contre-indications	- Plaie sèche (risque de douleur lors du retrait) - Brûlures du 3^{ème} degré

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrocolloïde

Critères	HYDROCOLLOÏDE
Noms commerciaux	<i>Comfeel Plus®</i> , <i>Suprasorb H®</i> , <i>Duoderm®</i> , <i>Tegademr Hydrocolloid®</i> , <i>Hydrocoll®</i> ,...
Actions	- Déterision autolytique - Capacité d'absorption : 3 fois son poids - Stimulation de l'angiogénèse - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : nécrose (quantité limitée), fibrine (quantité limitée), bourgeonnement, épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : ils ne peuvent pas être utilisés si les berges de la plaie sont macérées.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Berges de plaies macérées - Brûlures du 3^{ième} degré

Hydrofibre

Critères	HYDROFIBRE
Noms commerciaux	<i>Aquacel®</i> , <i>Suprasorb Liquacel®</i> ,...
Actions	- Capacité d'absorption : inférieure à 10 à 15 fois son poids - Contrôle microbien - Fibrinolytique (maximum 30% de fibrine au niveau de la plaie)
Indications	- T : fibrine (quantité limitée), bourgeonnement - I : infection ou pas d'infection - M : plaie humide à mouillée - E : ils peuvent être utilisés en cas de creusement sous les berges de la plaie.
Contre-indications	- Plaie sèche - Brûlures du 3^{ième} degré

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Hydrocellulaire

Critères	HYDROCELLULAIRE
Noms commerciaux	<i>Biatain[®], Mepilex[®], Suprasorb P[®], Allevyn[®], Tegaderm Foam[®], Kliniderm Foam[®], Permafoam[®],...</i>
Actions	- Favorise la granulation et l'épidermisation - Respecte les bourgeons - Imperméable aux liquides et aux germes
Indications	- T : bourgeonnement, épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie humide à mouillée - E : / Ce pansement convient aux plaies superficielles et profondes.
Contre-indications	- Plaie sèche - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine - Plaie hyper bourgeonnante - Plaie infectée

Pansement au charbon

Critères	PANSEMENT AU CHARBON
Noms commerciaux	<i>Carboflex[®], Actisorb Silver 220[®],...</i>
Actions	- Absorption et fixation des bactéries ainsi que des odeurs par le charbon - Action détersive
Indications	- T : nécrose et/ou fibrine - I : infection ou pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux plaies malodorantes.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée

5. Soins de plaie

5.5 Les différentes classes de pansements primaires

Tulles

Critères	TULLES
Noms commerciaux	<i>Jelonet®</i> ,...
Actions	- Favorise la granulation et l'épidermisation
Indications	- T : bourgeonnement , épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux dermabrasions et aux greffes cutanées.
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine

Film de polyuréthane

Critères	FILM DE POLYURETHANE
Noms commerciaux	<i>Opsite®</i> , <i>Tegaderm®</i> ,...
Actions	- Maintien du milieu humide - Protection cutanée
Indications	- T : épidermisation - I : pas d'infection - M : plaie sèche à humide - E : / Ce pansement convient aux plaies superficielles (ex : dermabrasions).
Contre-indications	- Plaie mouillée - Plaie infectée - Plaie au stade de nécrose et/ou de fibrine

6. Prise en charge de la douleur

En cas de douleur, il faut réaliser une **évaluation complète** afin d'identifier la **cause**, la **nature** ainsi que la **gravité**.

Causes possibles de la douleur :

- Soins locaux (*ex : débridement, changement de pansement primaire*) ;
- Pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- Processus de cicatrisation ;
- Complication locale (*ex : infection*) ;
- Thérapie de compression.

L'**intensité de la douleur** ressentie par le patient doit être **surveillée et documentée régulièrement** lors de l'évaluation de la plaie et lors de chaque changement de pansement en utilisant, par exemple, **une échelle visuelle analogique (EVA)**.

Si la **douleur** est **liée aux soins** (réfection du pansement et/ou débridement), il est recommandé d'utiliser la **crème anesthésiante à base de lidocaïne/prilocaine 5% (EMLA®)**. De plus, il est conseillé de privilégier des pansements siliconés ou ceux qui maintiennent le milieu humide (*ex : hydrogel, alginate, hydrofibre,...*).

Si les **mesures spécifiques** s'avèrent **insuffisantes** pour soulager la douleur liée aux soins, on peut avoir recours à un **traitement antalgique per os**.

Si la **douleur** est **liée à la compression veineuse**, il est nécessaire de réévaluer le type de compression ainsi que la technique d'application du système de compression.

7. Thérapie de compression

En l'absence de contre-indication, la **thérapie de compression** est la **pièce angulaire de la prise en charge des UVJ purs** (IPS compris entre 0,8 et 1,3).

Elle permet d'améliorer les taux de cicatrisation et de réduire les récurrences.

- La **thérapie de compression à haut niveau de pression** est plus efficace que celle à faible niveau de pression mais elle ne peut être utilisée qu'en cas UVJ pur (IPS compris entre 0,8 et 1,3).
- La **thérapie de compression multicouche** est plus efficace que celle monocouche.

Les **bandes de compression** sont plus souvent utilisées pour le **traitement des UVJ actifs** tandis que les **bas de compression** sont surtout utilisés pour **prévenir les récurrences**.

Avant toute mise en place d'une compression, il faut mesurer l'IPS afin d'évaluer le système artériel périphérique du patient et d'exclure la présence d'une artériopathie périphérique.

Tableau 5 – Contre-indications absolues et relatives à la thérapie de compression

Contre-indications ABSOLUES	Contre-indications RELATIVES
- Artériopathie périphérique avancée - IPS inférieur à 0,5 - Insuffisance cardiaque décompensée - Phlébite septique	- Artériopathie périphérique légère à modérée - IPS compris entre 0,5 et 0,8 - Douleur liée à la thérapie de compression - Infection floride (ex : cellulite) - Polyneuropathie périphérique avancée - Insuffisance cardiaque chronique compensée

En cas de **contre-indications relatives**, une **thérapie de compression à faible niveau de pression** peut se discuter.

Tout patient qui a eu un UVJ doit bénéficier d'une **thérapie de compression à vie**.

8. Référence à un médecin spécialiste

Il est recommandé de référer le patient à un service approprié ou à un médecin spécialiste (*ex : chirurgien vasculaire, dermatologue*) pour réévaluation dans les cas suivants :

- **Absence de réduction de la taille de l'UVJ après 4 semaines** de traitement ;
- **Absence de guérison de l'UVJ après 12 semaines** de traitement.

Il faut également référer à un médecin spécialiste pour des examens approfondis si l'**IPS** est **inférieur à 0,8** ou s'il est **supérieur à 1,3**.

De même, si le patient présente une **artériopathie sévère** et/ou si l'**IPS** est **inférieur à 0,5**, il faut le référer à un chirurgien vasculaire pour une éventuelle revascularisation.

Il est recommandé de référer le patient afin de **réaliser une biopsie** pour obtenir le diagnostic histologique de l'ulcère dans les circonstances suivantes :

- **Doute sur l'étiologie de l'ulcère ;**
- **Ulçère de présentation atypique ;**
- **Ulçère réfractaire au traitement mis en place.**

Il est important d'**exclure les autres étiologies** d'ulcère de jambe (*ex : pyoderma gangrenosum, maladies auto-immunes, vasculite, cancer,...*) car il peut ne pas être causé par une insuffisance veineuse.

Bibliographie

- (1) Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifier la prise en charge de l'ulcère veineux de la jambe [Internet]. Wounds International. London; 2015 [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/simplifying-venous-leg-ulcer-management-consensus-recommendations-fr>
- (2) Neumann HAM, Cornu-Thénard A, Jünger M, Mosti G, Munte K, Partsch H, et al. Evidence-based (S3) guidelines for diagnostics and treatment of venous leg ulcers. J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]. 2016;30(11):1843–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27558268/>
- (3) Vivas A, Lev-Tov H, Kirsner RS. Venous Leg Ulcers. Ann Intern Med. 2016;165(3):ITC17–32.
- (4) Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Hopkins A, Tickle J, Worboys F, et al. Best Practice Statement : Holistic Management of Venous Leg Ulceration [Internet]. Wounds UK. London; 2016 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-holistic-management-of-venous-leg-ulceration>
- (5) Franks PJ, Barker J, Collier M, Gethin G, Haesler E, Jawien A, et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. J Wound Care [Internet]. 2016;25(6):1–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27292202/>
- (6) Association for the Advancement of Wound Care. International Consolidated Venous Ulcer Guideline (ICVUG) 2015 (Update of AAWC Venous Ulcer Guideline, 2005 and 2010) [Internet]. AAWC. 2015 [cited 2020 May 7]. Available from: <https://aawconline.memberclicks.net/assets/appendix c guideline icvug-textformatrecommendations-final v42 changessaved18aug17.pdf>
- (7) O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. J Vasc Surg [Internet]. 2014;60(2):3S-59S. Available from: [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(14)00851-9/fulltext)
- (8) DynaMed. Venous Ulcer [Internet]. DynaMed. 2018 [cited 2020 Feb 16]. Available from: <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/venous-ulcer> Registration and login required.
- (9) Marston W, Tang J, Kirsner RS, Ennis W. Wound Healing Society 2015 update on guidelines for venous ulcers. Wound Repair Regen [Internet]. 2016;24(1):136–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wrr.12394>
- (10) Fletcher J, Atkin L, Dowsett C, Gardner S, Schofield A, Staines K, et al. Best Practice Statement: Addressing complexities in the management of venous leg ulcers [Internet]. Wounds UK. London; 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/best-practice-statement-addressing-complexities-management-venous-leg-ulcers>

Bibliographie

- (11) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers : A national clinical guideline [Internet]. SIGN. 2010 [cited 2020 Jun 12]. p. 1–39. Available from: <https://www.sign.ac.uk/media/1058/sign120.pdf>
- (12) Poelman T. Intérêt d’associer de la gymnastique médicale à la thérapie par compression dans le traitement de l’ulcère de jambe d’origine veineuse ? [Internet]. Minerva. 2019 [cited 2020 Apr 15]. p. 1–2. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/599>
- (13) Formulaire de soins aux Personnes Agées. Principes généraux du traitement de plaies chroniques [Internet]. Farmaka. 2016 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/258#main>
- (14) Association Pharmaceutique Belge. Pansements actifs : Soins de plaies en pharmacie [Internet]. APB. 2019 [cited 2020 Oct 20]. p. 1–26. Available from: http://www.appl.be/Upload/Pansements_actifs.pdf
- (15) ©Prescrire. Pansements des ulcères veineux de jambe : Praticité et coût sont les principaux critères de choix. La Rev Prescrire. 2013;33(359):682–7.
- (16) ©Prescrire. Lavage des plaies à l’eau du robinet. La Rev Prescrire. 2014;34(364):129.
- (17) Australian Wound Management Association, New Zealand Wound Care Society. Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers [Internet]. 2011. Available from: https://www.awma.com.au/files/publications/2011_awma_vlu_guideline_abridged.pdf
- (18) ebpracticenet. Comparison of different dressings for healing venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2017 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd04454#> Registration and login required.
- (19) Haute Autorité de Santé. Les pansements : Indications et utilisations recommandées [Internet]. HAS. 2011 [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts
- (20) Centre Belge d’Information Pharmacothérapeutique. Dermatologie : Pansements actifs [Internet]. CBIP. [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?frag=14712&matches=actifs>
- (21) Belche JL. Ulcères veineux : quel effet antalgique des agents topiques et des pansements ? Minerva [Internet]. 2014;13(7):86–7. Available from: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/10>
- (22) ebpracticenet. Compression for venous leg ulcers [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2013 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=evd00562> Registration and login required.