JMV—Journal de Médecine Vasculaire (2019) 44, 266—273

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

Évaluation par le patient du rôle du médecin traitant et du médecin vasculaire dans l'information médicale des patients souffrant d'une maladie thromboembolique veineuse

Roles of the general practitioner and the vascular medicine physician for patient education concerning venous thromboembolism: The patient's perspective

L. Le Collen[a,*], A. Douillard[b], D. Pontal[a], I. Quéré[a], J.-P. Galanaud[a,c]

[a] *Département de médecine vasculaire, université de Montpellier, CHU de Montpellier, 191, avenue du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France*
[b] *Département de l'information médicale, université de Montpellier, CHU de Montpellier, 191, avenue du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France*
[c] *Département de médecine, Sunnybrook Health Sciences Centre et université de Toronto, Toronto, Canada*

Reçu le 25 février 2019 ; accepté le 14 avril 2019
Disponible sur Internet le 14 mai 2019

MOTS CLÉS
Maladie thrombo-embolique veineuse ;
Enquête téléphonique ;
Information patient ;
Médecine vasculaire ;
Traitement anticoagulant

Résumé
Introduction. — La maladie veineuse thromboembolique (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) est une pathologie fréquente, grave mais aussi chronique. Lors de précédentes études, la plupart des médecins traitants et des médecins vasculaires déclaraient participer à l'éducation thérapeutique de leurs patients.
Objectif. — Évaluer, du point de vue du patient, le rôle et l'implication des médecins traitants et des médecins vasculaires dans l'information délivrée au patient lors de la prise en charge d'une thrombose veineuse profonde.
Méthode. — Enquête téléphonique réalisée auprès des patients français inclus dans l'essai thérapeutique CACTUS sur le traitement des thromboses veineuses profondes distales des membres inférieurs.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : l-lecollen@chu-montpellier.fr (L. Le Collen).

https://doi.org/10.1016/j.jdmv.2019.04.003
2542-4513/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

Résultats. — Cent trois patients ont été interrogés. Quatre-vingt-douze pour cent ($n = 95$) se déclaraient satisfaits de l'information reçue, jugée nécessaire dans 96 % ($n = 99$) des cas et 85 % ($n = 88$) des patients n'ont pas éprouvé le besoin de consulter d'autres sources d'information. Les médecins vasculaires auraient consacré plus de temps à l'information des patients et auraient délivré un message plus exhaustif et plus compréhensible. Plus de 75 % des patients ont déclaré qu'aucun médecin n'avait abordé les problématiques des précautions à prendre sous anticoagulants, des complications à long terme et de la prévention de la récidive de la maladie veineuse thromboembolique.

Conclusion. — Dans l'étude CACTUS, les médecins vasculaires auraient consacré davantage de temps à l'information médicale qui est jugée satisfaisante d'après les patients. Des thèmes importants n'auraient pas été abordés suggérant la nécessité d'une protocolisation de l'information au patient.

© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS
Venous thrombo-embolism;
Phone survey;
Patient's education;
Vascular Medicine;
Anticoagulant treatment

Summary

Introduction. — Venous thromboembolism (pulmonary embolism and deep-vein thrombosis) is a frequent, serious but also chronic disease. Studies reported that both general practitioners (GPs) and vascular medicine physicians (VMPs) report participating in patient education concerning venous thromboembolic disease.

Objective. — To assess the role of GPs and VMPs in venous thromboembolic disease patient education, examining the patient's perspective.

Method. — Phone survey of the French patients recruited in the CACTUS trial assessing anticoagulant treatment in case of first distal deep-vein thrombosis.

Results. — Among the 103 participating patients, 92% ($n = 95$) reported being satisfied by information provided by the GP and VMP. Information was considered as necessary in 96% of cases ($n = 99$). Eighty-five percent of patients ($n = 88$) felt they did not need complementary information. The VMP would have spent more time on education as compared with the GP (an entire consultation in 93.2% vs. 38.8% of cases respectively) the information provided by the VMP being also clearer and more complete. More than 75% of patients reported that no physician warned them about risks of anticoagulants, long-term complications of venous thromboembolic disease or its prevention.

Conclusion. — In CACTUS, patients reported being satisfied by information provided by their managing physicians and information provided by the VMP was clearer and more complete. Important education messages may not have been delivered suggesting the need for a standardization of venous thromboembolic disease patient's education.

© 2019 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) dont les expressions cliniques les plus fréquentes sont la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP), est une pathologie fréquente en pratique clinique courante [1]. Sur la base de l'extrapolation des données de l'étude Brestoise EPI-GETBO, on estime qu'en France, chaque année, plus de 100 000 patients sont atteints de MTEV [2,3]. La prise en charge de la MTEV nécessite la mise en route de traitements anticoagulants prolongés (au-delà de 1 mois) dont le mésusage peut être associé à des effets secondaires graves dont le taux et la sévérité pourraient être réduits par une meilleure connaissance des patients de leur traitement [4]. Au-delà de la problématique de la prise en charge thérapeutique et du risque de récidive, les patients atteints d'une MTEV sont susceptibles de développer des complications invalidantes à plus long terme, telles que le syndrome post-thrombotique en cas de TVP ou le cœur pulmonaire chronique post-embolique en cas d'EP. Aussi la MTEV est une maladie chronique et sa prise en charge implique obligatoirement un temps dédié à l'information du patient [5]. En l'absence de parcours de soins et d'une éducation thérapeutique clairement identifiés par les autorités de santé, l'éducation du patient affecté par une MTEV repose sur les informations délivrées par les différents professionnels de santé impliqués, principalement le médecin traitant (MT) et le médecin vasculaire (MV) [6—8]. Ainsi, au travers d'études nationales et régionales réalisées auprès des MT et des MV, nous avons mis en évidence qu'une proportion identique de MT et de MV (75-80 %) déclarait se charger de l'éducation thérapeutique de leurs patients présentant une MTEV [9,10]. Ce taux élevé

et semblable de réponses de la part des MT et des MV reflète sans doute leur sentiment d'implication dans l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, ces résultats « flatteurs » nécessitent d'être confirmés en interrogeant les patients ayant présenté une MTEV sur l'implication et le rôle respectif du MT et du MV.

Dans cette perspective, nous avons interrogé les patients recrutés dans l'essai thérapeutique CACTUS *(Compression versus Anticoagulant treatment and compression in symptomatic Calf Thrombosis diagnosed by UltraSound)* comparant la nadroparine calcique à un placebo en cas de TVP distale (infra-poplitée) des membres inférieurs afin de préciser le rôle exercé par le MT et le MV dans l'information initiale du patient [11].

Méthode

Présentation de l'étude CACTUS

CACTUS est un essai thérapeutique multicentrique international (Canada, France, Suisse), randomisé en double aveugle, comparant l'efficacité de la nadroparine calcique (171UI/Kg/J) à un placebo injectable pendant 6 semaines, en complément du port d'une compression élastique, en cas de 1er épisode de TVP distale symptomatique des membres inférieurs [11]. Les principaux critères d'exclusion étaient la présence d'une EP ou d'une TVP proximale sur l'une ou l'autre jambe, une autre indication à un traitement anticoagulant préventif ou curatif, un cancer, l'atteinte du tronc tibio-fibulaire, une contre-indication au traitement anticoagulant par nadroparine (risque hémorragique incluant une thrombopénie < 100G/L, un saignement récent ou actif, une insuffisance rénale sévère), un antécédent de thrombopénie induite par l'héparine, poids < 40Kg ou > 115Kg, la prise quotidienne d'anti-inflammatoires (aspirine acceptée si $\leq$ 160 mg/j). Les femmes enceintes, les mineurs, les patients présentant un trouble des fonctions supérieures ou ceux qui refusaient de participer n'étaient pas éligibles de même que les patients ayant reçu un traitement anticoagulant depuis plus de 48 h avant la randomisation. Le critère principal de jugement était la survenue d'une TVP proximale ou d'une EP (mortelle ou non) au cours des 6 premières semaines. Le critère principal de sécurité était la survenue d'une hémorragie grave (dont mortelle) ou cliniquement significative au cours des 6 premières semaines [12]. Tous les événements déclarés au cours du suivi étaient adjudiqués en aveugle par un comité indépendant après évaluation des comptes rendus médicaux.

La principale conclusion de cette étude qui a recruté 256 patients en France, au Canada et en Suisse était qu'en cas de TVP distale à faible risque d'extension proximale, un traitement anticoagulant curatif pendant 6 semaines diminuait, mais de façon non significative, le taux d'événements thromboemboliques proximaux tout en exposant à un excès de risque hémorragique cliniquement significatif.

Présentation de l'étude ancillaire

Après le début de l'étude, il a été décidé de proposer un suivi à long terme (au moins un an au lieu des 90 jours initialement prévus) afin d'évaluer les événements à plus long terme associés aux TVP distales : cancers, récidive de MTEV, décès, syndrome post-thrombotique (SPT) [13]. Cette évaluation a été effectuée soit par un suivi clinique et/ou par un suivi téléphonique. À cette occasion, nous avons réalisé une étude ancillaire en recontactant tous les patients français de l'étude afin de les interroger sur l'implication et le rôle exercé par les différents intervenants (MT et MV) dans leur information et leur compréhension de la maladie thromboembolique veineuse. Le questionnaire de suivi téléphonique a d'abord été testé auprès de sujets sains non impliqués dans l'étude afin de s'assurer de sa bonne compréhension et de la durée adaptée à un entretien téléphonique (15 minutes environ) [14]. Les questions concernaient non seulement le rôle et l'implication des MT et des MV dans la délivrance de l'information fournie lors du diagnostic de MTEV mais aussi la compréhension à long terme des explications données aux patients. Le suivi téléphonique a été effectué du 1er octobre 2015 au 30 juin 2016. Pour des raisons pratiques, seuls les patients recrutés en France ont été contactés. Les patients ayant développé depuis la randomisation un trouble des fonctions supérieures ou qui étaient injoignables après 3 appels espacés dans le temps étaient exclus.

Analyse statistique des données

Les données préalablement anonymisées ont été saisies sur un e-CRF (*electronic Case Report Form)* paramétré sous la suite de logiciels Ennov Clinical. L'analyse des données a été réalisée par le Docteur Aymeric Douillard, biostatisticien au département de l'information médicale du CHU de Montpellier. Les données représentent le pourcentage relatif et le nombre de sujets concernés pour chaque modalité de chaque question. Une description globale de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives et comparées à l'aide d'un test de Chi^2 ou d'un test exact de Fischer. Une différence de 0,05 % a été retenue comme significative. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.).

Résultats

Description de la population et du suivi médical

Parmi les 166 patients français recrutés dans l'essai thérapeutique CACTUS, 103 ont répondu à l'enquête téléphonique. (Fig. 1) Ces patients avaient été inclus dans 19 centres français différents 5,9 ($\pm$ 1,64) ans en moyenne après leur TVP distale inaugurale. Quarante-neuf pour cent (n = 50) étaient des femmes et l'âge moyen des patients au moment de l'enquête téléphonique était de 57,5 ($\pm$ 15,6) ans. Quatre-vingt-dix-sept pour cent (n = 100) des patients déclaraient avoir un médecin traitant qui, dans 82 % des cas était celui qui avait pris en charge la TVP distale responsable de leur inclusion. Quatre-vingt-cinq pour cent (n = 88) des patients déclaraient ne plus parler de leur TVP avec leur médecin traitant et ne plus être suivis pour un problème en rapport avec la MTEV par le MV ayant pris en charge la TVP distale initialement. Quatre-vingt-quinze pour cent (n = 98)

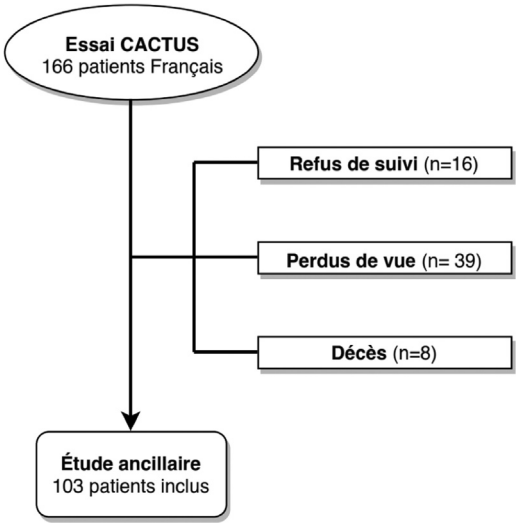

Figure 1 Diagramme de flux de l'étude.
Study design.

des patients n'avaient aucun suivi en médecine vasculaire avant la TVP distale.

Trente-trois pour cent ($n = 34$) des patients portaient encore régulièrement une compression élastique au moment de l'appel. Cette compression élastique était prescrite dans 79 % des cas pour traiter une insuffisance veineuse établie et dans 21 % des cas pour prévenir un syndrome post-thrombotique ou une récidive de TVP.

Information au diagnostic et au cours du suivi de la TVP

Les patients ont déclaré que 38,8 % des MT ($n = 40$) et 93,2 % des MV ($n = 96$) ont consacré une consultation entière à « l'information et l'éducation médicale et thérapeutique » de la TVP. Le Tableau 1 synthétise les résultats des réponses des patients aux différentes dimensions de l'information abordées avec les MT et les MV et s'il existait des différences en termes d'explications données par MT et MV.

Aucun thème n'a davantage été traité par le MT plutôt que par le MV. Lorsque les thèmes ont été évoqués par le MT et le MV, il n'y avait pas de différence significative sur les différentes informations délivrées par le médecin traitant et le médecin vasculaire. Enfin, dans plus de 80 % des cas ni le MT et le MV n'auraient parlé des précautions à prendre sous anticoagulants, des complications à long terme des TVP et de l'intérêt des traitements anticoagulants préventifs une fois le traitement curatif terminé.

Ressenti du patient lors de l'information

Au total, 96,1 % ($n = 99$) des patients déclaraient que l'information délivrée par les professionnels de santé était nécessaire. Ils estimaient dans 58,3 % des cas ($n = 60$) que l'information délivrée par le MT et le MV n'était pas redondante et que celle-ci était complémentaire dans 38,8 % des cas ($n = 40$). Quatre-vingt-douze pour cent ($n = 95$) des patients déclaraient avoir le sentiment d'avoir compris l'information prodiguée et 85,4 % ($n = 88$) ont déclaré ne pas avoir eu besoin de chercher d'informations supplémentaires sur leur maladie (Tableau 2.1). Concernant l'intelligibilité, l'exhaustivité, la personnalisation des messages, les patients semblaient avoir une préférence pour ceux délivrés par le MV (Tableau 2.2).

Discussion

Parmi les patients français de l'essai thérapeutique CACTUS, les patients se déclaraient satisfaits de l'information et de l'éducation thérapeutique prodiguées. Celles-ci ont été davantage réalisées par le MV que par le MT, que ce soit en termes de temps dédié, de thématiques abordées et de qualité du message délivré. Néanmoins, il existerait des carences sur des thèmes importants de l'information au patient comme les risques inhérents à la prise du traitement anticoagulant, les complications à long terme et la prévention de la récidive.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le rôle respectif du MT et du MV dans l'information du patient présentant une MTEV — ici une TVP distale des membres inférieurs — telle que perçue par les patients.

Nous avons tout d'abord mis en évidence que, selon les patients, 93,2 % des MV ont consacré une consultation dédiée à l'information et à l'éducation thérapeutique du patient contre seulement 38,8 % chez les MT. Ce résultat ne remet aucunement en cause l'implication importante du MT dans l'information du patient présentant une MTEV et doit s'interpréter prudemment dans le contexte d'un essai thérapeutique. En effet, la première visite chez le MV correspondait à la visite d'inclusion durant laquelle le MV était tenu d'expliquer le protocole au patient ainsi que ses risques. Ceci explique le taux particulièrement élevé de consultations perçues par le patient comme dédiées à l'information sur la maladie lors de la visite chez le MV et *a contrario* le plus faible taux rapporté chez le MT. On peut aussi supposer que le MT était au courant que le patient avait reçu une information exhaustive de la part du MV. En effet, on ne peut exclure que les MT qui ont accepté que leurs patients participent à l'étude soient ceux qui ont davantage l'habitude de prendre en charge la MTEV de façon collaborative ou en délégation totale [9]. Enfin, le taux de 38,8 % de participation à l'information par le MT pourrait paraître moindre que celui retrouvé dans l'étude de Almosni et al où 76 % des MT déclaraient s'impliquer dans l'éducation thérapeutique du patient présentant une MTEV mais l'intitulé de la question était différent. Par ailleurs, dans notre étude, 80 % des patients ont répondu que leur MT leur avait recommandé une déambulation rapide afin d'améliorer leur symptomatologie témoignant d'un certain degré d'information. Ce taux est comparable à celui des MV (85 %). Concernant les thèmes abordés, quelle que soit la thématique, il apparaît que les patients jugent le message présenté nécessaire dans 96 % des cas témoignant de leur satisfaction vis-à-vis de l'information reçue. Le MV semble proposer une information plus complète et, quand les messages étaient délivrés à la fois par le MT et le MV, aucune différence significative n'était retrouvée. Comme l'ont souligné les patients, les informations délivrées leur avaient apporté un sentiment de compréhension suffisant illustré par le fait que dans plus de 85 % des cas, ils n'ont pas éprouvé

Tableau 1 Information prodiguée par les médecins traitants et les médecins vasculaires au cours du suivi de la TVP — % (*n*).
Information delivered by general practitioners and vascular medicine physicians for thromboembolic disease patient education: % (n).

	Médecin ayant réalisé l'information				Comparaison des explications données entre MT et MV			MT vs MV
	MT	MV	MV + MT	Aucun	Oui	Non	NSP	Valeur de *p*
L'explication de la maladie et de ses causes a été réalisée par :	0,97 (1)	59,22 (61)	30,1 (31)	9,71 (10)				$p < 0{,}01$
Si MT + MV: le message était-il identique ?					61,29 (19)	9,68 (3)	29,03 (9)	$p < 0{,}01$
Si vous êtes une femme et que vous preniez une contraception œstroprogestative, y a-t-il eu une information et une modification de traitement de la part du :	0 (0)	75,0 (12)	12,5 (2)	12,5 (2)				$p < 0{,}01$
Vous a-t-on expliqué les précautions à prendre pour ne pas saigner sous traitement anticoagulant ?	0,97 (1)	11,65 (12)	5,83 (6)	81,55 (84)				$p < 0{,}01$
Vous a-t-on enseigné « l'auto-injection » ?	0 (0)	22,55 (23)	8,82 (9)	68,93 (71)[a]				$p < 0{,}01$
Vous a-t-on parlé de la nécessité de port de bas de compression ?	0,97 (1)	49,51 (51)	46,60 (48)	2.91 (3)				$p < 0{,}01$
Si MT + MV: le message était-il identique ?					70.83 (34)	2,08 (1)	27.08 (13)	$p < 0{,}01$
Vous a-t-on expliqué les situations à risque de récidive ?	0 (0)	36,89 (38)	33,98 (35)	29,13 (30)				$p < 0{,}01$
Si MT + MV: le message était-il identique ?					65,71 (23)	5,71 (2)	28.57 (10)	$p < 0{,}01$
Vous a-t-on expliqué les signes de récidive de phlébite ?	0,97 (1)	35,92 (37)	33,01 (34)	30,10 (31)				$p < 0{,}01$
Si MT + MV: le message était-il identique ?					73.53 (25)	2,94 (1)	23.53 (8)	$p < 0{,}01$

Tableau 1 (*Continued*)

	Médecin ayant réalisé l'information				Comparaison des explications données entre MT et MV			MT vs MV
	MT	MV	MV + MT	Aucun	Oui	Non	NSP	Valeur de *p*
Vous a-t-on expliqué les moyens de prévention de la récidive ?	0 (0)	36,89 (38)	43,69 (45)	19,42 (20)				$p < 0,01$
Si MT + MV: le message était-il identique ?					55.56 (25)	11,11 (5)	33.3 (15)	$p < 0,01$
Vous a-t-on parlé des traitements anticoagulants préventifs ?	1,94 (2)	15,53 (16)	6,80 (7)	75,73 (78)				$p < 0,01$
Vous a-t-on parlé de la mobilisation ?	1,94 (2)	32,04 (33)	33,98 (35)	32,04 (33)				$p < 0,01$
Vous a-t-on parlé de l'hydratation ?	0,97 (1)	34,95 (36)	18,45 (19)	45,63 (47)				$p < 0,01$
Vous a-t-on parlé des complications à long terme ?	0 (0)	7,77 (8)	6,80 (7)	85.44 (88)				$p < 0,01$

NSP : Ne sait pas.

[a] Dans le groupe « aucun », les infirmières ont enseigné « l'auto-injection » pour 22 patients sur 71 soit 30,98 %.

Tableau 2.1 Comparaison de l'information délivrée par le MT et le MV — % (*n*).
Comparison of information delivered by the general practitioner and the vascular medicine physician : % (n).

	Oui	Non	NSP	Valeur de *p*
L'information délivrée était-elle nécessaire ?	96,12 (99)	0,97 (1)	2,91 (3)	$p < 0{,}01$
L'information délivrée était-elle redondante ?	27,18 (28)	58,25 (60)	14,56 (15)	$p < 0{,}01$
L'information délivrée était-elle complémentaire ?	38,83 (40)	43,69 (45)	17,48 (18)	$p = 0{,}44$
Avez-vous le sentiment d'avoir compris la maladie ?	92,23 (95)	5,83 (6)	1,94 (2)	$p < 0{,}01$
Nécessité de se renseigner à propos de la pathologie (Internet, livres...) ?	14,56 (15)	85,44 (88)	0 (0)	$p < 0{,}01$

Tableau 2.2 Comparaison du ressenti sur l'information délivrée par le MT et le MV — % (*n*).
Comparison of feeling delivered by the general practitioner and the vascular medicine physician : % (n).

	MT	MV	Pas de différence	NSP	Valeur de *p*
Quel professionnel a délivré l'information la plus compréhensible ?	3,88 (4)	52,43 (54)	39,81 (41)	3,88 (4)	$p < 0{,}01$
Quel professionnel a délivré l'information la plus complète ?	1,94 (2)	86,41 (89)	7,77 (8)	3,88 (4)	$p < 0{,}01$
Quel professionnel a délivré l'information la plus personnalisée ?	17,48 (18)	51,46 (53)	27,18 (28)	3,88 (4)	$p < 0{,}01$

la nécessité de consulter d'autres sources d'information (livre, Internet...). À ce titre, on peut considérer que le ressenti du patient quant à l'information délivrée a été un succès.

Si la très grande majorité des patients a bénéficié de conseils et d'informations sur le risque de récidive et sa prévention, notre étude met en évidence des failles dans la délivrance d'une information compréhensible, adaptée et pratique sur la MTEV. En effet, dans 81,6 % des cas, ni le MT ni le MV n'auraient apporté une information jugée suffisante par le patient sur les risques encourus par l'utilisation des traitements anticoagulants. De même dans 68,9 % des cas, l'enseignement de « l'auto-injection » d'héparine n'aurait pas été réalisé par le MT ou le MV. Ce serait alors l'infirmière libérale qui s'en serait chargée dans 31 % des cas. Il aurait été intéressant de pouvoir mesurer l'impact de l'éducation thérapeutique faite par les pharmaciens concernant l'information aux anticoagulants mais nous ne disposons malheureusement pas de cette information [15]. Au total, 75,7 % des médecins n'auraient pas expliqué l'intérêt, à distance de l'épisode, des traitements préventifs dans les situations à risque. Enfin, 85,4 % des médecins n'auraient pas parlé des complications à long terme des TVP distales, il convient de souligner que la prévalence de celles-ci est largement méconnue dans la littérature scientifique ce qui peut en soit constituer une explication suffisante [16,17].

Pour la pratique, ces résultats soulèvent des commentaires concernant l'information et l'éducation thérapeutique dans la MTEV. Tout d'abord si celle-ci est, et doit être, délivrée par l'ensemble des professionnels de santé, son message doit être adapté en fonction du professionnel et associer des conseils oraux et des conseils écrits. La formation initiale et continue de l'ensemble des médecins impliqués semble un élément indispensable afin d'y parvenir. On pourrait envisager de renforcer les éléments d'information et d'éducation thérapeutique lors des enseignements prodigués aux internes en médecine ou lors des programmes de développement personnel continu à la façon d'un « take home message » pour une pathologie donnée... à l'attention des patients. Actuellement, des fiches sur la MTEV, réalisées par le groupe de travail SFMV dédié à l'éducation thérapeutique, sont d'ores et déjà gratuitement disponibles sur Internet [18]. Enfin, l'offre de formations comprend aussi des enseignements d'une durée minimale de 40 h sur l'éducation thérapeutique. Une autre piste à explorer, complémentaire de celle-ci, pourrait être le développement accru des réseaux de cliniques d'anticoagulants dont l'efficacité a été clairement démontrée [19—21]. L'absence de poursuite de l'information et de l'éducation thérapeutique à la fin de l'étude et de suivi par un MV traduit le caractère relativement bénin des TVP distales tel que ressenti par les médecins et les patients mais aussi l'absence de complications cliniques sérieuses au cours du suivi [13].

Notre étude présente des forces et des faiblesses qu'il convient de souligner. Tout d'abord la plus faible implication supposée des MT est certainement en partie liée au design de l'étude, ancillaire d'un essai thérapeutique ainsi que de l'appel par un centre de médecine vasculaire. Le caractère distal, bénin, de la TVP a aussi pu contribuer à une moindre information du patient, une fois l'épisode passé et le protocole terminé comme illustré par le fait que 85 % des MT n'ont plus reparlé de la TVP distale à leurs patients et qu'une proportion semblable de patients n'ont pas revu leur MV par la suite. Enfin, on ne peut aussi exclure qu'un biais de rappel ait pu avoir un impact sur nos résultats puisqu'en moyenne les patients ont été interrogés presque 6 ans après la prise en charge de la TVP et certaines réponses surprenantes pourraient illustrer ce biais. Ainsi, 54,4 % des médecins auraient parlé de l'hydratation comme un moyen de prévention des TVP et seulement 24,3 % auraient parlé des anticoagulants à dose préventive. Ceci traduit, selon nous, la discordance entre le message délivré par le médecin et le message retenu par le patient.

En conclusion, cette étude révèle que, en France et dans le cadre d'un essai thérapeutique sur la MTEV, les patients se déclarent satisfaits des messages d'information et d'éducation thérapeutique reçus. L'information a davantage

été réalisée par le MV que par le MT. Des thèmes importants n'auraient pas été abordés suggérant la nécessité d'un meilleur encadrement et d'une meilleure formation des professionnels de santé dans l'information et l'éducation thérapeutique du patient.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Groupe de travail « éducation thérapeutique » de la SFMV.

Références

[1] Galanaud JP, Messas E, Blanchet-Deverly A, Quéré I, Wahl D, Pernod G. Prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse en 2015. Rev Med Interne 2015;36:746—52.
[2] Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France. EPIGETBO Study Group. Groupe d'Étude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. Thromb Haemost 2000;83:657—60.
[3] Delluc A, Tromeur C, Le Ven F, Gouillou M, Paleiron N, Bressollette L, et al. Current incidence of venous thromboembolism and comparison with 1998: a community-based study in Western France. Thromb Haemost 2016;116:967—74.
[4] Pouyet V, Abassade P, Cador R. Évaluation de la connaissance des patients de leur traitement par anticoagulant oral direct (AOD). Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2017;66:269—74.
[5] HAS, Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation, Juin 2007. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf. Accès au site le 1 avril 2018.
[6] Bura-Rivière A. Maladie thrombo-embolique veineuse—Gérer l'urgence et organiser le suivi au-delà de l'épisode aigu. Le Concours médical 2014;6:445—74.
[7] Galanaud JP, Quéré I. Suivi de la maladie veineuse thrombo-embolique. La revue du praticien médecine générale 2015;952:847—9.
[8] Emery G, Le Fur C, Epis-de-Fleurian AA, Josseran A. Parcours de soins, vers la mise en place d'un financement adapté : raisons et conditions de réussite. Therapie 2018;73:25—32.
[9] Almosni J, Meusy A, Frances P, Pontal D, Quéré I, Galanaud JP. Practice variation in the management of distal deep vein thrombosis in primary vs. secondary cares: a clinical practice survey. Thromb Res 2015;136:526—30.
[10] Calais C. Évaluation du parcours de soins actuel des patients présentant une maladie thromboembolique veineuse et acceptabilité de la prise en charge ambulatoire de l'embolie pulmonaire par les médecins généralistes en France. [Thèse]. Montpellier: Université de Montpellier 1; 2015.
[11] Righini M, Galanaud JP, Guenneguez H, Brisot D, Diard A, Faisse P, et al. Anticoagulant therapy for symptomatic calf deep vein thrombosis (CACTUS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Haematol 2016;3:e556—62.
[12] Schulman S, Kearon C. Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. Thromb Haemost 2005;3:692—4.
[13] Galanaud JP, Righini M, Le Collen L, Douillard A, Robert-Ebadi H, Pontal D, et al.Long-term Risk of Post-Thrombotic Syndrome after Symptomatic Distal Deep-Vein Thrombosis: The CACTUS-PTS Study. Abstract ISTH conference. 2017.
[14] Utne KK, Ghanima W, Foyn S, Kahn S, Sandset PM, Wik HS. Development and validation of a tool for patient reporting of symptoms and signs of the post-thrombotic syndrome. Thromb Haemost 2016;115:361—7.
[15] Brunie V, Rouprêt-Serzec J, Rieutord A. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. Journal de Pharmacie Clinique 2010;29:90—2.
[16] Kahn S, Shapiro S, Wells P, Rodger M, Kovacs M, Anderson D, et al. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. The Lancet 383;:880-8.
[17] Galanaud JP, Kahn SR, Khau Van Kien A, Laroche JP, Quéré I. Epidemiology and management of isolated distal deep venous thrombosis. Rev Med Interne 2012;33:678—85.
[18] https://www.portailvasculaire.fr/fiches-pratiques/fiches-patients-mtev-ep.
[19] Blaise S, Yver J, Fontaine M, Satger B, Viallaret P, Roger B, et al. La coordination des soins au sein de GRANTED, le réseau de santé ville-hôpital des pathologies vasculaires Sud Isère. J Mal Vasc 2011;36:321—2.
[20] Satger B, Blaise S, Fontaine M, Yver J, Allenet B, Baudrant M, et al. Éducation thérapeutique des patients traités par anticoagulants oraux antivitamines K. Presse Med 2009;38:1780—7.
[21] Léger S, Allenet B, Calop J, Bosson JL. Éducation thérapeutique des patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse: description du programme Educ'AVK. J Mal Vasc 2004;29:145—51.