



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

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

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

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

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

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

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**L'ADHÉSION DES PATIENTS GRANDS BRÛLÉS ADULTES AU TRAITEMENT
PAR VÊTEMENT COMPRESSIF DÉFINITIF**
Sous la direction de REIGNIER Mylène

Mémoire présenté par **Lucie BILLAUD**,
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), BILLAUD Lucie

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à NANCY, le 16/04/2020

Signature

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Madame REIGNIER, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien durant cette année.

Je tiens ensuite à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'organisation de ce mémoire ; l'aide précieuse apportée par les équipes de l'Hôpital Félix Maréchal de Metz est à souligner. Merci au Docteur DEFFINIS pour ses idées et ses réponses.

Je suis également très reconnaissante envers les nombreux rééducateurs et professionnels de santé qui m'ont conseillé et accompagné durant mon cursus scolaire.

J'adresse mes remerciements aux patients qui ont accepté de faire partie de l'étude.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Nancy pour son accompagnement et la contribution au succès de ma formation et plus particulièrement Madame MULLER, ma référente pendant ces quatre années.

Plus personnellement, je suis reconnaissante envers les membres de ma famille, pour leur accompagnement durant toute ma scolarité et envers mes amis, étudiants masseurs-kinésithérapeutes ou non, pour tous ces agréables moments partagés.

Grâce à vous, j'ai pu prendre des décisions et mener au mieux ce projet, qui marque la fin de cette formation riche en expériences.

À vous tous, un grand Merci !

L'adhésion des patients Grands Brûlés adultes au traitement par vêtement compressif définitif

INTRODUCTION : Chaque année, environ 8000 personnes sont hospitalisées pour brûlure en France. Les patients reçoivent divers traitements (médicaux, chirurgicaux, rééducatifs...) souvent longs et contraignants. La masso-kinésithérapie a une place incontournable dans le traitement rééducatif des Grands Brûlés. L'utilisation du vêtement compressif est aujourd'hui le choix pour prévenir ou traiter les cicatrices hypertrophiques post-brûlures, malgré le manque de consensus concernant son efficacité. La pressothérapie est un traitement non-invasif ayant peu d'effet indésirable et de complication. Le port du vêtement compressif dure en moyenne de quelques mois à 2 ans maximum. Cette étude a pour but de rendre compte de l'adhésion des patients Grands Brûlés adultes au traitement par vêtement compressif définitif tout au long de leur traitement post-brûlure. Un autre objectif est de comprendre les éléments qui favorisent leur port et ceux qui vont à son encontre. **MATÉRIELS ET MÉTHODES :** Un questionnaire non validé a été diffusé aux patients Grands Brûlés adultes de l'Hôpital Félix Maréchal de Metz du 23 septembre 2019 au 31 janvier 2020. Cette recherche est qualitative et subjective. **RÉSULTATS :** Trente-sept patients sont inclus dans cette étude. Nous rendons compte notamment d'une mauvaise adhésion générale des patients et d'un manque de transmission des informations médicales utiles à la compréhension du traitement. **DISCUSSION :** L'adhésion au port du vêtement compressif apparaît liée à une communication entre les professionnels de santé et le patient ainsi qu'à l'intégration de ce dernier dans sa prise en charge. Au contraire, certains freins notamment sociaux et ceux liés au confort du patient empêchent une bonne adhésion. Il est à noter que cette étude n'est pas généralisable puisqu'elle est uni-centrée et que notre échantillon est faible. Nous avons conscience que notre étude qualitative peut être biaisée notamment par la subjectivité des réponses. Il serait intéressant d'étendre cette recherche à d'autres centres hospitaliers.

MOTS CLÉS : Adhésion, brûlure, Grand Brûlé, hypertrophie cicatricielle, vêtement compressif

Adhesion of adult burn patients to definitive pressure garment therapy

INTRODUCTION : Each year, around 8000 people are hospitalized for burns in France. Patients receive various types of treatment (medical, surgical, rehabilitative, etc.) often long and restrictive. Physiotherapy has an essential place in the rehabilitation treatment of burn victims. The use of compression garments is today the choice to prevent or treat hypertrophic scars after burns, despite a lack of consensus regarding its effectiveness. Pressure garment therapy is a non-invasive treatment with few side effects and complications. The wearing of compression garments lasts on average from a few months to a maximum of two years. The purpose of this study is to report on the adherence of adult burn victims to permanent compression garment treatment throughout their post-burn treatment. Another objective is to understand the elements that favor their wearing and those who go against. **MATERIALS AND METHODS :** An unvalidated questionnaire was sent to adult burn victims of Félix Maréchal Hospital (Metz) from September 23, 2019 to January 31, 2020. This research is qualitative and subjectiv. **RESULTS :** Thirty-seven patients are included in this study. We report in particular a general poor adherence of patients and a lack of transmission of medical information useful for understanding treatment. **DISCUSSION :** Adhesion to compression garments appears to be linked to the communication between the health professionals and the patient, as well as to the latter's integration into his care. On the contrary, certain obstacles, notably social and those linked to patient comfort, prevent good adherence. It should be noted that this study is not generalizable since it is uni-centered and our sample is small. We are aware that our qualitative study can be biased in particular by the subjectivity of the responses. It would be interesting to extend this research to other hospitals.

KEYWORDS : Adhesion, burn, burn patient, hypertrophic scar, pressure garment

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES

1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE THÉORIQUE.....	4
2.1. Brûlures.....	4
2.1.1. Causes.....	4
2.1.2. Types.....	4
2.1.3. Classification en degrés.....	5
2.1.3.1. Premier degré.....	5
2.1.3.2. Deuxième degré.....	5
2.1.3.3. Troisième degré.....	6
2.1.4. Classification selon l'épaisseur.....	6
2.1.5. Gravité.....	7
2.1.6. Étendue.....	7
2.2. Processus de cicatrisation.....	8
2.2.1. Physiologie.....	8
2.2.1.1. Première phase : l'inflammation.....	9
2.2.1.2. Deuxième phase : la réparation tissulaire ou prolifération.....	9
2.2.1.3. Troisième phase : le remodelage cicatriciel ou maturation.....	9
2.2.2. Pathologies cicatricielles.....	10
2.2.2.1. Hypertrophie cicatricielle.....	10
2.2.2.2. Retard de cicatrisation.....	11
2.3. Vêtement compressif.....	11
2.3.1. Rôle dans la cicatrisation.....	11
2.3.2. Indications.....	12
2.3.3. Vêtement compressif provisoire.....	13
2.3.4. Vêtement compressif définitif.....	14
2.3.4.1. Facteur de réduction.....	14
2.3.4.2. Loi de Laplace.....	14
2.3.5. Ajustement du vêtement compressif.....	15

2.3.6.	Efficacité du vêtement compressif	15
2.3.7.	Conseils d'entretien du vêtement compressif	15
2.3.8.	Adjonctions au vêtement compressif	16
2.4.	Adhésion	16
3.	MATÉRIELS ET MÉTHODES	18
3.1.	Stratégie de recherche bibliographique	18
3.2.	Prise de contact avec des entreprises	18
3.3.	Création et diffusion du questionnaire	19
3.4.	Population	20
3.4.1.	Critères d'inclusion	20
3.4.2.	Critères de non-inclusion.....	20
3.4.3.	Critère de non-exclusion	21
3.4.4.	Critère d'exclusion.....	21
3.5.	Matériels	21
4.	RÉSULTATS	22
4.1.	Échantillon	22
4.2.	Résultats de la première partie.....	22
4.3.	Résultats de la deuxième partie	25
4.3.1.	Les vêtements compressifs des patients.....	25
4.3.2.	Explications reçues	27
4.3.3.	Place des vêtements compressifs dans leurs hospitalisations.....	27
4.4.	Résultats de la troisième partie	27
4.4.1.	Temps de port.....	27
4.4.2.	Quotidien des patients.....	28
4.5.	Résultats de la quatrième partie	32
4.6.	Croisement des parties	33
4.6.1.	Délai post-brûlure.....	33
4.6.2.	Selon le sexe.....	34
4.6.3.	Vêtement compressif provisoire	34
4.6.4.	Selon le type de vêtement compressif.....	34

5. DISCUSSION.....	36
5.1. Points positifs à encourager	36
5.1.1. Informer le patient	36
5.1.1.1. Ses brûlures.....	36
5.1.1.2. Les différents traitements possibles	36
5.1.1.3. S'approprier le traitement par vêtement compressif	37
5.1.2. Faire comprendre l'utilité des vêtements compressifs aux équipes de soin	39
5.1.3. Moyens de communication.....	39
5.2. Points négatifs à améliorer	40
5.2.1. Usure du vêtement compressif.....	40
5.2.2. Société	40
5.2.3. À adapter selon les cas	41
5.3. Les effets prouvés du vêtement compressif	42
5.4. Biais de l'étude.....	43
5.4.1. À propos de l'échantillon	43
5.4.2. À propos du questionnaire.....	44
5.4.3. À propos des résultats.....	45
5.4.4. À propos des patients.....	45
6. CONCLUSION	46

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

GB : Grand Brûlé

HAS : Haute Autorité de Santé

MeSH : Medical Subject Headings

MI : Membre Inférieur

mmHg : millimètre de mercure (unité de pression)

MS : Membre Supérieur

PEDRO : Physiotherapy Evidence Database

STC : Surface Totale Corporelle

VC : Vêtement Compressif

1. INTRODUCTION

La prise en charge d'un patient Grand Brûlé (GB) est complexe. De nombreux acteurs sont indispensables au suivi du patient. Il doit recevoir de nombreux traitements différents mais complémentaires : médical, chirurgical, psychologique, masso-kinésithérapique, ergothérapique...

Le parcours du patient GB est long et contraignant. Lors de sa prise en charge, il est confronté à de multiples modifications comme une altération de l'image de son corps et de l'estime de soi, un vécu sensoriel différent et une modification réelle et/ou imaginaire du comportement d'autrui (regards, questionnements...) (1).

La masso-kinésithérapie est un maillon central de la chaîne du traitement en brûlologie : en effet, elle prend en compte les aspects fonctionnel, psychologique et physique du patient. La prise en charge globale du patient et du contexte bio-psycho-social dans lequel il évolue permet au masseur-kinésithérapeute d'instaurer une relation de confiance et de compréhension lors du traitement. Son but est d'aider le patient à récupérer au mieux ses capacités antérieures et à se réintégrer dans la société. En effet, il est le professionnel qui a le contact le plus régulier avec le patient sur le long terme. À ce titre, il est fréquemment appelé à jouer un rôle de soutien et de conseil en vue de la réinsertion sociale et professionnelle. Négliger ce contexte revient à proposer une prise en charge sans s'assurer de la bonne coopération du patient. (2)

Les techniques masso-kinésithérapiques permettent de traiter les déficiences post-brûlures mais également de prévenir certains effets indésirables. Des complications, comme entre autres une faiblesse due à une perte de masse musculaire, des contractures, des cicatrices hypertrophiques, des amputations, un prurit, des problèmes psychologiques et des douleurs, ont été prouvées comme ayant un impact négatif sur la récupération (3).

Plus précisément, les cicatrices de brûlures ont une influence considérable sur la qualité de vie du patient. Elles ont été associées à l'anxiété, à l'évitement social, à la dépression, à une interruption des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), à l'apparition de troubles du sommeil et à toutes les difficultés qui en découlent pour retrouver une vie normale après une rééducation physique (4).

La pressothérapie est une technique de pression continue réalisée sur une zone brûlée ou cicatricielle afin d'éviter ou d'atténuer les séquelles cutanées. Elle a un rôle préventif dès la cicatrisation obtenue ou curatif quand l'hypertrophie est présente. Elle doit être mise en œuvre avant la maturation de la cicatrice (5). Depuis les années 1970, l'utilisation du Vêtement Compressif (VC) pour prévenir et traiter l'hypertrophie cicatricielle est une technique de choix. Le VC améliore l'aspect cutané et réduit l'intensité de signes fonctionnels (comme le prurit, la douleur et la présence d'érythème) liés à la phase inflammatoire (6). En moyenne, les patients doivent porter le VC pendant un an après la brûlure bien que le délai recommandé varie considérablement de six mois à deux ans (7). Cependant, dans l'étude de Johnson *et al.* de 1994, qui est à notre connaissance la plus grande étude concernant l'adhésion des patients à ce traitement, seulement 41 % des patients adultes disent avoir 100 % d'adhésion aux VC (8).

L'idée majeure de notre étude consiste à rendre compte de l'adhésion au traitement par VC définitif des patients GB adultes tout au long de leur traitement post-brûlure et de comprendre les éléments qui favorisent cette adhésion et ceux qui vont à son encontre. Nous prendrons en compte les communications patients/professionnels de santé. Cette étude s'appuie sur les avis des patients et leurs propres expériences et vécus dans ce traitement. L'objectif est de proposer des idées qui puissent, à long terme, améliorer leur adhésion à ce traitement.

Ainsi la question de recherche est :

« Quelle est l'adhésion réelle des patients Grands Brûlés adultes au port du vêtement compressif et comment améliorer l'information des patients concernant ce traitement ? »

Une de nos hypothèses est que si le patient a porté un VC provisoire, cela favorise son adhésion au port du VC définitif. Une autre, est que plus celui-ci a été porté tôt, mieux il sera toléré à long terme. Nous pensons également que le port du VC doit être une expérience personnalisée et que la prise en charge doit dépendre de nombreux facteurs. Par exemple, nous émettons l'hypothèse que les patients brûlés par accident ont une meilleure adhésion que ceux brûlés par tentative d'autolyse. Il se pourrait également que certains VC soient mieux supportés et portés que d'autres.

Pour cela, nous allons consacrer notre deuxième partie au cadre théorique et aux rappels des éléments importants concernant ces sujets. Nous aborderons ensuite la méthode de recherche bibliographique, le recueil d'information et les matériels utilisés. Les deux parties suivantes seront quant à elles consacrées aux résultats obtenus et à la discussion.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1. Brûlures

2.1.1. Causes

Les brûlures sont le quatrième traumatisme le plus répandu dans le monde après les accidents de la voie publique, les chutes et les agressions (9). Selon des statistiques de 2014, en France, les brûlures sont majoritairement d'origine accidentelle (93,7 % des patients) et surviennent plus rarement dans un contexte de tentative de suicide (4,9 %) ou d'agression par autrui (1,4 %). Les brûlures accidentelles sont principalement causées par des liquides chauds le plus souvent alimentaires (50,8 % des patients) et l'exposition au feu (27,1 %) (10). Il existe donc de nombreuses causes de brûlures : accident (de travail, à domicile, de la voie publique, lors d'un loisir...), tentative d'autolyse par immolation par le feu, agression... Chaque contexte est différent.

2.1.2. Types

Les brûlures se distinguent en quatre catégories (11).

La brûlure thermique est la plus courante et représente 90 % des brûlures. Elle est dépendante de la température et du temps de contact. Elle peut être par aspersion (huile, eau...), par immersion (par exemple dans un bain trop chaud), par convection (plaque de four, fer à repasser...), par flammes (incendie, barbecue...) ou par frottements (tapis de courses, rouleaux dans les fêtes foraines...).

La brûlure chimique, peu courante, est dépendante de la toxicité et du potentiel Hydrogène des produits mis en cause.

La brûlure électrique, elle aussi peu courante, est dépendante du courant mis en cause (voltage, ampérage, résistance, trajet...).

La brûlure radique est dépendante de la dose et de la nature du rayonnement nucléaire. C'est le type de brûlure le moins courant.

2.1.3. Classification en degrés

La peau est constituée de trois principales composantes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme (Fig.1). Les brûlures sont souvent classées en trois degrés selon leurs profondeurs. (12)

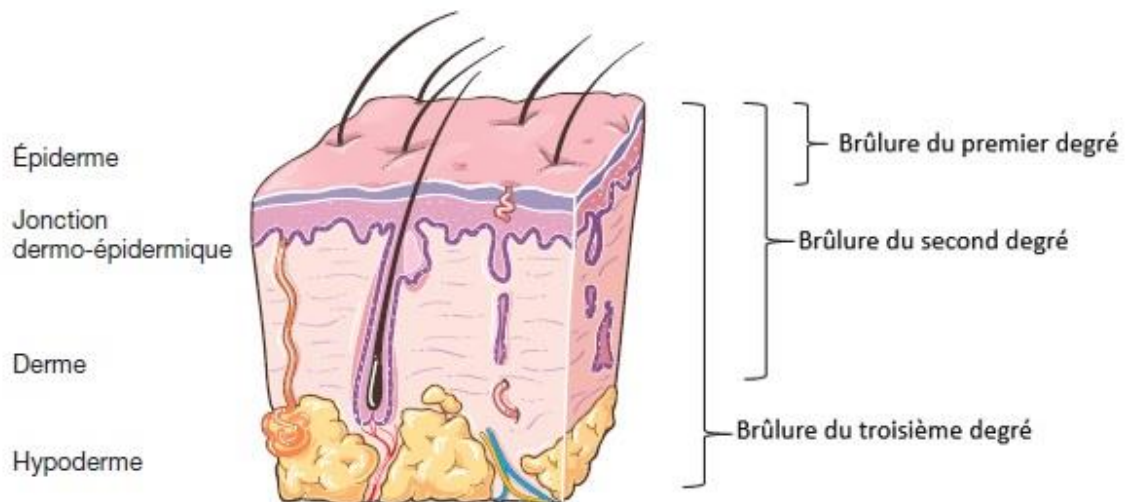


Figure 1 : Schéma des trois composantes de la peau, inspiré de Echinard (11) et Hale (13).

2.1.3.1. Premier degré

Dans une brûlure du premier degré, les couches les plus superficielles de l'épiderme sont touchées. Nous retrouvons un érythème et un œdème sur le plan clinique. Il est caractérisé par la présence d'une inflammation avec rougeur, chaleur et une douleur modérée. (12) C'est le cas, par exemple, d'un « coup de soleil ».

La brûlure guérit de manière spontanée en moins d'une semaine, après une légère desquamation.

2.1.3.2. Deuxième degré

Une brûlure du deuxième degré est caractérisée par l'existence d'une phlyctène intra-cutanée qui décolle la couche cornée de la couche basale (la plus profonde) de l'épiderme. Nous décrivons deux types (12) :

1) Le deuxième degré superficiel : il correspond anatomiquement à la destruction presque totale de l'épiderme avec persistance de la couche basale (mais cette dernière peut tout de même être touchée). Cliniquement, des phlyctènes apparaissent au plus tard quelques heures après les brûlures et sont responsables d'une hyperesthésie très nette. En quinze jours, la brûlure commence à évoluer en cicatrice.

2) Le deuxième degré profond : encore appelé brûlure intermédiaire, il se caractérise anatomiquement par la destruction de la totalité de l'épiderme et d'une partie du derme. Sur le plan clinique, les phlyctènes sont immédiates et, une fois éclatées, laissent apparaître une zone d'hypoesthésie.

L'évolution peut se faire vers la cicatrisation spontanée dès trois semaines s'il n'y a pas d'infection, mais cela est rare. À noter également que la brûlure peut s'approfondir et évoluer vers la nécrose si elle est mal traitée. Si la cicatrisation spontanée n'a pas lieu, il est alors nécessaire de réaliser une greffe de peau.

2.1.3.3. Troisième degré

Une brûlure du troisième degré est dite profonde. Anatomiquement, l'épiderme et le derme sont entièrement détruits. Nous retrouvons sur le plan clinique une escarre indolore brune ou blanche et la peau apparaît comme cartonnée (12). Un œdème apparaît secondairement.

L'évolution ne peut se faire vers la cicatrisation spontanée. Après excision des nécroses, seule la greffe pourra permettre une cicatrisation (14). La chirurgie consiste à retirer la peau brûlée ou morte (débridement) et à la remplacer avec une fine section de peau saine non brûlée (peau du donneur) (15).

Cependant, cette classification en degrés ne donne pas une description précise des résultats cliniques ou des prises de décision. Il existe alors une autre classification complémentaire.

2.1.4. Classification selon l'épaisseur

Nous parlons d'épaisseur partielle superficielle pour décrire toute brûlure de l'épiderme. Ce terme peut également être utilisé pour décrire une brûlure qui touche les couches très supérieures du derme. Ce type de brûlure guérit habituellement sans chirurgie. C'est le cas

notamment des zones de prises de greffe, comparables en profondeur à une brûlure d'épaisseur partielle. (15)

La brûlure d'épaisseur partielle profonde concerne tout l'épiderme et une grande partie du derme et peut s'étendre dans le tissu sous-cutané (16). Elle atteint des structures plus profondes comme les vaisseaux sanguins, les nerfs ou les follicules pileux par exemple (17). Elle nécessite une greffe de peau pour cicatriser.

2.1.5. Gravité

Plusieurs paramètres permettent de qualifier la gravité d'une brûlure. Plus un patient a un âge extrême de la vie (nourrisson ou personne âgée), plus la brûlure va être grave pour lui. Les caractéristiques de la brûlure en elle-même permettent également de savoir si celle-ci est grave, notamment grâce à sa surface (qui permet de quantifier la probabilité de perte liquidienne), sa profondeur et sa répartition (par exemple : si une brûlure est circulaire c'est-à-dire qu'elle entoure un segment, elle peut provoquer une ischémie du membre concerné). L'origine de la brûlure peut également être en lien avec sa gravité ; par exemple une brûlure électrique peut provoquer des lésions tissulaires profondes associées.

Si le patient a inhalé de la fumée en milieu clos et a des brûlures surtout cervico-faciales, nous considérons que la gravité de la brûlure augmente. De même, si la brûlure est associée à des traumatismes viscéraux ou orthopédiques par exemple, elle sera considérée comme grave. (14,18,19)

2.1.6. Étendue

En général, une brûlure est décrite par la somme de toutes les parties du corps impliquées mesurée en fonction de la Surface Totale Corporelle (STC).

La taille de la brûlure chez l'adulte peut être évaluée à l'aide de la « règle des 9 de Wallace » (ANNEXE I).

Le corps est divisé en plusieurs segments :

- 18 % pour chaque Membre Inférieur (MI) et pour chaque face du tronc,
- 9 % pour la tête et le cou et pour chaque Membre Supérieur (MS),
- 1 % pour le périnée.

Pour aider à déterminer la taille précise de la brûlure, il est également utile de noter que la surface palmaire du patient (surface de la paume et des doigts tendus maintenus ensemble) équivaut à environ 1 % de sa STC.

Les brûlures mineures, définies chez l'adulte comme concernant moins de 15 % d'épaisseur partielle superficielle ou moins de 2 % d'épaisseur partielle profonde de la STC, peuvent être traitées en ambulatoire.

Une brûlure est considérée comme majeure chez l'adulte si elle concerne plus de 25 % d'épaisseur partielle superficielle ou plus de 10 % d'épaisseur partielle profonde de la STC, ou si elle concerne le visage ou le périnée. Le patient est alors considéré comme GB et doit être hospitalisé dans des unités de traitement spécifiques.

Il existe aussi des brûlures modérées se situant entre ces paramètres et l'hospitalisation est jugée au cas par cas (16).

Initialement, le pronostic vital d'un patient peut être évalué notamment grâce à l'indice de Baux, qui est l'indice le plus sensible et le plus spécifique pour les adultes. Le principe est d'additionner la surface brûlée en pourcentage de la SCT et l'âge du patient en année ; si la somme dépasse 100, le pronostic vital est fortement engagé. (11,12,14)

2.2. Processus de cicatrisation

2.2.1. Physiologie

Le processus de cicatrisation est l'ensemble organisé d'évènements cellulaires et biochimiques aboutissant à la réparation des plaies (brûlures, abrasions, escarres...) par régénération de tissus.

Une cicatrisation dure en moyenne vingt-et-un jours. L'évolution et la maturation d'une cicatrice de brûlure sont très longues et s'étendent généralement sur une période allant de dix-huit à vingt-quatre mois après la cicatrisation (20).

La cicatrice peut être décrite en fonction de nombreuses caractéristiques comme la couleur, la forme, la taille (longueur, épaisseur, largeur), les contours, la souplesse, l'extensibilité (21)... Trois phases de cicatrisation sont décrites. Chacune a une activité cellulaire spécifique.

2.2.1.1. Première phase : l'inflammation

La première phase, inflammatoire, se déroule durant les trois premiers jours et permet une défense initiale contre l'infection. Elle est caractérisée par la formation de nouveaux vaisseaux sanguins par l'activation des mécanismes de coagulation et de vasoconstriction. Une hémostase se crée et le caillot initial sert de matrice provisoire pour fermer la plaie. Ensuite, une vasodilatation permet la migration des fibroblastes et des cellules dermiques et épidermiques sur le site de la plaie.

Le traitement se concentre sur le soin approprié de la plaie pour encourager la repousse vasculaire et retarder la contamination du site. (22)

2.2.1.2. Deuxième phase : la réparation tissulaire ou prolifération

La seconde phase de prolifération est marquée par une revascularisation, une reconstruction et un renforcement continu du site de la plaie à la suite d'une synthèse vigoureuse du collagène par les fibroblastes et d'une ré-épithélialisation. Le traitement vise à favoriser l'épithélialisation et à encourager l'alignement correct des fibres de collagène nouvellement déposées. La matrice et les cellules s'orientent selon les forces de traction auxquelles sont soumises la plaie et la cicatrice. Alors que les fibroblastes déposent du collagène, les macrophages et les cellules endothéliales libèrent des enzymes qui dégradent le collagène. L'équilibre entre la synthèse et la lyse du collagène détermine la gravité de la cicatrice : plus le dépôt de collagène dépasse sa dégradation, plus il est probable qu'une cicatrice importante se forme. (22)

2.2.1.3. Troisième phase : le remodelage cicatriciel ou maturation

Pendant la phase de maturation, le site de la plaie est encore renforcé par un dépôt prolongé de fibres de collagène produites par des fibroblastes actifs. La cicatrice mature se rapproche d'une peau saine donc les fibroblastes se raréfient. Ainsi, il y a un équilibre entre la synthèse fibroblastique et la destruction des cellules surnuméraires. Le traitement pendant la maturation met l'accent sur l'allongement de la cicatrice, le reconditionnement du patient et le retour à ses niveaux fonctionnels antérieurs. (22)

Il n'existe pas de consensus sur la définition d'une cicatrice mature. Nous considérons que, lorsque la cicatrice cumule les critères suivants, elle est mature :

- Test de vitropression négatif, c'est-à-dire pas d'inflammation (ANNEXE II),
- Pas d'effet secondaire comme le prurit par exemple,
- Plus d'évolution clinique, par exemple les brides et/ou rétractions cutanées sont stabilisées (23).

Pour résumer, lorsque la cicatrice n'évolue plus, nous appelons cela une cicatrice mature.

2.2.2. Pathologies cicatricielles

L'échec du processus normal de cicatrisation de la plaie peut provoquer des déficiences et des problèmes fonctionnels. Une cicatrisation pathologique peut apparaître lors de chacune des phases précédemment décrites.

2.2.2.1. Hypertrophie cicatricielle

La pathologie cicatricielle la plus retrouvée consécutivement aux brûlures est l'hypertrophie cicatricielle. Elle a une prévalence de 67 % chez les GB (24). En général, elle apparaît dans les trois premiers mois suivant la brûlure.

Une cicatrice hypertrophique se limite généralement à la zone lésée c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas les berges initiales de la lésion. Elle se repère par une épaisseur plus importante que le niveau de la peau car la couche dermique est épaissie par de volumineux dépôts de collagène. La cicatrice hypertrophique post-brûlure est une cicatrice érythémateuse, prurigineuse, boursoufflée, rouge et de faible élasticité (dure) (25). Elle peut être plus ou moins douloureuse selon la localisation et l'étendue. Les tissus l'entourant présentent une faible inflammation (21). Elle peut donc entraîner une altération esthétique et une incapacité fonctionnelle provoquant une baisse de la qualité de vie chez les patients (26).

Elle évolue le plus souvent spontanément de manière favorable dans un délai variable d'un à deux ans avec disparition de l'inflammation et diminution de l'épaisseur. Elle est plus susceptible de se développer si la blessure se situe sur certains sites du corps, par exemple le bas du visage, le cou et la partie proximale des bras (4,27).

La nature des cicatrices semble dépendre de facteurs tels que la race, l'âge, le taux d'hormones, une prédisposition génétique et les réponses immunologiques propres au patient.

Plus la brûlure initiale est grave, plus le nombre d'interventions chirurgicales effectuées pour traiter la plaie est élevé et plus la guérison est longue, plus le risque de développer des cicatrices hypertrophiques est important. De plus, la localisation anatomique et les tensions cutanées de la plaie paraissent avoir un rôle à jouer dans l'apparition de cicatrices hypertrophiques. (28–30)

La littérature actuelle ne fournit que peu d'information sur la force de l'association entre ces facteurs de risque et les cicatrices hypertrophiques (31).

Les brûlures électriques et les brûlures solaires sont moins susceptibles de devenir hypertrophiques. Cela n'est pas surprenant compte tenu des types de blessures résultant de ces brûlures (brûlure non strictement cutanée et brûlure non profonde respectivement) (31).

Plus l'épaisseur, la souplesse, la pigmentation et la vascularisation de la peau non-affectée environnante diffèrent de la cicatrice pathologique, plus celle-ci est considérée comme grave (32,33).

2.2.2.2. Retard de cicatrisation

Certains facteurs locaux ou généraux pouvant entraîner un retard de cicatrisation sont fréquemment rencontrés en pratique clinique, comme l'insuffisance veineuse, le tabagisme ou la dénutrition. Le stress pourrait aussi jouer un rôle dans la cicatrisation ; en effet, plus une personne est stressée, plus elle serait sensible aux infections (22).

2.3. Vêtement compressif

2.3.1. Rôle dans la cicatrisation

Le VC a pour rôle d'exercer une pression constante pendant la maturation de la cicatrice ce qui peut limiter l'apport de sang, d'oxygène et de nutriments au tissu cicatriciel (34). L'effet trophique permet une ischémie dans le but de diminuer le nombre de fibroblastes, ce qui peut à son tour contrôler l'équilibre entre la synthèse et la lyse du collagène (5,35,36). L'effort de pression continu limite la synthèse de collagène dans la cicatrice et accélère le processus de maturation naturelle, en conséquence la cicatrice prend une apparence subnormale. (37)

Enfin, l'effet mécanique de la pression peut favoriser le réalignement des faisceaux de collagène déjà présents, ce qui peut être associé à une diminution de l'hydratation de la

cicatrice, à une réduction de la néovascularisation et de la production de matrice extracellulaire (38). Pour résumer, les principaux buts de cette thérapie sont de diminuer l'épaisseur, la rougeur et le gonflement de la cicatrice. La pressothérapie permet de maintenir les contours de la cicatrice et de protéger la nouvelle peau (37).

2.3.2. Indications

À ce jour, l'utilisation du VC est le traitement de première ligne pour l'hypertrophie cicatricielle, car c'est une technique non-invasive, avec peu d'effet indésirable ou de complication (39).

Les brûlures du premier degré ne nécessitent pas de VC puisque la peau se régénère seule et qu'elle ne risque pas de s'hypertrophier. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le VC est indiqué dans le cas de brûlures avec atteinte du derme (donc du deuxième degré profond ou troisième degré), en phase initiale ou pour une prise en charge de séquelles (6). Nous notons qu'il est également utilisé sur les zones de prises de greffe s'apparentant à une brûlure du deuxième degré superficiel (25). La thérapie par VC est mise en place chez quasiment tous les patients GB puisqu'elle peut être utilisée sur des zones de brûlure greffées ou non.

Le prescripteur doit être un médecin spécialisé en brûlologie, exerçant ou ayant exercé dans une structure spécialisée. Il aura la charge du contrôle systématique du port du VC.

Le patient a une prescription d'un jeu de deux VC par période de six mois, renouvelable trois fois. Cependant, pour les brûlures des mains (port de gant), la prise en charge est assurée à raison d'un jeu de deux VC par patient, par période de trois mois. (6)

Il est nécessaire que le patient ait plusieurs ensembles de vêtements (au minimum deux), de sorte à pouvoir en laver un pendant qu'un autre est porté (16).

Il faut que le VC soit changé plus fréquemment et rapidement si le patient présente de grands changements de volume (diminution d'un œdème, forte prise ou perte de poids par exemple).

Le port du VC est en général commencé dès que possible après l'épithélialisation de la plaie, soit entre une et vingt-quatre semaines après la brûlure, mais il n'existe pas de consensus sur la période exacte puisque chaque brûlure évolue différemment. De Bruler *et al.* ont démontré que le port du VC devrait être commencé juste après la greffe de peau, mais leur étude n'a pas été réalisée sur des humains (40). Le port doit être maintenu jusqu'à la

maturation complète de la plaie (12), soit en général entre six mois et deux ans. Cependant les méthodes d'appréciation de la plaie sont subjectives, évaluateur-dépendantes et prennent en compte différents aspects, comme la couleur, la pigmentation, l'extensibilité et l'épaisseur (41,42). Pour pouvoir apprécier l'évolution et la maturation d'une cicatrice, l'échelle de Vancouver est la plus utilisée (43) (ANNEXE III).

Le VC se retire progressivement quand il n'y a plus d'inflammation, c'est-à-dire que le test de vitropression est négatif (ANNEXE II).

Dans la littérature, le plus grand bénéfice pour les cicatrices est retrouvé lors du port continu (vingt-quatre heures par jour). Ainsi la pratique courante de prescrire le VC vingt-trois heures par jour (temps de toilette et crémage déduit) est justifiée pour avoir un maximum de bénéfices, puisque les résultats sont optimaux (44). Une utilisation réduite (huit à seize heures par jour) apporte de modestes améliorations à certaines propriétés des cicatrices. Un arrêt prématuré peut donc être dommageable et entraîner la perte d'une part du bénéfice obtenu par le traitement.

La compression doit être appliquée au moins douze mois avec une pression entre 20 et 35 millimètres de mercure (mmHg), mais il n'existe pas de consensus (6,35). En effet, certaines études comme celle de Nedelec *et al.* suggèrent que des pressions plus faibles (15 à 24 mmHg) peuvent être efficaces (45) tandis que d'autres proposent que la pression appliquée doit dépasser la pression des capillaires sanguins (25 mmHg) (pour diminuer la vascularisation et ainsi l'inflammation). D'autres études, reprises par Mehta *et al.*, suggèrent qu'une pression élevée (> 30 à 40 mmHg) peut être nocive et extrêmement inconfortable pour le patient (46).

2.3.3. Vêtement compressif provisoire

Dans un premier temps, alors que la cicatrice est en voie de fermeture et lorsque la solidité de la peau le permet, il est possible de réaliser un VC avec des tissus élastiques en Lycra en attendant le VC industriel réalisé sur mesure dont la durée de vie est plus longue (12). La compression précoce peut également être effectuée à l'aide d'un bandage tubulaire et/ou cohésif (2).

2.3.4. Vêtement compressif définitif

Lorsque la plaie est refermée, un VC sur mesure composé de nylon et d'élasthanne est réalisé. Deux méthodes principales de fabrication du VC sont utilisées : la méthode du facteur de réduction et la loi de Laplace. (47)

2.3.4.1. Facteur de réduction

La méthode du facteur de réduction utilise la réduction des mesures des longueurs et des circonférences des parties du corps du patient d'un certain pourcentage, quelles que soient les propriétés du tissu du VC.

Les mesures sont diminuées d'un facteur de réduction standard de 10, 15 ou 20 %. En règle générale, les mesures sont réduites d'environ 10 % pour le premier ensemble de VC et de 15 ou 20 % pour tous les suivants. Un facteur de réduction de 20 % signifie donc que le vêtement est 20 % plus petit que la partie du corps auquel il est destiné. (48)

Le VC qui est fabriqué avec un facteur de réduction unique à toutes les circonférences du corps appliquerait normalement une pression graduée sur les membres (c'est-à-dire que la pression serait plus élevée à l'extrémité inférieure qu'au sommet du vêtement, puisque les membres ont un diamètre physiologiquement plus grand en proximal qu'en distal) (49). Il faut donc vérifier que les élastiques normalement appliqués aux extrémités des chaussettes, des bas ou des manches des VC maintiennent la position correcte et ne provoquent pas d'effet garrot. (50)

2.3.4.2. Loi de Laplace

La méthode de la loi de Laplace (ANNEXE IV) prend en compte le profil de tension du tissu et les mesures circonférentielles du patient lors de la fabrication du VC, ce qui permet une application plus précise de la pression souhaitée. (46)

La gamme de pressions pouvant être délivrées à une gamme particulière de circonférences corporelles varie en fonction du tissu utilisé et de son profil particulier. Cependant, la méthode est difficile à utiliser manuellement (39). De plus, la formule suppose que chaque tissu ne présente qu'un unique comportement mécanique élastique et ne prend pas en compte les propriétés viscoélastiques comme la déformation par exemple (51).

Il est à préciser que Macintyre *et al.* ont évalué la loi de Laplace à l'aide de mesures de pression sur un cylindre avec des rayons de courbure différents (pour imiter ceux d'un membre), et ont indiqué que cette méthode a considérablement surestimé la pression exercée sur le cylindre dans certains cas. (52)

Cela expliquerait pourquoi, en France, la Loi de Laplace est d'autant moins utilisée que la méthode de facteur de réduction.

2.3.5. Ajustement du vêtement compressif

Pour qu'un VC soit correctement ajusté, il faut qu'il ait la longueur prévue et qu'il ne présente pas de plis ou de bâillements une fois enfilé. S'il présente un système de fermeture, il faudra vérifier son bon emplacement. Si le patient doit porter plusieurs VC, ils doivent se superposer d'au moins 6 cm. (12)

2.3.6. Efficacité du vêtement compressif

Il existe différents critères à vérifier pour que l'efficacité du VC soit optimale. La cicatrice doit être comprimée de telle manière qu'elle blanchisse et que son épaisseur diminue. La tension du VC une fois enfilé doit être telle que nous puissions à peine décoller le tissu de la peau entre les pulpes du pouce et de l'index. Il est aussi nécessaire de vérifier que le patient ait une bonne tolérance au VC après quelques heures de port : absence d'œdème, d'ischémie, de douleur, possibilité de réaliser des mouvements aux extrémités... (12)

Il se pourrait que le pourcentage de graisse corporelle, l'âge, le sexe et la race du patient aient une incidence sur la pression délivrée par le VC, mais leurs effets ne sont pas totalement compris. (53)

2.3.7. Conseils d'entretien du vêtement compressif

Une étude de Macintyre *et al.* a démontré que le lavage à la main du VC ne présente aucun avantage en ce qui concerne le maintien de la tension et sa capacité à exercer une pression (54). Par conséquent, à moins que des fils, des attaches ou des doublures ne soient pas lavables en machine, il est recommandé de laver le VC à la machine. Le lavage à la main n'est donc pas recommandé, car le matériau ne se nettoie pas correctement : la transpiration, le sébum, les crèmes cosmétiques et les déodorants, entre autres, s'accumulent petit à petit

dans le matériau et détruisent les fibres élastiques. En général, les patients trouvent le lavage en machine également plus pratique.

Le VC offre une protection solaire naturelle (anti-ultraviolet) mais un écran solaire étanche est recommandé jusqu'à ce que la peau retrouve au maximum une couleur proche de sa couleur d'origine. Le patient doit utiliser un indice de protection solaire supérieur à 15 qui doit être réappliqué au moins toutes les deux heures lorsqu'il est à l'extérieur (55). En pratique, il est souvent conseillé au patient de s'appliquer tout de même un écran total (indice 50) par précaution.

2.3.8. Adjonctions au vêtement compressif

Le VC seul est souvent insuffisant pour fournir la pression souhaitée en particulier dans certaines zones anatomiques à courbure concave. Par conséquent, et lorsque la peau du patient le permet, des matériaux d'insertion sont ajoutés pour fournir une compression supplémentaire. Le thermoplastique, la mousse, les feuilles de gel de silicone sont les matériaux d'insertion les plus couramment appliqués. Les hydrogels sont également utilisés pour assouplir la peau. Les zones d'accès difficiles, comme la face et le cou, sont comprimées par des orthèses rigides ou semi-rigides d'après un moulage travaillé de manière à corriger les hypertrophies et à posturer la peau (12).

Les VC avec silicone sont plus efficaces dans le traitement des cicatrices hypertrophiques que sans. L'efficacité du silicone est indépendante de l'emplacement de la cicatrice en supposant un contact et une couverture suffisants (56).

Comme le VC et les inserts doivent se conformer à la forme du corps et être portés en continu, les matériaux des inserts doivent être résistants, élastiques, durables et confortables (57).

2.4. Adhésion

L'adhésion à un traitement s'explique lorsque le comportement d'un patient coïncide avec les conseils médicaux (58). Cette définition est fréquemment utilisée car elle considère le schéma thérapeutique individuel du patient et sa place dans sa propre prise en charge. Ceci implique que s'il est conseillé à un patient de porter son VC vingt-trois heures sur vingt-quatre et qu'il ne le porte que pendant la journée (et non la nuit), le patient ne respecte pas cet aspect

du traitement et a donc une mauvaise adhésion. Ainsi, il ne recevrait pas le maximum de bénéfices du traitement (59).

Il existe de nombreux impacts psychosociaux potentiels du non-respect (ou du moins, en totalité) des soins pour brûlures, qui peuvent également inclure un fonctionnement social problématique (une non-reprise de travail par exemple), une rupture familiale, une augmentation des coûts de soins de santé, des résultats médicaux défavorables, etc. Il est donc logique de penser que le non-respect des recommandations de traitement soit associé à des conséquences psychosociales délétères. (59)

3. MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1. Stratégie de recherche bibliographique

Pour trouver les mots de recherches correspondants à notre sujet, nous avons consulté le Medical Subject Headings (MeSH). Il s'agit du thésaurus biomédical de référence.

Les mots suivants ont été utilisés (en français et en anglais) :

- Vêtement ; garment ; fitting garment ; occlusive dressings ; gravity suits ; wound healing clothing
- Grand Brûlé ; brûlé ; brûlure ; burn ; burn patient ; burn victim
- Compressif ; compression ; pression ; pressure
- Adhésion ; adhérence ; expérience ; compliance ; adhesion ; adherence ; experience

L'équation de recherche la plus utilisée (lorsque cela était possible) est : (compress* OR press*) AND (cloth* OR garment OR fit*) AND "burn*" OR (adhe* OR experience).

Les recherches bibliographiques ont été réalisées par l'intermédiaire de différentes bases de données comme Medline, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Science Direct, le site de la HAS et le site Journal of Burn Care and Research. Nous avons ensuite sélectionné les articles dont les titres, les résumés et/ou les mots clés étaient en lien avec notre problématique. Nos recherches ont également été complétées par certaines références bibliographiques et noms d'auteurs figurant dans les articles sélectionnés.

Nous trouvons des articles datant des années 1990 jusque 2019. Les articles les plus récents se réfèrent le plus souvent aux anciens. Pour ne pas risquer de passer à côté d'informations, nous avons décidé de prendre en compte tous les articles qui pouvaient nous intéresser de 1990 à ce jour. Par souci de compréhension, uniquement des articles anglophones et francophones ont été retenus.

3.2. Prise de contact avec des entreprises

En France, de nombreuses entreprises fabriquent des VC, et pas seulement pour des patients ayant subi des brûlures. Les VC sont également utilisés dans le domaine de la lymphologie ou dans le domaine sportif par exemple.

Cerecare®, Lymed®, Médical Z®, Novatex®, Proteor® et Thuasne® (liste non exhaustive) sont les plus connues.

Nous nous sommes rendus sur leurs sites internet afin de nous documenter sur les différents types de VC qu'ils peuvent proposer aux patients GB, ainsi que leurs modalités d'obtention (ANNEXE V).

Nous avons pu obtenir des documents en libre-service des entreprises suivantes : Médical Z®, Thuasne®, Lymed® et Novatex®. Pour donner suite à un courriel de notre part, l'entreprise Cerecare® nous en a également envoyés. Nous n'avons cependant pas eu de réponse de l'entreprise Proteor®.

3.3. Création et diffusion du questionnaire

Nous avons créé un questionnaire destiné aux patients GB à partir des informations acquises en stage, recueillies auprès des entreprises et des données de la littérature. Nous avons choisi ce type de recueil de données pour que les patients n'aient pas à ressentir de stress supplémentaires que pourrait provoquer la réalisation d'entretien individuel par exemple.

Des pré-tests ont été réalisés auprès de huit patients sur la période du 2 au 13 septembre 2019. Ces pré-tests nous ont permis d'ajuster ou de changer des questions qu'ils ont jugé peu compréhensibles.

Ce questionnaire non validé se déroule sur neuf pages et a été diffusé au format papier. La version finale et diffusée du questionnaire comprend une introduction le présentant ainsi que quatre parties (ANNEXE VI).

La première partie concerne les informations personnelles du patient. La seconde partie se centre davantage sur des questions concernant les VC du patient et leurs places dans sa prise en charge. La troisième partie se concentre sur les connaissances du patient concernant les VC et ses applications au quotidien. La dernière partie interroge de manière subjective les freins et les leviers au port des VC. Les parties n'ont volontairement pas de titre pour éviter d'influencer les réponses.

La diffusion du questionnaire final s'est déroulée du 23 septembre 2019 au 31 janvier 2020, soit pendant un peu plus de 4 mois.

3.4. Population

La population cible a été définie par les critères suivants :

3.4.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Patient considéré comme GB, peu importe :
 - Le sexe,
 - La localisation et le(s) degré(s) de la brûlure,
 - L'ancienneté de la brûlure.
- Adulte,
- Portant au moins un VC définitif, peu importe :
 - La localisation corporelle,
 - Le nombre,
 - S'il traite une brûlure greffée (ou non) ou une prise de greffe.
- Venant à l'Hôpital Félix Maréchal dans le cadre de son parcours de soin, qu'il soit :
 - En hospitalisation complète,
 - En hospitalisation de jour,
 - Suivi en consultation par un médecin spécialisé,
 - Retourné à domicile.

3.4.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont :

- Patient mineur,
- Patient GB sans VC,
- Patient GB portant des compressions de type élastiques en bandes,
- Patient GB portant un VC provisoire,
- Patient portant un VC pour d'autres pathologies (veineuses, lymphatiques, etc).

3.4.3. Critère de non-exclusion

Si un patient GB porte à la fois un VC définitif pour une brûlure mais également pour les cicatrices de prises de greffes, il n'est pas exclu.

3.4.4. Critère d'exclusion

Si un patient n'a pas rempli l'entièreté du questionnaire, il est exclu.

3.5. Matériels

Pour créer, diffuser le questionnaire et analyser les données récoltées, nous avons eu recours à différents matériels et outils :

- Un ordinateur relié à internet,
- Le logiciel Google Forms® (pour faciliter la mise en page de certaines questions),
- Le logiciel Microsoft Word® (pour la création du questionnaire),
- Une imprimante (pour la diffusion du questionnaire),
- Le logiciel Microsoft Excel® (pour l'analyse des réponses et l'illustration des résultats).

Plusieurs personnes notamment les infirmières et les secrétaires de l'hôpital ont concouru à la diffusion du questionnaire au format papier. Une fois complété, le patient rendait le questionnaire et ils étaient centralisés. Madame REIGNIER me les renvoyait ensuite. Pour le recueil des données, nous avons eu recours à différents matériels et outils notamment deux adresses mails valides et un scanner. Pour éviter les doublons de réponses, les professionnels ayant diffusé le questionnaire vérifiaient de ne pas l'avoir déjà donné au patient. De plus, il est à noter qu'une fois le recueil des questionnaires terminé, nous avons également vérifié de ne pas avoir reçu plusieurs questionnaires remplis par un même patient (notamment grâce aux informations personnelles comme le sexe et la date de naissance).

4. RÉSULTATS

4.1. Échantillon

Pendant la période de diffusion du questionnaire, (pour rappel du 23 septembre 2019 au 31 janvier 2020), l'Hôpital Félix Maréchal a reçu 50 patients GB. Parmi eux, nous avons eu 42 réponses. Cela représente donc 84 % de réponses.

Ce taux de réponse peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Manque d'envie de répondre de la part des patients,
- Manque de temps de répondre de la part des patients : par exemple, certains patients devaient repartir en Véhicule Sanitaire Léger programmé, d'autres ne passaient pas par le secrétariat en partant du centre,
- Manque de temps de la part des professionnels de santé pour la diffusion.

Malgré leur volonté de participer à cette étude et les réponses qu'ils nous ont fournies, 5 patients ont été exclus et leurs questionnaires n'ont pas été retenus pour les raisons suivantes :

- Une patiente mineure (7 ans), dont le questionnaire a certainement dû être rempli par un proche.
- Trois questionnaires n'ont pas été remplis entièrement : 2 volontairement ou par manque de temps ; 1 par mégarde (une seule page manquante en plein milieu).
- Un patient a été exclu puisqu'il venait de recevoir l'accord du médecin d'arrêter le port de ses VC le matin-même de sa réponse, ce qui aurait pu modifier ses opinions.

Nous avons donc inclus 37 patients soit un pourcentage de 74 % des patients présents pendant la période de diffusion.

4.2. Résultats de la première partie

L'échantillon retenu se compose de 18 femmes et 19 hommes (n = 37), âgés de 18 à 71 ans (moyenne = 44,7 ans, \pm 17,1).

Leurs catégories socio-professionnelles sont détaillées dans le graphique suivant (Fig.2).

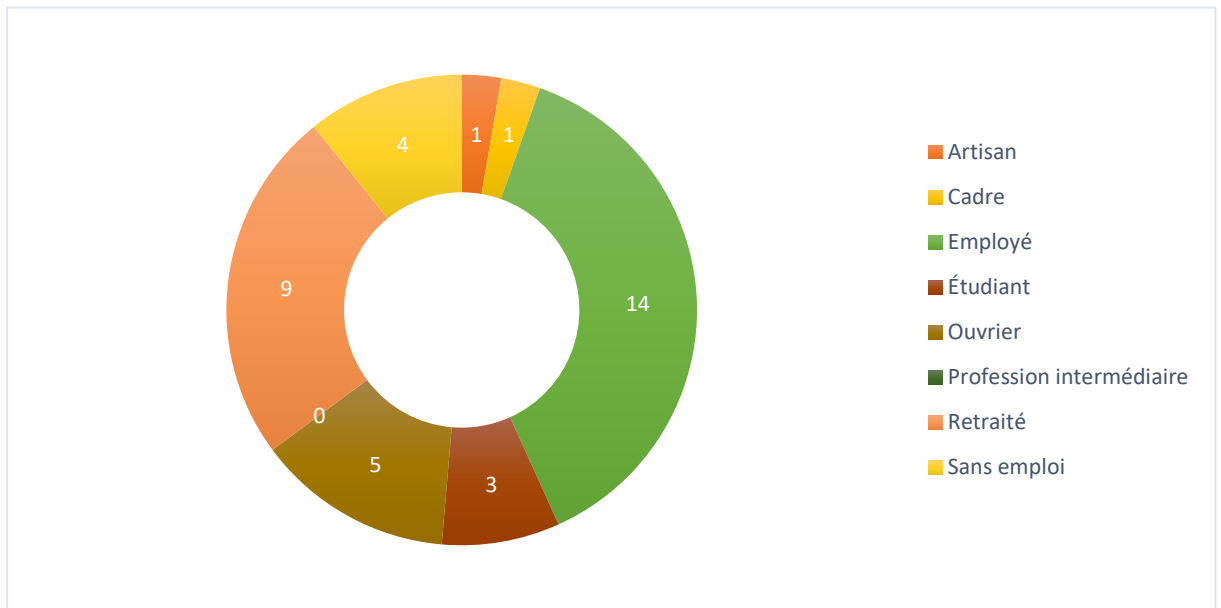


Figure 2 : Graphique représentant les catégories socio-professionnelles des patients interrogés.

Au moment de leur réponse, 75 % (n = 28) des patients ne travaillent pas. En excluant les patients inactifs professionnellement (étudiants, retraités et sans profession), nous retrouvons un pourcentage de 61,9 % de patients actifs qui ne travaillent pas (13 patients sur 21).

Cinquante-et-un pourcents (n = 19) des patients considèrent avoir la peau « très claire », 35 % (n = 13) « médium », 8 % (n = 3) « mate » et 6 % (n = 2) « foncée ». Nous avons donc très peu de patients à fort taux de pigmentation dans notre échantillon.

Leurs brûlures ont été réalisées pour 43 % (n = 16) d'entre eux à domicile, 19 % (n = 7) au travail, 8 % (n = 3) durant un loisir et les 30 % (n = 11) derniers dans d'autres conditions. Parmi ces derniers, 3 ont réalisé une tentative de suicide par immolation par le feu. Les 8 autres sont des conditions particulières.

Certains patients ont donné des explications concernant leurs causes de brûlures :

- Brûlure à domicile : « Incendie de la maison », « En cuisinant » ...
- Brûlure au travail : « Brûlure à l'acide sulfurique », « Court-circuit électrique » ...
- Brûlure durant un loisir : « Cracheuse de feu », « Électrocution sur un chemin de fer en balade » ...
- Autres causes de brûlure : « Piqûre d'insecte », « Tentative de sauvetage lors de l'immolation par le feu de mon conjoint » ...

Soixante-dix pourcents (n = 26) des patients savent que leur brûlure est thermique, 8 % (n = 3) chimique, 8 % (n = 3) électrique et 14 % (n = 5) ne savent pas le type de leur brûlure.

La répartition des brûlures des patients se trouvent en annexe (ANNEXE VII). En ce qui concerne la localisation, la classique triade « tête, cou, main » est retrouvée chez 7 patients (18,9 %). Nous noterons avec attention que 14 patients sont brûlés au visage, 26 aux mains (dont 9 aux 2 mains) et 3 aux parties intimes. Ce sont les zones cutanées corporelles ayant comme fonctions principales la communication et l'échange social. L'atteinte de ces parties peuvent provoquer un fort impact psychologique chez les patients (60).

Trente-quatre patients sont rentrés à domicile, 2 sont en hospitalisation de jour et 1 en hospitalisation complète au jour de leur réponse au questionnaire.

Parmi les patients qui ont su nous donner une date de retour à domicile (16 sur 34, soit 47 %), nous pouvons calculer qu'ils sont retournés à domicile en moyenne 85,3 jours après leurs accidents, soit un peu moins de 3 mois.

Onze pourcents (n = 4) des patients n'ont pas su nous donner la date de leur brûlure. Sur les 33 autres, en moyenne, les patients ont répondu au questionnaire 1,8 an après leur brûlure, avec un minimum de 40 jours et un maximum de 2821 jours soit plus de 7 ans après leur brûlure.

Seulement 43 % (n = 16) des patients ont réussi à nous donner leur pourcentage de brûlure initial. Dans cet échantillon, leur moyenne est de 19,8 % de la SCT (minimum : 2 %, maximum : 47 %).

Nous remarquons donc que certains patients ne connaissent pas des éléments importants de leur prise en charge.

4.3. Résultats de la deuxième partie

4.3.1. Les vêtements compressifs des patients

Les patients ont tous au minimum 1 VC à porter, 14 patients doivent en porter 2 sortes, 12 patients doivent en porter 3 sortes, 2 patients doivent en porter 4 et 5 sortes et enfin 1 seul patient doit en porter 6 sortes.

Le VC qui est le plus présent dans notre échantillon est le gant (59 % (n = 22) des patients en ont au moins 1, dont 22 % (n = 8) qui en ont pour les 2 mains). Vient en deuxième place le gilet manches longues : 41 % (n = 15) des patients en ont (Fig.3).

Au contraire, les VC les moins prescrits sont le manchon MI et le bas chez 3 % (n = 1) des patients.

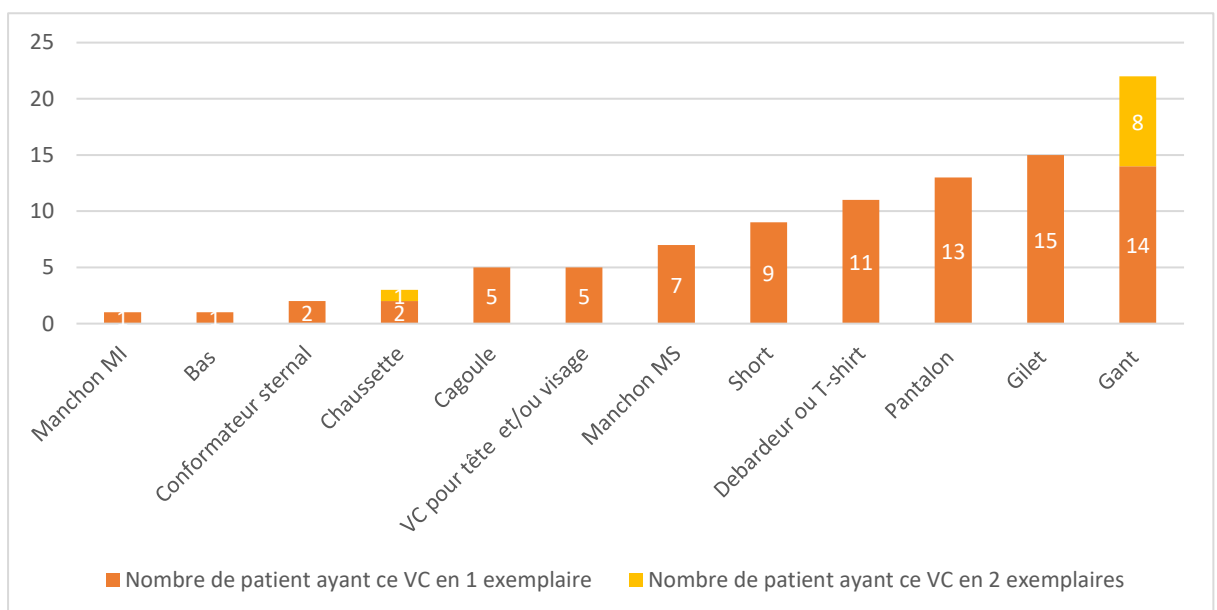


Figure 3 : Graphique représentant la répartition du nombre de VC des patients selon le type.

Comme les patients ont au minimum deux jeux de VC au même moment, il se peut qu'ils aient les deux jeux de la même couleur. Parmi tous les VC des patients, 84 sont noirs, 25 beiges, 3 roses et 2 bleus. Il n'y a aucun patient dans notre échantillon qui possède un VC de couleur taupe (Fig.4).

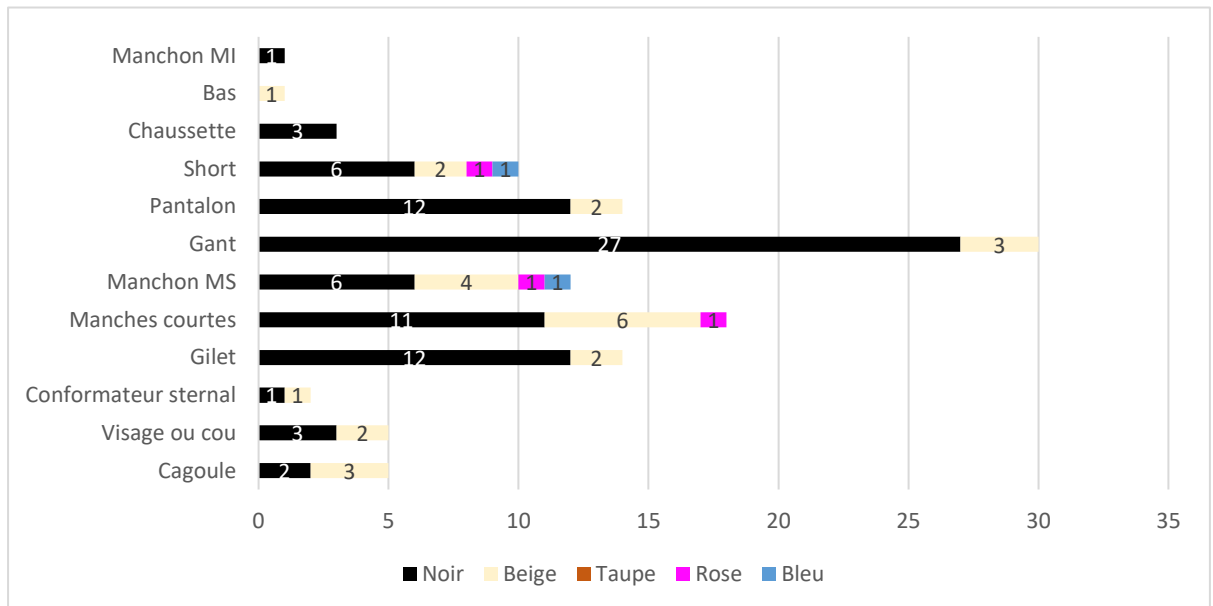


Figure 4 : Graphique représentant les couleurs des VC des patients selon le type.

Ce sont les 5 couleurs proposées par l'entreprise Cerecare® qui travaille avec l'Hôpital Félix Maréchal. Cependant, d'autres couleurs existent en fonction des entreprises (ANNEXE VIII).

Nous ne pouvons pas faire de pourcentage précis étant donné que nous ne connaissons pas le nombre de jeu de VC par patient, mais nous pouvons donc déduire que très peu de patients ont des VC rose ou bleu, et aucun taupe.

Dans notre échantillon, 62 % (n = 23) des patients disent avoir eu le choix des couleurs des VC. Parmi les 38 % restants, seulement 1 VC est beige sur les 30 types de VC des patients, et tous les autres sont noirs. On peut donc déduire que les professionnels de santé ont tendance à 97 % à proposer un VC de couleur noire lorsqu'ils n'ont pas l'avis du patient concernant la couleur souhaitée.

Trente pourcents (n = 11) des patients n'ont pas eu de VC provisoire avant d'avoir le définitif.

4.3.2. Explications reçues

Nous nous sommes demandé de quelles manières les patients ont reçu des informations concernant le traitement par VC. Quatre-vingt-neuf pourcents (n = 33) des patients ont reçu uniquement des explications orales. Les 11 % (n = 4) restants ont reçu des explications à la fois orales et écrites.

Seulement 16 % (n = 6) d'entre eux ont reçu des conseils de la part d'autres patients. Ces conseils reçus portaient sur le vécu pour chacun d'entre eux, mais également sur l'hygiène et l'aspect social pour 2 d'entre eux.

Au moment de la réponse du questionnaire, environ la moitié des répondants soit 49 % (n = 18) souhaiteraient pouvoir donner des conseils à d'autres patients GB.

De plus, 81 % (n = 30) des patients trouvent que le fait de recevoir un livret expliquant les VC aurait été utile au début de leur prise en charge.

Notre question concernant les explications fournies par les différents professionnels de santé n'est malheureusement pas exploitable, puisque peu de patients y ont répondu correctement.

4.3.3. Place des vêtements compressifs dans leurs hospitalisations

Le port des VC a débuté pour 54 % (n = 20) des patients en hospitalisation complète, 35 % (n = 13) à domicile et 11 % (n = 4) en hospitalisation de jour.

Concernant les prises de mesure pour la fabrication des VC, pour 38 % (n = 14) des patients, elles ont été réalisées entre 1 et 2 mois après leurs brûlures, et 51 % (n = 19) des patients ont reçu leurs VC durant cette période.

4.4. Résultats de la troisième partie

4.4.1. Temps de port

Soixante-cinq pourcents (n = 24) des patients savent qu'il est recommandé de porter quotidiennement le VC vingt-trois heures sur vingt-quatre. Cependant, dans cet échantillon,

lorsque nous demandons le temps réel de port des VC par jour, 1 patient (4 %) a répondu porter 6 heures, 1 a répondu 9 heures, 1 a répondu 11 heures, 3 ont répondu 12 heures, 1 a répondu 15 heures, 1 a répondu 16 heures, 1 a répondu 17 heures, 2 ont répondu 20 heures, et enfin 1 a répondu 24 heures. Un seul patient ne s'est pas prononcé. Les 11 autres patients (sur 24) répondent qu'ils les portent réellement 23 heures comme recommandé. Nous notons donc une grande hétérogénéité des réponses des patients connaissant la recommandation. Il est à noter qu'il est logiquement impossible de porter un VC vingt-quatre heures sur vingt-quatre (ne serait-ce que pour le temps de la toilette par exemple), mais qu'étonnamment 7 patients sur les 37 inclus ont répondu cela. La réalité est forcément différente et les résultats sont ainsi faussés.

Ceux qui connaissent la recommandation portent le VC en moyenne 18,56 heures par jour (minimum = 6, maximum = 24), soit un manque d'adhésion quotidien de près de 4 heures et demie. Ainsi, la majorité des patients (65 %) connaissent les recommandations mais ne les suivent pas. Au contraire, ceux qui avaient eu une mauvaise réponse le portent en moyenne 19,46 heures par jour (minimum : 12, maximum : 24), soit un manque d'adhésion quotidien de près de 3 heures et demie. Ainsi, sur la totalité des patients, la moyenne du temps de port idéal est de 22,5 heures sur 24 (soit proche de la réalité) mais la moyenne du temps de port réel est de 18,9 heures sur 24. L'adhésion des patients est donc mauvaise.

Quarante-trois pourcents (n = 16) des patients nous ont donné des explications concernant leur manque d'adhésion. La raison qui revient le plus souvent est que le VC les gêne dans leurs mouvements pour 56 % (n = 9) d'entre eux (Fig.5).

Il est à noter qu'aucun patient n'a répondu que l'esthétisme était un frein au port.

4.4.2. Quotidien des patients

Dans leur quotidien, 60 % (n = 22) des patients disent s'hydrater la peau plusieurs fois par jour, 32 % (n = 12) une seule fois par jour et 8 % (n = 3) très rarement.

Pour 84 % (n = 31) des patients l'entretien des VC est facile. Un patient ne s'est pas prononcé sur ce point.

Parmi les 33 patients ayant des VC avec fermetures éclair, 66 % (n = 22) des patients trouvent qu'elles sont faciles d'accès. 3 patients ne se sont pas prononcés.

Trente-trois pourcents (n = 9) et 30 % (n = 8) des patients trouvent qu'ils ont changé respectivement « rarement » et « de temps en temps » leurs comportements habituels depuis qu'ils portent un VC (Fig.6).

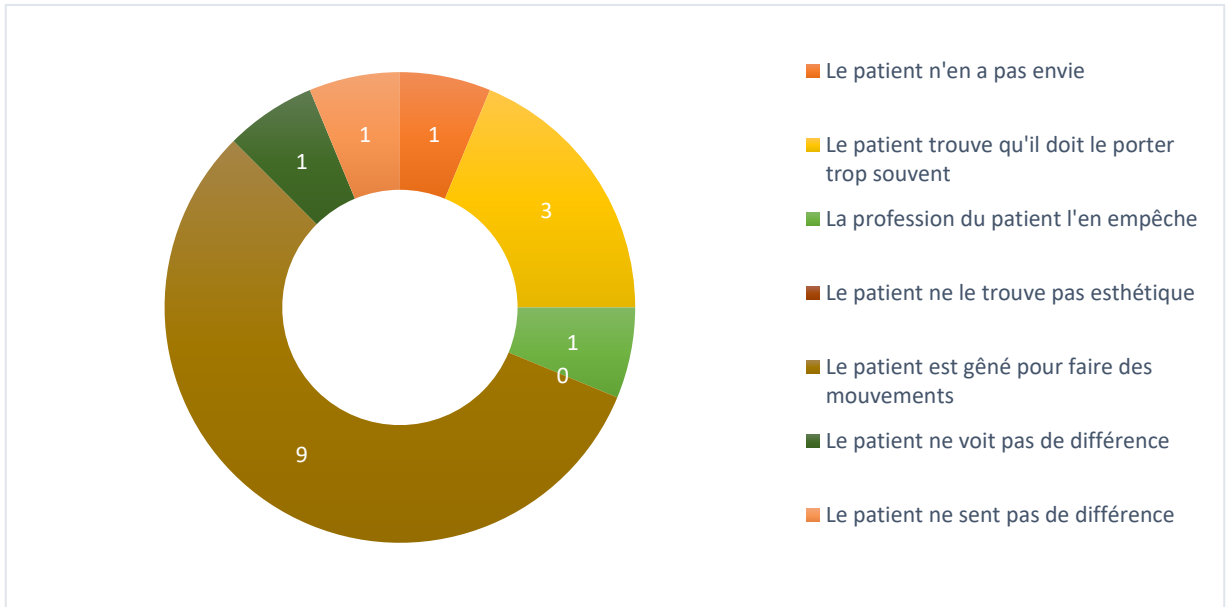


Figure 5 : Graphique représentant les raisons pour lesquelles les patients interrogés ne portent pas davantage le VC.

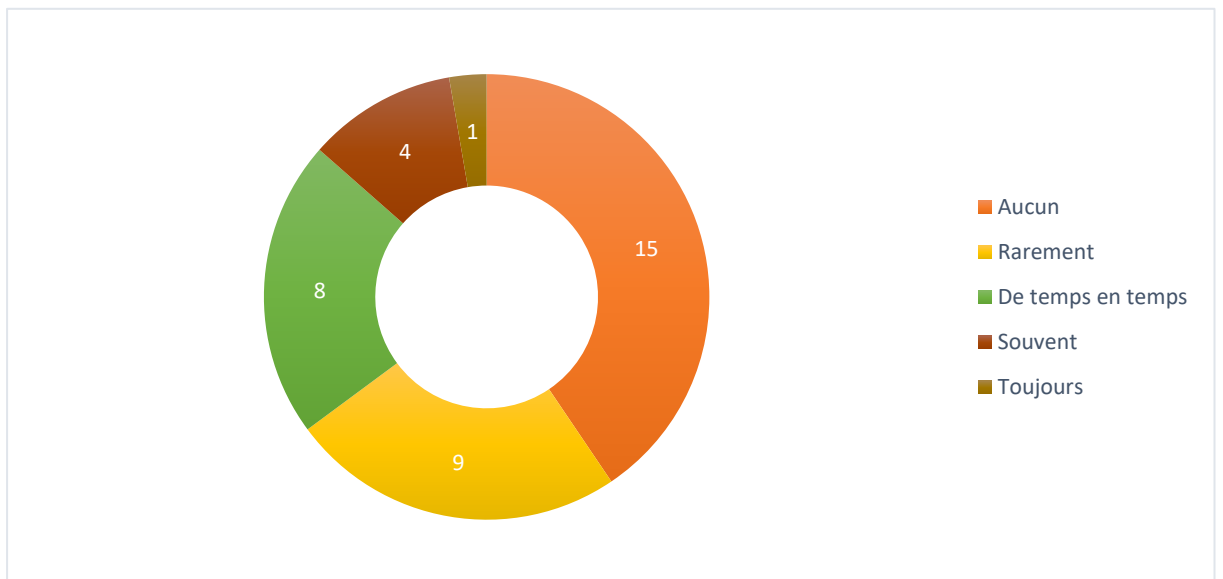


Figure 6 : Graphique représentant la fréquence du changement de comportement des patients interrogés depuis le port du VC.

Certains patients nous ont décrit des exemples :

- « Cagoule difficile à porter à l'extérieur au vu du regard des autres »,
- « Lors de bricolage pour ne pas abimer [le VC] »,
- « Utilisation de gants en plastique pour cuisiner ou faire la vaisselle »,
- « Moins de sport pratiqué ».

Dans la globalité, les patients se sentent autonomes dans leurs AVQ avec leurs VC. La mise en place du VC durant l'habillage est l'AVQ qui leur pose le plus de problèmes. En effet, 19 % (n = 7) des patients déclarent nécessiter une aide pour la mise en place du VC à chaque occasion, 13 % (n = 5) souvent, 5,4 % (n = 2) de temps en temps.

Au contraire, les transferts est l'AVQ la plus aisée à réaliser par les patients.

Concernant leurs déplacements, 8 % (n = 3) des patients nécessitent une aide de temps en temps, et 3 % (n = 1) toujours. Seulement 1 patient (3 %) nécessite toujours de l'aide pour la toilette et 1 (3 %) souvent. Seulement 1 patient (3 %) nécessite de l'aide pour se nourrir de temps en temps et 1 (3 %) rarement. Les autres patients se sentent complètement autonomes et indépendants.

Soixante-seize pourcents des patients (n = 28) portent toujours leurs VC pendant les évènements quotidiens (comme aller faire les courses, promener leurs animaux etc.), contre 8 % (n = 3) jamais.

Cinquante-neuf pourcents des patients (n = 22) portent toujours leurs VC pendant les évènements particuliers (réunion professionnelle, fête, etc.) contre 5 % (n = 2) jamais.

Nous remarquons que 5 patients ne se sentent pas concernés par des évènements de la vie quotidienne. Nous soulevons la question de savoir pourquoi ; peut-être ne sont-ils jamais concernés par ce type d'évènement ou peut-être qu'ils ne se sentent plus concernés par ces évènements depuis le port de leurs VC.

Leur dispersion est représentée dans la figure page suivante (Fig.7).

Paradoxalement, à la question « combien de temps au maximum vous arrive-t-il de rester sans VC ? », seulement 12 patients (32 %) nous ont répondu la réponse recommandée soit moins d'une heure. À l'extrême, 3 patients (8 %) nous ont répondu qu'ils leur arrivaient de ne pas porter le VC pendant plus de 12 heures consécutives et 2 patients (5 %) pendant 24 heures. Deux patients ne se sont pas prononcés (Fig.8).

Un patient a même ajouté en commentaire libre qu'il lui arrivait parfois de ne pas porter son VC pendant plus d'une semaine.

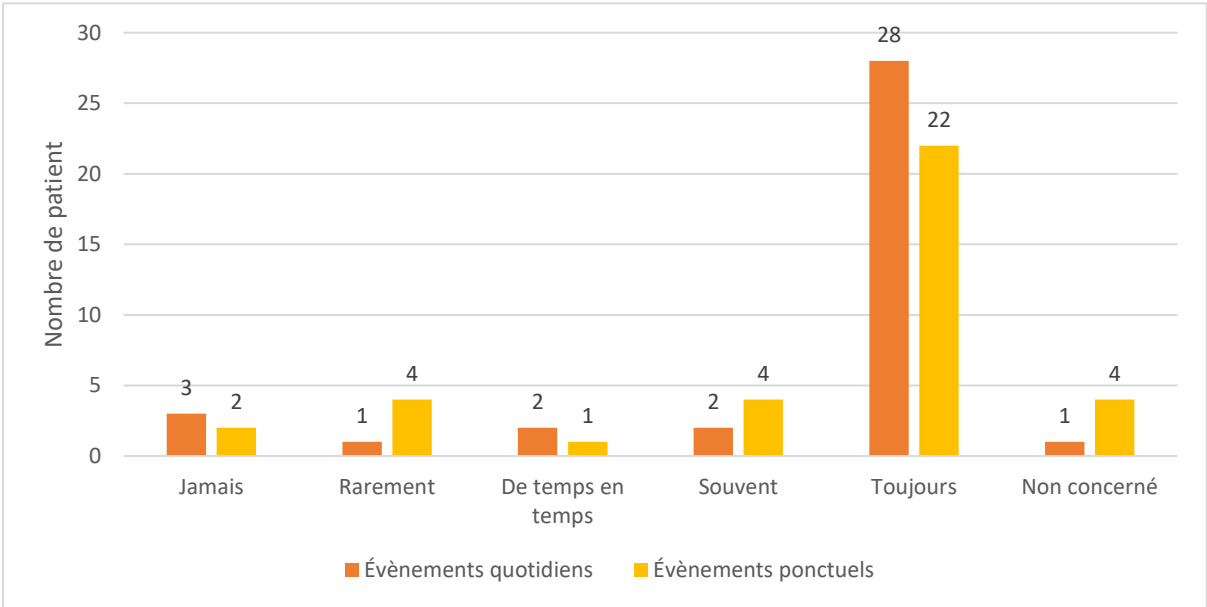


Figure 7 : Graphique représentant la fréquence du port du VC des patients selon les évènements.

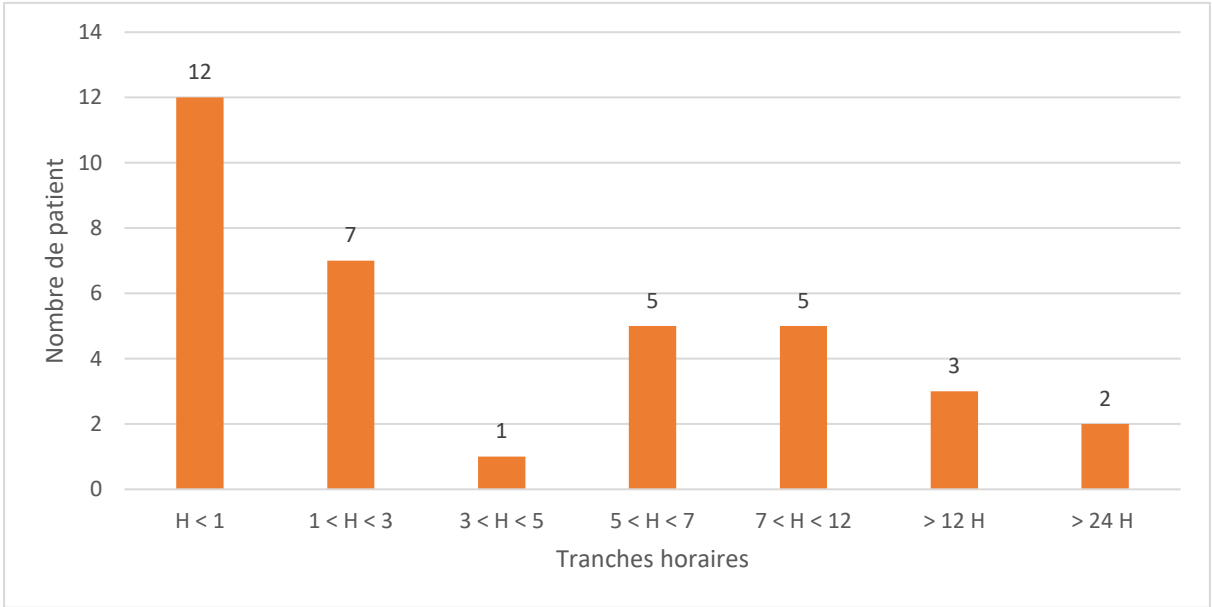


Figure 8 : Graphique représentant le temps de non-port maximum des patients.

4.5. Résultats de la quatrième partie

Quarante-trois pourcents des patients (n = 16) se plaignent d'avoir trop chaud lorsqu'ils portent le VC et autant s'y sentent trop serrés. Vingt-quatre pourcents des patients (n = 9) redoutent le regard d'autrui.

Le port du VC provoque des lésions et des démangeaisons à 21 % des patients (n = 8) et des douleurs à 8 % d'entre eux (n = 3).

Les patients ont répondu se sentir en moyenne habitué au port du VC à 3,9/5. Pourtant nos résultats montrent qu'ils ne le portent pas assez (Fig.9).

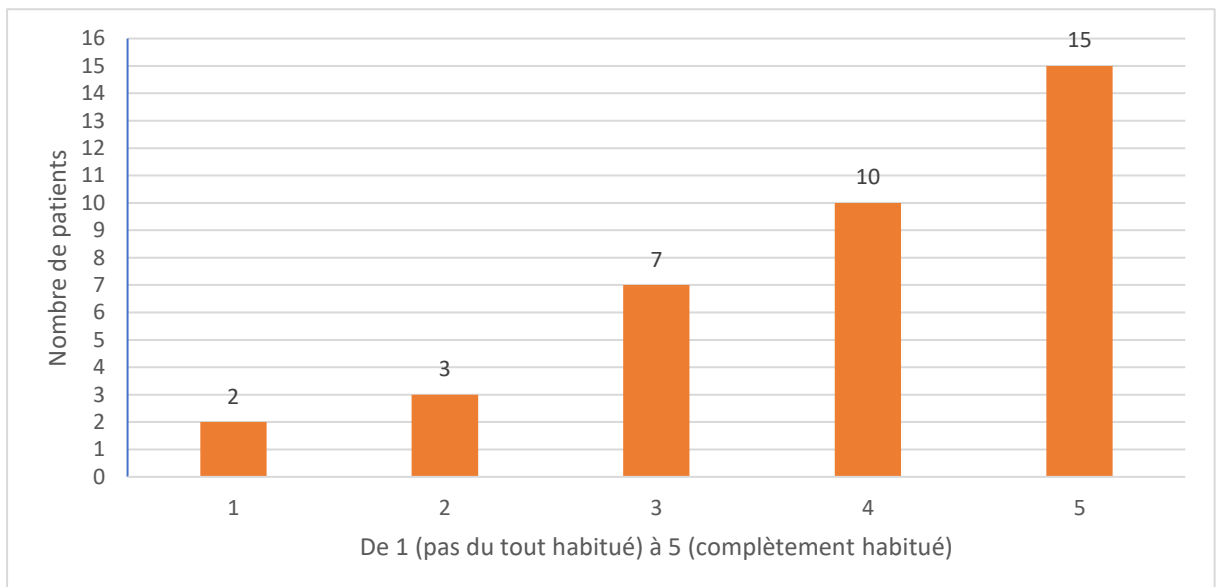


Figure 9 : Graphique représentant le ressenti des patients, noté subjectivement sur une échelle de 1 à 5.

Une question était posée pour savoir ce que les patients avaient retenu comme objectifs du traitement par VC.

Les 2 items : « Les VC témoignent mon accident à autrui » et « Je me sens plus à l'aise lorsque je porte le VC » sont les 2 ayant retenu le moins de réponses (5 et 16 % respectivement).

Au contraire, les 2 items ayant eu le plus de réponses sont « Le VC limite l'inflammation » et « le VC rend les cicatrices plus belles et plus souples » (respectivement 59 et 78 %).

Nous notons que 8 patients sur 37, soit près d'un quart des patients se sentent rassurés lorsqu'ils portent le VC.

Les autres items de cette question étaient théoriquement tous vrais. Cependant comme le ressenti et le vécu sont différents selon chacun, seulement 10 patients (27 %) trouvent que le port du VC limite les démangeaisons et 12 (32 %) trouvent qu'il limite les douleurs.

Cependant, il est important de réaliser que la douleur causée par les brûlures varie considérablement d'un patient à l'autre, présente des fluctuations importantes au fil du temps et peut être imprévisible notamment en raison de l'interaction complexe des problèmes de comportement physiologiques et psychosociaux (61,62).

Trois autres items sont également vrais mais n'ont reçu que 19 réponses (51 %) pour « anti-ultraviolet » et « limiter les brides cutanées ». Seulement 19 % (n = 7) des patients savent que le port du VC permet de limiter les problèmes d'amplitudes articulaires. Ainsi, plus de la moitié des patients interrogés ne savent pas tous les bénéfices possibles du traitement par VC.

4.6. Croisement des parties

4.6.1. Délai post-brûlure

Nous rappelons que les patients ont répondu au questionnaire en moyenne 582 jours après leurs brûlures (minimum = 40 jours, maximum = 2821 jours soit plus de 7 ans et demi), ce qui représente une large dispersion.

Quatre patients n'ont pas su nous donner la date de leur brûlure, nous ne connaissons donc pas leur délai de réponse. Ils ne seront pas inclus dans les résultats suivants.

Nous avons réalisé un classement par strate en fonction du délai « date de la brûlure/date de réponse au questionnaire ».

Quatre strates ont été réalisées arbitrairement. Neuf patients ont été inclus dans la première qui se situe entre 40 et 114 jours post-brûlure, 8 patients ont été inclus dans chacune des strates suivantes : entre 131 et 286 jours, entre 295 et 672 jours et entre 719 et 2921 jours.

En moyenne, les patients de la première strate disent porter le VC 18,75 heures par jour ; les patients de la seconde strate 21,37 heures par jour, les patients de la troisième strate 16 heures par jour et enfin 20 heures 30 par jour pour les patients de la dernière strate. Il n'y a pas d'évolution croissante ou décroissante continue. Il nous est donc impossible de conclure si le délai post-brûlure a une influence sur l'adhésion des patients à un instant t.

4.6.2. Selon le sexe

Nous rappelons que notre échantillon se compose de 19 hommes et de 18 femmes. Les hommes portent en moyenne leur VC 18,4 heures par jour (1 patient ne s'est pas prononcé) contre 19,33 heures pour les femmes.

4.6.3. Vêtement compressif provisoire

Nous rappelons que 11 patients n'ont pas reçu de VC provisoires. Parmi eux, 1 seul patient n'a pas répondu à la question « combien de temps portez-vous réellement le VC par jour ? ». Les 10 autres patients le portent en moyenne 17 heures 30 par jour (minimum = 11, maximum = 24), soit un manque d'adhésion de près de 5 heures et demie par jour. Les patients ayant reçu un VC provisoire, soit les 26 autres, portent en moyenne près de 19 heures 30 par jour (minimum = 6, maximum = 24), soit un manque d'adhésion de 3 heures et demie en moyenne par jour, ce qui représente 2h de manque d'adhésion par jour de moins par rapport au groupe n'ayant pas reçu de VC provisoire. Ainsi, le fait de porter un VC provisoire peut certainement améliorer l'adhésion des patients au port du VC définitif. Cependant, nos échantillons n'ont pas la même taille et nous remarquons que les données sont plus étendues chez le groupe ayant reçu des VC provisoires.

4.6.4. Selon le type de vêtement compressif

Les moyennes de temps de port quotidien des patients en fonction des VC dont ils disposent sont exposées dans le graphique suivant (Fig.10). Il est à rappeler que les VC des patients de notre échantillon ne sont pas dispersés de manière homogène (Fig.3).

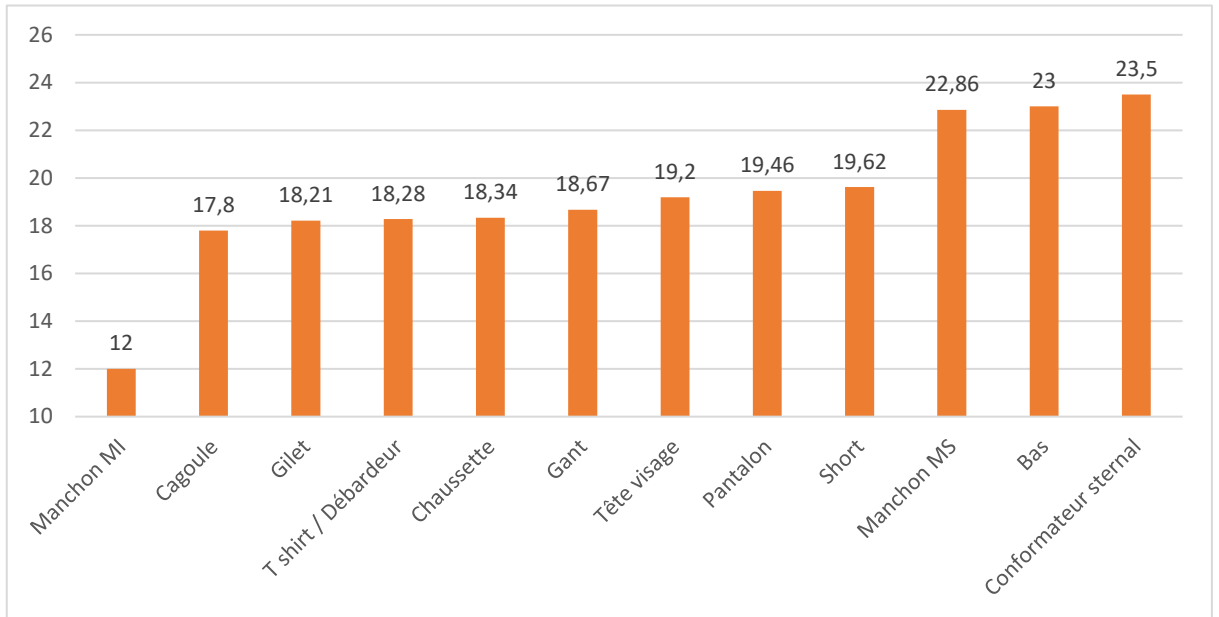


Figure 10 : Graphique représentant le temps de port moyen par jour des patients en fonction de leurs VC.

5. DISCUSSION

5.1. Points positifs à encourager

5.1.1. Informer le patient

5.1.1.1. Ses brûlures

Le patient GB est amené à voir de nombreux professionnels de santé dans sa prise en charge. Il est nécessaire à chacun d'entre eux d'apporter des éléments importants à leur appropriation de leur nouveau corps, pour une prise en charge globale dans laquelle le patient est acteur. Il est fondamental d'informer correctement le patient sur des éléments précis comme son anatomie ou la physiologie de la peau brûlée par exemple. Pour s'approprier ses traitements, le patient doit pouvoir connaître les informations simples concernant sa pathologie comme son pourcentage de brûlure, leur gravité, etc. Cela fait le lien avec le peu de patients de cette étude qui connaissent le type et le degré de leurs brûlures et leur STC touchée. Ces informations sont nouvelles pour le patient et il peut donc avoir besoin de plus de temps pour les comprendre que ce qu'un professionnel de santé pourrait penser. (63)

5.1.1.2. Les différents traitements possibles

En phase initiale, les patients GB sont généralement incapables de donner leurs propres consentements éclairés en raison de l'inconscience ou des effets distrayants de la blessure, et ne peuvent donc pas atteindre la capacité ou la compréhension du traitement et de ses options (64). Ceci est d'autant plus vrai que la brûlure est récente, il faut donc bien s'assurer de leur compréhension des différents traitements possibles. Il est important de prendre en compte les implications physiques, psychologiques et sociales d'un traitement (65).

En France, l'utilisation des VC est devenue la technique de choix dans le traitement des cicatrices de brûlures. Certes, les VC sont un moyen relativement bon marché et facile d'utilisation pour traiter les cicatrices, mais il existe d'autres méthodes à la fois conservatrices et chirurgicales, comme le massage, la compression, l'utilisation de silicone, de vitamine E et de stéroïdes. L'injection de stéroïdes et le silicone topique peuvent être utilisés sur les cicatrices pendant la maturation pour soulager la douleur et le prurit et potentiellement réduire

la taille des cicatrices. Cependant, l'injection est difficile et ne peut pas être pratiquée sur de grandes zones cicatricielles. L'utilisation de lasers pour améliorer l'apparence des cicatrices a été décrite. Parrett et Donelan ont utilisé le laser à colorant pulsé pour réduire la première période post-blessure (66). Plus récemment, Tsai *et al.* ont utilisé la thérapie au laser à haute intensité qui a fourni une diminution rapide des caractéristiques d'une cicatrice hypertrophique. Dans leur échantillon, 90% des patients ont signalé une diminution de la douleur cicatricielle, de l'inflammation, de la pigmentation et une amélioration de la souplesse lors de la deuxième séance par exemple (67). Cependant, il n'est pas encore infirmé ou confirmé que l'utilisation de lasers permette de diminuer la charge cicatricielle et d'augmenter la qualité de vie des patients GB, d'autres études sont nécessaires (68). Peu d'études scientifiques mettent en évidence les conditions d'application de ces techniques, la durée du traitement et la pertinence de leurs mises en place (69). Des recherches sont également nécessaires sur l'action exacte du gel de silicone et des supports de contact adhésifs et leurs effets secondaires possibles. Il a été prouvé dans la littérature que si le patient GB n'est pas au courant des autres thérapies possibles alternatives, il serait moins adhérent au traitement par VC. (63,70)

Bien que ces options puissent être plus coûteuses, elles sont souvent plus faciles à respecter pour le patient car elles n'impliquent pas de couvrir de grandes parties du corps avec des VC. En France, les VC sont pris en charge par la Sécurité Sociale. Il est tout de même intéressant de savoir que l'étude de Rush *et al.* a prouvé que le prix des VC n'est pas un facteur d'adhésion ou de non-adhésion pour les patients. (71)

Nous devons donc prendre en compte l'avis des patients pour trouver une méthode de prise en charge des cicatrices acceptable pour eux et qui concilie l'avis du professionnel de santé et celui des patients avec un résultat physique et esthétique optimal. (65)

5.1.1.3. S'approprier le traitement par vêtement compressif

De nombreux patients de notre étude ne connaissent pas tous les effets du port du VC. Les patients GB ont besoin de détails sur les VC, leurs propriétés, et l'efficacité du traitement. Ils doivent connaître les potentiels événements indésirables tels que la douleur, les démangeaisons et la transpiration accrue, mais également les problèmes psychologiques et potentielles situations sociales difficiles (par exemple, le regard d'autrui). Ces effets indésirables ont été prouvés comme facilitant le retrait du VC par les patients. Dans l'étude de Martin *et al.*, les patients étaient non adhérents s'ils avaient reçu trop peu d'informations sur

la thérapie et ses effets indésirables (72). Ils ont besoin d'instructions concrètes et d'informations sur la façon de traiter avec ces différentes pratiques psychologiques et sociales (63).

Une manière d'aider les patients GB à accepter le traitement par VC et avoir une bonne adhésion est de leur proposer un choix de couleur du VC. En effet, la durée de port et la couleur des vêtements sont reliées (73). Il a été prouvé que lorsque le VC est trop visible selon le patient, qu'il lui provoque une gêne esthétique et que la couleur de celui-ci est inacceptable pour lui, le patient a une mauvaise adhésion au traitement (70).

Dans l'étude de Stewart *et al.*, 50 % des cliniciens qui ont participé croient que les adultes GB ne sont pas concernés par la couleur de leurs VC. De plus, près de la moitié des patients qui ont participé à l'étude ont indiqué une insatisfaction avec la couleur de leurs vêtements (70).

Nous remarquons dans notre étude que les patients choisissent souvent des VC de couleur noire, ou lorsqu'ils n'ont pas le choix, les professionnels de santé leur donnent le plus souvent ceux-ci. La deuxième couleur de VC la plus représentée dans notre étude est le beige. Or, Rosser a démontré que les patients GB ont une adhésion plus faible au traitement par VC lorsqu'ils portent un VC noir ou beige plutôt qu'un coloré (73). De plus, il a été prouvé que la couleur beige est associée à des connotations négatives (de maladie ou d'incapacité) qui peuvent affecter l'estime de soi et peuvent contribuer à des problèmes sociaux et psychologiques du patient (74). Les VC de couleur (comme rouge ou vert par exemple) sont perçus comme positifs et pourraient contribuer à améliorer la guérison des patients brûlés. Les vêtements colorés peuvent renforcer de manière positive l'attractivité et l'acceptation sociale (74). Donner des conseils concernant la couleur du VC permet donc aux professionnels de santé d'avoir un rôle actif en intégrant les préférences des patients GB et d'améliorer leur satisfaction. (33,70)

Dans l'étude de Coghlan *et al.*, les patients ont expliqué utiliser des stratégies physiques et psychologiques pour augmenter leur confort avec un VC comme se refroidir (glaçage, rester au frais en évitant de sortir dehors pendant les heures les plus chaudes de la journée en été, vapeur d'eau...) ou pratiquer l'automassage. (75)

Johnson *et al.* ont rapporté que les participants étaient les plus adhérents avec les vêtements des MI, les moins adhérents avec les vêtements pour le visage et les mains, et montraient des taux d'adhésion inférieurs lorsque plusieurs vêtements étaient prescrits. Ils ont également remarqué que les participants avec des brûlures moins étendues avaient un taux d'adhésion au port du VC plus élevé, les raisons n'ont pas été spécifiquement étudiées (8). Nous pouvons supposer que moins les patients ont de STC brûlée et donc moins de VC à porter, meilleure est leur adhésion au traitement.

5.1.2. Faire comprendre l'utilité des vêtements compressifs aux équipes de soin

Dans l'étude de Moiemien *et al.*, le personnel soignant a indiqué qu'il était d'accord avec les déclarations selon lesquelles le traitement par VC est l'un des traitements les plus importants (74 %) et qu'il est bénéfique pour les patients (93 %). La moitié du personnel pensait qu'il devrait rester le traitement standard des cicatrices. Cependant, 60 % du personnel ne savait pas s'il existait ou non des preuves de recherche sur l'efficacité clinique du traitement par VC et 29 % étaient incertains des avantages (23). Il est donc nécessaire que les professionnels de santé connaissent les effets (bénéfiques ou non) du VC pour pouvoir les expliquer aux patients de la manière la plus adéquate.

5.1.3. Moyens de communication

La connaissance et la compréhension de l'utilisation des VC semblent être associées à l'adhésion. Dans notre étude, tous les patients ont reçu des informations, qu'elles soient orales, écrites ou les deux. Dans l'étude de Rosser (73), 97 % des participants se sentaient bien informés sur l'utilisation des VC, tandis que dans celle de Ripper *et al.* (63), seulement 43 % des patients se sentaient suffisamment informés malgré les informations fournies. Il est possible que le mode de diffusion des informations (par exemple verbal ou écrit) et le temps consacré à la discussion des informations diffèrent entre ces centres de traitement des GB (59). Il a été prouvé que les patients GB ont une mauvaise adhésion au traitement par VC lorsqu'ils ne comprennent pas les conseils médicaux. (70)

Ainsi, pour améliorer la compréhension des patients, de nombreux moyens de communication existent. Lo *et al.* ont spécifiquement étudié l'impact de l'éducation sur l'usure

des VC et ont trouvé que l'apprentissage multimédia était utile pour améliorer l'observance (76).

Dans une étude de Johnson *et al.*, des adultes ont indiqué que les éléments visuels (voir des images des résultats du traitement), rencontrer d'autres personnes brûlées, recevoir plus d'informations sur l'utilisation du VC et disposer d'options plus personnalisées (par exemple, ajustement du VC) augmenteraient leur adhésion au traitement (8).

Comme dans notre étude, de nombreux patients ont le désir de donner des conseils aux autres patients GB qui portent des VC (75). Il pourrait être intéressant de créer des regroupements entre patients pour leur permettre d'échanger.

Certaines associations existent déjà et permettent de « lutter contre l'isolement des patients GB, les aider à se réintégrer dans la société et à améliorer leur quotidien », c'est notamment le cas de l'association « Burns and Smiles » en France. Cette association permet également de donner plus de visibilité aux patients GB dans la société et leur permet de communiquer entre eux notamment sur les réseaux sociaux. (77)

5.2. Points négatifs à améliorer

5.2.1. Usure du vêtement compressif

Dans une étude récente de Nedelec *et al.*, les patients ont indiqué qu'ils portaient leurs vêtements environ vingt-deux heures par jour le premier mois mais que ce nombre avait été réduit à douze heures par jour le troisième mois. (78) Ceci peut donc être expliqué par le manque de pression dû à l'utilisation et à l'usure du vêtement. Ainsi, le manque de pression est un frein à l'adhésion des patients qui ressentent le VC moins utile, dans cet exemple au bout du troisième mois de port. Nous rappelons qu'en France les VC sont renouvelés au bout de six mois. Il se pourrait donc que l'adhésion des patients diminue au fur et à mesure du port d'un jeu de VC.

5.2.2. Société

D'une manière générale, les feedbacks négatifs que la société peut renvoyer aux patients tendent à dégrader leur sentiment d'estime de soi (2). En effet, les sentiments d'anxiété que peut provoquer autrui (regards en public, questions embarrassantes ou

inappropriées, etc.) peuvent pousser les patients GB à arrêter de suivre leur traitement par VC.

Plus particulièrement, la réintégration du milieu professionnel peut s'avérer être une épreuve pour les patients GB. Lorsque le port du VC ne coïncide pas avec les exigences de la vie quotidienne du patient (comme le travail, les tâches ménagères et la participation à des événements sociaux par exemple), il a été prouvé que cela contribue au retrait précoce du VC de la part du patient (59). Dans notre étude, 56 % des patients trouvent que porter un VC les gêne dans leurs mouvements. Cependant, comme Ward le précise, l'amplitude de mouvement n'est pas significativement gênée par les VC malgré la restriction ressentie par les patients (79).

Ces notions peuvent faire échos aux changements de comportements perçus par les patients de notre étude depuis qu'ils portent le VC. Aussi, le manque de port des VC lors d'évènements de la vie quotidienne démontrent que les patients ne se sentent pas à l'aise avec leur VC en société.

Une idée serait de donner plus de visibilité aux patients GB dans les médias afin que la société n'exclue pas ces patients, comme pour toute personne en situation de handicap (personne tétraplégique, personne amputée...).

5.2.3. À adapter selon les cas

Les cicatrices de brûlures manquent souvent d'hydratation en fonction de la profondeur de la blessure et de l'étendue des dommages aux structures cutanées. Elles peuvent devenir très sèches et inconfortables, ce qui peut entraîner des lésions et une dégradation de la peau (37). En hydratant avec une crème hydratante non parfumée ou de l'huile, la couche supérieure de la cicatrice devient plus douce et plus souple et donc plus confortable; cela aide également à réduire les démangeaisons qui peuvent également être un problème courant (69). Dans l'étude de Coghlan *et al.*, les participants ont systématiquement signalé l'utilisation d'hydratant comme un élément bénéfique (75). Dans notre étude, la majorité des patients s'appliquent un hydratant plusieurs fois par jour.

Au début de la prise en charge d'un patient GB, le crémage est indispensable mais plus le délai post-brûlure est long, moins le crémage est nécessaire. Certains patients ont besoin de se crémier plus souvent.

Cependant, les VC qui sont en contact avec des crèmes hydratantes pendant l'utilisation perdront leur tension et leur capacité de fournir de la pression plus rapidement que les VC qui n'entrent pas en contact avec des crèmes hydratantes. (54)

Une autre raison de la perte de tension des VC prouvée est le lavage en machine, nettoyage conseillé car il permet de prolonger les propriétés du tissu par rapport au lavage à la main. Or, il a été prouvé que l'effet de dégradation de la tension et de la pression est particulièrement marqué lors du premier cycle d'utilisation. Il serait donc possible que les fabricants de VC réduisent ce problème en effectuant une précontrainte sur les tissus ou les vêtements avant de les fournir aux patients, et ainsi maintenir la pression délivrée souhaitée. (54)

Soit les patients ne portent pas le VC car il n'applique plus assez de pression, soit au contraire parce qu'il en applique trop selon eux. Dans ce cas, pour augmenter l'adhésion, il serait peut-être envisageable d'appliquer moins de pression afin que le patient le porte plus longtemps. De plus, les VC conçus pour exercer de plus grandes pressions se dégradent plus rapidement que ceux conçus pour exercer des pressions plus faibles (54).

Un autre axe d'amélioration de l'adhésion serait de diminuer les effets indésirables du port du VC comme le prurit et la chaleur par exemple. L'entreprise Novatex® réalise déjà des VC avec un tissu plus confortable.

5.3. Les effets prouvés du vêtement compressif

D'un point de vue thérapeutique, les VC sont quasiment systématiquement prescrits car l'expérience clinique atteste d'une efficacité évidente. Cependant, il n'existe pas d'étude démontrant indubitablement l'effet thérapeutique sur l'évolution cicatricielle (2). Même s'il a été constaté que l'utilisation de VC réduisait l'hypertrophie des cicatrices (37), il n'existe pas de preuves scientifiques permettant d'appuyer leur utilisation comme norme de soins. (36)

Des interrogations sont soulevées quant à leur efficacité dans le processus cicatriciel et de prévention de certains désordres comme la rétraction cutanée, etc. (29,80)

En effet, certaines études ont prouvé que les VC permettent une réduction de la taille (longueur, largeur et épaisseur) de la cicatrice, une augmentation de la souplesse (81) et de l'élasticité (44) et une réduction de la vascularisation et permettent une pigmentation plus

uniforme. Cependant, d'autres études ne concluent pas de la même manière. Des revues systématiques montrent un léger effet significatif des VC sur l'impact de la hauteur de la cicatrice, par rapport à un groupe contrôle sans VC, mais pas d'effet significatif sur les échelles ou mesures des caractéristiques des cicatrices comme la pigmentation, la vascularité, la souplesse et la couleur. (82)

Il existe cependant des effets indésirables prouvés comme une éruption cutanée, un prurit, une dégradation et apparition de lésions cutanées, une baisse de sensibilité des cicatrices, une peau sèche et une hypertrichose (83). Dans notre étude, les effets indésirables les plus souvent retrouvés étaient l'inconfort, les lésions et le prurit.

Les avantages ont été signalés comme dépendants de la localisation, du type de la cicatrice et des caractéristiques du patient. Certaines personnes ont déclaré que les avantages n'étaient apparents que si les VC étaient bien ajustés et que les patients étaient adhérents au traitement, mais pour certains patients, même s'ils étaient adhérents, les résultats pouvaient être médiocres. Des discussions ont été engagées sur le fait que les cicatrices « s'installent » de toute façon, quel que soit le traitement, mais que le VC, bien qu'il ne soit peut-être pas meilleur que d'autres traitements, valait mieux qu'une absence de traitement à ce jour. (23)

5.4. Biais de l'étude

Nous avons conscience que cette étude présente des biais. Ils sont décrits ci-dessous :

5.4.1. À propos de l'échantillon

Notre étude s'intéresse uniquement à une partie de la population de patient GB : les GB adultes. En effet, lors d'un traitement d'un patient mineur, l'enfant n'est jamais le seul acteur dans sa prise en charge car ses parents prennent des décisions pour lui. Concernant l'adhésion à un traitement, il est donc pertinent de se centrer sur des patients ayant un choix éclairé et consenti.

Notre étude présente un biais de sélection puisque c'est une étude uni-centrée. Il faut prendre en compte que les pratiques cliniques peuvent varier d'un centre à un autre et par conséquent, ces résultats ne peuvent pas être généralisables.

L'échantillon de patients inclus, malgré le fait qu'il représente une majorité des patients présents durant la diffusion du questionnaire, reste faible. De plus, le départ d'un médecin spécialisé en brûlologie à l'Hôpital Félix Maréchal a provoqué une diminution du nombre de consultations prévues et donc du nombre de patients dans la population visée.

5.4.2. À propos du questionnaire

Nous nous sommes rendu compte a posteriori de certains biais de méthodologie. En effet, de nombreux patients GB ont des pathologies psychiatriques et/ou psychologiques que nous n'avons pas pris en compte dans l'élaboration du questionnaire. (84)

De même, nous n'avons pas questionné les patients à propos des facteurs de risque au retard de cicatrisation qu'ils pouvaient présenter. Ces derniers pouvaient retarder la prise en charge du traitement par VC.

Nous ne nous sommes pas intéressés au délai de prise en charge des brûlures des patients, facteur qui aurait pu être important dans l'adhésion des patients. Par exemple, nous avons un patient répondant, qui, près de sept ans et demi après ses brûlures est suivi pour traiter ses cicatrices. Il se peut que sa prise en charge ait été retardée voire négligée pour diverses raisons mais cela ne reste qu'une hypothèse...

Finalement, nous avons une majorité de patients répondants qui sont retournés à domicile. Nous pouvons supposer que les patients qui sont hospitalisés peuvent ressentir une certaine contrainte à devoir porter les VC, puisqu'ils sont dans un environnement hospitalier, ce qui biaiserait également le ressenti des patients vis-à-vis du port des VC.

Il est à noter qu'il est arrivé que ce ne soit pas le patient qui remplisse lui-même le questionnaire, et ce pour différentes raisons (problème de compréhension de la langue française écrite, pas de possibilité de prendre un stylo à cause de brûlures localisées à la main dominante, etc.), mais un professionnel de santé. Cela constitue également un biais puisqu'il se peut que les données soient mal retransmises voire faussées.

Concernant la question sur les explications reçues par les patients que nous n'avons pas pu exploiter, les patients n'y ont pas répondu correctement sans doute à cause de la mise en page sous forme de tableau. Il se peut aussi que tous les patients n'aient pas eu recours à tous les professionnels de santé cités dans cette question.

5.4.3. À propos des résultats

Nous avons conscience que nous avons réalisé une étude uniquement qualitative et subjective. Il nous a semblé pertinent de ne pas réaliser des analyses plus poussées sur nos résultats, étant donné que nous nous attardons à un sujet compliqué à analyser objectivement et statistiquement, qui est l'adhésion à un traitement.

5.4.4. À propos des patients

Nous avons conscience qu'il est possible que notre étude soit biaisée par la subjectivité des réponses. Les réponses qualitatives et ouvertes sont également un frein de notre étude. Il existe un biais de mémoire des patients. Il se peut que leurs avis rétrospectifs soient altérés à cause du temps passé et de leur état cognitif du moment. Il est possible que certains patients aient envie de détourner des informations ou de ne pas en donner, même si le questionnaire est anonyme, puisqu'il était rendu à un professionnel de santé sur place directement. Enfin, il faut savoir que les patients ayant répondu au questionnaire l'ont accepté. En général, les patients ayant refusé de répondre sont les moins compliants aux traitements de leurs brûlures. Certains ne viennent même plus en consultation et sont perdus de vue par l'hôpital. Ainsi, il semblerait que notre échantillon ne reflète que les patients les plus compliants.

6. CONCLUSION

Le patient GB s'inscrit dans des prises en charge médicale et paramédicale globales. En France, l'utilisation du VC est la norme de soin depuis les années 1970 pour prévenir ou traiter les cicatrices hypertrophiques post-brûlures. Nous rappelons que 67 % des cicatrices post-brûlures deviennent hypertrophiques. Ainsi, de nombreux patients reçoivent des VC s'ils sont brûlés au deuxième degré profond ou au troisième degré, ou s'ils ont reçu des greffes cutanées. Le port du VC est un traitement contraignant au quotidien qui dure en moyenne un an, jusque l'atteinte de la maturation cicatricielle du patient.

Dans cette étude qualitative, nous avons cherché à rendre compte de l'adhésion réelle des patients GB adultes au port du VC. Nous avons recensé certains freins et leviers à cette adhésion. Nous pensons faire apparaître une mauvaise adhésion générale des patients inclus et un manque de transmission des informations médicales utiles à la compréhension du patient.

Les éléments négatifs mis en évidence dans cette étude sont les effets indésirables dus au VC lui-même tels que le prurit et l'inconfort. La réintégration des patients dans leurs milieux sociaux est aussi un frein à l'adhésion. En effet, la vie quotidienne et la reprise du travail (lorsqu'elle est possible) gênent les patients et favorisent le retrait du VC lorsque celui-ci se veut trop problématique.

Il nous est impossible de savoir si les patients GB portent leur VC tout au long de leur prise en charge, puisqu'il nous est impossible de conclure si le délai post-brûlure a une influence sur l'adhésion des patients à un instant t.

Au contraire, pour favoriser l'adhésion des patients GB au port du VC, il faut s'assurer que ceux-ci comprennent réellement les consignes qui leur sont données. Ainsi, ils doivent connaître les éléments importants de leurs prises en charge. Ils doivent être conseillé pour s'approprier leur traitement : par exemple, choisir la couleur apparaît être un élément favorable à l'adhésion des patients.

Nous avons remarqué que les patients inclus dans cette étude sont davantage compliants lorsqu'ils ont reçu un VC provisoire ; ainsi plus le VC serait porté tôt, plus cela favoriserait la tolérance à long-terme. Il semblerait que certains types de VC (notamment pour les MI) soient mieux supportés que ceux davantage visibles comme pour les MS ou le visage.

Cependant, la littérature admet que des études sont encore nécessaires pour prouver l'efficacité ou non du VC sur la prévention et le traitement des cicatrices hypertrophiques post-brûlures. Toutefois, il a été prouvé que le port du VC, ne serait-ce qu'un minimum, serait utile sur certains aspects pathologiques d'une cicatrice hypertrophique en comparaison à l'absence de traitement. Il ne faut pas omettre que d'autres traitements existent et peuvent être utilisés en complément ou en remplacement du VC, quitte à favoriser la qualité de vie des patients pendant leur prise en charge, plutôt que les rendus esthétique et fonctionnel. Nous rendons compte également d'un manque d'étude concernant le VC et un manque d'évolution de la pratique professionnelle. Les professionnels de santé doivent prendre en compte le contexte bio-psycho-social du patient pour leur proposer les traitements les plus pertinents qui concilient le bien-être du patient et la recherche médicale.

Nous remarquons dans notre étude et dans la littérature que les patients GB ne se sentent pas assez informés concernant le traitement par VC et les autres thérapies alternatives. Ainsi, il faudrait améliorer l'information des patients pour en conséquence améliorer leur adhésion.

À notre connaissance, aucun moyen de communication standardisé concernant le VC existe. Un nombre important de notre étude est que 81 % des patients considèrent que recevoir une information écrite expliquant leur traitement en début de prise en charge améliorerait leur compréhension. Une ouverture possible est donc la réalisation d'un livret standardisé à destination de patient GB, qui permettrait de leur transmettre des informations pérennes. Nous laissons également la possibilité à ceux qui le souhaitent d'étendre cette recherche qualitative à d'autres centres hospitaliers. Enfin, il serait pertinent de corréler ce type de résultats avec une étude de la qualité de vie chez les patients GB.

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt associé à la réalisation et à la rédaction de ce travail de fin d'études.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française d'Étude et de Traitement des Brûlures. BAUX S. Brûlures Vol. X, n°1 Mars 2009.
2. Pichonnaz C. La rééducation physiothérapeutique du patient brûlé en phase ambulatoire. Revue Romande de Physiothérapie, 2003, 6 : 247-259.
3. Esselman PC, Thombs BD, Magyar-Russell G, Fauerbach JA. Burn Rehabilitation: State of the Science. Am J Phys Med Rehabil. avr 2006;85(4):383.
4. Gangemi EN, Gregori D, Berchiolla P, Zingarelli E, Cairo M, Bollero D, et al. Epidemiology and Risk Factors for Pathologic Scarring After Burn Wounds. Arch Facial Plast Surg. 1 mars 2008;10(2):93-102.
5. Poisson MF, Mitermique B. Pressothérapie et brûlures. Cah Kinésithér. 1988;fasc. 131(n° 3):19-23.
6. HAS. Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés. 2013 [consulté le 3 juillet 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1648783/fr/evaluation-des-vetements-compressifs-sur-mesure-pour-grands-brules.
7. DeBruler DM, Zbinden JC, Baumann ME, Blackstone BN, Malara MM, Bailey JK, et al. Early cessation of pressure garment therapy results in scar contraction and thickening. PloS One. 2018;13(6):e0197558.
8. Johnson J, Greenspan B, Gorga D, Nagler W, Goodwin C. Compliance with pressure garment use in burn rehabilitation. J Burn Care Rehabil. avr 1994;15(2):180-8.
9. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: Intentional burns in adults. Burns. 1 août 2012;38(5):630-7.
10. Paget LM, Thelot B. Les victimes de brûlures hospitalisées en France métropolitaine en 2014 et évolution depuis 2009. Santé Publique France. 2018 [consulté le 14 juillet 2019] Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/brulures/documents/rapport-synthese/les-victimes-de-brulures-hospitalisees-en-france-metropolitaine-en-2014-et-evolution-depuis-2009>.
11. Echinard C, Latarjet D. Les brûlures. Elsevier Masson; 2010. 472 p. ISBN : 9782294701511.
12. Rochet J, Wassermann D, Carsin H, Desmoulière A, Aboiron H, Birraux D, et al. Rééducation et réadaptation de l'adulte brûlé. :27.
13. Hale A, O'Donovan R, Diskin S, McEvoy S, Keohane C, Gormley G. Physiotherapy in Burns, Plastics and Reconstructive Surgery. :138.
14. Costagliola M. Brûlologie. Les progrès thérapeutiques : traitement immédiat et séquelles ODM. févr 2014;(n° 53):14.
15. Donovan ML, Muller MJ, Simpson C, Rudd M, Paratz J. Interim pressure garment therapy (4-6 mmHg) and its effect on donor site healing in burn patients: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 26 avr 2016;17(1):214.

16. Young AW, Dewey WS, King BT. Rehabilitation of Burn Injuries: An Update. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 1 févr 2019;30(1):111-32.
17. Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A. Dressings for superficial and partial thickness burns. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3).
18. Purdue G, Arnoldo B, Hunt J. Acute Assessment and Management of Burn Injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 1 mai 2011;22:201-12, v.
19. Brychta P. European practice guidelines for burn care: Minimum level of burn care provision in Europe. In: Jeschke MG, Kamolz L-P, Sjöberg F, Wolf SE, éditeurs. *Handbook of Burns: Acute Burn Care Volume 1.* Vienna: Springer Vienna; 2012. p. 97-102.
20. Jaudoin D. La kinésithérapie de la cicatrice après une brûlure grave : connaître les données fondamentales, évaluer, traiter et guider le remaniement du derme. 2001. [consulté le 14 juin 2019] Disponible : http://kinebrul.free.fr/kinebrul/html_fr/membres/kinebrul_pro/ftp/kinebrul-pro_cicatrice.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: http://kinebrul.free.fr/kinebrul/html_fr/membres/kinebrul_pro/ftp/kinebrul-pro_cicatrice.pdf
21. Téot L. Scar evaluation and management: recommendations. *J Tissue Viability.* 1 nov 2005;15(4):6-14.
22. Senet P. Physiologie de la cicatrisation cutanée. EMC. 2007;Dermatologie-98-040-A-10.
23. Moiemmen N, Mathers J, Jones L, Bishop J, Kinghorn P, Monahan M, et al. Pressure garment to prevent abnormal scarring after burn injury in adults and children: the PEGASUS feasibility RCT and mixed-methods study. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2018;22(36):1-162.
24. Arno AI, Gauglitz GG, Barret JP, Jeschke MG. Up-to-date approach to manage keloids and hypertrophic scars: a useful guide. *Burns J Int Soc Burn Inj.* nov 2014;40(7):1255-66.
25. Chekaroua K, Foyatier J-L. Traitement des séquelles de brûlures : généralités. *EMC-Chir* 2. 2005;153–161.
26. Williams F, Knapp D, Wallen M. Comparison of the characteristics and features of pressure garments used in the management of burn scars. *Burns J Int Soc Burn Inj.* juin 1998;24(4):329-35.
27. O'Brien L, Jones DJ. Silicone gel sheeting for preventing and treating hypertrophic and keloid scars. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9).
28. Bloemen MCT, van der Veer WM, Ulrich MMW, van Zuijlen PPM, Niessen FB, Middelkoop E. Prevention and curative management of hypertrophic scar formation. *Burns J Int Soc Burn Inj.* juin 2009;35(4):463-75.
29. Huang P-W, Lu C-W. Effectiveness of Fitting Pressure Garments for Minor and Moderate Burn Patients: A Literature Review. In: *Proceedings of the 2017 4th International Conference on Biomedical and Bioinformatics Engineering.* New York, NY, USA: ACM; 2017. p. 14–19. (ICBBE 2017).
30. Gold MH, McGuire M, Mustoe TA, Pusic A, Sachdev M, Waibel J, et al. Updated international clinical recommendations on scar management: part 2--algorithms for scar

prevention and treatment. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al.* août 2014;40(8):825-31.

31. Lawrence JW, Mason ST, Schomer K, Klein MB. Epidemiology and Impact of Scarring After Burn Injury A Systematic Review of the Literature. *J Burn Care Res.* 1 janv 2012;33(1):136-46.
32. Sharp PA, Pan B, Yakuboff KP, Rothchild D. Development of a Best Evidence Statement for the Use of Pressure Therapy for Management of Hypertrophic Scarring. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc.* août 2016;37(4):255-64.
33. Crofton E, Meredith P, Gray P, O'Reilly S, Strong J. Non-adherence with compression garment wear in adult burns patients: A systematic review and meta-ethnography. *Burns J Int Soc Burn Inj.* 2019;
34. Kim JY, Willard JJ, Supp DM, Roy S, Gordillo GM, Sen CK, et al. Burn Scar Biomechanics after Pressure Garment Therapy. *Plast Reconstr Surg.* sept 2015;136(3):572-81.
35. Engrav LH, Heimbach DM, Rivara FP, Moore ML, Wang J, Carrougher GJ, et al. 12-Year within-wound study of the effectiveness of custom pressure garment therapy. *Burns J Int Soc Burn Inj.* nov 2010;36(7):975-83.
36. Serghiou M, Cowan A, Whitehead C. Rehabilitation after a burn injury. *Clin Plast Surg.* oct 2009;36(4):675-86.
37. Procter F. Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India.* sept 2010;43(Suppl):S101-13.
38. Lu J, Xu T, Liu Y, Yang M, Jiang X. Pressure garment therapy for preventing hypertrophic and keloid scarring after a major burn injury. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015.
39. Atiyeh BS, El Khatib AM, Dibo SA. Pressure garment therapy (PGT) of burn scars: evidence-based efficacy. *Ann Burns Fire Disasters.* 31 déc 2013;26(4):205-12.
40. DeBruler DM, Baumann ME, Blackstone BN, Zbinden JC, McFarland KL, Bailey JK, et al. Role of Early Application of Pressure Garments following Burn Injury and Autografting. *Plast Reconstr Surg.* févr 2019;143(2):310e.
41. McGinn CA, Boucher N. Les vêtements compressifs : l'organisation des services dans le traitement et la réadaptation des grands brûlés. *Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux* 2010. 1-12.
42. Brown CA. A comparison of the outcomes of two clinical audits of burn pressure garment satisfaction and compliance in Saudi Arabia. *Burns.* 1 juin 2001;27(4):342-8.
43. Baryza MJ, Baryza GA. The Vancouver Scar Scale: an administration tool and its interrater reliability. *J Burn Care Rehabil.* oct 1995;16(5):535-8.
44. DeBruler DM, Zbinden JC, Baumann ME, Blackstone BN, Supp DM, Bailey JK, et al. 373 Efficacy of Pressure Garment Therapy at Reduced Lengths of Daily Wear. *J Burn Care Res.* 9 avr 2018;39(suppl_1):S157-S157.

45. Nedelec B, De Oliveira A, Calva V, Couture M, Poulin C, LaSalle L, et al. 99 Are Custom Fabricated Pressure Garments Applying Adequate Pressure? *J Burn Care Res.* 9 mars 2019;40(Supplement_1):S65-S65.
46. Mehta S, Coffey R, Jones LM, Powell HM, Bailey JK. Survey of national and local practice of compression therapy timing for burn patients in the United States. *Burns.* 1 août 2019;45(5):1215-22.
47. Leung WY, Yuen DW, Ng SP, Shi SQ. Pressure prediction model for compression garment design. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc.* oct 2010;31(5):716-27.
48. Macintyre L, Baird M. Pressure garments for use in the treatment of hypertrophic scars -- an evaluation of current construction techniques in NHS hospitals. *Burns J Int Soc Burn Inj.* févr 2005;31(1):11-4.
49. Maklewska E, Nawrocki A, Kowalski K, Tarnowski W. Measuring Interface Pressure in Compression Garments for Burns Patients. In: Anand SC, Kennedy JF, Mirafatab M, Rajendran S, éditeurs. *Medical and Healthcare Textiles.* Woodhead Publishing; 2010. p. 236-43. (Woodhead Publishing Series in Textiles).
50. Macintyre L. Designing pressure garments capable of exerting specific pressures on limbs. *Burns.* août 2007;33(5):579-86.
51. Malara MM, Kim JY, Clark JA, Blackstone BN, Ruegsegger MA, Bailey JK, et al. Structural, Chemical, and Mechanical Properties of Pressure Garments as a Function of Simulated Use and Repeated Laundering. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc.* 13 2018;39(4):562-71.
52. Macintyre L, Baird M and Weedall P. The study of pressure delivery for hypertrophic scar treatment. *Int J Clothing Sci Technol* 2004; 16(1/2): 173–183.
53. Macintyre L, Baird M. Pressure garments for use in the treatment of hypertrophic scars— a review of the problems associated with their use. *Burns.* 1 févr 2006;32(1):10-5.
54. Macintyre L, Gilmartin S, Rae M. The impact of design variables and aftercare regime on the long-term performance of pressure garments. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc.* oct 2007;28(5):725-33.
55. Kowalske KJ. Burn wound care. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2011;22(2):213-27.
56. Hartman B, Robertson K, Spera LJ, Hinton M. Compression Garments with Silicone Improve Hypertrophic Scars Compared to Compression Garments Alone: A Retrospective Study. *J Burn Care Res.* 3 mars 2020;41:161-2.
57. Yu A, Yick KL, Ng SP, Yip J. Orthopaedic textile inserts for pressure treatment of hypertrophic scars. *Text Res J.* 1 sept 2016;86(14):1549-62.
58. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to Treatment and Health Outcomes. *Arch Intern Med.* 23 août 1993;153(16):1863-8.
59. Szabo MM, Urich MA, Duncan CL, Aballay AM. Patient adherence to burn care: A systematic review of the literature. *Burns J Int Soc Burn Inj.* mai 2016;42(3):484-91.

60. Raffray P, Colas M-D, Seyeux A-L, Montleau F. Les soins psychiques aux patients « grands brûlés » : spécificité et diversité des approches. *Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 1 avr 2010;168:234-9.
61. Choinière M, Melzack R, Rondeau J, Girard N, Paquin MJ. The pain of burns: characteristics and correlates. *J Trauma*. nov 1989;29(11):1531-9.
62. Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. mai 2011;22(2):327-45, vii.
63. Ripper S, Renneberg B, Landmann C, Weigel G, Germann G. Adherence to pressure garment therapy in adult burn patients. *Burns J Int Soc Burn Inj*. août 2009;35(5):657-64.
64. ISBI Practice Guidelines Committee, Ahuja RB, Gibran N, Greenhalgh D, Jeng J, Mackie D, et al. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns*. 1 août 2016;42(5):953-1021.
65. Puzey G. The use, of pressure garments on hypertrophic scars. *J Tissue Viability*. 1 janv 2002;12(1):11-5.
66. Parrett BM, Donelan MB. Pulsed dye laser in burn scars: current concepts and future directions. *Burns J Int Soc Burn Inj*. juin 2010;36(4):443-9.
67. Tsai J, Bendjemil S, Dowling C, Poulakidas S. Treatment of Hypertrophic Burn and Wound Scars Using a Novel Cold Laser System. *J Burn Care Res*. 3 mars 2020;41:191-2.
68. Klein M. Burn Reconstruction. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 1 mai 2011;22:311-25, vi.
69. Anthonissen M, Daly D, Janssens T, Van den Kerckhove E. The effects of conservative treatments on burn scars: A systematic review. *Burns J Int Soc Burn Inj*. mai 2016;42(3):508-18.
70. Stewart R, Bhagwanjee AM, Mbakaza Y, Binase T. Pressure Garment Adherence in Adult Patients With Burn Injuries: An Analysis of Patient and Clinician Perceptions. *Am J Occup Ther*. 1 nov 2000;54(6):598-606.
71. Rush C, Comstock J, Roggy D, Sood R. Custom Pressure Garment Cost Does Not Impact Wear Compliance. *J Burn Care Res*. 9 avr 2018;39(suppl_1):S221-S221.
72. Martin C, Bonas S, Shepherd L, Hedges E. The experience of scar management for adults with burns: An interpretative phenomenological analysis. *Burns J Int Soc Burn Inj*. sept 2016;42(6):1311-22.
73. Rosser P. Adherence to Pressure Garment Therapy of Post Traumatic Burn Injury. *J Burn Care Rehabil*. 1 janv 2000;21(suppl_1_pt_2):S178-S178.
74. Thompson R, Summers S, Rampey-Dobbs R, Wheeler T. Color pressure garments versus traditional beige pressure garments: perceptions from the public. *J Burn Care Rehabil*. oct 1992;13(5):590-6.
75. Coghlan N, Copley J, Aplin T, Strong J. How to improve compression garment wear after burns: Patient and therapist perspectives. *Burns*. 26 mai 2019;
76. Lo S-F, Hayter M, Hsu M, Lin S-E, Lin S-I. The effectiveness of multimedia learning education programs on knowledge, anxiety and pressure garment compliance in patients

undergoing burns rehabilitation in Taiwan: an experimental study. *J Clin Nurs*. janv 2010;19(1-2):129-37.

77. Burns and Smiles. [Internet] (consultée le 11 avr 2020). Disponible : <http://burns-and-smiles.org/>.
78. Nedelec B, de Oliveira A, Calva V, Couture M-A, Poulin C, LaSalle L, et al. Longitudinal Evaluation of Pressure Applied by Custom Fabricated Garments Worn by Adult Burn Survivors. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc*. 26 août 2019;
79. Ward RS. 15 - Orthoses in Burn Care: Splinting, Orthotics, and Prosthetics in the Management of Burns. In: Chui KK, Jorge M « Millee », Yen S-C, Lusardi MM, éditeurs. *Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation (Fourth Edition)*. St. Louis (MO): Content Repository Only!; 2020. p. 389-405.
80. Anzarut A, Olson J, Singh P, Rowe BH, Tredget EE. The effectiveness of pressure garment therapy for the prevention of abnormal scarring after burn injury: a meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS*. janv 2009;62(1):77-84.
81. Roggy D, Rush C, Comstock J, Sood R. The Impact of Custom Compression Garment Wear Time on Global Scar Outcomes. *J Burn Care Res*. 9 avr 2018;39(suppl_1):S140-S140.
82. Jones LL, Calvert M, Moiemmen N, Deeks JJ, Bishop J, Kinghorn P, et al. Outcomes important to burns patients during scar management and how they compare to the concepts captured in burn-specific patient reported outcome measures. *Burns J Int Soc Burn Inj*. déc 2017;43(8):1682-92.
83. Uslu A, Sürücü A, Korkmaz MA, Uygur F. Acquired Localized Hypertrichosis Following Pressure Garment and/or Silicone Therapy in Burn Patients. *Ann Plast Surg*. févr 2019;82(2):158.
84. Low JFA, Meyer WJ, Willebrand M, Thomas CR. Chapter 65 - Psychiatric disorders associated with burn injury. In: Herndon DN, éditeur. *Total Burn Care (Fourth Edition)*. London: W.B. Saunders; 2012. p. 733-741.

ANNEXES

ANNEXE I : Schéma de la « règle des 9 de Wallace »

ANNEXE II : Test de vitropression

ANNEXE III : Échelle de Vancouver

ANNEXE IV : Loi de Laplace

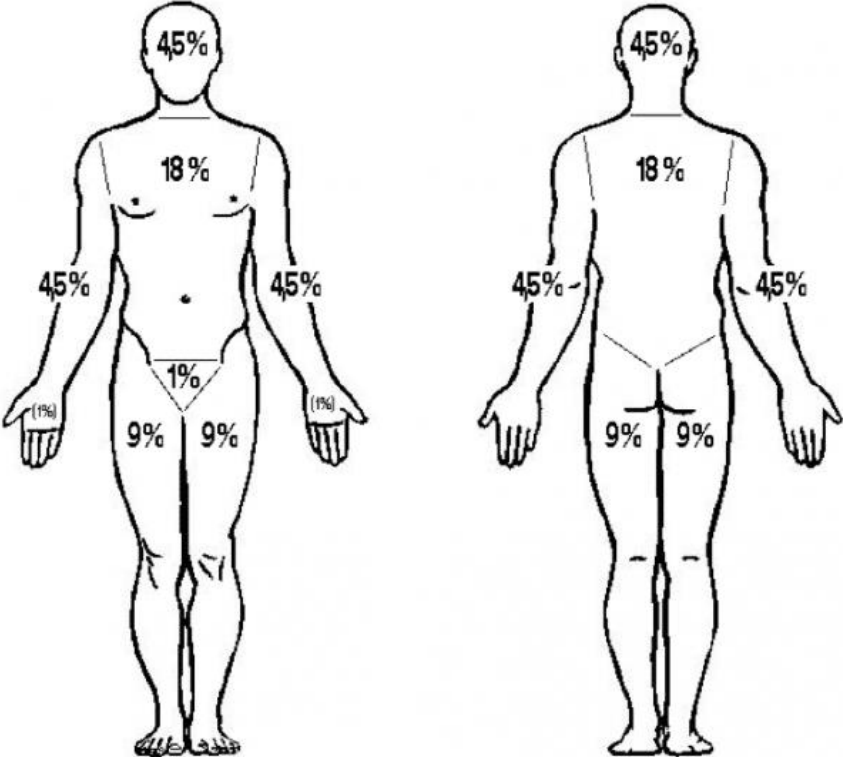
ANNEXE V : Exemples de documents des entreprises

ANNEXE VI : Questionnaire diffusé aux patients

ANNEXE VII : Tableau montrant la répartition des brûlures des patients

ANNEXE VIII : Coloris disponibles pour les tissus des VC

ANNEXE I : Schéma de la « règle des 9 de Wallace »



ANNEXE II : Test de vitropression

C'est un test qui permet l'appréciation du temps de recoloration de la cicatrice après une pression ponctiforme cutanée (jusqu'à blanchiment de l'ongle du thérapeute) :

Si le temps est inférieur à 1 seconde, la peau est très inflammatoire.

Si le temps est supérieur à 3 secondes, il n'y a pas d'inflammation.

ANNEXE III : Échelle de Vancouver

C'est une échelle permettant d'évaluer l'évolution cicatricielle selon 4 critères. La note totale, additionnée sur les quatre domaines, varie de 0 à 14.

Les scores faibles sont considérés comme bons.

Critères	Évaluation
Couleur	0 : Normale 1 : Rosée 2 : Rouge 3 : Pourpre
Pigmentation	0 : Normale 1 : Hyperpigmentation 2 : Hypopigmentation 3 : Mixte
Extensibilité	0 : Peau normale 1 : Peau souple qui s'étire avec une résistance minimale 2 : Peau souple mais début de tension 3 : Peau souple, peu extensible, peu mobile, résistant à la tension manuelle 4 : Bride avec blanchiment de la peau à l'étirement de la cicatrice 5 : Rétractions permanentes et déformations
Épaisseur	0 : Normale 1 : < 2 mm 2 : entre 2 et 5 mm 3 : > 5 mm

ANNEXE IV : Loi de Laplace

$$P = \frac{T}{r}$$

Où

P est la pression réalisée par le vêtement (en Pascal, Pa),

T la tension par longueur unitaire du tissu (en Newton par mètre, N/m) et

r le rayon de courbure de la surface circulaire (en mètre, m).

NOTRE GAMME de vêtements compressifs pour Grands brûlés

Liste, puis consultation. Les vêtements peuvent être adaptés selon vos besoins.

SHORTS, MANCHONS & JAMBIÈRES

SHORT 1 jambe longue	SHORT 2 jambes courtes	SHORT 2 jambes longues	SHORT 2 jambes courtes
MANCHON 1 manchon long	MANCHON 2 manchons courts	MANCHON 2 manchons longs	MANCHON 2 manchons courts

GILETS, MANCHES & MANCHONS

GILET 1 manchon long	GILET 2 manchons courts	GILET 2 manchons longs	GILET 2 manchons courts
GILET 2 manchons longs	GILET 2 manchons courts	GILET 2 manchons longs	GILET 2 manchons courts

POURQUOI UTILISER UN VÊTEMENT COMPRESSIF POUR GRANDS BRÛLÉS ?

Le vêtement compressif pour grands brûlés est utilisé au cours du processus de cicatrisation d'une brûlure grave (second et 3^e degrés). Il permet principalement d'éviter l'apparition de cicatrices hypertrophiques et brulures rétractiles ou d'améliorer leur aspect. Ceci contribue à un gain fonctionnel et une amélioration de la qualité de vie.

Le vêtement va agir à :

- réduire les douleurs et démangeaisons,
- limiter l'apparition de cicatrices hypertrophiques ou de brulures rétractiles qui entravent la mobilité,
- améliorer l'aspect des cicatrices en réduisant leur épaisseur.

Le port du vêtement doit strictement respecter la prescription médicale. En général, la durée est de 18 à 24 mois mais le temps peut varier d'un patient à l'autre.

POURQUOI CHOISIR LES VÊTEMENTS CERECARE ?

Nous sommes une entreprise française, possédant d'un savoir-faire UN SAVOIR-FAIRE FRANÇAIS dans le domaine des vêtements compressifs depuis plus de 20 ans.

Depuis plusieurs années maintenant, nous mettons notre expérience et expertise au service des patients et vous offrons des vêtements de qualité, dans des tissus adaptés spécialement pour vous.

Tous nos vêtements sont réalisés entièrement selon vos mesures afin de vous apporter confort et maintien.

Vous souhaitez plus d'informations sur nos vêtements ?

Votre interlocutrice vous garantit une écoute attentive et des conseils personnalisés au :

03 27 83 69 57

RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE ORTHOPÉDISTE :

CERECARE®

DES VÊTEMENTS COMPRESSIFS ADAPTÉS AUX GRANDS BRÛLÉS

MANCHETTE
LONGUE MANCHETTE

MANCHETTE
COURTE

CHAUSSETTE
FEMME

www.cerecare.eu

780, rue Blaise Pascal | t : +33(0)3 27 83 69 57 | www.cerecare.eu
59257 PROHILLE | f : +33(0)3 27 83 70 62 | info@cerecare.fr

Présent sur les réseaux sociaux :

Production
UV 50

GANT FERMÉ 2 manchons longs	GANT OUVERT 2 manchons courts	GANT OUVERT 2 manchons longs	GANT OUVERT 2 manchons courts
CHAUSSETTE DOUÉE	CHAUSSETTE DOUÉE	CHAUSSETTE FEMME	CHAUSSETTE FEMME

Une contention adaptée pour les grands brûlés

LE "PLUS" DE NOS VÊTEMENTS

Protection en microfibre au niveau de l'assise, du pli du genou et du coude, du cou-de-pied et du tendon d'Achille (armement sur lisse Claspac)

Toucher soyeux (aspect, peau d'agneau) et propriétés **anti-transpirantes** de la microfibre

Fermatures Eclair® recouvertes d'une bande inférieure en maille gratinée

PROTECTION EN MICROFIBRE au niveau de l'assise, du coude, du cou-de-pied et du tendon d'Achille (armement sur lisse Claspac)

Toucher soyeux (aspect, peau d'agneau) et propriétés **anti-transpirantes** de la microfibre

Fermatures Eclair® recouvertes d'une bande inférieure en maille gratinée

PROTECTION EN MICROFIBRE au niveau de l'assise, du coude, du cou-de-pied et du tendon d'Achille (armement sur lisse Claspac)

Toucher soyeux (aspect, peau d'agneau) et propriétés **anti-transpirantes** de la microfibre

Fermatures Eclair® recouvertes d'une bande inférieure en maille gratinée

PROTECTION EN MICROFIBRE au niveau de l'assise, du coude, du cou-de-pied et du tendon d'Achille (armement sur lisse Claspac)

Toucher soyeux (aspect, peau d'agneau) et propriétés **anti-transpirantes** de la microfibre

Fermatures Eclair® recouvertes d'une bande inférieure en maille gratinée

PROTECTION EN MICROFIBRE au niveau de l'assise, du coude, du cou-de-pied et du tendon d'Achille (armement sur lisse Claspac)

Un vêtement personnalisé pour le confort de chacun

LES FERMETURES

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

FERMETURE ECLAIR® : fermeture éclair sur le pied

LES ÉLASTIQUES

PETIT ÉLASTIQUE : 2,5 cm

GRAND ÉLASTIQUE : 3,5 cm

GRAND ÉLASTIQUE SILICONÉ ANTI-GLISSE : Sur gilet ou short

GRAND ÉLASTIQUE SILICONÉ ANTI-GLISSE : Sur gilet ou short

GRAND ÉLASTIQUE SILICONÉ ANTI-GLISSE : Sur gilet ou short

LES COUTURES

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

PROTECTION 3D : protection 3D sur la fermeture

TROIS QUALITÉS DE TISSUS

Tissu Claspac : fin et zébré (77% polyamide + 23% élasthanne / grammage : 185 g/m²)

Tissu Premium : épais et doux (55% polyamide + 44% élasthanne / grammage : 265 g/m²)

Tissu Dynamic : encore plus soyeux (64% polyamide + 36% élasthanne / grammage : 315 g/m²)

Tissu Claspac : fin et zébré (77% polyamide + 23% élasthanne / grammage : 185 g/m²)

Tissu Premium : épais et doux (55% polyamide + 44% élasthanne / grammage : 265 g/m²)

Tissu Dynamic : encore plus soyeux (64% polyamide + 36% élasthanne / grammage : 315 g/m²)

Tissu Claspac : fin et zébré (77% polyamide + 23% élasthanne / grammage : 185 g/m²)

Tissu Premium : épais et doux (55% polyamide + 44% élasthanne / grammage : 265 g/m²)

Tissu Dynamic : encore plus soyeux (64% polyamide + 36% élasthanne / grammage : 315 g/m²)

Tissu Claspac : fin et zébré (77% polyamide + 23% élasthanne / grammage : 185 g/m²)

Tissu Premium : épais et doux (55% polyamide + 44% élasthanne / grammage : 265 g/m²)

Tissu Dynamic : encore plus soyeux (64% polyamide + 36% élasthanne / grammage : 315 g/m²)



SHORT 1 JAMBES COURTES 1 JAMBES LONGUES



GILET ENFANT 2 MANCHES LONGUES



CHAUSSETTE FERMÉE ENFANT

Fils uniquement

BLANC ROUGE JAUNE FLUO VERT D'EAU

BLEU CLAIR

ROSE BLEU NOIR

TAUPE ÉCRU

NOIR

ROSE BLEU NOIR

TAUPE ÉCRU

NOIR

MOTIFS ENFANTS

Chaque vêtement identifié aux enfants pour être personnalisé. CERECAIS® vous propose un choix de 12 motifs adaptés aux enfants de plus de 9 ans.

PRESCRIPTION

Séjour l'orthopédie médicale, vêtements entièrement adaptés à vos mesures.

NOUVEAUTÉ TISSUS

Fibres Xtre-fresh (anti-odeurs) & Xtra-dry (évaporation de la transpiration et de l'humidité)



Ce dispositif médical est le produit de vente réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lire attentivement la notice d'utilisation.



Lisez attentivement les instructions avant de commencer le traitement par pression. Pour toute question sur le produit ou son utilisation, contactez la personne de Lymed® chargée de prendre vos mesures.

Le traitement par pression peut être utilisé à diverses fins, par des personnes de différents âges. Plus d'informations sur les indications d'utilisation sur notre site web. La personne chargée du traitement définit la durée et le besoin d'utilisation. Au besoin, le produit peut être utilisé 24 h/24, à l'exception de la toilette et des soins de la peau. Si pendant l'utilisation du produit vous remarquez un gonflement anormal, des problèmes de circulation sanguine, des dommages cutanés ou d'autres symptômes, contactez immédiatement votre centre de traitement.

Avant d'enfiler le vêtement, lisez les instructions sur notre site web. Une utilisation correcte vous permettra de garantir le succès du traitement. Si vous vous sentez mal à l'aise avec le produit ou s'il n'est de la bonne taille, il peut être mal enfilé. Si au fil de l'utilisation le produit s'adapte moins bien à votre taille, il est recommandé de vérifier les mesures ou la taille du produit. Les produits sur mesure peuvent être retouchés au besoin. Le toucher du produit change après les premiers lavages car la structure du tissu se fixe.

Les matériaux des produits Lymed® sont résistants et conçus pour une utilisation de longue durée. La finalité du produit, la fréquence d'utilisation, la puissance de la pression ou de la compression, les solutions individuelles, l'anatomie de l'utilisateur, l'acidité de la peau, le frottement, l'utilisation d'autres équipements et l'entretien et le nettoyage du produit influent sur sa durée de vie. Pour les produits exposés à l'usure, comme par exemple les chaussettes et les gants, la durée de vie peut varier significativement d'un utilisateur à l'autre. Afin d'assurer le bon fonctionnement du produit, il doit être renouvelé régulièrement. La durée de vie des produits Lymed utilisés régulièrement varie de plusieurs mois à un an.

Lymed Oy couvre les produits endommagés pendant la période de garantie ou les frais de réparation/remplacement du matériau, à condition que le produit ait été utilisé conformément aux instructions et qu'il soit fabriqué avec un matériau recommandé pour ce produit. Au besoin, Lymed Oy se réserve le droit de réparer un produit défectueux ou de le remplacer par un produit équivalent. Conditions de garantie et informations sur le service de réparation sur www.lymed.fi.

ENTRETIEN

Un entretien soigneux rallonge la durée de vie du produit. Il est recommandé de laver le produit avant la première utilisation. Les fibres du matériau se fixent après le premier lavage.

Laver le produit après chaque utilisation afin qu'il conserve ses propriétés et dure le plus longtemps possible. Cela peut se traduire par un lavage quotidien ce qui implique de planifier plus de lessives que d'habitude. Le lavage à la main n'est pas recommandé, car le matériau ne se lave pas correctement : la transpiration, le sébum, les crèmes cosmétiques et les déodorants, entre autres, s'accumulent petit à petit dans le matériau et détruisent les fibres élastiques. Si vous devez laver le produit à la main, il est important de passer à un lavage à la machine au plus vite.

Une routine de lessive contraire aux recommandations, l'utilisation d'assouplissant ou de blanchissant, une longue exposition au soleil ou une utilisation régulière dans de l'eau de mer ou de l'eau contenant du chlore, entre autres, raccourcissent la durée de vie du produit.

- Ne réparez pas les produits vous-même, car cela pourrait affecter leur fonctionnement. Si vous faites réparer des produits, ils doivent être lavés et secs.
- Protégez le produit avec un autre vêtement s'il est soumis à des facteurs d'usure.
- Les produits peuvent être utilisés dans l'eau : lavez immédiatement le produit après utilisation.
- N'enlevez pas l'étiquette apposée sur le produit. Elle contient des informations importantes sur le produit.

INSTRUCTIONS DE LAVAGE

- Laver à la machine à 40° C.
- Utiliser un détergent doux sans enzymes, blanchissant, éclaircissant ou parfums forts.
- Ne pas utiliser d'assouplissant ou tout produit de lessive contenant un assouplissant.
- Utiliser un filet à linge et fermer les éventuelles fermetures éclair/velcros/autres fermetures pendant le lavage.
- Sécher uniquement sur une corde à linge, à plat ou avec un sèche-linge à basse température. Ne pas essorer le produit humide.
- Laver avec des couleurs similaires. Les couleurs peuvent s'estomper ou perdre des pigments.

ANNEXE VI : Questionnaire diffusé aux patients (9 pages)

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

QUESTIONNAIRE

Bonjour ! Je m'appelle **BILLAUD Lucie** et je suis étudiante en **4ème année à l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy**.

Dans le cadre de mon **mémoire de fin d'études**, je cherche à savoir quelles raisons font que les **patients grands brûlés** continuent (ou non) de porter leurs **vêtements compressifs**. J'aimerais ainsi connaître les avis personnels des patients, c'est pourquoi je vous propose de compléter ce questionnaire. Mon but serait d'améliorer l'adhésion des patients.

Je vous prie donc d'être le plus honnête possible et de ne pas rechercher les réponses si vous ne les avez pas.... Le questionnaire est personnel et seules **VOS** réponses m'intéressent ! Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses car celles-ci dépendent de l'expérience de chacun.

Ce questionnaire se déroule sur 9 pages. Le temps estimé pour le compléter est de 10 minutes.

Vos informations personnelles ne seront jamais divulguées et me seront utiles uniquement pour trier les données. En répondant à ce questionnaire, vous m'autorisez à traiter vos réponses de manière anonyme afin de réaliser mon mémoire.

Merci d'avoir lu cette longue introduction. Si vous avez des questions particulières, vous pouvez me les poser à l'adresse mail suivante : billaud.lucie@gmail.com.

1. Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire :

____/____/____

PREMIÈRE PARTIE

2. Quelle est votre date de naissance ?

____/____/____

3. Quel est votre sexe ?

Une seule réponse possible.

- Féminin
 Masculin

4. Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise, profession libérale
 Cadres et profession intellectuelle supérieure
 Employé
 Étudiant

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

- Ouvrier
- Profession intermédiaire
- Retraité
- Sans emploi

5. Travaillez-vous actuellement ?
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Quelle est la couleur de votre peau ?
Une seule réponse possible.

- Très claire (blanche)
- Médiun
- Mate
- Foncée (noire)

7. Quelle est la date de votre accident ?

____/____/____

8. Quelle est la cause initiale de vos brûlures ?
Plusieurs réponses possibles.

- Accident domestique
- Accident au travail
- Accident durant un loisir
- Accident de la voie publique
- Autre :

9. Précisez la cause :

10. Quel est le type de vos brûlures ?
Une seule réponse possible.

- Thermique (chaleur, feu, liquide chaud, frottements...)
- Électrique
- Chimique (produits ménagers...)
- Je ne sais pas

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

11. Connaissez-vous le pourcentage initial de vos brûlures (en % de la Surface Corporelle Totale ; Exemple : 20%). Si vous ne savez pas, notez X.

_____ %

12. Quelles parties de votre corps sont touchées par vos brûlures ?

Plusieurs réponses possibles.

- Visage
- Cou
- Torse et/ou ventre
- Dos
- Parties intimes et fessiers
- 1 bras **OU** 2 bras
- 1 main **OU** 2 mains
- 1 jambe **OU** 2 jambes
- 1 pied **OU** 2 pieds

13. Quel(s) centre(s) hospitalier(s) avez-vous fréquenté(s) pour traiter vos brûlures ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hôpital Mercy
- Centre hospitalier Félix Maréchal
- Autre :

14. À ce jour, vous êtes :

Une seule réponse possible.

- En hospitalisation complète
- En hospitalisation de jour
- Rentré à domicile

15. Si vous êtes rentré à domicile, notez la date à laquelle vous avez quitté l'hôpital. Si vous ne savez pas notez X.

_____/_____/_____

DEUXIÈME PARTIE

16. Quels vêtements compressifs avez-vous ?

Plusieurs réponses possibles

- Cagoule
- Vêtement pour visage ou cou (mentonnière (press-lift), collier...)
- Conformateur sternal
- Gilet (manches longues)
- Gilet manches courtes ou débardeur
- Manchon membre supérieur
- 1 gant **OU** 2 gants
- Pantalon (jambes longues)

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

- Short (jambes courtes)
 1 chaussette **OU** 2 chaussettes
 1 bas **OU** 2 bas
 Manchon membre inférieur

17. De quelle(s) couleur(s) sont-ils ?

Ne cochez que les cases dans la(les) ligne(s) qui vous concerne(nt).

	Noir	Beige	Taupe	Rose	Bleu
Cagoule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vêtement pour visage ou cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conformateur sternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gilet (manches longues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gilet manches courtes ou débardeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchon membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pantalon (jambes longues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Short (jambes courtes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchon membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Avez-vous eu le choix de ces couleurs ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Combien de temps après vos brûlures les mesures pour vos vêtements compressifs ont-elles été prises ?

Une seule réponse possible.

- Entre 7 et 30 jours
 Entre 31 et 60 jours
 Plus de 60 jours
 Je ne sais pas

20. Où ont-elles été prises ?

Une seule réponse possible.

- À l'hôpital Mercy
 À l'hôpital Félix Maréchal
 En pharmacie
 Je ne sais pas

21. Avez-vous eu des vêtements compressifs provisoires en attendant les définitifs ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. À quelle date approximative après vos brûlures avez-vous commencé à porter des vêtements compressifs ?

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

Une seule réponse possible.

- Entre 7 et 30 jours
- Entre 31 et 60 jours
- Plus de 60 jours
- Je ne sais pas

23. Le port de vos vêtements compressifs a donc débuté :

Une seule réponse possible.

- En hospitalisation complète
- En hospitalisation de jour
- À domicile
- Je ne sais pas

24. De quelle(s) manière(s) les professionnels de santé vous ont-ils expliqué le traitement par vêtement compressif ?

Plusieurs réponses possibles.

- Explications orales
- Explications écrites

25. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des explications données par les professionnels de santé concernant l'usage des vêtements compressifs ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Je n'ai pas eu à faire à ces professionnels	Extrêmement insatisfait(e)	Très insatisfait(e)	Peu insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Peu satisfait(e)	Très satisfait(e)	Extrêmement satisfait(e)
Médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masseurs-Kinésithérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortho-prothésistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergothérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aides-soignants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Précisez votre précédente réponse :

27. Au début de votre prise en charge, avez-vous reçu des conseils de la part d'autres patients brûlés ?

Une seule réponse possible.

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

- Oui
- Non

28. Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, les conseils reçus concernaient...
Plusieurs réponses possibles.

- La mise en place du vêtement
- L'aspect social du vêtement
- L'hygiène du vêtement
- Leurs propres vécus
- Autre :

29. À ce jour, ressentez-vous le désir de donner à votre tour des conseils aux patients brûlés ?
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30. Jugez-vous utile, pour un patient grand brûlé, de recevoir un livret explicatif sur le port des vêtements compressifs dès le début de la prise en charge ?
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

TROISIÈME PARTIE

31. Savez-vous, dans l'idéal, combien de temps (par jour/sur 24 heures) vous devez porter vos vêtements compressifs ?

_____ heures/24

32. Combien de temps (par jour/sur 24 heures) portez-vous réellement vos vêtements compressifs ?

_____ heures/24

33. Pourquoi ne les portez-vous pas davantage ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'en ai pas envie
- Je trouve que je dois porter les vêtements compressifs trop souvent
- Ma profession m'en empêche
- Je ne les trouve pas esthétiques
- Les vêtements compressifs me gênent pour réaliser tous les mouvements que je souhaiterais
- Je ne sens pas de différence avec ou sans les vêtements
- Je ne vois pas de différence avec ou sans les vêtements

Questionnaire Patient BILLAUD Lucie – Centre hospitalier Félix Maréchal

Autre :

34. Hydratez-vous vos brûlures (à l'aide de crème hydratante par exemple) ?

Une seule réponse possible

- Jamais, je ne trouve pas cela bénéfique
- Très rarement
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour

35. Si vous avez des fermetures éclair pour fermer vos vêtements compressifs, sont-elles faciles d'accès selon-vous ?

Une seule réponse possible

- Oui
- Non
- Je n'ai aucune fermeture éclair

36. Trouvez-vous l'entretien (lavage, séchage...) des vêtements compressifs facile ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

37. Dans la vie quotidienne, vous nécessitez de l'aide pour...

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout	Rarement	De temps en temps	Souvent	Toujours
La mise en place du vêtement compressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Pensez-vous avoir changé vos comportements habituels depuis que vous devez porter des vêtements compressifs ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- De temps en temps
- Souvent
- Toujours

39. Précisez lors de quels contextes :

40. Lors d'évènements quotidiens (aller faire des courses, emmener les enfants à l'école, promener les animaux...), à quelle fréquence portez-vous vos vêtements compressifs ?
Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- De temps en temps
- Souvent
- Toujours
- Non concerné

41. Lors d'évènements particuliers ponctuels (mariage, réunion...), à quelle fréquence portez-vous vos vêtements compressifs ?
Une seule réponse possible.

- Jamais
- Rarement
- De temps en temps
- Souvent
- Toujours
- Non concerné

42. Combien de temps, au maximum, restez-vous SANS porter vos vêtements compressifs ?
Une seule réponse possible.

- Moins d'une heure
- Entre 1 et 3 heures
- Entre 3 et 5 heures
- Entre 5 et 7 heures
- Entre 7 et 12 heures
- Plus de 12 heures
- Plus de 24 heures

QUATRIÈME PARTIE

43. Si vous trouvez que les affirmations suivantes sont vraies, cochez-les.
Plusieurs réponses possibles

- Les vêtements compressifs sont trop serrés
- Les vêtements compressifs me grattent trop
- J'ai plus de douleurs lorsque je porte les vêtements compressifs
- Les vêtements compressifs me tiennent trop chaud
- Les vêtements compressifs me provoquent des lésions de la peau
- Je redoute le regard des autres lorsque je porte mes vêtements compressifs
- Autre :

44. À quoi les vêtements compressifs servent-ils, selon vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rendre les cicatrices plus belles et plus souples
- Limiter les problèmes d'amplitudes articulaires
- Limiter l'inflammation de la peau
- Limiter les brides cutanées
- Diminuer les douleurs
- Diminuer les démangeaisons
- Limiter l'exposition aux rayons ultra-violets (UV)
- Ils me rassurent
- Ils témoignent à autrui mon accident
- Je me sens plus à l'aise et confortable lorsque je porte les vêtements compressifs
- Autre :

45. Sur une échelle de 1 à 5, êtes-vous aujourd'hui habitué au port du vêtement compressif ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complètement

46. Si vous avez des remarques ou des suggestions, vous pouvez les écrire ci-dessous :

Vous avez terminé ce questionnaire.

Je vous remercie pour votre participation !

BILLAUD Lucie

ANNEXE VII : Tableau montrant la répartition des brûlures des patients

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	Total
Visage	Orange				Orange			Orange							Orange	Orange	Orange				Orange		Orange	Orange				Orange	Orange					Orange	Orange		14	
Cou								Orange			Orange	Orange				Orange		Orange	Orange	Orange			Orange					Orange			Orange				Orange	Orange	Orange	15
Torse			Orange		Orange			Orange			Orange	Orange				Orange			Orange	Orange	Orange		Orange	Orange				Orange		Orange			Orange				14	
Dos											Orange	Orange	Orange			Orange	Orange		Orange				Orange					Orange			Orange	Orange			Orange	Orange	12	
Parties intimes					Orange						Orange			Orange																						3		
Bras	Rouge	Orange		Orange			Orange			Orange	Rouge	Rouge	Rouge	Orange	Orange	Rouge	Orange		Orange	Orange				Orange			Rouge		Orange			Orange		Orange		Rouge	Orange	21
Main	Rouge	Rouge	Orange	Orange		Rouge		Rouge	Orange		Rouge	Orange	Rouge	Orange		Rouge	Rouge		Orange		Orange	Orange		Orange	Orange	Orange	Rouge		Orange			Orange		Orange		Orange	Orange	26
Jambe					Rouge				Orange			Rouge	Rouge									Orange		Orange			Rouge			Orange			Orange				9	
Pied					Orange				Orange			Orange	Rouge														Orange	Rouge								6		

Légende :

- Orange : 1 membre brûlé
- Rouge : 2 membres brûlés

ANNEXE VIII : Coloris disponibles pour les tissus des VC

L'entreprise Cerecare® utilise des tissus de coloris noir, écru, taupe, bleu (clair ou foncé) et rose :



L'entreprise Lymed® utilise des tissus de coloris beige, noir, blanc, gris, bleu, rouge ou brun :



L'entreprise Médical Z® utilise des tissus de coloris beige, bleu, noir ou blanc.

L'entreprise Novatex® utilise des principaux tissus de coloris noir, bleu, rose, bleu marine, taupe mais également d'autres tissus de coloris parme, chair, gris, rayé bleu et rayé rose.

Les entreprises Proteor® et Thuasne® utilisent des tissus de coloris noir ou blanc.

(Liste non exhaustive.)

L'adhésion des patients Grands Brûlés adultes au traitement par vêtement compressif définitif

INTRODUCTION : Chaque année, environ 8000 personnes sont hospitalisées pour brûlure en France. Les patients reçoivent divers traitements (médicaux, chirurgicaux, rééducatifs...) souvent longs et contraignants. La masso-kinésithérapie a une place incontournable dans le traitement rééducatif des Grands Brûlés. L'utilisation du vêtement compressif est aujourd'hui le choix pour prévenir ou traiter les cicatrices hypertrophiques post-brûlures, malgré le manque de consensus concernant son efficacité. La pressothérapie est un traitement non-invasif ayant peu d'effet indésirable et de complication. Le port du vêtement compressif dure en moyenne de quelques mois à 2 ans maximum. Cette étude a pour but de rendre compte de l'adhésion des patients Grands Brûlés adultes au traitement par vêtement compressif définitif tout au long de leur traitement post-brûlure. Un autre objectif est de comprendre les éléments qui favorisent leur port et ceux qui vont à son encontre. **MATÉRIELS ET MÉTHODES :** Un questionnaire non validé a été diffusé aux patients Grands Brûlés adultes de l'Hôpital Félix Maréchal de Metz du 23 septembre 2019 au 31 janvier 2020. Cette recherche est qualitative et subjective. **RÉSULTATS :** Trente-sept patients sont inclus dans cette étude. Nous rendons compte notamment d'une mauvaise adhésion générale des patients et d'un manque de transmission des informations médicales utiles à la compréhension du traitement. **DISCUSSION :** L'adhésion au port du vêtement compressif apparaît liée à une communication entre les professionnels de santé et le patient ainsi qu'à l'intégration de ce dernier dans sa prise en charge. Au contraire, certains freins notamment sociaux et ceux liés au confort du patient empêchent une bonne adhésion. Il est à noter que cette étude n'est pas généralisable puisqu'elle est uni-centrée et que notre échantillon est faible. Nous avons conscience que notre étude qualitative peut être biaisée notamment par la subjectivité des réponses. Il serait intéressant d'étendre cette recherche à d'autres centres hospitaliers.

MOTS CLÉS : Adhésion, brûlure, Grand Brûlé, hypertrophie cicatricielle, vêtement compressif

Adhesion of adult burn patients to definitive pressure garment therapy

INTRODUCTION : Each year, around 8000 people are hospitalized for burns in France. Patients receive various types of treatment (medical, surgical, rehabilitative, etc.) often long and restrictive. Physiotherapy has an essential place in the rehabilitation treatment of burn victims. The use of compression garments is today the choice to prevent or treat hypertrophic scars after burns, despite a lack of consensus regarding its effectiveness. Pressure garment therapy is a non-invasive treatment with few side effects and complications. The wearing of compression garments lasts on average from a few months to a maximum of two years. The purpose of this study is to report on the adherence of adult burn victims to permanent compression garment treatment throughout their post-burn treatment. Another objective is to understand the elements that favor their wearing and those who go against. **MATERIALS AND METHODS :** An unvalidated questionnaire was sent to adult burn victims of Félix Maréchal Hospital (Metz) from September 23, 2019 to January 31, 2020. This research is qualitative and subjectiv. **RESULTS :** Thirty-seven patients are included in this study. We report in particular a general poor adherence of patients and a lack of transmission of medical information useful for understanding treatment. **DISCUSSION :** Adhesion to compression garments appears to be linked to the communication between the health professionals and the patient, as well as to the latter's integration into his care. On the contrary, certain obstacles, notably social and those linked to patient comfort, prevent good adherence. It should be noted that this study is not generalizable since it is uni-centered and our sample is small. We are aware that our qualitative study can be biased in particular by the subjectivity of the responses. It would be interesting to extend this research to other hospitals.

KEYWORDS : Adhesion, burn, burn patient, hypertrophic scar, pressure garment