

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Le patient lombalgique et l'image de son rachis : perceptions et représentations recueillies après la consultation avec son médecin généraliste

DALLERIT Laure

Née le 07/04/1984 à NIORT (79) |

THIERRY Fabien

Né le 23/09/1984 à ANGERS (49) |

Sous la direction de M. le Pr Jean-François HUEZ |

Membres du jury

Mr Le Pr LEGRAND Erick	Président
Mr le Pr HUEZ Jean-François	Directeur
Mme le Dr PETIT Audrey	Membre
Mr le Pr CAILLEZ Eric	Membre
Mme le Dr RAMOND Aline	Membre

Soutenue publiquement le :
15 Décembre 2016



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Laure Dallerit
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **18/11/2016**



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné Fabien Thierry
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **18/11/2016**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAILBILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTREE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

De notre part :

A Monsieur le Professeur Erick LEGRAND

De nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ

D'avoir accepté de diriger notre travail.

Nous vous remercions de votre implication, de votre disponibilité, de votre aide précieuse et du temps accordé pour l'élaboration de notre thèse, au fil de ces 3 dernières années.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Audrey PETIT

Que nous avons côtoyé lors nos stages d'internes

D'avoir accepté de juger notre travail

A Monsieur le Professeur Eric CAILLEZ et Madame le Docteur Aline RAMOND

D'avoir accepté de faire parti de notre jury

A tous les médecins généralistes ayant participés au recrutement des patients de notre étude, ainsi qu'aux patients qui ont accepté de participer à nos entretiens.

REMERCIEMENTS

De la part de Laure :

A toi Fabien,

Mon co-thésard, merci d'avoir accepté de partager ce travail avec moi, pendant ces 3 dernières années, pour tout ce travail accompli ensemble, avec ta bonne humeur en toute circonstance, même si parfois un peu fatigué par la vie familiale et professionnelle. Je te souhaite un épanouissement total dans tous les domaines.

A toi Raph,

Mon compagnon de vie, je te remercie d'être resté à mes côtés et de m'avoir supporté dans cette aventure depuis de belles années déjà, j'espère que ton amour me portera encore longtemps.

A mes parents,

Pour leur soutien dans tout mon parcours universitaire, non sans embûche, mais qui va finir par enfin aboutir, et d'avoir toujours cru en moi.

A mon frère,

Toi Auré que je sollicite souvent et qui répond toujours présent, je te remercie de te soucier de mon bien être, de m'accompagner depuis notre enfance, merci d'être ce que tu es : « mon pti frère ».

A mes amis :

Depuis le collège ou lycée : à Arnaud, Polo, Luce, Leno, Hélène, Barbara

Pour tous ces bons moments partagés à vos côtés, de votre soutien et de l'intérêt que vous portez à mon parcours étudiant : « bon, c'est quand que tu finis tes études ? »

A mes amis d'Angers, souvent dans la même galère que moi.

A mes anciens co-internes rencontrés tout au long de mes stages d'internat.

A mes maîtres de stages et collègues, tout particulièrement Marc, qui suivait l'avancée de ma thèse et qui m'a donné la chance de faire un assistantat à ses côtés.

REMERCIEMENTS

De la part de Fabien :

A mes parents sans qui je ne serais pas là, pour votre amour, votre présence et dévouement tout le long de mes études ; je vous remercie du fond du cœur et espère que vous êtes fier de moi.

A ma femme, pour ta patience pendant ces derniers mois de travail où tu as souvent dû te sentir bien seule ; tu es la plus formidable des épouses. Je t'aime.

A mon frère, qui ne peut être présent pour la soutenance, mais qui a toujours été pour moi un symbole de sagesse, un exemple à suivre, un véritable grand frère ; je suis sûr que tu feras également un excellent père.

A Laure, ma partenaire et collègue dans ce long chemin du troisième cycle que nous avons débuté et terminé ensemble. De Fiessinger à la soutenance, que ce fut long mais nous y sommes arrivés !

A Michel, pour la confiance que tu mets en moi ; j'essayerais de m'en montrer digne et d'exercer la médecine aussi bien que toi.

A Alain, pour ta vision originale mais néanmoins intéressante et enrichissante de la médecine.

A toutes les personnes qui me font honneur de leur présence et que je remercie.

Et à toutes celles et ceux qui ne sont pas là mais pour qui j'ai une pensée.

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Expression du ressenti de la lombalgie par le patient et expression de son intérêt à l'imagerie

- 1.1. Le début de l'épisode
- 1.2. L'épisode lombalgique et son retentissement
- 1.3. Les éléments motivant l'imagerie

2. Le patient et son cliché

- 2.1. Communication avec le radiologue
- 2.2. Le patient devant sa radiographie
- 2.3. Représentations de l'arthrose pour le patient
- 2.4. Les recherches du patient

3. Place du médecin traitant dans la compréhension de l'imagerie

- 3.1. L'explication de la lombalgie
- 3.2. L'importance de la consultation du médecin généraliste
- 3.3. L'interprétation de la radiographie avec le médecin généraliste

4. Imagerie support d'éducation thérapeutique

5. Suffisance de la radiographie

- 5.1. Imagerie complémenataire
- 5.1. Consultation spécialisée

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

Le patient lombalgique et l'image de son rachis : perceptions et représentations recueillies après la consultation avec son médecin généraliste

DALLERIT Laure et THIERRY Fabien

REPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES DEUX INVESTIGATEURS

La recherche bibliographique francophone a été principalement effectuée par Laure DALLERIT.

La recherche bibliographique anglo-saxonne a été effectuée par Fabien THIERRY.

Les entretiens ont été répartis entre les deux investigateurs : Laure DALLERIT en a effectué 10, Fabien THIERRY, 9.

Chacun des investigateurs a retranscrit ses propres entretiens.

Le codage de tous les entretiens ainsi que l'analyse thématique ont été effectués par les deux investigateurs séparément puis triangulés dans un second temps.

Fabien THIERRY a rédigé la partie Introduction et les thématiques 1 et 3 des Résultats ; Laure DALLERIT a rédigé la partie Matériel et Méthodes ainsi que les thématiques 2, 4 et 5 des Résultats.

Les chapitres Discussion et Conclusion ont été rédigés par les deux investigateurs en commun.

RÉSUMÉ

Objectif : Explorer les perceptions et représentations des patients souffrant de lombalgie commune vis à vis de l'imagerie du rachis lombaire après discussion avec le médecin généraliste.

Matériels et méthodes : Etude qualitative réalisée par deux investigateurs, par entretiens individuels semi dirigés de patients adultes atteints de lombalgie commune aiguë ou subaiguë ayant passés une radiographie standard du rachis lombaire interprétée avec le médecin généraliste. L'analyse thématique des verbatims a été conduite et triangulée.

Résultats : 19 patients ont été inclus de décembre 2014 à janvier 2016. La demande d'imagerie était motivée par la recherche de la cause de la douleur, sa persistance, le caractère récidivant ou le besoin de réassurance. Les patients regrettaient le manque de communication et de réassurance du radiologue, et faisaient des recherches sur Internet. L'explication de la radiographie par le MG était jugée rassurante et satisfaisante par la majorité des patients. L'arthrose et le pincement discal étaient souvent banalisés par le MG, qui soulignait leur caractère irréversible et incurable. Suite à cette interprétation, les patients prenaient conscience de l'importance de l'hygiène vertébrale. Les patients ne voyaient pas l'intérêt de réaliser d'autres examens en supplément de la radiographie sauf si les douleurs persistaient. Une bonne partie des patients n'était pas en attente de consultation spécialisée grâce à la réassurance du résultat radiologique.

Conclusion : L'interprétation de la radiographie du rachis lombaire par le MG a été jugée satisfaisante et rassurante, limitant la demande d'imagerie complémentaire et le recours aux spécialistes. La découverte d'anomalies radiologiques bénignes a permis une prise de conscience des patients de l'importance de l'hygiène vertébrale. La radiographie pourrait être considérée comme un outil complémentaire d'éducation thérapeutique.

INTRODUCTION

La lombalgie commune est très fréquente puisque 50 à 85% de la population française en a souffert ou en souffrira.

Au contraire, la lombalgie secondaire, révélant une atteinte tumorale, infectieuse, fracturaire ou un rhumatisme inflammatoire ne concerne que moins de 5% des lombalgies.

On distingue la lombalgie commune aiguë de durée inférieure à 6 semaines et la lombalgie chronique qui dure plus de 12 semaines. Entre les deux, on parle de lombalgie subaiguë (1, 2).

De nombreuses références dans la littérature scientifique servent de base à des recommandations nationales et internationales qui rendent compte de l'inutilité de prescrire une imagerie trop précoce à un patient présentant une lombalgie commune car n'apportant pas ou peu de bénéfices (3-7). Dans un second temps, un scanner ou une IRM peuvent être justifiés par le contexte clinique et doivent toujours être précédés d'un bilan radiologique standard que ce soit dans une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique (1).

En cas de lombalgie commune chronique, la radiographie standard semble avoir un intérêt limité (8) et non admis par tous, puisque certains ne la réservent qu'aux situations où existe un retentissement important dans la vie socio-professionnelle ou en prévision d'un traitement invasif (9).

Les recommandations incitent le médecin à rester prudent et ne pas rattacher systématiquement des anomalies radiologiques banales ou fréquentes (lombarthrose, séquelles de maladie de Scheuermann, maladie de Forestier) aux symptômes décrits par le patient. Il semble important d'informer le patient sur la faible corrélation anatomoclinique afin qu'il ne focalise pas son anxiété sur des images radiologiques.

Il n'est pas non plus recommandé de réaliser de nouveaux examens d'imagerie dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf si des symptômes ont évolué ou pour s'assurer de l'absence de contre-indication d'une thérapeutique nouvelle (infiltrations par exemple) (1, 2, 10).

De nombreuses études démontrent les inconvénients de l'imagerie dans la prise en charge des lombalgies non chroniques. Ainsi, une imagerie inopportune peut être source d'anxiété pour le patient lorsqu'une image anormale est retrouvée. Même si cette dernière n'est pas responsable du tableau clinique, la connaissance par le patient d'une pathologie vertébrale radiologique augmenterait le risque de passage à la chronicité (11, 12).

Les examens complémentaires prescrits dans un but de réassurance des patients sont inutiles d'après Van Ravesteijn (13). L'imagerie de type IRM ne semble pas modifier le résultat de la prise en charge et semblerait associée à une moins bonne sensation de bien-être (14). La prescription d'une IRM précoce souvent préférée par le médecin et le patient en première intention, n'apporte pas plus de bénéfices qu'une radiographie standard et augmente les coûts de santé du fait d'une majoration des chirurgies induites par les résultats de l'IRM (15, 16).

Pourtant dans la pratique, l'imagerie est très souvent prescrite en ne tenant pas compte de ces recommandations, ce qui témoigne des difficultés de leur application en soins primaires (17-19).

Les patients auraient plus confiance dans l'imagerie que dans le diagnostic clinique des médecins et une proportion significative de médecins spécialistes, en particulier les neurochirurgiens, serait en désaccord avec les recommandations ; ils seraient ainsi de forts prescripteurs (20).

D'une façon générale, il existe de nombreuses preuves de cette difficulté à respecter les recommandations concernant la prise en charge globale de la lombalgie en soins primaires (21, 22).

Pourtant, la surprescription peut résulter de la croyance des patients que l'imagerie est indispensable à une bonne prise en charge de leur pathologie et qu'elle est vécue comme un moyen de réassurance (23-25).

Quelques études démontrent les avantages que peut avoir une imagerie prescrite chez un patient lombalgique. Gilbert constate une légère amélioration de certains paramètres cliniques et surtout une augmentation de la confiance envers le médecin, surtout s'il est un généraliste (26). La radiographie du rachis lombaire peut augmenter légèrement le sentiment de bien-être du patient sur le long terme

(27). Une meilleure satisfaction des patients dans leur prise en charge du fait de la réalisation d'une radiographie du rachis lombaire est souvent relevée (28, 29).

La manière de communiquer les résultats par le médecin est une étape importante dans l'interprétation que font les patients de leur imagerie. La communication avec le patient lombalgique est d'autant plus difficile que le patient est âgé et que sa lombalgie est ancienne (30). Valat souligne l'importance de banaliser auprès du patient certaines anomalies fréquentes retrouvées sur l'imagerie, en particulier les signes d'arthrose (31). La plupart des commentaires des radiologues peuvent laisser place à de nombreux fantasmes de la part des lecteurs s'ils n'ont pas la faculté de « décryptage » permise par la connaissance du jargon médical. Les mots utilisés dans les commentaires d'imagerie et lus par les patients sont importants car ils peuvent induire des modifications en terme de thérapeutique (32, 33). L'étude des croyances des patients au sujet de l'imagerie rappelle l'influence importante des professionnels de santé sur ces croyances (34).

Cinquante pour cent des patients pensent que l'imagerie est une étape indispensable à leur prise en charge mais aucune étude à ce jour n'a permis de comprendre les facteurs qui sous-tendent cette croyance (23). Les représentations que se font les patients de l'imagerie de leur corps sont peu évoquées dans la littérature.

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions et représentations des patients souffrant de lombalgie commune vis à vis de l'imagerie de leur rachis lombaire après discussion avec leur médecin généraliste.

Le terme de représentation était décrit dans l'acceptation de Garnier et Sauvé : "un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, affectifs et du domaine des valeurs concernant un objet particulier" (35).

MÉTHODES

Le choix d'une étude qualitative a été déterminé par la nécessité d'explorer la thématique, la recherche bibliographique n'ayant pas permis de relever d'élément de réponse à la question posée.

Il s'agissait d'une étude transversale, qualitative, menée à l'aide d'entretiens individuels semi dirigés.

Cette méthode permet à l'interviewé de laisser libre cours à un discours sur le thème abordé en réponse à des questions ouvertes ; l'objectif était de collecter un champ de réponses le plus varié possible.

Constitution de l'échantillon

Le mode d'échantillonnage s'est effectué selon plusieurs critères :

- La taille de l'échantillon : une vingtaine de patients avec pour objectif d'obtenir la saturation des données
- Une population d'adultes atteints de lombalgie commune aiguë ou subaiguë ayant passé un examen d'imagerie du rachis lombaire (radiographie standard, TDM ou IRM) interprétée avec le médecin généraliste
- Les variables pertinentes considérées comme susceptibles d'influencer les résultats comportaient :
 - o L'âge : 18 à 65 ans
 - o Le sexe
 - o La profession exposée ou non (col bleu-col blanc)
 - o La pratique d'une activité de loisirs exposée ou non
 - o Le nombre d'épisodes antérieurs de lombalgie aiguë
 - o Le nombre et type d'imagerie antérieure à l'épisode actuel
- Excluant les lombalgies symptomatiques (maladie inflammatoire, traumatisme rachidien, pathologie osseuse fragilisante, tumeur, infection)

Le recrutement des participants a été effectué à partir de médecins généralistes (MG) du réseau des 2 chercheurs et des maîtres de stages universitaires (MSU) du Maine et Loire. L'entretien devait faire suite à l'interprétation de l'imagerie par le médecin traitant.

Les MG devaient sélectionner, au fur et à mesure du retour des radiographies, les patients répondant aux critères d'inclusion, et vérifier que le patient avait bien visualisé le compte rendu et/ou les images, puis bénéficié d'une consultation avec son médecin généraliste. Les patients étaient ensuite contactés pour fixer les modalités de l'entretien.

Les entretiens

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée à partir des recherches bibliographiques. Les questions abordaient 4 thématiques principales :

- Les attentes du patient vis-à-vis de l'imagerie (réassurance, visualisation de son « mal », évolutivité s'il avait un passé de lombalgie avec imagerie antérieure)
- La compréhension du commentaire radiologique éventuellement lu par le patient et la description de ce qu'il avait vu sur la radiographie
- L'apport du médecin généraliste dans cette compréhension
- La satisfaction et le questionnement résiduel du patient lombalgique (besoin d'examens plus approfondis et recours aux spécialistes)

Des entretiens tests ont été effectués permettant une adaptation du guide d'entretien qui a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens. Les entretiens se sont déroulés au cabinet médical ou au domicile du patient selon sa convenance après information et signature d'un consentement écrit.

L'enregistrement a été réalisé à l'aide d'un dictaphone, puis les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur un support numérique, avec parfois la nécessité de plusieurs écoutes à cause de bruits de fond gênant l'enregistrement. Ils ont été ensuite totalement anonymisés, puis l'enregistrement a été détruit.

Analyse des entretiens

Tous les entretiens ont progressivement été codés par chacun des investigateurs, sur un tableur Excel ou Open Office. Il y a donc eu double codage. L'analyse des données a été effectuée après plusieurs lectures de chaque entretien ; les items informatifs ont été relevés de façon systématique (par unité de sens) sans classement préalable, par méthode inductive, et regroupés secondairement par catégories. Ils ont ensuite été organisés en thèmes et sous thèmes, constituant l'analyse thématique. Une triangulation des données a été effectuée tout au long de l'analyse par les deux chercheurs et le directeur de thèse.

RÉSULTATS

Population

Au total, une centaine de médecins généralistes ont été contactés, la moitié grâce au réseau des investigateurs, l'autre grâce à la mailing liste des MSU de la faculté, plusieurs relances par courrier électronique ont dû être effectuées.

Au final, onze médecins ont transmis les coordonnées téléphoniques de 23 patients correspondant aux critères d'inclusion.

Tous les patients ont été contactés par téléphone, 19 ont répondu favorablement, 4 ont refusé l'entretien (3 par manque de temps et 1 patient n'a jamais pu être joint).

Les 19 entretiens ont été effectués de décembre 2014 à janvier 2016 dans les départements du Maine et Loire et de la Sarthe, en milieu rural, semi rural et urbain. 13 entretiens se sont déroulés au domicile du patient et 6 au cabinet du médecin généraliste, selon la volonté du patient.

Les caractéristiques des patients sont présentées sur le tableau suivant : elles ont été déterminées à partir des variables pertinentes et complétées par leur profession, les loisirs, la réalisation d'une imagerie antérieure, l'arrêt de travail en accident de travail ou non.

Tableau des caractéristiques des patients

patient	sexe	âge	lieu de vie	profession	activité physique	imagerie antérieure	demandeur de radiographie	accident du travail	arrêt de travail
E1	F	53	rural	manutentionnaire	non	non	médecin	oui	oui
E2	M	39	rural	aide soignant	course à pied/natation/vélo	non	médecin	oui	oui
E3	M	42	rural	monteur de caravane	vélo	non	médecin	oui	oui
E4	M	65	semi rural	retraité/poseur d'antenne	gym/ équitation	oui	médecin	non	non
E5	M	39	semi rural	technicien agricole	non	oui	médecin	non	oui
E6	M	52	semi rural	employé de bureau	non	non	patient	non	non
E7	F	48	semi rural	aide soignante	non	oui	médecin	non	non
E8	M	52	semi rural	photographe moto	non	oui	médecin	non	oui
E9	M	30	rural	manutentionnaire	chasse	non	patient	non	non
E10	M	65	semi rural	retraité/ aide soignant	vélo	oui	médecin	non	non
E11	F	43	rural	Monitrice pour handicapés	yoga/natation	oui	médecin	non	non
E12	M	36	rural	boucher industriel	non	non	médecin	oui	oui
E13	M	53	semi rural	gendarme	vélo	non	conjointe médecin/patient	non	oui
E14	M	26	urbain	informaticien	course à pied/ VTT	oui	médecin	non	non
E15	F	50	rural	ASH	gym/ fitness	non	médecin	non	oui
E16	M	30	urbain	surveillant d'internat	musclation/ arts martiaux	non	médecin	oui	oui
E17	M	34	urbain	docteur en chimie	course à pied/vélo/badminton	non	médecin	non	oui
E18	F	58	semi rural	aide ménagère	randonnée pédestre	non	médecin	non	oui
E19	M	32	rural	Menuisier charpentier	voile/ canoë kayak	oui	médecin	oui	oui

Les patients étaient âgés de 26 à 65 ans, il y avait 5 femmes et 14 hommes, huit entretiens ont été menés en milieu rural, huit en milieu semi rural et trois en urbain.

Lors des entretiens, 17 patients étaient en activité et 2 étaient retraités. Il y avait 14 cols bleus pour 5 cols blancs.

Quatorze patients pratiquaient une activité physique régulière et cinq pas du tout.

La durée des entretiens était comprise entre 14 et 34 minutes, avec une moyenne de 24 minutes par entretien.

Sur le plan professionnel, six patients étaient pris en charge en accident du travail pour leur épisode de lombalgie, et étaient systématiquement en arrêt de travail. Douze patients sur dix-neuf ont nécessité un arrêt de travail.

Chaque patient avait réalisé une radiographie standard pour sa lombalgie, huit patients avaient eu une imagerie antérieure.

Tableau des caractéristiques des médecins

médecin	sexe	âge	lieu d'exercice	spécialité complémentaire	département	entretien
1	M	56	rural	généraliste	72	E1, E15, E19
2	F	37	semi rural	généraliste	49	E2
3	M	62	semi rural	MG homéopathie	49	E3, E4, E8, E10
4	F	32	semi rural	MG homéopathie	49	E5
5	M	62	semi rural	généraliste	49	E6,E13
6	F	50	urbain	généraliste	49	E7
7	M	67	urbain	généraliste	72	E9
8	F	31	urbain	généraliste	72	E11
9	F	42	rural	généraliste/MSU	72	E12
10	M	54	urbain	généraliste/MSU	72	E14, E18
11	M	39	urbain	généraliste/MSU	49	E16, E17

Onze médecins ont communiqué les coordonnées de patients lombalgiques, 5 femmes et 6 hommes, avec une moyenne d'âge de 48 ans.

Les MG recruteurs étaient issus du milieu rural, semi rural ou urbain sur les 2 départements du Maine et Loire et de la Sarthe.

Ils étaient tous en activité et certains possédaient une qualification d'homéopathie (2), ou exerçaient une activité complémentaire (3 MSU).

Dans la présentation des résultats, tous les extraits du verbatim ont été référencés à partir de l'entretien et de la ligne correspondante selon la nomenclature suivante : (« numéro d'entretien » -

« ligne »

1. Expression du ressenti de la lombalgie par le patient et expression de son intérêt à l'imagerie

1.1. Le début de l'épisode

Les patients pouvaient expliquer le mécanisme de leur lombalgie par un port de charge inadapté : « en levant une table [...] je ne pouvais pas prendre plus bas pour lever et m'aider de mes jambes, et là j'ai levé (9-28) », par la pratique du sport : « j'ai joué au badminton (17-50) » ou par un mouvement simple : « je me suis baissé simplement, penché en avant [...] au lieu de fléchir, j'ai relevé (16-20) », « d'un seul coup je me suis baissée, je me suis relevée (15-14) ».

D'autres ne signalaient pas d'effort particulier : « j'ai pas identifié les causes, j'ai pas porté de charges lourdes, j'ai pas eu d'accident non plus, non... elle est vraiment apparue comme ça (14-110) ». Quelques patients expliquaient l'apparition de la lombalgie par un mouvement à froid et brutal ou le simple fait de se relever (2-242).

Peu de patients rattachaient la survenue de la lombalgie à un arrêt de toute activité physique : « ça faisait un mois que je n'avais rien fait et là comme par hasard c'est là où ça pète (16-73) ».

Quelques patients se représentaient le mécanisme de leur lombalgie par : « le basculement du bassin a favorisé le fait que la colonne vertébrale soit pas bien alignée et les vertèbres qui se soient pincées (6-211) ». La moitié des patients ont décrit leur douleur comme un blocage : « suite à un mouvement de rotation je me suis bloqué le dos (6-13) », d'autres une sensation de pincement : « en me relevant [...] j'ai senti comme un pincement (15-38) ». Pour quelques-uns, c'était une sensation de « tassement (9-319) », « un cassement (1-332) » ou encore un craquement (19-61). Un autre patient avait eu l'impression d'un écartement de vertèbres suite à un port de charge : « quand j'ai levé la table si ça se trouve les vertèbres se sont écartées (9-82) ».

1.2. L'épisode lombalgique et son retentissement

Pour quelques-uns, la douleur s'était installée progressivement : « plus ça allait, plus la douleur empirait (5-14) », pour d'autres, elle était apparue brutalement : « Comme ça d'un seul coup. D'un seul coup, j'ai eu mal dans le bas du dos (15-135) ». La durée de l'épisode était variable entre une semaine et deux mois : « la phase aiguë, entre une semaine et 15 jours (14-106) » ; « ça a duré, la deuxième fois, presque deux mois (17-23) ».

La douleur était décrite soit « comme des décharges électriques en bas du dos (13-25) », « une raideur en bas du bassin (10-15) », « un morceau de bois dans le dos (15-16) », un « couteau dans le dos [...] vraiment pointu (17-105) » ou encore la sensation d'être « complètement rouillée (11-209) ».

La majorité des patients qualifiait leur douleur d'« insoutenable (3-44) », « insupportable (4-37) », « affreuse (13-21) » ou même « atroce (13-26) » ; alors qu'un seul la considérait comme très supportable : « j'avais une petite douleur dans le bas du dos donc ben voilà sans plus (15-13) ». La seule position antalgique d'un patient était : « être debout ou ben dans le lit. Etre vraiment droit. Toutes les autres positions, c'était douleur (17-699) ». Pour d'autres, la station assise ou couchée aggravait les douleurs : « je vais avoir mal quand je vais être couché, je vais avoir mal quand je vais être assis trop longtemps (6-98) ». Quelques-uns ont confirmé les bénéfices de la marche comme facteur de soulagement : « fallait que je marche pour être bien (1-31) ».

Pour un patient, la douleur était associée à une déformation progressive de son dos : « au fur et à mesure que les minutes avançaient, la douleur augmentait et mon dos a commencé à se mettre de travers, dans une position vicieuse (2-14) ».

D'autres ont éprouvé une incapacité secondaire : « le mal de dos que j'ai eu était très dur pour moi étant donné que je ne pouvais plus rien faire (1-29) », comme se lever du lit : « parce que pour le moment le matin, il me faut une demi-heure pour sortir de mon lit (3-263) », s'habiller : « par contre pour mettre une paire de chaussettes alors là, c'était impossible (9-52) », conduire : « ah conduire.

Pour ça, on m'a emmené au médecin (19-127) » ou encore marcher : « parce qu'au début il me fallait presque un déambulateur pour marcher (3-308) », « c'est le moment où je me lève de la chaise et que je me lève pour partir où là ça pince parce que je démarre, c'est un peu l'Homme de Cro-Magnon ; je démarre un peu penché et je, je monte progressivement (6-38) ». Un patient poussait même la comparaison au-delà de l'ère des bipèdes : « je me suis retrouvé à quatre pattes, à ramper jusqu'à ma salle de bain [...] ben j'étais un animal (12-21) ». Certains ont ressenti des difficultés dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes comme s'occuper de leurs enfants : « c'était pas terrible parce que ma petite fille, elle est née juste avant, donc [...] pour faire le bain ou la changer, porter des choses...ça c'était embêtant, j'étais pas capable de tout faire (17-66) » ou faire les courses : « même juste pour porter des choses. Charger, décharger la voiture parce que quand on fait les courses, c'est juste ça (17-125) ». Cette incapacité passagère pouvait nécessiter une aide des tiers : « j'ai beaucoup tendance à appeler mes collègues pour m'aider pour les transferts des résidents (7-70) », « je vis qu'avec ma fille de 16 ans, elle m'aidait à soulever les courses et les trucs comme ça (18-127) ».

Plusieurs patients croyaient avoir une fragilité résiduelle pouvant être un facteur de risque de récurrence : « depuis le mal de dos j'ai quelques fragilités (16-64) ».

1.3. Les éléments motivant l'imagerie

Pour la majorité des patients, la recherche de la cause de la douleur était la motivation première : « j'en attendais de trouver réellement la cause de ce mal au dos (6-116) ». A plusieurs reprises, c'est le caractère rapproché des épisodes lombalgiques qui avait motivé la réalisation de l'imagerie : « elle avait dit cette fois c'est radio parce que ça fait deux fois en pas longtemps (12-131) ». La persistance de la douleur en était un autre motif : « elle m'a dit qu'effectivement c'est pas normal que vous ayez toujours mal au dos. Donc on va passer une radio (6-125) ».

Elle pouvait être motivée par une réassurance : « mon inquiétude c'est quand je me vois dans la glace donc la déformation, je me suis dit pourvu qu'il y ait pas une pathologie derrière [...]qu'il n'y ait

pas de cyphose, scoliose ou des choses comme ça, ou une maladie autre (2-72) », « je voulais savoir exactement s'il y avait quelque chose de grave ou pas (4-83) ». Certains souhaitaient écarter l'éventualité d'une hernie discale considérée comme grave car de sanction chirurgicale dans leurs représentations : « pourvu que j'aie pas une hernie discale et puis qu'il faut que je passe sur la table (15-249) ».

Pour quelques-uns, l'imagerie semblait indispensable traduisant les limites de l'examen clinique : « si l'initiative ne serait pas venue du médecin, je l'aurais demandée (2-124) ». Quelques patients pensaient que l'examen clinique seul était insuffisant pour faire le diagnostic : « même si le diagnostic de base s'avère ne pas être, ou le bon, ou suffisant, ben dans ce cas, après on pousse l'examen sur une radio (16-125) ». Un patient expliquait la nécessité de l'imagerie par le doute qu'il avait sur la parole de son médecin : « vu ce que me disait le médecin et vu les douleurs que j'avais... ben j'avais un doute quoi, dans ce qu'il me disait (4-217) ».

Certains patients la motivaient en réponse à leurs représentations : « s'il y avait une articulation au niveau de la hanche qui était endommagée ou autre, qui aurait pu engendrer ce problème de lombaire (6-166) », ou bien la cause de la fragilité lombaire : « comme j'ai cette sensation de fragilité, voir effectivement s'il n'y avait rien de particulier, voilà au niveau osseux, qui pourrait expliquer une fragilité...là effectivement c'est... enfin je voulais plus une confirmation ou non d'une fragilité au niveau lombaire (16-92) ».

Les croyances des patients sur le résultat de l'imagerie étaient très variées : « j'avais peur d'un déplacement au niveau du bassin (13-105) » ; « je partais pour avoir une hernie discale, pas de l'arthrose (5-161) » ; « peut-être qu'il y a de l'arthrose au niveau des lombaires (18-142) » ; « je me suis peut-être demis un nerf (3-65) » ; « le nerf sciatique il est coincé (15-189) » ; ou encore « je m'orientais plus vers le problème de la scoliose qui serait revenue (14-155) ». Certains patients restaient convaincus de la présence d'une anomalie sur la radiographie : « moi j'ai pensé que ça va

montrer quelque chose (17-160) », alors que d'autres étaient persuadés de sa normalité : « je pensais qu'on allait encore rien voir (19-461) ».

Pour la grande majorité des radiographies passées, le médecin était à l'initiative : « l'initiative est venue du médecin (2-117) ». Mais la décision d'imagerie avait parfois été influencée par les paramédicaux, notamment le kinésithérapeute : « le kiné avait dit : « ce serait peut-être bien quand même d'essayer de voir... . Donc voilà, vu ce qu'avait dit le kiné, madame T. a pris l'option de me faire faire une radio. (5-139) » ; « il peut pas nous faire faire les bons mouvements s'il a pas une radio (9-183) ». Le recours à l'ostéopathe pouvait parfois rendre nécessaire la réalisation d'une imagerie préalable : « la manipulation pour moi ne devrait pas se faire sans radio à l'appui, pour être sûr qu'il n'y a rien de déplacé au final pour ne pas faire plus de mal que de bien (16-114) ». L'influence de l'entourage dans la réalisation de l'imagerie était également relatée : « ma femme [...] dit c'est pas normal, faudrait que tu passes une radio (6-144) ».

Plusieurs patients avaient expliqué la nécessité d'une imagerie avant de recourir à un médecin spécialiste : « pour moi, c'est indispensable, c'est indispensable d'avoir une radio pour voir un spécialiste du dos (9-184) » ; « oui de toute façon, même quand on va voir un médecin comme ça, un spécialiste, de toute façon il demande une radio... (7-194) ».

Pour l'une des personnes interrogées, l'objectif était d'avoir une imagerie de référence : « déjà un, pour en avoir une de référence (16-249) ».

2. Le patient et son cliché

2.1. Communication avec le radiologue

Lorsqu'ils ont pu rencontrer le radiologue, les patients ont été déçus du manque d'explications apportées : « ça c'est fait dans un couloir comme ça rapidement, vous avez ça, tac, tac, mais j'ai même pas compris ... » (12-170), alors qu'ils attendaient une réassurance de sa part : « il pourrait nous dire : ne vous inquiétez pas, y a rien de grave, rien d'inquiétant. » (10-356). Toutefois, le radiologue s'est montré plutôt rassurant pour quelques-uns : « le radiesthésiste (radiologue) il m'a dit qu'il n'y avait rien d'anormal » (8-82).

Parfois certaines pathologies non visibles à la radiographie pouvaient être suggérées par le radiologue : « il m'a laissé entendre que ça pouvait être une hernie discale, que c'était tous les symptômes d'une hernie discale et de tout ce que ça pouvait engendrer par la suite. Si la douleur dépassait un certain seuil et si ça passait en dessous du genou, il fallait en arriver à l'intervention chirurgicale » (13-198) avec l'explication des recommandations de l'imagerie complémentaire selon le radiologue : « il m'a dit généralement avant une IRM, on attend 3 semaines de persistance de la douleur » (13-129).

2.2. Le patient devant sa radiographie

La majorité des patients avait visualisé le cliché radiologique en sortant du cabinet de radiologie avec une compréhension très limitée des images : « j'ai regardé le cliché mais j'arrive pas à l'interpréter... ça m'apporte pas grand-chose » (6-235) ou encore « j'ai regardé comme ça mais c'est vrai quand on n'y connaît pas grand-chose... » (7-236). Certains regrettaient l'absence de cliché comparatif : « une radio ça reste toujours flou, quand on n'a pas la comparaison d'un dos normal et d'un dos usé, et la comparaison je l'ai pas, donc je peux pas savoir dans quel état mon dos il est » (9-141), ou la

moindre lisibilité des clichés sur format papier : « c'est des radios en papier maintenant donc c'est pas...je trouve ça moins lisible pour quelqu'un de novice » (6-229).

Certains ne trouvaient pas d'anomalie à la visualisation de leur cliché : « par rapport aux images que j'ai vu sur internet, c'était vraiment symétrique, moi j'ai pas vu de malformation, je sais pas ; les disques c'était pas abîmé à mon avis » (17-342).

D'autres avaient remarqué « l'arthrose sur la colonne vertébrale, ça se voyait bien parce que vous voyez bien la colonne vertébrale et au bout, de chaque bout, ça faisait...nous on appelle ça des becs de perroquet » (15-472). Beaucoup de patients étaient surpris par la présence d'arthrose sur leur radiographie : « je pensais pas que ça pouvait venir de l'arthrose » (5-248) ou de découvrir un pincement discal : « un pincement de disque ça me venait pas à l'idée. C'était la surprise... » (14-160).

En revanche peu d'entre eux n'étaient pas surpris du résultat « c'était l'arthrose, ça m'a pas trop étonné » (18-337)

Lorsqu'ils étaient en possession du compte rendu radiologique, la plupart l'avait lu avant la consultation avec le MG : « j'ai plus lu le compte rendu que regardé les photos... » (12-345), et certains s'en inquiétaient « après en lisant, ben merde, y a des trucs là quand même » (12-171), un autre patient de 26 ans expliquait que « c'était inquiétant, étant donné que je suis relativement jeune » (14-259) mais d'autres, à l'inverse, n'étaient pas inquiets : « moi ça m'inquiète pas ». (15-514).

Certains étaient rassurés de ne pas y lire de problème de hernie : « ah plutôt non parce qu'ils ont pas écrit hernie » (17-337), « je touche du bois, c'est pas une hernie discale et puis ça se serait vu » (2-422).

La visualisation du cliché ou la lecture du commentaire pouvaient enrichir leurs représentations. Ainsi, le pincement des disques intervertébraux était traduit comme : « les coussins ont un rôle d'amortissement (...) et si l'amortissement est moindre, du coup les vertèbres se tapent entre elles,

se choquent, et c'est ça qui engendrerait les douleurs... » (14-249). Ils ont découvert de multiples termes tels que « arthrose », « discopathie » ou encore « pincement discal » : « j'avais des disques qui étaient abîmés entre certaines lombaires, et j'ai lu que des disques..., il y avait des pincements, des disques qui étaient endommagés » (6-190), qui pouvaient occasionner des douleurs « j'ai compris qu'il y avait un pincement, un pincement c'est ça qui engendrait les douleurs » (14-242). Des anomalies anatomiques du bassin étaient relevées : « j'avais un basculement du bassin de 8 mm, c'était marqué clairement » (6-190), ou une inégalité de longueur des membres inférieurs : « décalage au niveau de la longueur des jambes » (5-284). Pour peu d'entre eux, le compte rendu notifiait un dos « légèrement courbé... comment ça s'appelle ça... une scoliose » (9-220).

La majorité des patients s'est retrouvée désemparée devant le jargon médical du compte rendu radiologique : « les termes employés...j'ai pas fait médecine donc je connais pas..., pour moi c'est du barbare. » (1-54), mais quelques patients n'étaient pas perturbés par ce langage médical technique : « certains termes médicaux, à force de les entendre, on commence à comprendre » (2-169).

Certains patients ont pu être rassurés par le caractère normal de la radio « Quand j'ai vu le mot normal, je me suis dit qu'il n'y a pas d'inquiétude » (1-145), en particulier si le mot normal était présent dans la conclusion : « le plus important dans un cliché, c'est la conclusion (...) dans la conclusion, c'est là qu'il relève tout » (1-159) et aussi par rapport à l'absence de pathologies osseuses : « faire une radio, ça rassure par rapport aux os, aux vertèbres » (11-305).

2.3. Représentations de l'arthrose pour le patient

Un patient savait qu'il existait différents stades de gravité dans l'arthrose ce qui lui permettait de relativiser son état : « y a des stades en arthrose, moi j'en suis peut-être au début du stade, j'en sais rien moi (10-269) » ; « ça fait pas mourir l'arthrose (10-278) ».

Ce même patient expliquait que l'arthrose était un facteur de blocage du dos lors des efforts entraînant secondairement un déplacement du bassin et des douleurs : « si je force beaucoup c'est là que je bloque ; ça fait un blocage là, on a l'impression qu'il y a quelque chose (10-317) ».

La présence de bec de perroquet à l'imagerie a été vécue par un patient comme le témoin d'une arthrose avancée pour son âge : « on m'a expliqué le petit bec de perroquet sur la colonne vertébrale donc j'ai beaucoup d'arthrose, voilà...beaucoup d'arthrose...très avancée pour mon âge (2-135) », sans doute aggravée par une activité physique trop intense : «Moi j'ai fait...je faisais beaucoup de course à pied, j'ai fait de l'escalade, à une époque j'ai eu la bonne idée de faire de la musculation donc tout ça n'arrangeait pas (2-267) ».

Plusieurs patients faisaient remarquer que l'arthrose n'était pas forcément synonyme de douleur : « moi vous voyez, j'avais pas du tout mal dans le dos et j'ai de l'arthrose. J'aurais pas passé de radio, je m'en serais jamais aperçu peut-être ; enfin pas pour l'instant toujours (15-406) »

Alors que d'autres restaient persuadés qu'arthrose et douleur étaient synonymes : « si on a de l'arthrose, ça fait mal (7-306) ». Une patiente attribuait le caractère douloureux de l'arthrose à l'inactivité : « les gens qui ne bougent plus, qui ont de l'arthrose, là par contre c'est sûr, ils ont mal » (15-411).

2.4. Les recherches du patient

Certains patients avaient fait des recherches internet pour comprendre les mots : « arthrose. » (7-252), discopathie avec peu de résultats : « j'ai pas trouvé beaucoup de choses pour les discopathies donc [...] une discopathie c'est juste une déformation du disque » (17-462). Ou encore hernie : « sur internet, ils disent des fois même si quelqu'un a une hernie, ça se voit sur la radio, des fois ça se voit pas » (17-447). Il pouvait y avoir des difficultés de compréhension des résultats : « c'est pas très très bien expliqué. » (5-291).

Parfois des proches avaient fait ces recherches : « c'est ma femme qui est allée voir sur internet » (4-142).

Pour la plupart des patients ces recherches ont été une source d'inquiétude : « sur les forums sinon on peut s'imaginer, ça y est je vais mourir demain » (16-188).

Certains patients avaient discuté de leur résultat radiologique avec leur entourage professionnel : « j'en ai parlé avec mes collègues » (7-294), ou familial qui ne se montrait pas toujours rassurant sur l'évolution des douleurs : « ma mère, quand elle était jeune, a eu pas mal de problèmes de dos. Après un coup de fil : - j'ai ça, ça et ça - ah bah impeccable, c'est comme moi, t'as pas fini d'avoir mal... » (12-258). L'entourage pouvait toutefois prévenir de l'absence d'anomalie visible à la radio : « Il m'a dit souvent ça montre rien » (17-358).

La moitié des patients n'avait fait aucune recherche personnelle sur leur résultat de radiographie car certains n'en ressentaient pas le besoin et estimaient avoir bien compris le compte rendu ou simplement par manque de temps.

3. Place du médecin traitant dans la compréhension de l'imagerie

3.1. L'explication de la lombalgie

Plusieurs patients avaient compris de leur médecin que leur douleur était d'origine musculaire : « c'était les muscles qui se contractaient, que c'était plus une douleur musculaire (2-220) » ; et qui comprenait que la déformation de son dos était consécutive à une contracture musculaire : « Et c'était donc juste une position vicieuse dans le sens où c'était les muscles qui contractaient pour protéger la colonne (2-138) ». Pour peu de patients, la douleur était liée à une inflammation : « elle m'a dit : [...] si les anti-inflammatoires vous font quelque chose, c'est parce qu'il y a une inflammation (5-56) ».

Un patient avait intégré des notions de déplacement : « on m'a dit que j'avais une vertèbre de sautée entre les omoplates et puis mon bassin qui était déplacé (3-23) », et un autre que ses douleurs étaient consécutives à une ancienne fracture du bassin : « j'ai eu aussi un accident de cheval... à la symphyse pubienne j'ai eu une plaque...donc là le médecin pense que justement c'est à cause de la plaque (4-52) ».

Malgré la découverte d'arthrose, un médecin avait expliqué à sa patiente qu'il n'y avait aucun lien avec sa douleur : « c'est pas à cause de ça que vous avez mal au dos (1-214) ». Quelques médecins prévenaient leurs patients du caractère définitif de leur douleur : « Bon j'allais pas guérir non plus, j'aurais tout le temps mal au dos (19-402) ».

3.2. L'importance de la consultation du médecin généraliste

L'explication s'était toujours déroulée au cours d'une consultation : « j'ai pris rendez vous, quand j'avais mes résultats oui, pour être sûr d'avoir le temps de m'expliquer (10-319) ». Mais pour un seul patient, cela avait été improvisé : « on a parlé plus tard quand on a passé avec ma petite fille et donc moi j'ai demandé (17-346) », avec pour conséquence une certaine insatisfaction des explications fournies : « en fait c'était super vite parce qu'on a demandé en sortant, on était dans le couloir donc il m'a dit deux phrases par rapport à ça. C'était vraiment pas... (17-536) ».

Le recours au médecin était motivé pour quelques patients par la reconnaissance d'une compétence médicale à interpréter l'imagerie : « Non. J'ai pas...je suis pas...enfin je m'y connais pas trop donc je laisse ça plutôt aux médecins et puis je préfère poser des questions. Qu'il m'explique quand je comprends pas...après c'est un peu flou...les radios pour moi, c'est du flou (11-330) ». Les explications : « moi j'aime bien comprendre les choses, j'aime bien savoir comment mon corps marche [...] et donc avoir un médecin qui explique, c'est très bien pour ça (16-168) », étaient jugées la plupart du temps satisfaisantes : « du coup, à la suite de cette consultation là, ben j'ai bien compris ce que j'avais et de quoi je souffrais, les causes, non pour moi c'était vraiment clair (14-371) », et rassurantes : « et d'après elle, c'est pas bien important, c'est pas bien grave, donc y a pas de souci quoi (12-172) » ; « quand c'est un docteur qui vous le dit ; après vous êtes plus rassurée (1-218) ».

La majorité des patients avait confiance envers le médecin : « oui, y a pas de soucis... en plus il est remplaçant de mon médecin habituel et donc ça se passe très bien, il est très sympa, il explique bien les choses, pas de souci... je lui fais totalement confiance (8-245) » ; « ça fait 20 ans que je l'ai, après la confiance, ouais, ma mère, elle l'a, mon petit frère il l'a...donc après c'est le médecin de famille (9-337) ».

Peu de patients ont critiqué leur médecin, expliquant : « que les médecins de famille, en fait, ils sont...ils s'accoutument entre guillemets à vos bobos [...] je trouve qu'ils ne sont pas assez à l'écoute (3-74 et 3-218) » ou ressentant une moindre implication de médecins remplaçants ou non référents vus à l'occasion de l'absence de leur médecin traitant : « jusque là, les médecins que j'avais vus avant, je dis pas forcément qu'ils étaient pas compétents, loin de là mais ils ne me connaissaient pas [...] enfin j'ai pas ressenti la même envie que je guérisses en fait (5-369) ».

3.3. L'interprétation de la radiographie avec le médecin généraliste

L'explication de l'imagerie pouvait être faite exclusivement à l'aide du cliché : « elle m'a pris la radio et elle m'a tout expliqué (7-306) » ou à partir du compte-rendu : « je lui ai ramené les clichés, euh...ben il a regardé surtout le compte rendu parce que... il a pas trop regardé les radios (13-271) », et aussi à l'aide des deux supports : « le médecin a d'abord lu le compte rendu en intégralité, il a ensuite regardé les radios et donc après il m'a montré les radios, et il a parcouru avec moi le compte rendu, et à chaque point du compte rendu, il essayait de reporter le problème sur la radiographie (14-355) ». Ce même patient était le seul à expliquer une comparaison faite entre deux clichés : « il n'y avait pas de pincement au tout départ, sur la première radio (14-180) » ; « y avait juste la scoliose qui était encore présente (14-174) ». Un médecin avait même fait un schéma : « c'est le médecin, M. L., qui m'a expliqué, qui m'a fait un schéma pour m'expliquer le problème (19-174) », qui semblait être un facteur de risque d'apparition d'arthrose : « ben il m'a dit qu'après, plus tard, ça pouvait apporter de l'arthrose (19-281) ».

Régulièrement le médecin expliquait que de l'arthrose était visible sur la radiographie : « c'est là qu'il m'a montré... il m'a fait voir le compte rendu et puis la radio, il m'a dit : bon, c'est de l'arthrose (10-217) », banalisant dans le même temps sa présence : « il m'a dit voilà ça en général, tout le monde a de l'arthrose (1-214) », malgré l'irréversibilité et l'absence de solution thérapeutique à cette pathologie : « et l'arthrose, elle sera toujours là (5-313) ». « Elle m'a dit : l'arthrose...ben y a rien à faire. Maintenant faut que ça se passe (5-312) ».

A plusieurs reprises, un pincement discal était découvert et expliqué par le médecin : « donc il m'a expliqué que j'avais, le disque, les disques L4 et L5 de pincés (14-22) » ; « donc il m'a montré la zone, donc il m'expliquait où se situait le disque L4 et L5, les 2 vertèbres, il m'a montré le coussin situé entre les 2 vertèbres, et son épaisseur qui a diminué par rapport au coussin qu'il y avait au dessus (14-222) » ainsi que son caractère irréversible mais bénin : « Et pour le reste, elle m'a dit de toute façon les disques qui sont pincés, ben ils vont rester pincés (6-279) » ; « et puis les disques pincés, elle m'a dit que c'était pas grave (12-183) ».

Un médecin avait expliqué à son patient que le décalage de son bassin était à l'origine de ses anomalies radiologiques : « la radio en fait j'ai juste un décalage [...] au niveau du bassin de 4 mm ce qui fait que la colonne travaille de travers, j'ai un des disques qu'a frotté (3-33) ».

D'autres anomalies pouvaient être relevées par le médecin comme : « des calcifications ou choses comme ça (11-74) », soulignant souvent leur caractère bénin : « Donc là, il m'a trouvé une malformation au niveau de la colonne (19-166) » ; « mais pour l'instant c'était bénin (19-281) » ; « parce qu'un début de scoliose c'était pas grand-chose (12-182) » ; « il y a beaucoup de gens qui ont la même chose, qui n'ont pas eu de douleur, c'est pas super grave (17-495) ».

A plusieurs reprises, le caractère normal de l'imagerie était expliqué : « il y avait rien d'anormal, que tout était normal, pas d'usure (8-170) ».

Parfois l'explication médicale était insuffisamment détaillée et peu intelligible : « Je pense que la radio à son niveau à lui était pas assez... comment je dirais, en ce qui me concerne, elle était pas assez détaillée, en se mettant, je dirais, à ma portée (3-105) », en comparaison de celle d'autres thérapeutes : « j'ai plus eu d'explications par le kiné ce matin que par le médecin traitant (3-149) », « donc ça a été interprété par mon ostéopathe, qui m'a dit avec des mots...des mots plus adaptés, je pense pour moi (8-115) » jugée plus rassurante aussi : « mais d'après ce que m'avait dit l'ostéopathe, y avait pas d'inquiétude à avoir, rien d'alarmant... pour moi (8-186) ».

4. Imagerie support d'éducation thérapeutique

Beaucoup de patients ont pris conscience, après avoir passé leur radiographie, de l'importance de l'exécution de certains mouvements : « faire attention aux mouvements et puis pas se prendre pour un tracteur » (5-317). Certains se montraient plus attentifs vis-à-vis de leur corps : « quand on a une faiblesse quelque part, il faut être très très vigilant, (...) c'est seulement apprendre à connaître son corps » (10-397).

Les médecins traitants avaient donné quelques conseils sur le port de charges à bon nombre de patients : « les courses, toujours porter deux sacs de chaque côté » (2-269), sur l'importance de l'activité physique, de rester en mouvement, marcher, renforcer sa musculature et perdre du poids « penser à faire du sport, et surtout à faire des exercices pour te remuscler un peu le dos, et puis prendre des positions plus adéquates pour travailler. » (3-256), « surtout ne pas rester dans une chaise, beaucoup marcher » (19-531), « en perdant un peu de poids, en faisant de l'exercice, ça pouvait s'arranger » (19-401).

Et certains pensaient pouvoir améliorer leur douleur lombaire avec une bonne hygiène de vie : « on peut pallier facilement avec une vie saine, enfin une bonne hygiène de vie, du sport tout ça... » (16-316). Peu d'entre eux exprimaient une peur de récurrence de la lombalgie : « j'ai pas envie que ça recommence. » (2-40) limitant notamment le port de charges lourdes : « tout ce qui est charges lourdes, j'évite. » (11-232).

L'importance du renforcement musculaire était bien comprise par une majorité de patients « Je sais qu'il faut que je me muscle (...) remuscler ma colonne vertébrale. » (1-314), dont certains associaient une bonne musculature dorsale à une limitation des douleurs « je sais que les personnes qui ont un dos plus musclé, souffrent moins, se plaignent moins de douleurs, je sais que les muscles ont un rôle important dans les douleurs de dos, je pense qu'ils peuvent très bien avoir un pincement de disque et ne pas en souffrir, du fait de leur activité » (14-316), ce qui était conseillé également par d'autres thérapeutes « c'est l'ostéopathe et la kiné qui m'ont conseillé de faire ça » (14-94), « il m'a conseillé

de faire de la marche, de la piscine » (18-280). Par contre l'endurance n'était pas assez efficace pour muscler le dos : « le dos travaille pas tant que ça » (14-328).

La majorité des patients avait compris la nécessité d'une participation active à leur prise en charge : « y'a le docteur qui donne des conseils mais je veux dire, il faut que le patient aussi, il y mette du sien, si le patient, il y met pas du sien, il aura toujours mal de dos (...) ce que je fais au kiné, j'essaye de le faire bien pour vraiment me muscler, le kiné n'est pas tout le temps derrière vous » (1-66), et encore « j'ai fait ce qu'il m'a dit de faire, j'ai les résultats (...) après c'est à moi de faire la suite » (9-288). L'activité physique a été bénéfique sur le plan physique et psychologique pour la plupart des patients, « quand je fais du sport, je suis bien dans ma tête, je suis bien dans mon corps » (15-441), « je me sens pas bien si je fais pas de sport » (16-87).

Certains patients avaient redécouvert l'intérêt des étirements et d'une activité physique douce telle que le yoga, ainsi qu'une bonne souplesse : « ça faisait longtemps que je m'étais pas étiré, je m'étirais beaucoup avant, mais j'ai laissé tomber un peu les étirements et quand on fait que de la muscu ou autre sans s'étirer... euh, pas bon » (16-284). Les étirements permettaient une décompression de vertèbres : « on fait plusieurs mouvements qui, comment on dit ? afin de décompresser les vertèbres (...) les étirements, voilà » (17-209), mais la souplesse devenait nécessaire du fait du vieillissement : « t'étirer beaucoup plus souvent parce que tu commences à vieillir » (3-251), et la présence d'arthrose était un facteur aggravant de douleur « dû déjà à un manque de souplesse (...) ça n'a pas facilité les choses, quand on sait qu'avec l'arthrose faut avoir un peu de souplesse quand même... » (10-26).

Plusieurs patients avaient compris la nécessité du port de la ceinture lombaire pour les efforts physiques suite aux explications du médecin traitant : « mon médecin m'a fait acheter une ceinture, que je mets quand j'ai à faire quelque chose » (10-95), « de façon à tenir le bassin à la colonne » (9-236).

D'autres patients de quarante-cinquante ans, manutentionnaires pensaient qu'avec l'âge la récupération était plus longue : « quand tu as vingt ans, voilà, tu te remets facilement » (3-259), ou : « ça va prendre du temps parce que je n'ai pas vingt ans » (1-310). Mais pour les patients trentenaires la pathologie du dos était une maladie de vieux : « les gens ils disent lumbago, lumbago... c'est un truc de vieux, c'est pour les vieux normalement, c'est pas pour moi » (12-281), « ce genre de pathologie, on l'a surtout sur des personnes qui ont un certain âge » (14-259).

Un patient pensait même que l'hygiène vertébrale était essentielle pour éviter la chirurgie : « que j'apprenne à travailler avec soins avec mon dos, parce que si c'est ça, c'est l'opération qui est en bout de ça » (9-158).

Un autre disait avoir ressenti le bénéfice du changement de literie « on a changé notre matelas(...) je trouve qu'il y a eu déjà un peu d'amélioration » (7-92).

5. Suffisance de la radiographie

5.1. Imagerie complémentaire

La majorité des patients ne voyait pas l'intérêt de réaliser d'autres examens radiologiques : « je pense que déjà une radio, ça commence déjà à être assez explicite » (6-322), sauf si la radiographie était non concluante ou sous entendait une pathologie mal visualisée : « si on avait vu quelque chose sur la radio, peut-être, oui, mais là, non ! » (16-321).

D'ailleurs, le compte rendu mentionnait pour un patient de compléter cet examen par une IRM : « ben oui c'était écrit : on peut faire peut-être un suivi par MRI » (17-397).

Si la possibilité de voir par la radiographie était limitée, ceci pouvait être une motivation pour la réalisation d'examens complémentaires : « savoir ce qu'il se passait dans mon dos ! Si on ne voyait pas à la radio, qu'on fasse une IRM ou un scanner » (9-120). Un patient redoutait qu'il soit déjà trop tard pour visualiser les anomalies à l'IRM, en particulier s'il y avait une hernie discale : « il sera peut-

être trop tard [...] ça se verra encore à ce moment ou pas, je sais pas » (13-362), alors qu'un autre patient ne voyait pas l'IRM comme un examen plus performant : « je me suis dit : si à la radio on voit rien, qu'est-ce que vous voulez qu'on voit de plus à l'IRM ? » (1-331).

Certains se voyaient dans l'incapacité de réaliser une IRM, du fait de leur claustrophobie « Un IRM, je veux pas déjà parce que je suis claustrophobe et que je veux pas rentrer dans l'IRM » (1-329), ou de leur obésité : « scanner, IRM, je passe pas dedans » (5-176).

Plusieurs patients envisageaient des examens complémentaires si les douleurs persistaient dans le temps : « si au bout de 3 semaines, les douleurs continuaient et malgré que le dos soit rétabli, là on ferait des examens peut-être plus poussés » (2-427).

Peu d'entre eux étaient désireux d'une imagerie complémentaire plus poussée, dans le but de voir ce qui se passe dans leur corps : « parce qu'avant tout un patient, il aime bien savoir ce qu'il a » (13-383), parfois influencé par l'entourage : « ça a choqué un peu tout le monde que j'ai pas d'IRM à subir [...] parce que la suite logique de la radio pour eux c'est IRM » (13-216)

Mais pour la plupart des patients, les examens complémentaires revenaient à l'appréciation du médecin traitant : « il a dit que c'était inutile de faire un IRM [...]il m'a expliqué pourquoi on n'irait pas plus loin dans les examens au niveau imagerie, ah non, non, la dessus y a pas de problème » (13-336).

5.2. Consultation spécialisée

Une bonne partie des patients n'était pas en attente de consultation spécialisée après avoir passé leur radiographie : « chez un spécialiste, non, peut-être pas, ça allait pas changer grand grand chose » (3-88), « rhumatologue ? Non » (11-515), bien souvent grâce à la réassurance du résultat radiologique : « parce qu'ils ont rien trouvé [...] apparemment sur la radio il n'y avait rien d'alarmant....donc je voyais pas l'intérêt d'aller voir un spécialiste » (4-117).

Un patient d'une soixantaine d'année a même évoqué sa peur de la consultation spécialisée : « ça c'était un peu une hantise, quand on... après il faut aller voir un spécialiste, on engrange quoi après » (10-226), et un autre patient : « je sais qu'une opération du dos, c'est assez conséquent comme opération. Je me voyais pas rendu, encore rendu là » (6-205).

Certains patients expliquaient que la décision d'une consultation spécialisée revenait au médecin généraliste : « si j'avais dû aller voir un spécialiste ça aurait plutôt été à l'initiative de mon médecin traitant » (4-119), d'autres avaient été orienté vers un rhumatologue par leur kinésithérapeute : « un rhumatologue voilà, [...] c'est lui qui décidera si c'est utile ou pas » (3-286), ou par le podologue « le podologue me disait qu'il faudrait que je vois avec mon médecin si je peux me faire prescrire un rendez-vous chez le rhumatologue » (12-379).

Peu de patients pensaient que leur pathologie relevait de la chirurgie, mais ils n'y étaient pas opposés en cas de besoin : « après si ça devait se faire, je ne suis plus à ça près » (13-382).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Résumé des principaux résultats

Le mécanisme de la lombalgie a été décrit comme consécutif à un port de charge ou un mouvement inapproprié dans la majorité des cas ; les patients se le représentaient de façon différente, évoquant des sensations de blocage, pincement, tassement, craquement ou même écartement.

La demande d'imagerie était motivée par la recherche de la cause de la douleur, sa persistance, le caractère récidivant ou le besoin de réassurance. Le médecin était toujours à l'initiative mais la décision pouvait être influencée par les paramédicaux ou l'entourage du patient.

Les patients regrettaient le manque de communication et de réassurance du radiologue. Ils avaient une compréhension limitée du compte rendu, et, malgré le caractère rassurant du mot « normal », ils effectuaient des recherches sur Internet.

L'explication de la radiographie par le MG était jugée rassurante et satisfaisante par la majorité des patients. L'arthrose et le pincement discal étaient souvent décrits par le MG comme banaux, tout en soulignant le caractère irréversible, incurable et pas forcément responsable de la douleur.

Suite à cette interprétation, les patients prenaient conscience de l'importance de l'hygiène vertébrale (activité physique régulière et renforcement musculaire). L'arthrose était vécue par les plus jeunes comme une pathologie du vieillissement.

Les patients ne voyaient pas l'intérêt de réaliser d'autres examens en supplément de la radiographie sauf si les douleurs persistaient ou si le compte-rendu le mentionnait. Une bonne partie des patients n'était pas en attente de consultation spécialisée grâce à la réassurance du résultat radiologique.

Points forts et points faibles

1-Les points forts

La méthode qualitative était indiquée pour explorer les représentations des patients lombalgiques vis à vis de la radiographie standard du rachis lombaire.

Le travail en binôme a permis de réaliser un nombre plus important d'entretiens et de réaliser une triangulation tout au long de l'analyse impliquant secondairement le directeur de thèse.

La variabilité des critères d'inclusion a été respectée. La population des patients interrogés a inclus plusieurs patients adhérents à des soins médicaux « alternatifs » (homéopathie) ayant des croyances et représentations différentes.

2-Les points faibles

Les patients étaient recrutés par l'intermédiaire de médecins généralistes du réseau des investigateurs (connaissances personnelles, remplacements ponctuels ou réguliers, anciens maîtres de stage...). Ces médecins devaient prescrire une imagerie à des patients souffrant de lombalgie commune récente, la leur expliquer, avant de leur proposer l'inclusion. La possibilité qu'ils aient fait ces prescriptions en dehors des recommandations afin de favoriser le recrutement ne peut être exclue.

Cette méthode de recrutement a pu entraîner un autre biais : proposer des patients pour lesquels les médecins considéreraient avoir donné une interprétation d'imagerie de qualité, souhaitant apparaître aux yeux des investigateurs comme de bons médecins.

Il faut nuancer cette hypothèse par le fait que quelques patients se sont plaints des explications fournies par leur médecin.

Le recrutement s'est déroulé sur 14 mois, période jugée trop longue et nécessitant une relance fréquente auprès des MG. Cet étalement n'a pas favorisé l'évolution du guide d'entretien et la qualité des entretiens.

Le statut de médecin-investigateur connu des patients a pu altérer la neutralité des entretiens. Certains patients ont pu parfois masquer un certain nombre d'éléments d'ordre négatif relatifs à l'interprétation médicale de leur imagerie pour éviter une forme de trahison de la confiance avec leur médecin. Ce biais de désirabilité est à nuancer par le fait que des patients ont exprimé une insatisfaction de l'interprétation d'imagerie par leur médecin.

Discussion sur les résultats

1- Communication des résultats par le radiologue

La majorité des patients s'était plainte d'une absence de communication. Seuls deux patients avaient rencontré le radiologue, et ses explications, plutôt anxiogènes pour l'un deux, incitaient à demander une IRM.

Des études anciennes ont affirmé la préférence des patients à se voir communiquer les résultats par le radiologue. Valley confirmé par Schreiber expliquaient que la majorité des patients préféraient recevoir les résultats de leur radiographie immédiatement, plutôt que d'attendre de revoir le médecin prescripteur (36, 37). Pahade en 2011 a montré que les patients étaient satisfaits des résultats communiqués par le radiologue avec même une diminution de l'anxiété au décours de cette consultation (38). Capaccio en 2009 avait déjà montré que les patients appréciaient la rencontre avec leur radiologue si l'opportunité leur en était donnée (39).

Pourtant les études plus récentes de Mangano et Cabarrus ont démontré que les patients préféraient recevoir les résultats de leur examen d'imagerie par leur médecin prescripteur plutôt que par le radiologue (40, 41).

Ces études démontraient aussi que les patients étaient désireux de voir leur cliché et d'avoir une copie du compte-rendu (41) avec des résultats détaillés à la place d'un bref commentaire (40).

Une étude belge de 2002 affirmait que la majorité des médecins prescripteurs d'imagerie pensait que les patients ne devraient pas recevoir leur résultat directement par le radiologue, en contradiction avec la volonté exprimée des patients (42).

Pourtant selon Leclère et Ollivier, il existe un protocole détaillé nommé CREDO. Il concerne la relation du radiologue avec les malades adultes et enfants, et est rédigé afin d'améliorer les compétences communicationnelles pour une meilleure prise en charge globale du malade. Il s'agit alors de **C**onstruire une relation partenaire avec le patient, de **R**éaliser l'examen dans les meilleures conditions, d'**E**couter ce que le patient veut dire au radiologue, **D**onner les informations au patient et **O**rganiser les services autour du malade (43, 44).

Au sujet de la communication des résultats de la radiographie, il semblerait que rien ne soit tranché concernant la préférence des patients à recevoir l'interprétation immédiatement par le radiologue.

2- Les recherches des patients sur Internet

Elles étaient souvent peu compréhensibles et parfois anxiogènes pour les patients de l'enquête.

Concernant la lombalgie commune, la qualité de l'information trouvée sur le net ne semblait pas toujours en adéquation avec les attentes du patient comme l'expliquait Grémeaux en 2007 (45).

En 1998, une étude démontrait que suite à la consultation d'Internet, le patient ressentait de la confusion, de l'anxiété avec la sensation d'être « en chute libre dans une galaxie d'informations » (46).

Plusieurs études avaient mis en évidence les raisons poussant à chercher sur le web : le manque de confiance, le manque d'opportunité pour poser des questions, des attentes insatisfaites, le manque de soutien dans l'incertitude ou une durée jugée courte des consultations (47, 48).

Concernant la dimension anxiogène de la recherche d'informations médicales sur le net nommée cyberchondrie, néologisme désignant une forme d'hypochondrie, Fergus a démontré une relation significative entre celle-ci et l'intolérance à l'incertitude (49) et l'utilisation problématique d'Internet ou cyberdépendance (50).

Une étude plus récente a montré que les individus ayant des niveaux moyen à élevé d'hypochondrie avaient ressenti plus d'angoisse pendant et après les recherches Internet et que ces dernières avaient eu un impact négatif sur leur santé (51).

Dans l'enquête, certaines recherches Internet avaient été réalisées par les proches des patients (épouse généralement) ce que corrobore une étude de 2007 qui montrait que l'entourage des malades atteints de cancer s'informait davantage que les malades eux-mêmes (52).

Un sondage commandé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2010 affirmait que 71% des français cherchaient des informations médicales ou de santé sur Internet et 61% des personnes estimaient que les informations médicales trouvées étaient plutôt rassurantes. Les MG étaient désignés à 90% comme la source la plus digne de confiance devant Internet et leur proche (53).

Malgré une majorité de patients rassurée par leur recherche d'informations médicales sur le net, certains d'entre eux en ressentent de l'angoisse appelée cyberchondrie.

3- Pressions à la prescription d'imagerie

Les patients sont souvent demandeurs de prescriptions d'imagerie du fait de la pression de leur entourage familial ou professionnel, la crainte de passer à côté du diagnostic, et de l'influence des paramédicaux (54).

La société impose aussi aux praticiens d'aujourd'hui une guérison rapide et une nécessité d'être actif dans un processus de guérison, entraînant parfois une difficulté à s'opposer à la demande de prescription exprimée par le patient ou ressentie par le médecin. Ce qui se retrouve en contradiction avec la ligne de conduite habituelle des médecins ou les recommandations actuelles de la communauté médicale.

Selon l'enquête de Vincent NIORTHE, 79,6% des médecins généralistes ressentent une forte pression de la part des patients pour leur prescrire une imagerie (55).

Une étude de 2001 a analysé le regard de 99 patients âgés de 14 à 91 ans sur l'importance et l'utilité de la radiographie lombaire dans les lombalgies. 72% des patients considéraient la radiographie du rachis comme très importante, la proportion était significativement plus élevée dans une population présentant une aggravation des symptômes (25).

Jarvik en 2003 indiquait que la réalisation d'une IRM d'emblée au lieu d'une radiographie standard chez un patient lombalgique permettait une amélioration en termes de réassurance et de satisfaction, sans amélioration clinique ni de la qualité de vie (15).

Selon Berthelot en 1998, la demande de TDM pourrait s'expliquer par la crainte des patients de souffrir d'une autre cause que la hernie discale dans les lombalgies. 56% attendaient d'être rassurés, 50% de voir leur « hernie discale » et 30% d'éliminer une autre cause à leurs douleurs. L'intérêt pour la TDM était aussi motivé par un manque de confiance dans le diagnostic clinique du MG et du spécialiste. Cette attente de TDM n'était pas freinée par la crainte de l'irradiation, méconnue dans 90% des cas (56).

Il est possible qu'une meilleure éducation des patients sur ces dangers de l'irradiation puisse diminuer la prescription de ces examens, comme le conseille Picano en 2004 qui propose d'obtenir le

consentement éclairé des patients pour les examens irradiants avec un formulaire incorporant une représentation graphique des risques ; ou en citant Eusébio qui indique que la dose d'irradiation reçue par les gonades au cours d'une radiographie du rachis lombaire est équivalente à celle d'une radiographie thoracique quotidienne pendant plus d'un an (57, 58).

Les médecins généralistes ressentent une pression à la prescription de l'imagerie de la part des patients et de leur entourage dans un but de réassurance, ignorant le danger d'irradiation de l'imagerie.

4- Découverte et banalisation de l'arthrose, vécue comme une « maladie de vieux »

Bien souvent, l'arthrose découverte à l'imagerie, aussi dénommée « discopathie » ou encore « lésions dégénératives », était banalisée par les MG, bien que ses caractères irréversible et incurable soient aussi soulignés. L'étude constatait dans la majorité des situations une réassurance du patient de ne pas avoir de pathologies « graves » mais aussi une surprise pour les plus jeunes de découvrir une pathologie, l'arthrose, symbolisée comme une maladie de la vieillesse.

Il a souvent été démontré dans la littérature l'importance de banaliser la découverte des signes d'arthrose à l'imagerie (31). La justification de cette position est liée à l'absence de parallélisme entre l'arthrose visible à l'imagerie et les douleurs (59) et le fait que l'invalidité est augmentée par un discours médical soulignant ces anomalies à l'imagerie suggérant qu'elles fragilisent le rachis et sont responsables des douleurs (60). Le discours du MG pourrait s'inspirer des « recommandations » de Valat qui nuance la non-indication de l'imagerie précoce expliquant que l'interprétation des anomalies dégénératives doit toujours être critique et rassurante, expliquer qu'elles sont banales, liées à l'âge, constatées aussi bien chez un sujet du même âge ne souffrant pas et que leur traitement chirurgical n'a aucune chance de soulager puisqu'elles ne sont pas responsables des douleurs (24).

Quelques patients ont décrit leur représentation du « mal de dos » comme une « maladie de vieux ». Dalgarrondo et Hauray ont réalisé un focus group avec des femmes d'âges différents où il est

apparu que les maux de dos comme les rides et les cheveux blancs faisaient partie de l'expérience du vieillissement vécue comme un processus inquiétant. Il n'était toutefois pas constaté d'accablement pour deux raisons principales : le vieillissement était vu comme un processus inévitable et naturel, et les participantes insistaient sur leur chance relative (« on s'en sort plutôt bien » ; « on ne fait pas son âge ») (61).

Il apparaît important de banaliser l'arthrose découverte à l'imagerie en insistant sur l'absence de lien systématique avec la douleur mais en gardant à l'esprit la symbolique du vieillissement attachée à cette pathologie.

5- Perceptions par le patient de la hernie discale

La plupart des patients pensaient que la hernie discale était visible à la radiographie standard et qu'il s'agissait d'une pathologie grave. En effet, l'absence de mention de hernie discale sur le compte-rendu rassurait les patients. Pour plusieurs d'entre eux, la gravité de cette pathologie était liée à l'hypothèse d'une solution chirurgicale pour en venir à bout. Un patient a même obtenu comme information de son radiologue que sa lombalgie pouvait être consécutive à une hernie discale non visualisable sur le cliché radiographique standard et qu'une IRM était indiquée.

Malgré les explications de son MG sur l'indication d'une IRM, il est apparu que le patient restait désireux d'en faire une afin de voir s'il avait une hernie.

Cette attitude du patient qui veut savoir ce qu'il a, influencée par le radiologue et en contradiction avec le discours du MG, renforce la conclusion de Frymoyer qui expliquait en 1987 qu'un diagnostic lésionnel précis était un facteur de bon pronostic alors qu'un diagnostic discutabile ou non vérifiable avait un impact négatif (62).

Concernant la gravité ressentie d'une hernie discale, de nombreuses études incitent les médecins à rester prudents comme l'explique Foster par rapport au discours biomédical faisant un lien entre anomalies objectivées (hernie discale, arthrose), douleurs et fragilité rachidienne, qui développerait

de fausses croyances chez le patient et influencerait considérablement l'incapacité fonctionnelle (60). L'explication des anomalies découvertes comme la hernie semblerait ainsi multiplier par 5 le risque de passage à la chronicité de la lombalgie, d'autant plus si ce diagnostic de lésion discovertébrale est précoce (63). Cependant cette ancienne étude ne pouvait prendre en compte le fait que les patients ont maintenant un accès beaucoup plus facile à des informations médicales (exemple d'Internet). On peut imaginer que le patient ira donc chercher l'information qu'on omet volontairement de lui donner ; déjà en 1997, Van Tulder précisait l'intérêt de présenter aux patients les objectifs, les résultats attendus des examens prescrits et parfois l'absence de corrélation anatomo-clinique entre ceux-ci et la symptomatologie (64). Pour argumenter au patient cette absence de corrélation anatomo-clinique, le thérapeute peut s'appuyer sur le fait que 20 à 40% de la population est porteuse d'une hernie discale asymptomatique, généralement de petite taille (65), ou encore que seulement 30% des patients ayant une atteinte décelable à l'imagerie comme la hernie, se plaignent de mal de dos (66). D'une façon générale, il est important de rappeler aux patients que des hernies discales sont retrouvées sur des IRM réalisées chez des patients asymptomatiques (67-69). Valat va même plus loin et considère comme une bonne nouvelle la découverte d'une hernie discale et d'un conflit disco-radicaire car il s'agit d'une opportunité pour expliquer au patient l'histoire naturelle des hernies discales lombaires et leur régression spontanée (24).

Il est important pour le médecin de rappeler au patient qu'une hernie discale n'est pas de signification péjorative, du fait de l'absence de lien systématique avec la douleur et de sa fréquente régression spontanée.

6- La radiographie comme potentiel outil thérapeutique pour responsabiliser le patient sur sa prise en charge

La majorité des personnes interrogées avaient eu un « déclic » suite à la connaissance radiographique d'anomalies dégénératives, les incitant à appliquer avec plus d'assiduité les règles d'hygiène vertébrale.

Selon Bruel et Valette en 2009, l'imagerie diagnostique a un impact majeur et sans cesse croissant dans la prise en charge du patient. La demande d'imagerie serait un facteur clé d'amélioration de la prise en charge grâce à la pertinence de l'acte demandé et de sa formulation par le médecin prescripteur (histoire clinique, examens antérieurs et antécédents) pour optimiser la réalisation de l'examen et l'interprétation de ses résultats par le radiologue. La bonne compréhension par le radiologue de l'objectif de l'examen demandé permettrait un résultat d'imagerie, une interprétation pertinente, aidant ainsi à la prise en charge du patient (70).

Selon Coudeyre en 2010, l'éducation thérapeutique faisait partie intégrante de la prise en charge de l'arthrose avec à la phase médicale une véritable modification du mode de vie des patients en particulier perte de poids et pratique d'une activité physique ; pourtant cette éducation thérapeutique paraissait insuffisamment pratiquée (71).

En 2012, Coudeyre confirmait que l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'arthrose pouvait être améliorée en standardisant les méthodes et règles de délivrance des informations et en évaluant les peurs et croyances des patients avant d'entamer toute démarche thérapeutique (72).

D'après la communication de Poireau en 2008 (73), une étude australienne de Buchbinder a mesuré les effets d'une campagne d'information très largement médiée par voies télévisuelles, radiophoniques et presse écrite avec distribution d'un livret d'éducation thérapeutique appelé « back book » à la population et aux médecins. Les résultats se sont manifestés par une réduction des

demandes d'indemnisation pour lombalgie et une réduction des peurs et croyances chez les patients et les médecins (74).

Cette expérience a inspiré la réalisation en France d'une étude à partir de la traduction française du « back book » donné aux patients consultant pour lombalgie aiguë. Trois mois après, la différence était significative : 10,5% des patients continuaient à souffrir dans le groupe « back book » contre 14,2% dans le groupe contrôle. Les patients étaient satisfaits de l'information et des conseils délivrés avec une moindre consommation d'AINS et de myorelaxants (75).

Selon une étude d'Eusébio, on retrouvait une forte prévalence d'images sans signification clinique pathologique avérée (discopathie, arthrose, fissure discale) retrouvées également dans la population générale asymptomatique. Ainsi la pratique d'une imagerie systématique induisait une augmentation des gestes médicaux et chirurgicaux jusqu'à 8 fois selon certaines études, et étiquetait les patients avec un effet négatif sur leur fonctionnement global. Ces effets délétères pourraient peut-être se voir limités par l'adjonction, au bas du compte rendu, de la fréquence de chacune de ces images dans la population asymptomatique (58).

La radiographie peut être considérée comme un bon outil d'éducation thérapeutique en complément d'autres (« back book »...) à condition que la demande soit bien formulée par le médecin prescripteur afin de permettre une interprétation de meilleure qualité qui pourrait préciser la fréquence dans la population asymptomatique des anomalies dégénératives retrouvées.

Implication dans la pratique clinique

Bien formuler sa demande de radiographie (antécédents, histoire de la maladie, description clinique, hypothèse diagnostique) afin d'améliorer l'interprétation qu'en fait le radiologue.

Savoir expliquer au patient les raisons motivant l'examen d'imagerie et le préparer aux résultats attendus (probabilité d'anomalies dégénératives sans signification pathologique).

Devant la pression exercée par le patient, savoir argumenter la demande d'imagerie en exposant les risques liés à l'irradiation.

Proposer au radiologue d'ajouter sur le compte-rendu radiologique la fréquence dans la population asymptomatique des anomalies bénignes retrouvées pour faire relativiser les patients.

Banaliser l'arthrose découverte à l'imagerie, en prenant en compte les représentations négatives que lui associent certains patients. Savoir répondre aux fausses croyances (traitement chirurgical exclusif...) des patients concernant la hernie discale.

Accepter que le patient recherche des informations médicales sur le Web, l'aider dans le décryptage puis le guider pour qu'il en fasse bon usage.

Prévoir une consultation dédiée à l'interprétation de l'imagerie car son absence peut entraîner une certaine frustration.

Cette consultation doit prévoir le temps suffisant avec les mots adaptés à la compréhension du patient en répondant à ses interrogations et en profitant de celle-ci pour rappeler les éléments d'éducation thérapeutique.

S'inscrire dans une démarche inspirée du modèle biopsychosocial qui reste le modèle théorique et clinique de la santé et de la maladie le plus abouti actuellement, afin d'élargir les perspectives au-delà du modèle biomédical et permettre une participation active du patient (76).

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Benhamou M, Brondel M, Sanchez K, Poiraudou S. Lombalgies. EMC – Traité de Médecine Akos 2012;7(3):1-6 [Article 1-0780]
- 2- Item 215 – Rachialgies. In : Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Abrégé connaissances et pratique Rhumatologie. 3rd ed. Paris:Elsevier Masson;2008.p275-289
- 3- Chou R, Rongwei F, Carrino J, Deyo R. Imaging strategies for low-back pain : systematic review and meta-analysis. Lancet 2009;373:463-472
- 4- Sheehan NJ. Magnetic resonance imaging for low back pain : indications and limitations. Ann Rheum Dis 2010;69(1):7-11
- 5- Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Diagnostic imaging for low back pain : advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2011;154:181-189
- 6- Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. Radiol Clin North Am 2012;50(4):569-585
- 7- Karel YHJM, Verkerk K, Endenburg S, Metselaar S, Verhagen AP. Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders:A meta-analysis. Eur J Intern Med 2015;26(8):585-595
- 8- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'imagerie dans la lombalgie commune de l'adulte. Paris. ANAES:1998
- 9- Drape JL, Chevrot A. Stratégie d'imagerie dans la lombalgie commune : Lombalgie commune. La Revue du Praticien 2000;50(16):1765-1769
- 10- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Paris. ANAES:2000

- 11- Hourcade S, Trèves R. Etude rétrospective concernant le scanner lombaire dans les lombalgies et lombosciatiques dans le département de la Haute-Vienne, à propos de 132 cas. *Revue du Rhumatisme* 2002;69(12):1226-1234
- 12- Lassalle A. Incapacité de travail et lombalgie chronique : ses facteurs de pérennisation. Existe-t-il une solution pour réduire cette incapacité ? *svv.info*;2012.p15-20
- 13- Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Darmon D, Van De Laar F, Lucassen P, Hartman TO, Ven Weel C, Speckens A. The reassuring value of diagnostic tests : a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;86(1):3-8
- 14- Modic M, Obuchowski N, Ross J, Brant-Zawadzki M, Grooff P, Mazanec D, Benzel E. Acute low back pain and radiculopathy : MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005;237:597-604
- 15- Jarvik J, Hollingworth W, Martin B, Emerson S, Gray D, Overman S, Robinson D, Staiger T, Wessbecher F, Sullivan S, Kreuter W, Deyo R. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2810-2818
- 16- Flynn TW, Smith B, Chou R. Appropriate use of diagnostic imaging in low back pain : a reminder that unnecessary imaging may do as much harm as good. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011;41(11):838-846
- 17- Freeborn DK, Shye D, Mullooly JP, Eraker S, Romeo J. Primary care physicians' use of lumbar spine imaging tests : effects of guidelines and practice pattern feedback. *J Gen Intern Med* 1997;12(10):619-625
- 18- Rao JK, Kroenke K, Mihaliak KA, Eckert GJ, Weinberger M. Can guidelines impact the ordering of magnetic resonance imaging studies by primary care providers for low back pain ? *Am J Manag Care* 2002;8(1):27-35
- 19- Werner EL, Ihlebaeck C. Primary care doctors' management of low back pain patients—ten years after. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012;132(21):2388-2390
- 20- Balagué F, Cedraschi C. Examens radiologiques chez les patients lombalgiques : anxiété du patient ? Anxiété du thérapeute ? *Revue du Rhumatisme* 2006;73(9):895-901

- 21- Gonzalez-Urzelai V, Palacio-Elua L, Lopez-de-Munain J. Routine primary care management of acute low back pain : adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J* 2003;12(6):589-594
- 22- Sommerville S, Hay E, Lexis M, Barber J, Van der Windt D, Hill J, Sowden G. Content and outcome of usual primary care for back pain : a systematic review. *Br J Gen Pract* 2008;58(556):790-797
- 23- Jenkins HJ, Hancock MJ, Maher CG, French SD, Magnussen JS. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in management of low back pain. *Eur J Pain* 2016;20(4):573-580
- 24- Valat JP. Plaidoyer pour l'imagerie précoce des lombosciatiques communes. *Revue du rhumatisme* 2004;71:90-92
- 25- Espeland A, Baerheim A, Albrektsen G, Korsbrekke K, Larsen JL. Patient's views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. *Spine* 2001;26:1356-1363
- 26- Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, Vale L, Scott NW, Campbell MK, Wardlaw D, Knight D, McIntosh E, Porter RW. Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain ? A pragmatic randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2004;8(17):iii,1-131
- 27- Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P. Radiography for low back pain : a randomised controlled trial and observationnal study in primary care. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):469-474
- 28- Miller P, Kendrick D, Bentley E, Fielding K. Cost-effectiveness of lumbar spine radiography in primary care patients with low back pain. *Spine* 2002;27(20):2291-2297
- 29- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain : randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322(7283):400-405
- 30- Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Laerum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain* 2010;150(3):458-461
- 31- Valat JP, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Revue du Rhumatisme* 2010;77(2):158-166

- 32- Thompson P, Carr E. Content analysis of general practitioner-requested lumbar spine X-ray reports. *Br J Radiol* 2007;80:866-871
- 33- McCullough BJ, Johnson GR, Martin BI, Jarvik JG. Lumbar MR imaging and reporting epidemiology : do epidemiologic data in reports affect clinical management ? *Radiology* 2012;262(3):941-946
- 34- Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med* 2013;527-534
- 35- Garnier C, Sauvé L. Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement-Conditions pour un design de recherche. *Education relative à l'environnement:Regards-Recherches-Réflexion* 1999;1:65-77
- 36- Valley SR, Mills JO. Should radiologists talk to patients ? *BMJ* 1990;300(6720):305-306
- 37- Schreiber MH, Leonard M, Rieniets CY. Disclosure of imaging findings to patients directly by radiologists : survey of patients preferences. *Am J Roentgenol* 1995;165:467-469
- 38- Pahade J, Couto C, Davis RB, Patel P, Siewert B, Rosen MP. Reviewing imaging examination results with a radiologist immediately after study completion : patient preferences and assessment of feasibility in a academic department. *Am J Roentgenol* 2012;199:844-851
- 39- Capaccio E, Podesta A, Morcaldi D, Sormani MP, Derchi LE. How often do patients ask for the results of their radiological studies ? *Insights Imaging* 2010;1:83-85
- 40- Mangano MD, Rahman A, Chov G, Sahani DV, Boland GW, Gunn AJ. Radiologist's role in the communication of imaging examination results to patients : perceptions and preferences of patients. *Am J Roentgenol* 2014;203:1034-1039
- 41- Cabarrus M, Naeger DM, Rybkin A, Qayyum A. Patients prefers results from the ordering provider and access to their radiology reports. *J Am Coll Radiol* 2015;12:556-562
- 42- Tondeur M, Ham H. Transmission des résultats d'examens aux patients : opinions des médecins demandeurs et des patients. *Acta Clinica Belgica* 2002;57(3):129-133
- 43- Leclère J, Ollivier L, Ruszniewski M, Neuenschwande S. Améliorer la prise en charge des malades en imagerie médicale: le CREDO et les PERLES du radiologue. *Journal de Radiologie* 2006 ;87(12):1831-1836

- 44- Ollivier L, Leclère J, Ruszniewski M, Smets A, Neuenschwander S. Améliorer la communication entre le radiologue, l'enfant et les parents. *Archives de Pédiatrie* 2006 ;13(6):758-760
- 45- Grémeaux V, Coudeyre E, Herisson C, Pélissier J, Benaïm C. Does the quality of Websites related to low back pain meet patients expectations ? A systematic review. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:85-92
- 46- Ayonride O. Patients in cyberspace : information or confusion ? *Postgrad Med J* 1998;74:449-450
- 47- Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Determinants of the frequency of online health information seeking : results of a web-based survey conducted in France in 2007. *Inform Health Soc Care* 2010;35:25-39
- 48- Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS. The Internet as a health information source : findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun* 2010;15:279-293
- 49- Fergus TA. Cyberchondria and intolerance of uncertainty : examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2013;16:735-739
- 50- Fergus TA, Dolan SL. Problematic internet use and internet searches for medical information : the role of health anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17:761-765
- 51- Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria : Parsing Health Anxiety from Online Behavior. *Psychosomatics* 2016;57(4):390-400
- 52- James N, Daniels H, Rahman R, McConkey C, Derry J, Young A. A study of information seeking by cancer patients and their carers. *Clin Oncol* 2007;9:356-362
- 53- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 9/10/16). Vers une meilleure intégration d'internet à la relation médecins-patients, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>

- 54 - Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain : implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. BMC Health Services Research 2003 :3-8
- 55- Niorthe V. Etude de la prescription d'imagerie en coupe dans la lombalgie chronique en médecine générale. Thèse Med : Université de Toulouse III.2015;1071
- 56- Berthelot JM, Guillot P, Glemarec J, Lopes L, Bertrand-Vasseur A, Maugars Y, Prost A. Perception de la tomodensitométrie lombaire : Etude chez 150 patients hospitalisés pour sciatique discale. La Presse médicale 1998;27(2):51–56
- 57- Picano E. Informed consent and communication of risk from radiological and nuclear medicine examinations : how to escape a communication inferno. BMJ 2004;329(7470):849-851
- 58- Eusébio OM, Motamed S. Indications à l'imagerie dans la lombalgie chez l'adulte. Rev Med Suisse 2013;9:1732-1736
- 59- Wybier M. Imagerie de la pathologie lombaire dégénérative. EMC – Appareil locomoteur 2015;10(1):1-13
- 60- Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, Hay E. Illness perceptions of low back pain patients in primary care : what are they, do they change and are they associated with outcome ? Pain 2008;136:177-87
- 61- Dalgalarondo S, Hauray B. Interpréter son vieillissement. Gériatrie et société. Regards croisés sur le corps vieillissant. Caisse nationale d'assurance vieillesse ;2015.p.23-24
- 62- Frymoyer JW, Cats-Baril W. Predictors of low back pain disability. Clin Orthop 1987;221:89-98
- 63- Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. Spine 1995;20:791-795
- 64- Van Tulder MW, Assendelft WJJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine 1997;22:427-434
- 65- Yamashita K, Hiroshima K, Kurata A. A Gadolinium-DTPA-enhanced Magnetic Resonance Imaging of a sequestered lumbar intervertebral disc and its correlation with pathologic findings. Spine 1994;19:479-482

- 66- Morris D. Postmodern Illness. In : Heller T, Muston R, Sidell M, Lloyd C. Working for Health. London:Sage;1998.p35-42
- 67- Carragée EJ. Lumbar degenerative disk disease. N Engl J Med 2005;352:1891-1898
- 68- Borenstein DG, O'Mara JW, Boden SD, Lauerman WC, Jacobson A, Platenberg C, Schellinger D, Wiesel SW. The value of Magnetic Resonance Imaging of lumbar spine to predict low back pain in asymptomatic subjects : a 7-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 2001;83(9):1306-1311
- 69- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN,Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl JMed. 1994 ;331(2) :69-73
- 70- Bruel JM, Valette PJ, Rahmouni A. La demande d'acte d'imagerie : facteur clé d'amélioration de la qualité de prise en charge du patient. Journal de Radiologie 2009;90:1486-87.
- 71- Coudeyre E, Claus D, Ristori JM. Éducation thérapeutique et arthrose. La Presse Médicale 2010;39(11):1195-1200.
- 72- Coudeyre E. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge médicale de l'arthrose. Ann Phys Rehabil Med 2012;55:e117
- 73- Poiraudéau S. Moyens de prévention du passage à la chronicité des lombalgies. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement 2008;9(1):13-14.
- 74- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. BMJ 2001;322(7301):1516-1520.
- 75- Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudéau S. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain: A non-randomized trial in a primary care setting. PLoS 2007;2(8):e706.
- 76- Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse 2010;6:1511-1513

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	6
RÉSULTATS.....	8
1. Expression du ressenti de la lombalgie par le patient et expression de son intérêt à l'imagerie.....	11
1.1. Le début de l'épisode.....	11
1.2. L'épisode lombalgique et son retentissement	12
1.3. Les éléments motivant l'imagerie	13
2. Le patient et son cliché	16
2.1. Communication avec le radiologue	16
2.2. Le patient devant sa radiographie	16
2.3. Représentations de l'arthrose pour le patient	19
2.3. Les recherches du patient	20
3. Place du médecin traitant dans la compréhension de l'imagerie	21
3.1. L'explication de la lombalgie	21
3.2. L'importance de la consultation du médecin généraliste	22
3.2. L'interprétation de la radiographie avec le médecin généraliste	23
4. Imagerie support d'éducation thérapeutique	25
5. Suffisance de la radiographie	27
5.1. Imagerie complémentaire	27
5.2. Consultation spécialisée	29
DISCUSSION ET CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	42
TABLE DES MATIÈRES.....	49
ANNEXES.....	I

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Racontez-moi l'histoire de votre mal de dos

-si épisodes antérieurs, comment les avez-vous vécus ?

-avez-vous déjà eu des examens d'imagerie du dos par le passé ? Et si oui, racontez-moi comment cela s'est-il passé.

-quel a été l'impact sur votre profession et votre vie de famille ?

2/ Qu'attendez-vous de l'examen d'imagerie ? (réassurance, étiologie grave...)

-qui est à l'initiative de la demande ?

-cela a-t-il permis une comparaison avec une imagerie passée ?

-pour vous, l'imagerie est-elle un préalable à une consultation plus spécialisée ? (ostéopathie, rhumatologue...)

3/ Qu'avez-vous compris de l'examen ?

-jugez-vous le résultat inquiétant ?

-avez-vous fait des recherches personnelles ou eu des conseils de votre entourage suite à l'examen ?

-pensez-vous que d'autres personnes sans douleur du dos puissent avoir le même résultat ?

4/ Comment s'est passée l'explication de l'examen avec votre médecin généraliste ?

-vous-a-t-il aidé à décrypter l'examen ?

-l'explication a-t-elle eu lieu par téléphone, entre 2 patients ou lors d'une consultation à proprement parler ?

5/ Avez-vous quelque chose à rajouter concernant l'imagerie et son interprétation ?

-y a-t-il des éléments dont vous auriez souhaité parler avec votre médecin ?

-pensez-vous qu'il faille des explorations plus approfondies ?

ENTRETIEN n°14 (I : investigateur – P : patient)

I : tout d'abord racontez-moi l'histoire de votre mal de dos ?

P : d'accord, alors j'ai consulté le Dr D. , ca fait quelques années que j'ai mal au dos, des douleurs plutôt chroniques mais elles étaient peu intenses, j'avais seulement mal le matin, au lever et parfois le soir au coucher, donc j'ai consulté le Dr D. au mois de juillet, je crois, parce que ces douleurs se sont intensifiées, j'ai mal non plus seulement le matin mais en permanence toute la journée, je suis informaticien donc j'ai un travail plutôt sédentaire, toute la journée assis dans la même position, donc peu de mouvement et la douleur me gênait même durant mon travail, j'ai à la fois lombalgie et cervicalgie, donc voilà j'ai consulté le Dr D. qui m'a prescrit une radiographie du dos et du bassin, je suis allé faire ma radio, on m'a pas expliqué exactement ce que j'avais lors de l'examen radiologique, c'est le Dr D. qui m'a donné l'interprétation de l'examen, donc il m'a expliqué que j'avais, le disque, les disques L4 et L5 de pincés, donc il m'a montré visuellement sur la radio l'écrasement des disques, en fait l'espace qui s'est réduit, voilà, donc j'ai très bien compris ses explications, euh, donc après il est passé directement aux solutions, à savoir le kiné et même l'ostéopathie, il m'a orienté vers un ostéopathe, voilà, j'espère avoir été assez précis...

I : c'est très bien, y a pas de problème, est ce que vous aviez déjà eu mal au dos, avant, par le passé, parce que là vous me disiez que vous aviez des douleurs tous les jours, mais est ce qu'il y avait des épisodes où vous aviez des douleurs plus intenses ?... des périodes ?

P :mumh... c'était quand même très régulier, après de là à dire tous les jours, non, mais je dirais quand même 3 à 4 fois/ semaine quand même...

I : et quand cela a-t-il débuté ?

P : ca a débuté il y a plusieurs années, ca fait 5- 6 ans que j'ai mal au dos de façon régulière

I : d'accord, de manière régulière, par intermittence... est ce que vous avez une activité physique ?

P: je fais de la course à pied, donc 2 fois/ semaine, 45 min à chaque sortie, plus de temps en temps du vélo tout terrain.

I : d'accord, donc vous êtes quand même sportif ?

P : ca va, j'essaie de compenser ma sédentarité...

I : de votre travail...

P : voilà...

I : est ce que vous aviez déjà passé des radios du dos, ou scanner ?

P : oui, euh, à l'adolescence, donc elles étaient relativement vieilles, donc oui, oui, à l'âge de 16 ans, à peu près

I : et on l'avait déjà demandé parce que vous aviez des douleurs en bas du dos ?

P : euh, c'était pour suivre une scoliose

I : donc vous aviez un début de scoliose quand vous étiez plus jeune ?

P : oui, c'est ca, c'est ca donc du coup, ca s'était un peu amélioré au niveau scoliose mais les disques L4, L5 ca s'étaient pas présent à l'âge de 16 ans, l'écrasement des disques L4-L5 n'existaient pas.

I : et votre scoliose, à ce moment avez été traité, vous aviez fait du kiné...

P : euh, j'ai fait de la natation, mais j'ai pas fait de kiné...

I : bon, et bien c'était une bonne chose. Par rapport à l'épisode récent, pour lequel vous avez consulté Dr D., quel a été l'impact sur votre profession, sur votre vie de famille ? par rapport à ce mal de dos ?

P : euh, sur ma profession, j'ai changé mes habitudes, ma position, ma posture au travail, j'ai regardé l'écran... comment dire... j'ai surélevé mon écran un tout petit peu pour l'avoir au niveau de la hauteur des yeux, donc les yeux visaient la partie haute de l'écran, euh... j'ai mis mes coudes à 90°, un angle de 90°

I : donc vous avez du remonter la hauteur de votre chaise...

P : c'est tout à fait ca, pour redresser mon dos, et j'ai veillé à bien mettre les fesses dans le fond de la chaise

I : pour vous tenir le plus droit possible !!

P : c'est ca, voilà, c'est ca, sinon, je me suis forcé à redresser le buste au quotidien, pour éviter d'avoir les épaules qui s'avachissent en fait

I : donc ca vous essayé de l'appliquer au quotidien

P : au quotidien, ouais, donc ca c'est l'ostéopathe et la kiné qui m'ont conseillé de faire ça, je fais des étirements tous les soirs pour travailler les muscles au niveau des épaules et puis la souplesse des épaules, je m'étire avec une corde

I : donc ça c'est l'ostéopathe qui vous l'avait recommandé ?

P : euh oui, ça c'est l'ostéopathe, parce que je suis d'abord, en phase aigue je suis d'abord allé voir l'ostéopathe, et ensuite la kiné

I : en phase aigue, vous appelez la phase aigue, combien de jour après le début des douleurs intenses ?

P : euh, la phase aigue, entre une semaine et 15 jours

I : et cette phase aigue, elle avait été déclenchée par quelque chose ?

P : euh, non... non, non, non, j'ai pas identifié les causes, j'ai pas porté de charges lourdes, j'ai pas eu d'accident non plus, non... elle est vraiment apparue comme ça

I : d'accord, pas de période de stress de fatigue ou de chose comme ca ?

P : alors ca, c'était avant les vacances du mois de juillet, donc c'est possible qu'il y ait eu un peu de fatigue, quand même, dans l'air...

I : d'accord, donc pas de grand facteur déclenchant retrouvé

P : non, non, j'essaie de réfléchir mais non... c'est pas venu

I : d'accord, donc dans les quelques jours suivant cet épisode un peu plus aigu, vous avez consulté l'ostéopathe et qu'est ce qu'il vous a fait ?

P : alors, qu'est qu'il m'a fait ? en manipulation, il m'a... alors ca va être un peu simpliste, mais il m'a fait craquer le bas du dos... il s'est mis sur moi avec les paumes de la main, il a fait craquer les vertèbres

I : et pour vous ça représente quoi, qu'il est fait craquer les vertèbres ? ça a fait quoi dans votre corps ?

P : euh... je pense que ça a décoincé quelque chose parce que je me sentais beaucoup plus souple après la consultation, moins de raideur dans le dos, j'ai quand même eu mal dans le dos 7 jours

après la consultation, je l'ai vu une semaine après, donc c'était des séances assez rapprochées, il m'a remanipulé et là j'avais encore plus de souplesse, je dirais que la phase aigue a disparu suite à ses 2 séances, je prenais également des décontractants musculaires, que le Dr D. m'avait prescrit, des antidouleurs... donc ça m'a quand même soulagé au niveau douleur, après c'est le kiné qui je dirais a contribué à améliorer sur le long terme la douleur

I : vous avez fait beaucoup de séances de kinésithérapie ?

P : alors, je suis à ma 15ème, à peu près et j'en fais toujours...une fois/ semaine.

I : d'accord, vous trouvez qu'il y a toujours de l'évolution ?

P : oui, oui, ben sûr

I : qu'est ce que vous attendiez de l'examen radiologique, de l'imagerie ?

P : euh, j'attendais... qu'il identifie les causes de mes douleurs, et comment dire...

I : qu'est ce que vous vous attendiez à voir sur cette radio ?

P : j'attendais, je m'orientais plus vers le problème de la scoliose qui serait revenu, plutôt qu'un pincement de disque, sincèrement je ...

I : plus par rapport à vos antécédents qui seraient...

P : voilà, par rapport à la croissance aussi, mais un pincement de disque ca me venait pas à l'idée. C'était la surprise...

I : d'accord, qui était à l'initiative de la radio, c'était le Dr D. ou c'est vous qui lui avez demandé ?

P : non, c'était Dr D. qui l'a demandé

I : donc c'était votre médecin, d'accord, est ce que ça a permis une comparaison avec vos radios antérieures, est ce qu'on a comparé les 2 radios ?

P : oui, on a comparé les 2 radios...

I : vous aviez ramené l'ancienne ?

P : ouais, ben il l'avait toujours dans ses archives, par contre y avait pas, du coup, y avait pas tellement, vraiment de lien entre les ... y avait juste la scoliose qui était encore présente, mais il a pas pu suivre je dirais l'évolution des pincements, des disques, parce qu'ils existaient pas, y avait vraiment aucun endommagement, dans cette partie du dos, aucun dommage, voilà

I : donc il y avait quand même une évolution ? il y avait quand même un changement ?

P : au niveau de la scoliose oui, mais... oui il y avait une évolution, oui c'est-à-dire au niveau des pincements, ouais mais je voulais dire évolution dans le sens où le pincement ne s'est pas aggravé, enfin il s'est aggravé mais, comment expliquer... il n'existait pas de pincement initial, qui se serait aggravé dans le temps, alors je sais pas si je m'exprime bien... euh, donc il n'y avait pas de pincements au tout départ, sur la première radio, donc il n'y a pas eu de radio intermédiaire pour voir l'évolution de ce pincement

I : d'accord, il n'y a pas eu de contrôle radio durant une longue période, pour suivre de près l'évolution

P : voilà

I : est ce que vous pensez que le fait de faire une radio c'est nécessaire pour consulter un spécialiste ? un rhumatologue, un ostéopathe...

P : je pense, oui, je pense, ça permet d'identifier le problème à mon sens, je pense que oui

I : donc vous pensez qu'on ne peut pas consulter un spécialiste, un ostéopathe, un rhumatologue sans avoir fait de clichés radiologiques ?

P : ouais, je pense que pour moi, ça me paraît en effet indispensable, au toucher je pense que c'est assez délicat à déceler, ce genre de pathologie.

I : et est ce que votre ostéopathe à réclamer la radio ?

P : oui, oui, il me l'a réclamé oui...

I : d'accord, il ne voulait pas vous manipuler sans avoir vu la radio ?

P : au niveau du bas du dos, à vrai dire, il m'a demandé la radio d'emblée, mais il m'a pas dit : j'ai pas le droit de vous manipuler sans radio, par contre au niveau cervicalgie, il m'a obligé à passer un doppler des artères cervicales avant de me manipuler, mais je crois que c'est pas votre sujet la cervicalgie...

I : tout à fait... et vous aviez la radio avant qu'il vous manipule pour le bas du dos ?

P : oui... oui

I : alors, qu'est ce que vous avez compris de la radio, du compte rendu, des images ?

P : euh, alors le Dr D. m'a montré la radio, il me l'a commenté, donc il m'a montré la zone, donc il m'expliquait où se situait le disque L4 et L5, les 2 vertèbres, il m'a montré le coussin situé entre les 2 vertèbres, et son épaisseur qui a diminué par rapport au coussin qu'il y avait au dessus, qu'il y avait sur les autres vertèbres

I : donc là vous avez vu la différence sur l'image, il vous a montré l'image ?

P : oui, ouais

I : est ce que vous aviez regardé les images avant d'aller voir Dr D. ?

P : non, non

I : et vous aviez regardé, lu, le compte rendu ?

P : et oui, j'ai lu le compte rendu quand même, j'ai lu le compte rendu...

I : et vous en avez compris quoi ?

P : j'ai compris que... ben j'ai compris qu'il y avait un pincement, ça me parlait déjà un tout petit peu mais après, la localisation précise du problème, euh, non j'avais pas de vision très éclairé mais j'ai compris qu'un pincement c'est ça qui engendrait les douleurs, de façon très généraliste, j'ai pas... j'avais pas une vision très prononcée de la chose.

I : et le pincement pour vous, en quoi ça engendre les douleurs ?

P : euh, pincement... alors là c'est évident... ben je pense que les coussins ont un rôle d'amortissement, du coup si l'amortissement il est moindre, du coup les vertèbres se tapent entre elles, se choquent, et c'est ça qui engendreraient les douleurs

I : donc c'est plus la collision entre les vertèbres, qui engendreraient les douleurs ?

P : ouais, ouais.

I : d'accord, est ce que vous avez jugé le résultat inquiétant ? quand vous avez eu le résultat de radio, la radio ?

P : alors, je me suis dit, oui, je me suis que c'était inquiétant, étant donné que je suis relativement jeune, et que ce genre de pathologie, on l'a surtout sur des personnes qui ont un certain âge , qui sont soit usés par le travail, après avoir porté des charges assez lourdes, donc je me suis dit qu'il fallait que je prenne la chose en main, quand même, quand même assez tôt, voir même immédiatement, et d'ailleurs, j'ai tout de suite demandé au Dr D. si c'était résorbable ou entre guillemet réparable, il m'a dit, ben il m'a dit que avec le kiné, ça allait quand même considérablement améliorer quand même, mon quotidien, mais que la pathologie resterait bien présente , sur le long terme. Donc j'ai fait du kiné, enfin je fais toujours du kiné pour garder une certaine souplesse.

I : on peut améliorer votre symptomatologie, mais qu'on pourrait pas modifier le...

P : ben, c'est-à-dire que le pincement lui-même, on pourrait pas le faire disparaître totalement, c'est ce qu'il m'a dit.

I : c'est ce que vous avez compris, donc qu'on pourrait améliorer vos douleurs

P : voilà, tout à fait, c'était pas définitif... les douleurs

I : est ce que vous avez fait des recherches personnelles, est ce que vous en avez parlé à votre entourage ?

P : j'ai demandé, oui j'ai demandé à mes parents, ben déjà au niveau de la scoliose, c'est ma mère qui a déjà eu une scoliose, par contre au niveau pincement, je l'ai questionné, au niveau du pincement du disque mais, ils m'ont dit que eux n'étaient pas concernés par le problème que eux n'avaient pas de pincement, donc je me suis arrêté là au niveau familial, j'ai pas fait de recherche plus étendue...

I : d'accord, vous n'avez pas discuté avec eux, plus que ça, de ce que ça pouvait être

P : j'ai demandé, s'ils avaient souvenir d'un accident que j'aurais pu avoir, d'une chute...mais non, ils n'avaient pas le souvenir de quelque chose, c'est tout. Après dans mon entourage j'en ai parlé vaguement, je me suis pas attardé sur le problème, au travail, il a fallu quand même que je justifie certaines absences, certaines journées d'absences liées à mes douleurs de dos, donc j'ai dû expliquer voilà que j'avais un pincement au niveau des disques et j'allais faire des séances de kiné pour améliorer tout ça.

I : vous avez dû être en arrêt de travail ?

P : non, j'ai simplement loupé des jours par ci par là, quand vraiment c'était intense, quand j'étais bloqué... mais avec les anti-douleurs, ça me permettait de faire mes journées.

I : donc vous avez eu des décontractants musculaires, des anti-douleurs, vous avez eu un autre traitement ?

P : alors je réfléchis, des décontractants, des anti-douleurs, oui c'est tout je crois

I : vous n'avez pas eu d'anti inflammatoires, à ce moment là?

P : ah si, ah si j'oubliais, oui, oui, pardon, j'ai eu un anti-inflammatoire aussi

I : d'accord, est ce que vous pensez que des personnes qui n'auraient pas mal au dos, asymptomatique, s'ils passaient une radio, si on leur faisait passer une radio du dos, est ce qu'ils pourraient avoir le même résultat que vous ?

P : euh, ouais, je pense....

I : et pourquoi vous pensez ça ?

P : parce que je sais que les personnes qui ont un dos plus musclés, souffrent moins, se plaignent moins de douleurs, je sais que les muscles ont un rôle important dans les douleurs de dos, je pense qu'ils peuvent très bien avoir un pincement de disque et ne pas en souffrir, du fait de leur activité.

I : d'accord, dans ça c'est peut être des choses, que vous allez devoir améliorer ?

P : euh, l'activité, oui, bien sûr, le kiné m'a fortement conseillé de faire du sport, pour me muscler le dos

I : car vous faites peut-être beaucoup d'activité d'endurance, mais peu de travail de renforcement musculaire...

P : voilà c'est ça, le dos travaille pas tant que ça et au contraire, il peut quand même souffrir pendant l'endurance avec les chocs.

I : et ça c'est votre kiné qui vous l'a dit ?

P : oui c'est mon kiné, qui m'a dit... par contre Dr D. je lui ai demandé si mon activité sportive était incompatible avec ma symptomatologie, il m'a dit que l'endurance, c'était pas terrible en effet, il fallait peut être que je réfléchisse à un autre sport

I : par rapport aux chocs ?

P : oui, par rapport aux chocs engendrés par la course

I : et vous courez sur quel type de terrain ?

P : je cours pas sur route, je cours sur terrain movable, sur des pierres, sur de l'herbe

I : terrain plutôt instable

P : je change de chaussures de running une fois/an, c'est mon kiné qui m'a recommandé de changer de chaussures régulièrement, ce que je faisais déjà avant, mais...bon ça c'est un petit plus quoi

I : si on revient un peu à l'explication de radio avec votre médecin, est ce qu'il a regardé tout de suite la radio, ou seulement le compte rendu, est ce qu'il vous a montré les planches, expliqué les planches ?

P : le médecin a d'abord lu le compte rendu en intégralité, il a ensuite regardé les radios et donc après il m'a montré les radios, et il a parcouru avec moi le compte rendu, et à chaque point du compte rendu, il essayait de reporter le problème sur la radiographie, voilà

I : vous m'avez aussi parlé de radio du bassin et du rachis, vous n'avez rien retenu de particulier sur le bassin ?

P : y avait rien de particulier sr le bassin, c'est vraiment focalisé sur la partie L4-L5

I : d'accord, ok. Donc l'explication avec votre médecin s'est faite de visu, lors d'une consultation ?

P : c'est ça, oui.

I : d'accord, alors est ce vous auriez quelque chose à rajouter concernant l'imagerie, son interprétation, la radio...

P : euh...non... du coup, à la suite de cette consultation là, ben j'ai bien compris ce que j'avais et de quoi je souffrais, les causes, non pour moi c'était vraiment clair...

I : comment améliorer les choses ? Votre médecin vous a aussi apporté des éléments, des réponses ?

P : oui, au niveau des solutions à apporter, euh, je dois juste préciser que le kiné m'a conseillé d'aller voir un podologue, donc à la suite de ça, j'ai revu le Dr D. que m'a prescrit une ordonnance pour un bilan podologique, chez le podologue, donc maintenant je porte des semelles orthopédiques.

I : d'accord, vous avez déjà vu le podologue et il vous a confectionné des semelles, et lors de la consultation avec le podologue, il vous a expliqué quelque chose, concernant les semelles et le mal de dos ?

P : euh, le podologue m'a expliqué que j'avais les voutes plantaires, qui se dirigeaient vers l'intérieur, en fait les chevilles, voilà...donc les semelles permettent de surélever un petit peu l'intérieur du pied, voilà de l'angle du pied, après le podologue m'a expliqué que j'avais une épaule plus haute que l'autre et que... c'est tout.

I : et que ces semelles allaient pouvoir rééquilibrer les choses ou pas ?

P : euh, oui, il m'a expliqué... également le bas du dos, ça allait peut être me soulager au niveau des douleurs, après il m'a dit on se revoit dans un an, pour faire un bilan de tout ça

I : et par quel moyen il vous a dit que ça allait soulager les douleurs du bas du dos, qu'est ce que ça allait faire ? les semelles...

P : les semelles, il m'a dit des les porter en permanence et ça allait rééquilibrer les pieds, et puis lors de la marche j'allais être plus stable et donc au niveau posture j'allais me redresser

I : ça va vous permettre de vous tenir un peu plus droit, c'est ce que vous avez compris ?

P : c'est ça, oui, c'est ce que j'ai compris

I : très bien, alors est ce qu'il y a d'autres éléments donc vous aimeriez parler avec votre médecin traitant lorsque vous le reverrez la prochaine fois ?par rapport à votre dos ?

P : euh, ben je pense que dans ... dans 1 an, 2 ans, voir, repasser une radio pour voir éventuellement comment évolue la situation, notamment si les douleurs persistent, j'aimerais bien aussi reparler de mon activité sportive avec le médecin

I : parce que là, vous l'avez ralentie ?

P : je l'ai ralentie, je l'ai ralentie, je fais plus de vélo du coup, c'est moins brutal, je fais aussi plus d'étirements au quotidien, des étirements.

I : et ça, ça vous a été conseillé par le médecin, par le kiné, l'ostéopathe ?

P : plutôt l'ostéopathe, mais le kiné aussi me conseille aussi de persister dans cette voie.

I : donc les 2 praticiens que vous avez vus étaient...

P : oui, ils étaient plutôt sur la même longueur d'onde

I : d'accord, est ce que vous pensez qu'il serait intéressant de faire d'autres examens un peu plus poussés ?

P : si vraiment les douleurs étaient plus importantes, et si le médecin juge que c'est utile, pourquoi pas, sinon...

I : aujourd'hui, vous ne pensez pas forcément qu'il faille faire un examen supplémentaire ?

P : non, pas aujourd'hui

I : mais dans 2 ans, vous voudriez voir l'évolution, si j'ai bien compris ?

P : ouais pour le suivi, pour pas que ça s'aggrave

I : même si vous n'avez plus mal au dos ?

P : ouais, il serait intéressant de repasser des examens pour surveiller l'évolution, je pense

Le patient lombalgique et l'image de son rachis : perceptions et représentations recueillies après la consultation avec son médecin généraliste

RÉSUMÉ

Objectif : Explorer les perceptions et représentations des patients souffrant de lombalgie commune vis à vis de l'imagerie du rachis lombaire après discussion avec le médecin généraliste.

Matériels et méthodes : Etude qualitative réalisée par deux investigateurs, par entretiens individuels semi dirigés de patients adultes atteints de lombalgie commune aiguë ou subaiguë ayant passés une radiographie standard du rachis lombaire interprétée avec le médecin généraliste. L'analyse thématique des verbatims a été conduite et triangulée.

Résultats : 19 patients ont été inclus de décembre 2014 à janvier 2016. La demande d'imagerie était motivée par la recherche de la cause de la douleur, sa persistance, le caractère récidivant ou le besoin de réassurance. Les patients regrettaient le manque de communication et de réassurance du radiologue, et faisaient des recherches sur Internet. L'explication de la radiographie par le MG était jugée rassurante et satisfaisante par la majorité des patients. L'arthrose et le pincement discal étaient souvent banalisés par le MG, qui soulignait leur caractère irréversible et incurable. Suite à cette interprétation, les patients prenaient conscience de l'importance de l'hygiène vertébrale. Les patients ne voyaient pas l'intérêt de réaliser d'autres examens en supplément de la radiographie sauf si les douleurs persistaient. Une bonne partie des patients n'était pas en attente de consultation spécialisée grâce à la réassurance du résultat radiologique.

Conclusion : L'interprétation de la radiographie du rachis lombaire par le MG a été jugée satisfaisante et rassurante, limitant la demande d'imagerie complémentaire et le recours aux spécialistes. La découverte d'anomalies radiologiques bénignes a permis une prise de conscience des patients de l'importance de l'hygiène vertébrale. La radiographie pourrait être considérée comme un outil complémentaire d'éducation thérapeutique.

Mots-clés : lombalgie, imagerie, représentations

The patient suffering from low back pain and the image of his spine : perceptions and representations registered after meeting with the general practitioner

ABSTRACT

Objective : To explore the perceptions and beliefs of patients suffering from non specific low back pain about the imagery of lumbar spine after discussion with the general practitioner (GP).

Methods : Qualitative study conducted by two investigators, with semi-directed interviews of adult patients with acute and subacute non specific low back pain who had a standard radiography of the lumbar spine interpreted with the GP. The analyse of the verbatims was conducted and triangulated.

Results : 19 patients were included from december 2014 to january 2016. The demand of imagery was motivated by the research of the pain's origin, its persistence, its relapse or the need for reassurance. The patients regretted the lack of communication with the radiologist, and did researches in Internet. The radiography's explanation by the GP was judged reassuring and satisfying by the majority of patients. The arthrosis and the disc space narrowing were often banalized by the GP, who notified their irreversible and incurable characteristics. After this interpretation, the patients were aware of the importance of the vertebral hygiene. The patients weren't concerned with making more exams than the radiography but only if the pain persisted. Lot's of patients didn't wait of a specialized consultation because of the reassurance of the radiography's result.

Conclusion : The interpretation of the radiography of the lumbar spine by the GP was judged satisfying and reassuring, limiting the demand of complementary imaging and the delay for specialized physicians. The discovery of benign abnormalities in the imagery has permit that the patients were more aware of take care of their back. The radiography could be considered as a complementary therapeutic tool.

Keywords : low back pain, imagery, perception