

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Elodie Fresnais-Canevet

Née le 30 septembre 1983 à Châteaubriant

Présentée et soutenue publiquement le : 26 mars 2013

***EVALUATION DE L'OBSERVANCE ET DE LA NON OBSERVANCE DES
RECOMMANDATIONS POUR LA PRESCRIPTION D'IMAGERIE
RACHIDIENNE PAR LES MEDECINS GENERALISTES***

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Madame le Docteur PETIT Audrey

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Elodie Fresnais-Canevet

Née le 30 septembre 1983 à Châteaubriant

Présentée et soutenue publiquement le : 26 mars 2013

***EVALUATION DE L'OBSERVANCE ET DE LA NON OBSERVANCE DES
RECOMMANDATIONS POUR LA PRESCRIPTION D'IMAGERIE
RACHIDIENNE PAR LES MEDECINS GENERALISTES***

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Madame le Docteur PETIT Audrey

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Pr. RICHARD

Vice doyen recherche

Pr. BAUFRETON

Vice doyen pédagogie

Pr. COUTANT

Doyens Honoraire : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraire : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

MM	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophthalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie

MM	VERNY Christophe	Neurologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur de thèse :

Madame le Docteur PETIT Audrey

Membres du jury :

Monsieur le Professeur LEGRAND Erick

Madame le Docteur PETIT Audrey

Madame le Docteur RAMOND-ROQUIN Aline

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-François Huez,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Aux Professeurs Erick Legrand et Yves Roquelaure, au Docteur Aline Ramond-Roquin,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Au Docteur Audrey Petit,

Merci de m'avoir proposé ce travail, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de l'avoir fait avec patience et gentillesse.

A Julie Bodin et Fabien le Marec, statisticiens au Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail,

Merci pour votre travail concernant la partie statistique de cette thèse.

Aux médecins généralistes qui ont pris le temps de m'accueillir,

Merci d'avoir répondu au questionnaire et d'avoir rendu ce travail possible.

Aux médecins qui m'ont accompagnée lors de ma formation, et tout particulièrement au Docteur Catherine de Casabianca,

Merci de m'avoir confortée dans mon désir d'exercer la médecine générale.

A David,

Merci pour ton amour et ton soutien si précieux depuis toutes ces années. Je suis heureuse de partager ma vie avec toi...

A Clément,

Merci pour ton sourire qui égaye chacune de mes journées. Tu m'émerveilles chaque jour, tu es mon plus grand bonheur...

A mes parents et à ma petite Soeurette,

Merci d'avoir toujours été là pour moi, pour me soutenir et me motiver tout au long de mes études et dans ma vie. Je n'en serais pas là sans vous aujourd'hui.

Un grand merci aussi à toute ma famille, à ma belle-famille et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ma formation, amis, équipes soignantes, patients...

LISTE DES ABREVIATIONS

ACOEM : American College of Occupational and Environmental Medicine

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

TDM : Tomodensitométrie

SOMMAIRE

I. Introduction	10
II. Matériels et méthode	11
III. Résultats	16
IV. Discussion	23
V. Conclusion	30
VI. Références bibliographiques	31
VII. Tables des matières	34
VIII. Documents annexés à la thèse	35

I. Introduction

Les lombalgies représentent un coût de santé publique conséquent, en particulier les examens radiologiques réalisés pour les explorer. Ces imageries sont parfois injustifiées puisque la plupart des lombalgies ont une évolution favorable en quelques semaines[1]. La complexité des situations et de leur évolution, ainsi que les éléments de l'anamnèse peuvent influencer la prescription d'imagerie. De même, un choix peu pertinent d'imagerie peut amener à renouveler les explorations. Or, il est établi que l'absence d'imagerie précoce est à l'origine de retards diagnostiques et qu'à l'inverse, le renouvellement d'imageries injustifiées peut être délétère pour le patient dans le cas de la pathologie rachidienne. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a publié en 2000 des recommandations à propos du diagnostic et de la prise en charge des lombalgies aigües[2] et chroniques[3]. L'objectif du présent travail a consisté à étudier l'observance ou la non-observance de ces recommandations en médecine générale dans trois départements des Pays de la Loire. Le but a donc été de cibler les circonstances amenant les praticiens à "s'écartier" des recommandations, pour sensibiliser ces médecins aux situations les mettant le plus souvent en difficulté.

II. Matériaux et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle réalisée par questionnaire en face à face, de la prescription des examens complémentaires d'imagerie par les médecins généralistes en fonction de situations de symptomatologie lombaire.

1. Réalisation des vignettes cliniques

Un questionnaire sur les intentions de prescriptions a été élaboré à partir de sept cas cliniques théoriques de lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques. Ces vignettes exposaient des situations communément rencontrées en pratique quotidienne de médecine générale. Face à chacune des situations cliniques, deux questions ont été posées aux médecins participants :

« *Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?* ».

Les cas cliniques proposés étaient les suivants :

a. Première vignette : cas clinique évolutif en 4 étapes :

Un épisode initial de lombalgie aiguë commune sans radiculalgie survenant après un effort déclenchant, chez un manutentionnaire de 36 ans.

Cette situation évoluait, à six semaines de traitement médical, vers une lombalgie subaiguë sans radiculalgie et avec un syndrome rachidien modéré. La remplaçante du médecin avait prescrit, lors d'une consultation intermédiaire, des clichés radiologiques standards. Ces derniers étaient sans particularité hormis des discopathies L4-L5 et L5-S1, d'allure dégénérative commune.

La symptomatologie évoluait trois mois plus tard vers une lombosciatique non compliquée. Enfin, après quinze jours de traitement médical bien suivi, la situation n'avait pas évolué.

b. Vignettes suivantes : cas cliniques en une étape :

La deuxième situation était celle d'une lombalgie d'horaire inflammatoire dans un contexte de fébricule chez une jeune diabétique.

Un cas clinique de lombalgie aiguë d'horaire inflammatoire avec une asthénie chez un patient de 53 ans tabagique était ensuite développé (situation 3).

La quatrième vignette présentait une femme ménopausée, mince, au décours d'un effort, souffrant d'une lombalgie aiguë.

La patiente de 76 ans illustrant la 5^{ème} situation avait pour seul antécédent une cure de hernie discale. Elle consultait le médecin pour une récidive de lombalgie mécanique isolée, avec un facteur déclenchant.

Le sixième patient était un homme âgé de 84 ans, polyvasculaire, avec une lombalgie irradiant vers les deux membres inférieurs et une limitation de son périmètre de marche.

Quant à la dernière situation, il s'agissait d'un homme jeune avec une lombalgie inflammatoire et fessalgies bilatérales. Plusieurs antécédents du même type et des talalgies inflammatoires étaient retrouvés, avec une réponse spectaculaire aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

2. Réponses attendues suivant les vignettes

Pour chaque vignette clinique, il a été établi une « réponse attendue » en s'appuyant sur les Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2000. Le tableau I rapporte les diagnostics à évoquer et les « prescriptions d'imagerie attendues » pour chaque vignette.

Tableau I. Pathologies suspectées et prescription d'imagerie attendue.

Vignettes	Pathologie suspectée	Prescription	Examen attendu
1a	Lombalgie aigue commune	non	aucun
1b	Lombosciatique subaiguë commune	non	aucun
1c	Lombosciatique non compliquée	non	aucun
1d	Lombosciatique chronique déjà explorée par des radiographies standards	non	aucun
2	Spondylodiscite infectieuse	oui	IRM lombaire
3	Lésion vertébrale secondaire à une néoplasie primitive pulmonaire	oui	Radiographie standard du rachis dorso-lombaire face et profil
4	Fracture vertébrale d'origine ostéoporotique	oui	Radiographie standard du rachis dorso-lombaire face et profil et bassin de face
5	Récidive d'une hernie discale / fracture ostéoporotique	oui	Radiographie standard du rachis dorso-lombaire face et profil et bassin de face
6	Canal lombaire rétréci	oui	TDM lombaire
7	Spondylarthropathie	oui	Radiographie standard du rachis complet face et profil et bassin de face + incidence sacro-iliaque

3. Médecins interrogés et organisation des entretiens

Les praticiens interrogés étaient des médecins généralistes exerçant en Sarthe, en Mayenne et en Maine et Loire. Le recrutement initial s'est fait à partir d'une liste de tous les médecins généralistes des trois départements. Des appels téléphoniques auprès des secrétariats médicaux ou des médecins eux-mêmes ont été réalisés de manière aléatoire. A chaque appel, l'objectif de la thèse, le mode de questionnaire, ainsi que la durée de l'entretien étaient précisés. Après de nombreux appels, très peu de rendez-vous ont été fixés.

Il a secondairement été envoyé un message électronique aux médecins généralistes encadrant des étudiants en médecine de la Faculté d'Angers, de l'externat à l'internat. Ce courrier a été transmis, en accord avec le Département de Médecine Générale d'Angers, aux praticiens par la liste d'adresses électroniques du secrétariat de troisième cycle. Il expliquait le but du travail de thèse, la forme du questionnaire construit à partir de vignettes cliniques à

question simple de manière à obtenir des réponses spontanées. Il précisait également que l'entretien était anonyme et se déroulait au cabinet des médecins, en moins de quinze minutes. Après ce message électronique, une dizaine de praticiens ont proposé d'organiser des rendez-vous. Lors de ces échanges, il était systématiquement demandé au praticien d'en parler avec ses éventuels associés.

Dans un second temps, un contact a été repris auprès des secrétariats médicaux des praticiens à qui le courrier électronique avait été envoyé. La majorité des entretiens ont été fixés de cette manière, toujours en accord avec le médecin, soit organisé directement avec lui, soit avec les secrétaires, le plus souvent sur une plage de consultation.

Le recrutement des médecins remplaçants a été réalisé après l'envoi d'un courrier électronique. Les volontaires ont été interrogés à domicile, sur leur lieu de travail ou par un échange électronique direct grâce au logiciel Skype (à quatre reprises).

La première partie du questionnaire explorait les caractéristiques des médecins et leur mode d'exercice :

- sexe ;
- tranche d'âge entre 25 et 34 ans, 35 et 44 ans, 45 et 54 ans ou 55 ans et plus ;
- lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain ;
- mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe, remplacement, activité mixte avec fonction hospitalière ;
- fonction d'encadrement : aucune, un externe, un interne en stage praticien, un interne en stage d'autonomie supervisée ;
- formation médicale continue : présente ou absente ;
- antécédent personnel de rachialgies, avec si oui, des modifications de prise en charge ou non des patients lombalgiques ;
- nombre de consultations en moyenne sur 10 abordant les lombalgies, même s'il ne s'agit pas du motif principal de la consultation.

Ces caractéristiques semblaient pouvoir influencer les choix de prescription d'imagerie devant une lombalgie.

4. Déroulement de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2011 à février 2012, toujours sur le même mode. Le travail de thèse et ses objectifs, ainsi que le mode de questionnaire étaient

rapidement rappelés. Sept feuilles imprimées étaient remises aux médecins en main propre. Chaque feuille comportait une situation clinique. L'ordre de présentation des cas cliniques était conservé d'un médecin à l'autre. Le plus souvent, le médecin lisait à haute voix la vignette et répondait de manière spontanée aux questions posées en précisant ou non sa réponse. Les réponses aux questions ainsi que les éléments de réponses complémentaires ont été recueillis sur feuille vierge avec un numéro d'anonymat pour chaque médecin. La partie descriptive du médecin était toujours remplie en fin d'entretien.

5. Analyse statistique

Le report des résultats obtenus a été réalisé dans un tableau Excel avec, en colonne, les numéros d'anonymat des médecins ; en ligne, les caractéristiques des médecins, leurs réponses aux différentes situations ainsi que des données qualitatives complémentaires éventuelles.

L'analyse statistique a été réalisée à partir des tests du Chi 2, de Fisher et de Student. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

III. Résultats

La population totale de l'étude était de 81 médecins généralistes pratiquant en Sarthe, Maine et Loire ou Mayenne. L'ensemble des médecins interrogés a accepté de répondre à la totalité des questions posées : aucun questionnaire n'a été écarté.

Le nombre de refus de participation n'a pas été comptabilisé : certaines secrétaires ont refusé pour les médecins qui les emploient, certains refus ont été directs de la part des médecins par faute de temps ou par le peu de patients concernés dans leur patientèle par les lombalgie (homéopathe, pratique orientée vers la gynécologie ou la pédiatrie). Certains refus ont été indirects : impossibilité de joindre les cabinets ou les médecins malgré les relances téléphoniques.

1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques globales des 81 médecins incluent dans l'étude sont présentées dans le tableau II. Cinquante-huit pour cent des participants étaient des hommes contre 42 % de femmes. L'ensemble des tranches d'âge étaient représentées avec une plus faible proportion de médecins âgés de 35 à 44 ans. A peine 20% des médecins interrogés étaient des remplaçants et les médecins installés pratiquaient pour près de 3/4 d'entre eux dans des cabinets de groupe. Les médecins ont pu être questionnés en milieu rural (29 participants) comme en milieu semi-rural ou urbain (36 médecins).

Concernant la formation médicale continue, 90,1 % des médecins interrogés ont déclaré suivre une formation. Celle-ci pouvait-être écrite par la lecture de revues, ou bien orale sous la forme de congrès, de réunions de groupes de pairs ou bien encore par l'utilisation de l'outil informatique.

A la question sur les antécédents de « problèmes de dos », plus de la moitié des médecins ont répondu en avoir déjà fait l'expérience, et parmi eux la même proportion pense que cela a pu modifier leur manière de prendre en charge les patients lombalgiques.

Tableau II. Caractéristiques de la population étudiée.

		Ensemble (N=81)	
		n	%
Sexe	Homme	47	58
	Femme	34	42
Age	De 25 à 34 ans	23	28.4
	De 35 à 44 ans	14	17.3
	De 45 à 54 ans	22	27.2
Milieu de travail	Plus de 55 ans	22	27.2
	Rural	29	35.8
	Semi-rural	20	24.7
	Urbain	16	19.8
Conditions d'exercice	Remplacements	16	19.8
	Cabinet de groupe	58	71.6
	Seul	7	8.6
Formation médicale continue	Remplacements	16	19.8
	Non	8	9.9
	Oui	73	90.1
Antécédent de problème de dos	Non	36	44.4
	Oui	45	55.6
Modification de la prise en charge (si antécédent de rachialgie)	Non	20	44.4
	Oui	25	55.6
Pourcentage de consultation pour lombalgie		17,1	-

2. Résultats quantitatifs

Le nombre de prescription moyen était de 3,94 examens d'imagerie et la médiane de 4 pour l'ensemble des sept vignettes cliniques. Le minimum d'examens prescrits par un médecin pour l'ensemble des situations était de zéro et le maximum de sept, pour un score attendu de 6.

En se basant sur le chiffre médian de prescription qui était de 4, on a pu étudier la distribution des médecins suivant leurs caractéristiques. Ainsi, il y avait 51,6 % d'hommes chez les médecins ayant un score de prescription inférieur à 4, contre 62,0% chez ceux ayant

un score supérieure à 4 : cette différence était non significative ($p = 0,357$). Il en était de même chez les femmes. Le sexe n'influençait donc pas le score de prescription.

L'étude du score de prescription dans chaque tranche d'âge n'a pas mis en évidence de différence significative entre la tranche d'âge du médecin ($p = 0.145$) mais une tendance à la moindre prescription chez les 25-34 ans. Néanmoins, les médecins pratiquant en milieu rural prescrivaient significativement moins d'examens complémentaires radiologiques que les médecins installés en zone urbaine ou semi-rural ($p=0.005$), ainsi que les remplaçants.

Tableau III. Distribution comparative du nombre de prescription des médecins, selon leurs caractéristiques.

Caractéristiques des médecins	< 4 (n=31)		≥ 4 (n=50)		p*	
	n	%	n	%		
Sexe	Hommes	16	51.6	31	62.0	0.357
	Femmes	15	48.4	19	38.0	
Age	De 25 à 34 ans	12	38.7	11	22.0	0.145
	De 35 à 44 ans	2	6.5	12	24.0	
	De 45 à 54 ans	9	29.0	13	26.0	
	Plus de 55 ans	8	25.8	14	28.0	
Milieu de travail	Rural	16	51.6	13	26.0	0.005
	Semi-rural	4	12.9	16	32.0	
	Urbain	2	6.5	14	28.0	
	Remplacements	9	29.0	7	14.0	
Conditions d'exercice	Groupe	19	61.3	39	78.0	0.227 [†]
	Seul	3	9.7	4	8.0	
	Remplacements	9	29.0	7	14.0	
Activité mixte / hospitalière	Non	26	83.9	41	82.0	0.829
	Oui	5	16.1	9	18.0	
Formation médicale continue	Non	6	19.4	2	4.0	0.049 [†]
	Oui	25	80.6	48	96.0	
Antécédent de problème de dos	Non	14	45.2	22	44.0	0.919
	Oui	17	54.8	28	56.0	
Modification de la prise en charge (si antécédent de rachialgie)	Non	8	47.1	12	42.9	0.783
	Oui	9	52.9	16	57.1	
Pourcentage de consultation pour lombalgie	<10%	9	29.0	11	22.0	0.476
	≥ 10%	22	71.0	39	78.0	

* : sauf contre-indication, test du Chi2

† : test exact de Fisher

3. Résultats qualitatifs

La figure 1 synthétise les prescriptions conformes et non conformes aux recommandations pour chaque situation clinique. Le tableau IV répertorie toutes les réponses obtenues suivant les différents cas cliniques. Les réponses attendues sont surlignées en gras.

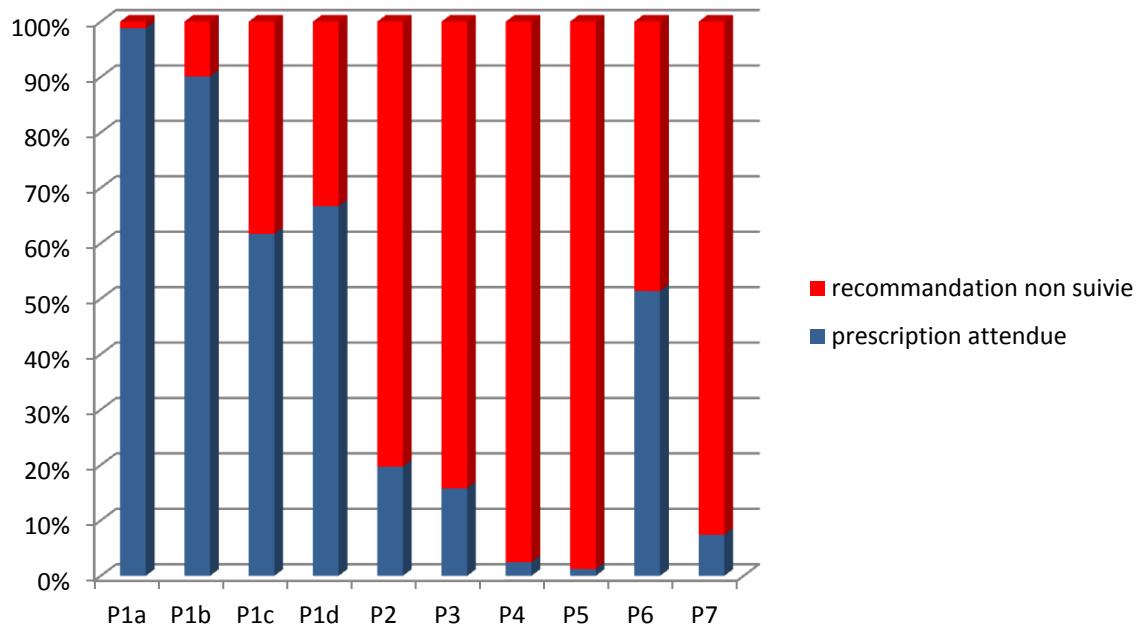


Figure 1. Pourcentage des prescriptions conformes et non conformes aux recommandations pour chaque situation clinique

Tableau IV. Type de prescription suivant les dix cas de figure.

Fiche patient	Prescription							
	Non		Oui		Si Prescription*			
	n	%	n	%	Type de prescription	n	%	
P1a	80	98.8	1	1.2	standard L FP	1	100.0	
P1b	73	90.1	8	9.9	TDM lombaire	8	100.0	
P1c	50	61.7	31	38.3	TDM lombaire	29	93.5	
					IRM lombaire	2	6.5	
P1d	54	66.7	27	33.3	TDM lombaire	24	88.9	
					IRM lombaire	2	7.4	
					standard L FP	1	3.7	
P2	15	18.5	66	81.5	TDM lombaire	10	15.2	
					IRM lombaire	13	19.7	
					standard bassin F	8	12.1	
					standard complet FP	2	3.0	
					standard L FP	34	51.2	
					standard DL FP	10	15.2	
					échographie rénale	3	4.5	
P3	5	6.2	76	93.8	IRM rachis bassin	1	1.3	
					TDM TA	3	3.9	
					TDM rachis	8	10.5	
					standard bassin F	19	25.0	
					standard complet FP	6	7.9	
					standard L FP	48	63.2	
					standard DL FP	12	15.8	
					standard thorax	22	28.9	
					écho-doppler art MI TSA	1	1.3	
P4	30	37.0	51	63.0	standard bassin F	3	5.9	
					standard complet FP	1	2.0	
					standard L FP	39	76.5	
					standard DL FP	11	21.6	
					ostéodensitométrie	2	3.9	

P5	58	71.6	23	28.4	TDM lombaire	1	4.3
					IRM lombaire	1	4.3
					standard bassin F	1	4.3
					standard L FP	14	60.9
					standard DL FP	7	30.4
P6	7	8.6	74	91.4	TDM lombaire	38	51.4
					IRM lombaire	13	17.6
					standard bassin F	2	2.7
					standard L FP	1	1.4
					échographie cardiaque	2	2.7
					écho-doppler a MI	35	47.3
					écho-doppler a abdo	2	2.7
					écho-doppler TSA	2	2.7
P7	15	18.5	66	81.5	TDM rachis bassin	6	9.1
					IRM rachis bassin	4	6.1
					standard bassin F	41	62.1
					standard L FP	24	36.4
					standard DL FP	13	19.7
					standard R complet	13	19.7
					standard genoux FP	1	1.5
					standard poignets FP	1	1.5
					incidence calcanéenne FP	3	4.5

* : certains médecins ont effectué plusieurs prescriptions pour une même fiche patient, c'est pourquoi les totaux des pourcentages ne font pas toujours 100%.

L : lombaire
DL : dorso-lombaire
R : rachis
MI : membres inférieurs

FP : face et profil
F : face
TA : thoraco-abdominal
TSA : troncs supra-aortiques

Pour une lombalgie aigue commune, dans la quasi-totalité des réponses, les recommandations ont été suivies avec une absence de prescription d'examen complémentaire d'imagerie.

Après 3 mois d'évolution, lorsque le patient se présentait en consultation avec une lombosciatique aigüe et qu'une radiographie standard avait déjà été réalisée, 29 % des

médecins prescrivaient immédiatement le scanner lombaire. Autant de médecins attendaient quinze jours d'évolution et de traitement médicamenteux pour demander le scanner lombaire.

Pour la vignette évoquant une spondylodiscite infectieuse, 81,5 % des médecins prescrivaient une imagerie. Parmi eux, près des 2/3 demandaient des radiographies standards, 15,2 % un scanner lombaire et seulement 19,7 % une IRM lombaire comme cela est indiqué en cas de suspicion de spondylodiscite infectieuse.

Soixante-trois pour cent des médecins prescrivaient un examen complémentaire d'imagerie dans la suspicion de fracture vertébrale ostéoporotique. En revanche, 13,6 % réalisaient le bilan radiographique recommandé pour le bilan d'ostéoporose fracturaire.

Pour le canal lombaire rétréci, 91% des médecins demandaient une imagerie. Parmi eux, la moitié prescrivaient le scanner lombaire recommandé pour bilan de canal lombaire rétréci et quasiment autant un écho-doppler artériel des membres inférieurs.

Devant une symptomatologie évoquant une spondylarthrite ankylosante, 81,5 % des médecins demandaient un examen d'imagerie. Seuls 7 % d'entre eux prescrivaient à la fois une radiographie standard du bassin de face et du rachis complet face et profil.

IV. Discussion

L'objectif de l'étude était d'évaluer le suivi et les écarts des recommandations concernant la prescription d'imagerie médicale explorant le rachis dans des situations de lombalgie communes et symptomatiques.

1. Principaux résultats et littérature

L'étude a permis d'interroger un échantillon de 81 médecins des départements de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne, d'âge, de sexe et de lieux d'exercice différents. Les questions portaient sur les prescriptions d'examens complémentaires d'imagerie dans des situations de symptomatologie lombaire communément rencontrées en pratique de médecine générale. Les réponses attendues tenaient compte des recommandations de l'ANAES.

a. Lombalgie aigue commune

- Prescrire ou non une imagerie ?

Dans notre étude, seul un des médecins sur les 81 questionnés a prescrit une imagerie immédiatement dans la situation de lombalgie aigue commune. L'ANAES propose qu'en dehors d'une recherche de lombalgie dite symptomatique ou d'urgence (« red flags » ou drapeaux rouges), il n'y ait pas de prescription d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution[2]. L'Agence exclut les situations où les modalités du traitement choisi exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique, ce qui n'était pas le cas ici. Aux Etats-Unis, les recommandations indiquent quant à elles que les praticiens doivent réévaluer la situation après 4 semaines et prescrire si besoin des examens complémentaires[4]. Ces disparités amènent à s'intéresser aux études déjà réalisées.

L'étude de Kendrick en 2001 a montré que le fait de prescrire un bilan radiographique après 6 semaines chez les patients lombalgiques n'est pas associé à une amélioration clinique du patient après 3 mois[5]. L'hypothèse envisagée est que la radiographie encourage et renforce les croyances du patient qui pense qu'il « ne va pas bien ». Cependant, 80 % des participants de son étude auraient quand même choisi d'avoir des radiographies s'ils avaient eu le choix. Cela met en évidence qu'il y a peut-être une éducation des patients à faire sur ce qui peut être trouvé à la radiographie et le peu de propositions qui peuvent en découler. Cela n'exclut pas celles des médecins qui doivent plutôt porter sur les questions à se poser avant de prescrire un bilan complémentaire, même après 7 semaines d'évolution d'une lombalgie commune. Wermelinger et al. proposent d'ailleurs en 2010 une démarche de questionnement qui peut être intéressante à adopter[6]. La première question à se poser est la probabilité pré-

test clinique de trouver une maladie spécifique. Puis, dans un second temps, le besoin réel d'un examen complémentaire doit être évalué en se demandant si celui-ci permettra de confirmer (avec une grande spécificité) ou d'exclure (avec une grande sensibilité) l'hypothèse diagnostique initiale. Enfin, une réflexion doit être portée sur la méthode la plus appropriée. Ces propositions pourraient presque s'appliquer à l'ensemble des prescriptions d'examens complémentaires dans tous les domaines de la médecine.

En 2009, Chou a réalisé une méta-analyse sur 6 études comparant les effets sur le patient d'une imagerie immédiate et l'absence d'imagerie[7]. Aucune différence significative n'a été mise en évidence à court et long terme pour la douleur, l'évolution clinique, la qualité de vie, le retentissement psychique. Concernant la satisfaction des patients, seules 2 études l'évaluaient, une a montré l'absence de différence et l'autre une différence de satisfaction dans les deux groupes à 9 mois. Même si certaines limites sont perceptibles dans cette méta-analyse, comme la comparaison d'études de qualité variable, avec des stratégies et des imageries choisies différentes, l'ensemble des résultats regroupés incite à la réflexion avant la prescription.

■ Choix de l'imagerie

L'ANAES recommande en 1^{ère} intention la réalisation de radiographies standards lorsqu'une lombalgie dite symptomatique ou une urgence sont éliminées. C'est d'ailleurs ce que le seul prescripteur dans notre étude a proposé. Devant le développement de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), Jarvik et al. ont comparé les conséquences cliniques et économiques du remplacement des radiographies du rachis par une IRM sur deux groupes ayant eu l'un ou l'autre des deux examens dans des lombalgies communes[8]. Le critère principal de leur étude était l'incapacité fonctionnelle à 12 mois évaluée par le score de Roland-Moris. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Les coûts directs n'étaient pas différents, cependant, les coûts indirects liés à l'IRM ont pu être plus importants avec une augmentation probable du nombre d'interventions chirurgicales sur le rachis dans ce groupe. Cet article redonne une place de choix à la radiographie standard pour l'exploration de la lombalgie commune.

■ Management du patient lombalgique

Le lombalgique est un patient qui peut être difficile à suivre et à « éduquer » pour les médecins. Coudeyre en 2005 et Poireaudeau en 2006 ont montré l'impact des croyances que les médecins pouvaient avoir sur les lombalgies et leurs implications sur le non suivi des recommandations concernant plusieurs points, respectivement chez les médecins

généralistes et les rhumatologues[9][10]. Ces croyances sont importantes et affectent leurs prescriptions. Une étude a mis en évidence qu'une campagne de média avec des messages éducatifs n'avaient pas forcément d'impact sur les croyances des soignants, mais qu'il existait de grandes différences entre médecins, kinésithérapeutes et chiropracteurs[11]. En 2007, Bishop a étudié les attitudes retrouvées chez les médecins généralistes et les kinésithérapeutes envers les lombalgies[12]. Il a pu mettre en évidence une croyance biomédicale, s'intéressant au support organique et une croyance plus orientée vers le comportemental. Les croyances orientées vers le comportemental permettaient un meilleur suivi des recommandations concernant la réduction de la durée de l'arrêt de travail, les conseils sur la poursuite et/ou la reprise des activités quotidiennes.

Les symptômes médicalement non expliqués sont fréquemment retrouvés dans le domaine des lombalgies. Les patients peuvent alors donner des « indices » sur leur état psychologique, mais ces derniers ne sont pas forcément reconnus par le médecin[13]. Par méconnaissance, ces derniers peuvent alors prescrire toujours plus d'examens à visée diagnostique allant à l'encontre des réels besoins du patient, notamment pour la lombalgie chronique (modèle bio-psycho-social)[14][15].

b. Lombosciatique

- Délai de réalisation de l'imagerie

Dans notre étude quasiment 1/3 des médecins généralistes ont prescrit un scanner lombaire après 3 mois d'évolution, une fois que les radiographies standards avaient été réalisées.

L'ANAES recommande la prescription d'examens d'imagerie, permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire, seulement dans le bilan précédent la réalisation d'un geste chirurgical[2]. Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines.

L'étude prospective de Beauvais et al. en 2003 sur la valeur pronostique du scanner précoce chez les patients souffrant de radiculalgie commune par hernie discale concluait que le scanner lombaire ne se justifiait que secondairement, après 3 mois d'évolution, lorsque le traitement médical avait échoué[16].

En 2004, Marty a exposé son plaidoyer contre l'imagerie précoce des lombosciatiques communes en insistant sur le fait que le diagnostic de lombosciatique était clinique, et qu'en dehors de signaux d'alerte (red flags), l'imagerie n'était pas justifiée[17]. Pour autant, il précisait que l'imagerie devait être réalisée après 8 semaines d'évolution non favorable, pour rechercher un conflit disco radiculaire afin d'envisager un traitement chirurgical. Il

s'appuyait sur l'étude de Nygaard en 2000 qui mettait en évidence qu'un geste chirurgical trop tardif était un facteur de mauvais pronostic[18]. Pour autant, Valat dans son plaidoyer pour l'imagerie précoce dans les lombosciatiques, n'utilisait pas cet argument et insistait plutôt sur l'idée que l'imagerie précoce pouvait aider à informer le patient et donc à le rassurer et le soulager[19]. Il affirmait ses propos en se basant sur une étude de Thomas de 1987 qui avait montré que l'évolution était plus favorable lorsque le pronostic était énoncé de manière ferme et avec assurance qu'au cours d'une consultation négative[20]. On peut désormais se demander si l'imagerie est nécessaire et suffisante pour faire qu'une consultation soit « positive ». Cela, d'autant plus que le diagnostic lésionnel présenté par les comptes-rendus d'examens n'est pas toujours rassurant pour le patient...

- Choix de l'imagerie

A seulement 4 reprises, les médecins consultés ont prescrit une IRM lombaire et non un scanner. Les recommandations ANAES, pour explorer une lombosciatique commune, proposent que l'examen soit au mieux une IRM ou à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques[2]. En 2004, Bellaïche proposait en 2^{ème} intention après des clichés standards de ne pas prescrire de scanner lombaire mais un autre examen d'imagerie seulement chez les patients obèses et/ou avec une scoliose importante et/ou une étroitesse canalaire importante[21]. Il était également suggéré de réaliser une IRM après un scanner si ce dernier était normal ou n'expliquait pas la symptomatologie, de manière à rechercher une étiologie plus rare.

- Comparaison avec la littérature

Etude lombo-scan de P.Goupille[22] : cette étude de 2004 réalisée auprès de médecins généralistes à partir de vignettes cliniques obtenait le même type de résultats que la nôtre. En effet, la demande d'examens complémentaires injustifiés était minime dans le lumbago et devenait fréquente lors de l'évolution vers la lombosciatique commune même en l'absence d'indication opératoire.

Thèse de Delphine Breil en 2007[23] : ce travail s'intéressait au respect des recommandations de l'ANAES, en médecine générale, dans la prescription des examens complémentaires des lombosciatiques de moins de 3 mois d'évolution. Le recueil de données des 43 patients s'est fait en milieu hospitalier. Les résultats de cette étude mettaient en évidence que la fréquence et le délai de réalisation des examens complémentaires n'étaient pas très différents qu'il y ait des « red flags » ou non. De plus, l'auteur soumettait qu'il était difficile de qualifier une lombosciatique d'hyperalgique lorsque le traitement

antalgique proposé était insuffisant et donc qu'il y avait des excès de prescription d'examens complémentaires radiologiques.

c. Lombalgies symptomatiques

Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale édité par l'HAS en 2005, propose pour les lombalgies évoluant dans un contexte particulier ou éventuellement assorties de certains signes de gravité (red flags, cf. annexe), la réalisation d'une IRM ou d'une scintigraphie osseuse tout comme le rapport KCE en 2006[24][25]. Il est précisé que le recours à l'imagerie ne doit pas retarder l'avis spécialisé rapide et que l'IRM est généralement l'examen le plus efficace.

La revue systématique de Jarvik et al a repris l'ensemble des articles traitant de la prescription des examens radiologiques chez des patients atteints de lombalgies symptomatiques[8]. A partir de cette revue, les auteurs concluaient que pour le dépistage des cancers, les sensibilités de l'IRM et du TEP étaient les meilleures, en revanche, les spécificités de l'IRM et des radiographies standards étaient les meilleures. Pour dépister les infections, l'IRM était l'imagerie la plus sensible et la plus spécifique. Pour le diagnostic de rétrécissement canalaire, la sensibilité et la spécificité de l'IRM et du scanner étaient très proches.

Dans notre étude, les recommandations n'ont pas été suivies, la plupart du temps, pour les lombalgies symptomatiques puisque l'IRM a été très peu prescrite. Cela est probablement lié au manque d'accessibilité de cet examen en pratique de ville. Les médecins généralistes sont confrontés à des délais longs et ont dû se « rabattre » sur d'autres types d'imagerie, prescrivant volontiers en première intention des radiographies standards même en présence de red flags (vignette 2,3,4,5 et 7). Il est important de préciser que pour la vignette évoquant un rétrécissement canalaire, quasiment 50% des médecins ont prescrits un écho-doppler artériel des membres inférieurs même si les pouls pédieux étaient retrouvés à l'examen. Cela est peut-être lié au fait que la situation présentait un patient âgé, hypertendu, diabétique.

2. Limites de l'étude

L'effectif est un biais puisque 81 médecins ont participé à l'étude, ce qui reste faible. Ce recrutement a minimisé le nombre de réponses qualitatives obtenues à chaque vignette clinique. L'étude des réponses qualitatives aurait pu être intéressante puisqu'elle nous aurait aidés à comprendre pourquoi les médecins généralistes ne suivaient pas les

recommandations. En l'état actuel des choses, nous ne disposons pas de suffisamment de réponses qualitatives pour qu'elles puissent être utilisables.

Il existe un biais de recrutement puisque la plupart des médecins ont accepté de participer du fait du courrier diffusé par le biais du département de médecine générale. On peut penser qu'il s'agit donc de médecins plus « sensibilisés » à la formation médicale continue car ils reçoivent régulièrement des étudiants en médecine en stage (externes ou internes).

Les vignettes cliniques présentent plusieurs avantages : elles sont faciles à faire, elles permettent de réaliser des études peu coûteuses. Plusieurs variables sont testables et les vignettes peuvent donc refléter une certaine complexité clinique, comme on peut la retrouver dans la relation patient-médecin au quotidien. En 2006, Rutten et al. ont étudié la validité de la méthode en mesurant l'adhérence des kinésithérapeutes aux recommandations pour les lombalgies[26]. Pour eux, la méthode présente une validité acceptable, tout comme pour Peabody et al. en 2004[27]. Ces derniers avaient évalué la méthode lors d'une étude prospective chez des médecins à propos de différentes pathologies (bronchite chronique, dépression, maladie vasculaire, diabète). Ils avaient comparé les résultats de consultations de « patients acteurs » à des vignettes cliniques et à des reprises de dossiers médicaux. Les vignettes cliniques se rapprochaient plus de la consultation que la reprise des dossiers médicaux.

Les vignettes évaluent des médecins qui savent qu'ils sont évalués, ce qui biaise forcément les résultats. Ils ont peut-être eu tendance à donner la réponse attendue, conforme aux recommandations, plutôt que celle qu'ils auraient choisi face au patient.

Les situations rapportées sont irréelles, ne reflétant pas par exemple la pression du patient qui peut être importante, notamment dans le domaine de l'exploration par des examens complémentaires radiologiques dans les lombalgies.

Il existe de plus un écart entre le « savoir » et le « faire ». Deux méta-analyses, de 2010 réalisée par Ann Scott et al. et une de 2009, faite par Fullen et al., ont montré cela chez les médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs lombaires à la fois pour le diagnostic et le traitement[28][29]. Baker et al. en 2006 ont réalisé une étude qualitative en interviewant 29 médecins généralistes au Royaume-Uni[30]. Parmi les faibles et hauts prescripteurs d'examens radiologiques dans les lombalgies interviewés, des thèmes communs ont été retrouvés pour les deux groupes : la connaissance des recommandations ainsi que la pression des patients. Pour autant, chacun des groupes s'appuyaient sur d'autres thèmes pour expliquer leurs prescriptions (croyance de la réassurance pour le patient) ou leur absence de prescription d'examen radiologique (toxicité des rayons X). En 2009,

Corbett et al. ont proposé une explication à cet écart entre le « savoir » et le « faire »[31]. Les médecins généralistes connaissent en effet leur patient en globalité. Ils savent qu'il est important de maintenir la relation médecin-malade et que celle-ci repose sur des négociations suivant les perceptions et les attentes de chacun. On peut rapprocher à cela l'intuition et le sens de l'alarme comme expliqué en 2011 par Coppens et al[32].. Le médecin a parfois l'impression que quelque chose « cloche » alors qu'il n'y a aucun élément objectif pour étayer cette sensation : on peut dans ce cas comprendre l'écart qu'il existe entre la connaissance des recommandations et leur application et cela n'est pas évaluable par des vignettes cliniques.

V. Conclusion

Notre étude a permis d'interroger 81 médecins généralistes des Pays de la Loire sur leur prescription d'examen complémentaire d'imagerie en pathologie rachidienne. Les recommandations ANAES sont globalement bien suivies dans les lombalgies communes et les lombosciatiques.

Dans les lombalgies dites symptomatiques, il existe un écart important entre ce qui est proposé aux médecins dans les recommandations et ce qu'ils font en pratique. Le fait qu'ils prescrivent des radiographies standards en première intention dans des lombalgies avec des drapeaux rouges suggèrent le manque d'accessibilité au scanner et à l'IRM en phase aigüe en pratique de ville.

L'effectif de notre étude n'a pas permis d'utiliser les données qualitatives recueillies au cours des entretiens, or certains médecins adressent les patients aux urgences (suspicion de spondylodiscite infectieuse) ou rapidement en consultation spécialisée, laissant alors le choix au confrère du bilan d'imagerie.

Par la suite, les principaux efforts pédagogiques doivent donc porter sur l'apprentissage de la sensibilité et de la spécificité des examens d'imagerie en fonction des pathologies rachidiennes suspectées afin d'éviter des retards diagnostiques et la multiplication d'examens complémentaires injustifiés.

VI. Références bibliographiques

- [1] I. Valls, A. Saraux, P. Goupille, A. Khoreichi, D. Baron, and P. Le Goff, “Existe-t-il des critères prédictifs de la réalisation d'un geste radical au décours d'une hospitalisation pour lombosciatique ?,” *Revue du Rhumatisme*, vol. 68, no. 1, pp. 57–66, Jan. 2001.
- [2] “Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins des 3 mois d'évolution.” ANAES Edit., Paris, Février-2000.
- [3] “Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.” ANAES Edit., Paris, Décembre-2000.
- [4] American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) Low back disorders. Occupational medicine practice guidelines : evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers. 2nd ed. Elk Grove Village (IL) : 2007.366p., .
- [5] D. Kendrick, K. Fielding, E. Bentley, R. Kerslake, P. Miller, and M. Pringle, “Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial,” *BMJ*, vol. 322, no. 7283, pp. 400–405, Feb. 2001.
- [6] F. Wermelinger and P. Villiger, “Lombalgies: quand faut-il passer à l'imagerie?,” *Forum Med Suisse*, vol. 10, no. 9, pp. 161–165, 2010.
- [7] R. Chou, R. Fu, J. A. Carrino, and R. A. Deyo, “Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis,” *Lancet*, vol. 373, no. 9662, pp. 463–472, Feb. 2009.
- [8] J. G. Jarvik, W. Hollingworth, B. Martin, S. S. Emerson, D. T. Gray, S. Overman, D. Robinson, T. Staiger, F. Wessbecher, S. D. Sullivan, W. Kreuter, and R. A. Deyo, “Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial,” *JAMA*, vol. 289, no. 21, pp. 2810–2818, Jun. 2003.
- [9] E. Coudeyre, F. Rannou, F. Tubach, G. Baron, F. Coriat, S. Brin, M. Revel, and S. Poiraudieu, “General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain,” *Pain*, vol. 124, no. 3, pp. 330–337, Oct. 2006.
- [10] S. Poiraudieu, F. Rannou, A. Le Henanff, E. Coudeyre, S. Rozenberg, D. Huas, C. Martineau, I. Jolivet-Landreau, M. Revel, and P. Ravaud, “Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics,” *Rheumatology (Oxford)*, vol. 45, no. 6, pp. 718–723, Jun. 2006.
- [11] E. L. Werner, D. P. Gross, S. A. Lie, and C. Ihlebaek, “Healthcare provider back pain beliefs unaffected by a media campaign,” *Scand J Prim Health Care*, vol. 26, no. 1, pp. 50–56, 2008.

- [12] A. Bishop, N. E. Foster, E. Thomas, and E. M. Hay, “How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists,” *Pain*, vol. 135, no. 1–2, pp. 187–195, Mar. 2008.
- [13] R. M. Epstein, C. G. Shields, S. C. Meldrum, K. Fiscella, J. Carroll, P. A. Carney, and P. R. Duberstein, “Physicians’ responses to patients’ medically unexplained symptoms,” *Psychosom Med*, vol. 68, no. 2, pp. 269–276, Apr. 2006.
- [14] P. Salmon, A. Ring, C. F. Dowrick, and G. M. Humphris, “What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized?,” *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 59, no. 4, pp. 255–260, Oct. 2005.
- [15] A. Ring, C. F. Dowrick, G. M. Humphris, J. Davies, and P. Salmon, “The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms,” *Soc Sci Med*, vol. 61, no. 7, pp. 1505–1515, Oct. 2005.
- [16] C. Beauvais, M. Wybier, P. Chazerain, M. Harboun, F. Lioté, J. Roucoulès, A. C. Koeger, L. Bellaïche, P. Orcel, T. Bardin, J.-M. Ziza, and J. D. Laredo, “Valeur pronostique du scanner précoce chez les patients souffrant de radiculalgie commune par hernie discale lombaire. Étude prospective,” *Revue du Rhumatisme*, vol. 70, no. 3, pp. 246–252, Mar. 2003.
- [17] M. Marty, “Plaidoyer contre l’imagerie précoce des lombosciatiques communes,” *Revue du Rhumatisme*, vol. 71, Supplement 4, no. 0, p. S93–S95, Aug. 2004.
- [18] O. P. Nygaard, R. Kloster, and T. Solberg, “Duration of leg pain as a predictor of outcome after surgery for lumbar disc herniation: a prospective cohort study with 1-year follow up,” *J. Neurosurg.*, vol. 92, no. 2 Suppl, pp. 131–134, Apr. 2000.
- [19] J.-P. Valat, “Plaidoyer pour l’imagerie précoce des lombosciatiques communes,” *Revue du Rhumatisme*, vol. 71, Supplement 4, no. 0, p. S90–S92, Aug. 2004.
- [20] K. B. Thomas, “General practice consultations: is there any point in being positive?,” *Br Med J (Clin Res Ed)*, vol. 294, no. 6581, pp. 1200–1202, May 1987.
- [21] L. Bellaïche, “Choix de l’imagerie dans la lombosciatique commune,” *Revue du Rhumatisme*, vol. 71, p. S77–S84.
- [22] P. Goupille, A. Hercek, and J.-P. Marre, “Lombo-scan,” *La Revue du praticien. Médecine générale*, no. 648-49, pp. 505–509.
- [23] D. Breil, D. Lechevalier, and Université Paris-Est Créteil Val de Marne., “Respect des recommandations de l’ANAES, en médecine générale, dans la prescription des examens complémentaires des lombosciatiques de moins de 3 mois d’évolution,” [s.n.], [S.l.], 2007.

[24] Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire (SFBMN), “Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.” 2005.

[25] Centre fédéral d'expertise des soins de santé de Bruxelles, “Rapport KCE.” 2006.

[26] G. M. J. Rutten, J. Harting, S. T. J. Rutten, G. E. Bekkering, and S. P. J. Kremers, “Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study,” *J Eval Clin Pract*, vol. 12, no. 5, pp. 491–500, Oct. 2006.

[27] J. W. Peabody, J. Luck, P. Glassman, S. Jain, J. Hansen, M. Spell, and M. Lee, “Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study,” *Ann. Intern. Med.*, vol. 141, no. 10, pp. 771–780, Nov. 2004.

[28] N. A. Scott, C. Moga, and C. Harstall, “Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap,” *Pain Res Manag*, vol. 15, no. 6, pp. 392–400, Dec. 2010.

[29] B. M. Fullen, G. D. Baxter, B. G. G. O'Donovan, C. Doody, L. E. Daly, and D. A. Hurley, “Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: a systematic review,” *Eur J Pain*, vol. 13, no. 9, pp. 908–914, Oct. 2009.

[30] R. Baker, J. Lecouturier, and S. Bond, “Explaining variation in GP referral rates for x-rays for back pain,” *Implement Sci*, vol. 1, p. 15, Aug. 2006.

[31] M. Corbett, N. Foster, and B. N. Ong, “GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain,” *Fam Pract*, vol. 26, no. 5, pp. 359–364, Oct. 2009.

[32] M. Coppens, P. Barraine, M. Barais, P. Nabbe, C. Berkhout, E. Stolper, and J.-Y. Le Reste, “L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais ‘gut feelings’,” *Exercer*, vol. 22, no. 95, pp. 16–20, 2011.

VII. Tables des matières

I. Introduction	10
II. Matériels et méthode	11
1. Réalisation des vignettes cliniques	11
a. Première vignette : cas clinique évolutif en 4 étapes :	11
b. Vignettes suivantes : cas cliniques en une étape :	11
2. Réponses attendues suivant les vignettes	12
3. Médecins interrogés et organisation des entretiens	13
4. Déroulement de l'entretien	14
5. Analyse statistique	15
III. Résultats	16
1. Caractéristiques de la population	16
2. Résultats quantitatifs	17
3. Résultats qualitatifs	19
IV. Discussion	23
1. Principaux résultats et littérature	23
a. Lombalgie aigue commune	23
b. Lombosciatique	25
c. Lombalgies symptomatiques	27
2. Limites de l'étude	27
V. Conclusion	30
VI. Références bibliographiques	31
VII. Tables des matières	34
VIII. Documents annexés à la thèse	35
1. Courrier adressé aux médecins	35
2. Vignettes cliniques	37
3. Signes d'alerte en faveur d'une lombalgie symptomatique : « red flags »	44

VIII. Documents annexés à la thèse

1. Courrier adressé aux médecins

Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine d'Angers
Laboratoire d'Ergonomie et Epidémiologie en Santé au Travail - CHU Angers
Service de Rhumatologie - CHU Angers

Objet: Enquête en pathologie rachidienne.

Angers, le 1/12/11

Chère consœur, Cher confrère,

Dans le cadre de mon travail de **Thèse en Médecine Générale**, je vous sollicite pour une enquête explorant les pratiques de Médecins Généralistes en pathologie rachidienne.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire anonyme sous forme de "vignettes cliniques" à réponses multiples qui ne vous prendra **pas plus de 15 minutes**.

Je vous remercie de votre aide et me tiens à votre disposition pour de plus amples informations.

Bien confraternellement,

Elodie Canevet-Fresnais
Médecin généraliste remplaçant
06 98 03 47 42
elodiefresnais@hotmail.com

NB: Ma soutenance de thèse est prévue en mars 2012, les résultats de cette enquête pourront vous être transmis à votre demande dès avril 2012.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Agé(e) de :

- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- De plus de 55 ans

Vous exercez :

- En milieu rural
- En milieu semi-rural
- En ville
- Seul
- En cabinet de groupe
- Activité mixte / hospitalière
- Remplacements

Vous encadrez :

- Un externe
- Un interne en stage praticien
- Un interne en stage SASPAS
- Personne

Suivez-vous actuellement une formation médicale continue, si oui, laquelle ou lesquelles ?

Sur 10 consultations dans votre cabinet, combien abordent à un moment ou à un autre le problème des lombalgies ?

Avez-vous eu vous-même des problèmes de dos ? Si oui, pensez-vous qu'ils aient changé votre manière de prendre en charge les patients lombalgiques ?

2. Vignettes cliniques

1) Monsieur P.., âgé de 36 ans, vous consulte pour une douleur brutale lombaire, survenue sur son lieu de travail la veille, alors qu'il transportait un colis. Il s'est en effet penché en avant pour soulever un carton et a ressenti brutalement un blocage douloureux l'empêchant de se relever. Il a depuis beaucoup de difficultés pour se mobiliser et vient vous voir très géné car très algique. L'examen retrouve une contracture paralombaire droite, avec une raideur à l'antéflexion du rachis, sans signe neurologique.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Après deux semaines de traitement par AINS puis quatre semaines de traitement par paracétamol et tramadol, Monsieur P.. se représente à vous. Il a repris le travail mais vous dit qu'à la fin de sa journée, il a toujours des lombalgies, qui irradient vers la fesse droite. L'examen neurologique est normal notamment sans syndrome radiculaire et le syndrome rachidien persiste de manière modérée. Il a vu votre remplaçante la semaine précédente qui lui a prescrit des clichés radiologiques standards du rachis lombaire. Il revient avec les résultats : discopathies L4-L5 et L5-S1, prédominant à l'étage L5-S1.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Trois mois plus tard, Monsieur P. revient vous consulter car après avoir soulevé une charge au travail, il présente une lombosciatique de trajet S1 irradiant jusqu'à la face postérieure du mollet droit. L'examen neurologique est normal, la douleur impulsive à la toux et vous retrouvez un signe de Lasègue positif à droite. Vous suspectez une lombosciatique par conflit disco-radiculaire, vous lui prescrivez des AINS et des antalgiques de palier II.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Monsieur P. revient à votre consultation 15 jours plus tard en se plaignant de l'inefficacité du traitement que vous lui avez prescrit, qu'il vous dit avoir bien observé.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

2) Une femme de 26 ans, Mademoiselle T.., diabétique de type 1 depuis l'enfance , vous consulte pour des lombalgie s diurnes et nocturnes depuis 10 jours, sans prise de température à domicile. L'examen retrouve une douleur vive à la palpation de plusieurs épineuses lombaires. Le rachis est raide dans toutes les directions. Le reste de l'examen notamment l'examen neurologique est strictement normal. Vous mesurez un fébricule à 38.2° C.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

3) Monsieur O., âgé de 53 ans, vous consulte pour des douleurs lombaires qui ont débuté il y a un mois et demi. Les douleurs sont devenues quasi permanentes et le réveillent la nuit. Il s'agit d'un patient qui vous consulte peu, sans antécédent mais avec un tabagisme actif à 50PA. Il est marié, commercial dans une entreprise. Il vous assure que depuis un mois, il n'arrive absolument plus à mener sa vie familiale tant il peine à travailler à minima. L'examen clinique est normal en dehors d'une raideur rachidienne et d'une mobilisation très douloureuse.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

4) Madame J.. 63 ans se présente à votre consultation suite à une douleur lombaire survenue trois jours auparavant alors qu'elle jardinait. Elle est professeur de sport et consacre son temps libre à ses passions : la décoration et le jardinage. C'est une femme mince qui mesure 1,68m et pèse 50Kg. Elle a immédiatement pris du paracétamol qui l'a soulagée partiellement mais elle a des difficultés à s'en passer et ne sait pas trop comment elle va pouvoir , dès le lendemain , assurer ses cours car elle était jusque là en vacances scolaires. L'examen retrouve un point exquis à la palpation du rachis lombaire en L3-L4 .

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

5) Madame D.. 76 ans, retraitée couturière sans antécédent hormis une cure de hernie discale en 1989, vient vous voir pour que vous l'examiniez car : « ça ne va pas ! ». Elle est rentrée 6 jours plus tôt d'un voyage organisé en car. Ce jour, elle reste asthénique malgré son repos et présente à l'examen clinique une récidive de sa lombalgie d'horaire mécanique.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

6) Monsieur M.. 84 ans, vient vous consulter car il est gêné par des douleurs des membres inférieurs . Il a comme antécédent une HTA, un diabète de type 2 non insulino-requérant plutôt équilibré. Il avait déjà consulté il y a deux mois pour des lombalgies et des douleurs de jambe qui avaient été améliorées par le traitement médicamenteux. Les radiographies standards du rachis lombaire réalisées à l'époque étaient sans particularité hormis une arthrose lombaire. Ce jour, il se plaint d'avoir un périmètre de marche limité à 500m à cause de ses douleurs de jambe, qui dès qu'il s'arrête, cessent . L'examen du rachis met en évidence une douleur en extension. Le reste de l'examen clinique est normal et retrouve les pouls distaux des membres inférieurs.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

7) Monsieur T.. 27 ans, charpentier, vient vous consultez une troisième fois dans l'année pour lombalgie. Cet homme que vous suivez depuis son enfance n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'un discret psoriasis du cuir chevelu non traité et d'une rupture du LCA gauche en jouant au football à l'âge de 16 ans. Il a déjà consulté pour d'autres plaintes ostéo-articulaires (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, talalgies..), pour lesquels les AINS sont habituellement efficaces. Ce jour, ses lombalgies irradient dans les deux fesses et le réveillent quotidiennement vers 5-6 heures du matin. La clinique est pauvre sur le plan rachidien avec une discrète raideur.

Prescrivez-vous un ou des examen(s) d'imagerie ? Si oui, le(s)quel(s) ?

3. Signes d'alerte en faveur d'une lombalgie symptomatique : « red flags »

Age inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans

Antécédent récent de traumatisme violent

Fièvre

Déformation structurale

Toxicomanie, HIV et immunodépression

Douleur dorsale

Atteinte neurologique étendue

Mauvais état général, amaigrissement inexpliqué

Utilisation prolongée de corticoïdes

Antécédent de tumeur maligne

Douleur constante et progressive, non mécanique

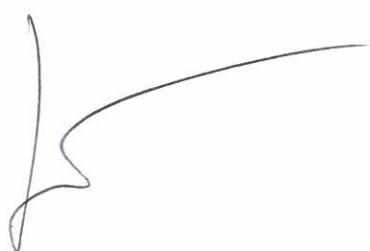
PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Madame FRESNAIS-CANEVET
Elodie

Vu, le Directeur de thèse


Dr A. PETIT
Médecine E
CHU ANGERS

Vu, le Président du jury de thèse


P. J. HUET

Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS


Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer

FRESNAIS-CANEVET Elodie

**EVALUATION DE L'OBSERVANCE ET DE LA NON OBSERVANCE DES
RECOMMANDATIONS POUR LA PRESCRIPTION D'IMAGERIE RACHIDIENNE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

RESUME

La prescription des examens d'imagerie est une décision médicale parfois complexe, notamment dans la prise en charge des lombalgies. En effet, les explorations radiologiques du rachis lombaire sont parfois injustifiées ou inadaptées, et cela, malgré l'existence de recommandations validées. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'observance et la non observance de ces recommandations en médecine générale.

Cette étude prospective a interrogé des médecins généralistes des trois départements du nord de la région des Pays de la Loire sur leurs intentions de prescriptions d'imagerie dans un contexte de lombalgie. Le questionnaire incluait sept vignettes cliniques théoriques de lombalgies communes et symptomatiques, présentées successivement au cours d'un entretien. Les réponses des médecins ont été confrontées aux recommandations de l'ANAES, 2000.

Quatre vingt un médecins généralistes (58% d'hommes, majoritairement âgés de plus de 45 ans) exerçant en milieu rural ou urbain ont été inclus.

Les analyses statistiques ont montré un moindre score de prescription chez les moins de 35 ans et les praticiens exerçant en milieu rural. Le genre et les antécédents de lombalgie n'influaient pas ce score. Concernant le choix de l'imagerie, les recommandations étaient suivies de manière irrégulière dans les cas de lombalgies communes mais surtout dans de lombalgies symptomatique.

Notre étude souligne que les principaux efforts pédagogiques doivent porter sur l'apprentissage de la sensibilité et de la spécificité des examens d'imagerie en fonction des pathologies rachidiennes suspectées, afin d'éviter des retards diagnostiques et la multiplication d'examens complémentaires injustifiés

MOTS-CLES

Lombalgie	Médecine générale
Imagerie	Recommandations

FORMAT

Mémoire
 Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Docteur PETIT Audrey

¹ statut au moment de la soutenance