



Année 2016

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Audrey POUSSON

Née le 21 juillet 1987 à Carpentras (84)

TITRE

**IMAGERIE DU RACHIS LOMBAIRE EN SOINS PRIMAIRES : LES ATTENTES DU
PATIENT INFLUENCENT-ELLES LA PRESCRIPTION DU MEDECIN ?**

**Présentée et soutenue publiquement
Le 05 octobre 2016**

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, Faculté de Médecine -Tours

Directeur de thèse : ***Docteur Pierre ARCHAMBAULT, Médecine Générale -Aschères le marché***

Membres du Jury :

Professeur Laurent BRUNEREAU, Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine -Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine -Tours

Docteur Carine SALLIOT, Rhumatologie -Orléans

IMAGERIE DU RACHIS LOMBAIRE EN SOINS PRIMAIRES : LES ATTENTES DU PATIENT INFLUENCENT-ELLES LA PRESCRIPTION DU MEDECIN ?

RESUME

Introduction : La prescription d'examens du rachis lombaire en médecine générale dépend de plusieurs déterminants. Outre la démarche clinique, la dimension psychologique joue un rôle difficilement évaluable. L'objectif est d'estimer dans quelle mesure les attentes des patients influencent, de manière directe ou indirecte, la décision de prescrire ou non une imagerie par le médecin généraliste.

Patients et Méthodes : Etude transversale descriptive réalisée par un hétéro-questionnaire téléphonique auprès de 49 patients ayant reçu une prescription d'imagerie par leur médecin généraliste. L'inclusion était faite par 19 médecins volontaires, à qui il était également demandé de remplir un auto-questionnaire écrit.

Résultats : Sur 57 hétéro-questionnaires, 49 étaient exploitables. L'âge moyen des patients était de 50.7 ans, avec une majorité de femmes (53 %). Les radiographies étaient plus prescrites (72 %) que le TDM (18 %) ou l'IRM (10 %). Les médecins déclaraient près d'un quart de leur prescriptions (24.5 %) influencées par les attentes des patients, majoritairement de manière directe (16.3 %). L'objectif principal pour tous était diagnostique. Un patient sur deux et près d'un médecin sur trois (30 %) attribuaient une valeur rassurante à la prescription. Malgré un bénéfice thérapeutique jugé modeste par les patients (38.8 %), la majorité d'entre eux jugeaient l'imagerie indispensable ou très utile à leur prise en charge (55 %). La sensibilité de détection des patients rassurés par les médecins était de 77.3 % pour la qualité de la prise en charge et de 73 % pour le résultat attendu. Le pouvoir discriminant était nul.

Discussion : La prescription d'imagerie dans le cadre des soins primaires permet d'apporter des réponses explicites, mais la dimension implicite de la relation-médecin patient n'est pas négligeable et participe aux décisions médicales.

Mots clés : Imagerie du rachis lombaire, relation médecin-patient, soins primaires, réassurance

LUMBAR SPINE IMAGING TEST IN PRIMARY CARE: DO PATIENT'S EXPECTATIONS AFFECT DOCTOR'S PRESCRIPTION?

ABSTRACT

Introduction: Prescription of lumbar spine examinations in general medical practice depends on several factors. Besides the clinical approach, the psychological dimension plays a role which is difficult to assess. The goal of the present study is to estimate how patients' expectations directly or indirectly influence the GP's decision whether or not to prescribe imaging.

Patients and methods: Descriptive cross-sectional study, conducted by telephone survey to 49 patients who received an imaging prescription by their GP. The inclusion was made by 19 volunteer doctors, who were also asked to complete a written self-questionnaire.

Results: 49 of the 57 patients questionnaires were exploitable. The average age of patients was 50.7 years, with a majority of women (53%). Radiographies were more often prescribed (72%) than CT (18%) or MRI (10%). Doctors declared nearly a quarter of their prescriptions (24.5%) influenced by the patients' expectations, mostly directly (16.3%). The main goal for all was diagnosis. Half of the patients and nearly one doctor in three (30%) attributed a reassuring value to the prescription. Despite patients' modest expectations for therapeutic benefit (38.8%), the majority of them felt imaging was essential or very useful to their care (55%). The detection sensitivity of patients reassured by the physicians was 77.3% for the quality of care and 73% for the expected result. The discriminatory power was zero.

Discussion: Imaging prescription in primary care can provide explicit answers, but the implicit dimension of the doctor-patient relationship is not negligible and participate in medical decisions.

Keywords: Lumbar spine imaging test, physician-patient relation, primary care, reassurance.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZE - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Yvon LEBRANCHU
Professeur Elisabeth LECA
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Gérard LORETTE
Professeur Michel ROBERT
Professeur Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – G. GINIES – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
	MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	ODENT Thierry	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mmes	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUTHEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie

Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice	Cardiologie
----	----------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle

aux lois de l'honneur et de la probité

dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,

mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

ma langue taira les secrets qui me seront confiés

et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre

et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz,

Je vous remercie de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds respects pour votre engagement dans l'enseignement de la Médecine Générale.

A Messieurs les Professeurs Laurent Brunereau et Emmanuel Rusch,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous exprime ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Carine Salliot,

Merci pour l'intérêt que tu portes à mon travail. Merci pour ta rigueur, ta fiabilité et ta franchise. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Je suis heureuse d'avoir travaillé avec toi, même si, définitivement, l'hôpital aura eu raison de moi !

A Monsieur le Docteur Pierre Archambault,

Pierre, merci pour tout. Je vous suis profondément reconnaissante pour votre disponibilité, votre gentillesse, et la grande patience dont vous avez fait preuve dans cette longue aventure. Merci de m'avoir écoutée et soutenue dans les moments de doutes. Merci aussi pour tous ces agréables moments autour d'un café ou de l'un de vos délicieux desserts ! Je suis sincèrement honorée de vous avoir comme directeur de thèse.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à mon travail,

Merci pour votre contribution et votre disponibilité.

A tous les soignants qui ont partagé ma vie d'étudiante, d'interne, de médecin,

Marie-Laure, vous êtes formidable ! Merci de transmettre aussi facilement votre savoir et votre passion pour ce métier. Je vous souhaite le meilleur.

Eric, maître Yoda il y a peu, aujourd'hui futur associé... la classe! Merci de m'avoir enseigné, entre autre, que le doute pouvait être constructif.

A toute l'équipe du Planning Familial d'Orléans, merci pour votre engagement pour le droit des femmes, je suis fière de faire partie de l'équipe ! **Gérard**, merci pour ton savoir et ta fraîcheur. Je te souhaite une douce retraite. **Laurence**, merci de m'avoir accueillie au planning et de m'avoir ouvert l'esprit. Je suis heureuse de travailler avec toi, c'est un vrai plaisir !

A toute l'équipe de Saint Jean de Braye, les renforts arrivent ! Quel projet !

A mon groupe de pairs, aux belles rencontres professionnelles, merci pour tous ces échanges qui enrichissent ma vie de jeune médecin.

A mes co-internes de galère, grâce à qui j'ai tenu bon dans les moments difficiles. Spéciale dédicace à l'équipe des "Staffs Nutella" : Maïté, Julien, Céline, on remet ça quand vous voulez!

A mes amis,

A mes amies de toujours, Jojo, Sophie, Sarah. Vous êtes mes piliers ! Les filles, je vous aime.

A mes amis du lycée, Nono, Camille, Joh "ptit frère" et Charline, Nomnom et Piwi. Merci de faire partie de ma vie, votre amitié m'est précieuse.

A Anne-Claire, pour, entre autre, avoir trouvé ce surnom qui me colle à la peau !

Aux amies de la faculté, Elo, Laeti, Sophie-Anne, On tient le bon bout les filles ! Merci pour ces soirées délirantes qui ne sont pas prêtes de se terminer... **Lulu,** pour ta personnalité, ne change rien! **Sandrine et Antoine,** malgré la distance je suis toujours ravie de vous revoir. Vous contribuez tous à ma réussite, merci.

A la troupe Orléano-Parisienne, merci pour votre chaleureux accueil il y a 8 ans, vous êtes au top !

A ma belle famille,

Marie-Josée, Alain, merci de m'avoir accueillie dans votre famille et de m'avoir soutenue pendant toutes ces années.

Anthony, Aurélie et Alexandre, merci pour ces chouettes week-ends passés (et à venir!) ensemble.

A ma famille,

Aux Pousson de Voisins, de Paris, de Lille, de Clichy, de Vémars, de Bordères... merci pour toute votre affection. Et un grand merci à Chantal, pour le coup de pouce biblio !

A mon oncle Jean, à mes grands-parents, avec qui j'aurais aimé partager ce moment. Je ne vous oublie pas.

Aux Bourgue de Morières, c'est toujours un plaisir de vous voir !

A ma grande soeurette, Laure, merci pour ton soutien et ta complicité. Et merci à **Stefan,** du bist ein super Schwager !

A mes parents, pour qui j'ai la plus grande admiration. Merci pour votre soutien sans limite et votre amour. **Maman,** merci pour ton optimisme indéfectible et pour ta spontanéité dont j'ai hérité. Tu es d'une force incroyable. **Papa,** merci pour ta force morale, ta gentillesse et ta dignité. Tu m'as appris à écouter les patients. Je vous aime.

A Fabien, merci de partager ma vie et de la rendre plus douce. Tu es un compagnon merveilleux. Je suis fière du chemin parcouru ensemble, et j'ai hâte de poursuivre ma route avec toi. Je t'aime.

Aux patients,

TABLE DES MATIERES

PAGES LIMINAIRES	2
TABLE DES MATIERES	13
GLOSSAIRE.....	14
INTRODUCTION	15
PATIENTS ET METHODES	19
1. Population étudiée	19
<i>1.1. Patients</i>	<i>19</i>
<i>1.2. Médecins</i>	<i>19</i>
2. Déroulement de l'étude	20
3. Elaboration des questionnaires	20
4. Analyse des résultats	21
RESULTATS	22
1. Description de la population.....	22
<i>1.1. Médecins</i>	<i>22</i>
<i>1.2. Patients.....</i>	<i>22</i>
2. Prescription des examens	23
<i>2.1. Type d'examen.....</i>	<i>23</i>
<i>2.2. Origine de la prescription.....</i>	<i>24</i>
<i>2.3. Objectifs de la prescription</i>	<i>25</i>
3. Effets de la prescription	26
<i>3.1. Communication des résultats</i>	<i>26</i>
<i>3.2. Conséquences du résultat sur le ressenti du patient</i>	<i>27</i>
<i>3.3. Aide à la guérison ?</i>	<i>27</i>
4. Place des examens d'imagerie du rachis lombaire : point de vue du patient	28
5. Concordance des jugements médecins/patients.....	29
<i>5.1. Réassurance sur la qualité de la prise en charge</i>	<i>29</i>
<i>5.2. Réassurance sur le résultat attendu</i>	<i>30</i>
DISCUSSION	31
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES.....	38
<i>ANNEXE 1 : Notice d'information destinée aux médecins</i>	<i>38</i>
<i>ANNEXE 2 : Notice d'information destinée aux patients</i>	<i>39</i>
<i>ANNEXE 3 : Questionnaire médecin.....</i>	<i>40</i>
<i>ANNEXE 4 : Questionnaire patient</i>	<i>42</i>

GLOSSAIRE

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CEP : Certificat d'études primaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EBM : Evidence Based Medicine (Médecine fondée sur les preuves)

ECG : Electrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

RV- : Rapport de vraisemblance négatif

RV+ : Rapport de vraisemblance positif

Se : Sensibilité

SFR : Société Française de Radiologie

SMR : Service médical rendu

Spe: Spécificité

TDM: Tomodensitométrie

VPN : Valeur prédictive négative

VPP : Valeur prédictive positive

INTRODUCTION

Par définition, les examens complémentaires sont des outils qui permettent au médecin de confirmer ou étayer une démarche clinique. La sémiologie médicale décompose l'examen clinique en deux parties : l'anamnèse et l'examen physique. Les examens paracliniques s'ajoutent à l'examen clinique, pour aider à établir un diagnostic ou un pronostic, pour dépister ou surveiller l'évolution d'un état pathologique (1).

Le raisonnement médical repose sur une démarche probabiliste (1,2). En conséquence, toute décision médicale comporte une part d'incertitude. Avoir à gérer cette incertitude peut être inconfortable (3). Quand la démarche clinique du médecin aboutit à une incertitude trop importante ou à une prise de risque inacceptable, celui-ci peut s'aider d'examens complémentaires. Les informations apportées par ces examens doivent permettre de réduire suffisamment l'incertitude et d'aider la prise de décision.

Cependant, les examens complémentaires ont eux aussi leur part d'incertitude qu'il convient d'évaluer afin de déterminer leurs qualités diagnostiques. En recherche clinique, la valeur informationnelle d'un examen s'évalue en fonction d'un examen de référence appelé *gold standard*, lui-même indépendant de l'outil évalué. La sensibilité (Se), la spécificité (Spé) et les rapports de vraisemblance positif et négatif (RV+ et RV-) sont les indices informationnels intrinsèques de l'examen. Ils sont indépendants de la prévalence pré-test de la pathologie et de la population étudiées. Ils doivent être pris en compte lors de la prescription de l'examen. Ensuite, pour interpréter l'information apportée par un examen en fonction des données épidémiologiques et du contexte clinique, des indices informationnels extrinsèques sont nécessaires. Ainsi, les valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) expriment la probabilité post-test de la pathologie pour un individu donné.

Un examen complémentaire dont le résultat n'aurait aucune incidence sur la prise en charge médicale serait inutile voire délétère (4). Il doit faire partie du processus décisionnel qui lui-même est fondé sur des connaissances scientifiques démontrées (Evidence based medicine (EBM)). Pour B. Grenier, le rôle attendu du médecin est qu'il prenne des décisions qui soient à la fois rationnelles (dans le respect des connaissances scientifiques), raisonnables (adaptées au contexte du patient ou de la collectivité) et justifiables (devant le patient et la collectivité) (2).

Afin d'aider le médecin clinicien à optimiser ses prises en charge et ses prescriptions d'examens, des documents de synthèse sont élaborés à partir des données actuelles de la science. Ces référentiels peuvent prendre différentes formes mais ont tous l'objectif de constituer des guides pour la pratique médicale (1). La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs mis à jour en mars 2016 un guide méthodologique pour l'élaboration des recommandations de bonne pratique (5). Ainsi, la Société Française de Radiologie (SFR) a édité en 2005 un Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale (6). Un des objectifs premiers de ce guide est de réduire l'exposition des patients aux radiations ionisantes en

supprimant les examens injustifiés. Les principes de rationalisation et de justification y ont une place prépondérante. Le risque iatrogène des examens est également abordé : un examen irradiant ou invasif n'est pas acceptable si l'information qu'il apporte n'est pas utile à la décision médicale.

Pour évaluer l'utilité d'une intervention médicale comme la prescription d'un examen, il faut en mesurer les résultats (2). Ceux-ci se mesurent objectivement par le service médical rendu (SMR) qui rend compte d'une amélioration d'un pronostic (réduction d'un taux de mortalité ou d'une durée d'hospitalisation par exemple). Pour des valeurs qualitatives dépendantes de la subjectivité individuelle, la mesure s'établit par des échelles d'évaluation de la qualité de vie.

Dans notre société basée sur un régime de solidarité collective, la question du coût des examens est primordiale. Les progrès de la médecine engendrent une amélioration de l'état de santé de la collectivité et un accroissement des besoins par réduction de la tolérance du risque. Le médecin prescripteur est partagé entre le souci de soigner le patient avec toutes les ressources disponibles et la pression des autorités sanitaires pour réduire les coûts financiers. De plus, la tendance actuelle à la judiciarisation peut pousser les médecins à multiplier les investigations pour se protéger d'une sanction ou d'un recours juridique. A l'inverse de l'erreur diagnostique, la prescription inappropriée d'un examen n'est jamais poursuivie (4).

Outre la qualité informationnelle de l'examen, sa prescription dépend donc de son risque iatrogène et de son coût économique. Les recommandations prennent en compte beaucoup de ces déterminants. Mais face à ses patients, le jeune médecin comprend rapidement que d'autres éléments interviennent dans la décision de prescrire ou non un examen complémentaire. Alors, un examen complémentaire peut-il servir à autre chose qu'à compléter une démarche clinique ?

Une étude qualitative hollandaise s'est intéressée aux déterminants non médicaux de la prescription d'examens de laboratoire dans le cadre de plaintes inexplicables (7). Du côté du médecin entraient en jeu, notamment, la difficulté à gérer l'incertitude, la volonté de rassurer le patient et la perception de ses compétences cliniques propres. D'autres facteurs s'y ajoutaient comme l'influence du patient et des confrères spécialistes, la pression du temps ou la tendance sociétale aux revendications judiciaires.

Par la suite la même équipe a travaillé sur la gestion de ces plaintes inexplicables par les médecins (8). Elles représentaient 13% des consultations. Les médecins demandaient 2.4 fois plus d'analyses biologiques dans ces situations (OR 2.42 [1.11-5.30]), et même 4.1 fois plus quand le patient était demandeur (OR 4.13 [2.24-7.64]).

Un des déterminants actuels de la prescription d'examens complémentaires est la gestion de la pression des patients (4). P. Cathébras en 2014 a défini le terme de réassurance comme "une communication entre médecin et patient visant à soulager les inquiétudes du patient vis-à-vis de sa santé" (9). L'auteur reprenait les modèles psychologiques de ce concept qui le décomposent en 2 entités distinctes : "une composante « émotionnelle » de soulagement immédiat, et une composante « cognitive » à plus long terme, fondée sur une modification de la perception et de l'interprétation des symptômes". Il soulignait ainsi la place ambiguë des

examens complémentaires. Un examen normal pourrait rassurer dans un premier temps le patient en écartant une pathologie (il n'y a rien de grave puisque l'examen n'a rien trouvé). Cependant, chez les sujets anxieux, l'absence de cause retrouvée à leurs symptômes risquerait de renforcer l'inquiétude et la recherche d'une maladie plus rare, plus compliquée, accentuant ainsi la demande de nouveaux examens.

Peu d'études méthodologiquement solides se sont penchées sur la question de la valeur rassurante des examens complémentaires. En 2012, une revue systématique de la littérature franco-hollandaise a regroupé les essais contrôlés randomisés qui évaluaient l'efficacité de différents tests diagnostics pour rassurer les patients (10). Cinq essais étaient éligibles. Les examens utilisés étaient l'ECG, les radiographies ou l'IRM du rachis lombaire, l'IRM cérébrale et les examens biologiques. Les motifs de consultation étudiés étaient la douleur thoracique, les lombalgies et les céphalées. Quatre des cinq essais n'ont pas trouvé de valeur rassurante significative aux examens. Une étude rapportait un effet rassurant trois mois après l'IRM cérébrale qui disparaissait après un an.

La méta-analyse de Rolphe et Burton (11) a montré que l'effet rassurant des examens complémentaires ne pouvait être que transitoire voire inexistant dans le cadre de symptômes ayant une faible probabilité de relever d'une pathologie grave.

En 2013, un travail de thèse qualitatif a exploré la démarche des médecins généralistes pour rassurer des patients inquiets vis-à-vis d'un symptôme à priori bénin ou fonctionnel, à partir de situations cliniques fictives. Bien que la quasi-totalité des médecins estimait pouvoir rassurer les patients par des explications, ils prescrivaient des examens complémentaires dans 7 cas sur 10 (12).

La prescription d'examens complémentaires est donc bien plus complexe qu'il n'y paraît. Le médecin, partagé entre son expertise clinique, les recommandations professionnelles et les attentes des patients a parfois du mal à évaluer la pertinence de la prescription d'un examen.

Le but initial de notre travail était d'explorer et de croiser les attentes des médecins et des patients en matière d'examens paramédicaux, dans le cadre des soins primaires. Ne pouvant explorer tout le champ des examens complémentaires dans le cadre d'une thèse, nous avons choisi de limiter notre analyse aux pathologies du rachis lombaire, fréquentes en médecine générale, et pourvoyeuses d'examens d'imagerie.

En effet, en France, en 2003, La lombalgie représentait la troisième cause de consultation en médecine générale pour les hommes et la sixième cause pour les femmes, soit 7% et 6% des consultations (13). Elle était à l'origine de 5 à 10% des actes de radiologie, de 2.5% de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses, et de près du tiers des actes de kinésithérapie. Le coût financier médical direct était évalué à 1.4 milliards d'euros et représentait 1.6 % des dépenses de santé.

En février et décembre 2000, des recommandations ont été émises en France par la HAS concernant la prescription des examens d'imagerie dans le cadre des lombalgies aiguës (14) et chroniques (15). Etaient exclues de ces recommandations les lombalgies dites

symptomatiques (fracture, néoplasie, infection, maladie inflammatoire) et les urgences diagnostiques et thérapeutiques (déficit moteur, syndrome de la queue de cheval, sciatique hyperalgique). Ainsi, une lombalgie commune de moins de sept semaines d'évolution ne justifiait pas la demande d'une imagerie sauf quand un traitement par manipulation ou infiltration était envisagé. Dans le cas d'une lombalgie commune chronique (définie par une durée d'évolution supérieure à trois mois), les radiographies étaient recommandées en première intention. Il est important de souligner que ces recommandations étaient en grande partie fondées sur des accords professionnels, faute d'études de haut niveau de preuve. Les auteurs incitaient d'ailleurs les professionnels à considérer ces recommandations comme des propositions (15). Quelques travaux ont montré que ces recommandations n'étaient que moyennement respectées (16).

Owen & al. en 1990 se sont intéressés à l'opinion du médecin généraliste quant au rôle de la radiologie chez les patients lombalgiques (17). Sur 90 médecins interrogés, 80% demandaient des radiographies pour rassurer le patient et 78% pour leur propre réconfort.

Seulement quelques études qualitatives ont exploré le point de vue des patients (18,19).

Cette analyse de la littérature nous a permis de faire émerger plusieurs questionnements:

- Quelles sont les attentes des patients en matière d'examens du rachis lombaire en médecine générale ?
- Ces attentes influencent-elles la prescription du médecin généraliste ?
- Y-a-t-il une concordance entre les attentes du patient et du médecin ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons décidé de mettre en œuvre une étude exploratoire transversale descriptive dont l'objectif principal était d'estimer, à l'échelle d'un échantillon non représentatif, la proportion de situations dans lesquelles le patient influençait directement ou indirectement son médecin généraliste en cas de prescription d'imagerie du rachis lombaire.

L'objectif secondaire était d'évaluer dans quelle mesure les attentes du médecin et du patient concordaient.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive sur un échantillon non représentatif de patients ayant reçu une prescription d'imagerie du rachis lombaire par un médecin généraliste dans l'agglomération Orléanaise.

1. Population étudiée

1.1. Patients

Les patients étaient âgés de plus de 18 ans. Il n'y avait pas de limite d'âge supérieur. Le patient ayant reçu une prescription d'imagerie du rachis lombaire à l'issue d'une consultation représentait l'unité statistique.

Le mode de recrutement des patients se faisait par l'intermédiaire des médecins généralistes, sur la base du volontariat après consentement oral. Une fiche explicative était remise par le médecin à chaque patient acceptant de participer à l'étude (Annexe 2).

Les critères de non inclusion étaient:

- les patients mineurs
- l'existence de troubles cognitifs ou d'un handicap mental modéré à sévère
- la mauvaise compréhension du français
- les patients ayant reçu une prescription d'imagerie avant le début de l'étude

Un patient ne pouvait être inclus deux fois dans l'étude. S'il avait reçu deux prescriptions d'imagerie, seule l'une des deux pouvait faire l'objet d'une analyse.

Les imageries du rachis lombaire pouvaient être des radiographies, une tomodensitométrie (TDM) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM).

1.2. Médecins

Le recrutement des médecins a été établi par notre réseau de connaissance. Il s'agissait de médecins généralistes installés, exerçant dans l'agglomération orléanaise. Leur mode d'exercice pouvait être seul, en association simple ou au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire. Leur commune d'exercice pouvait être rurale, semi-rurale ou urbaine.

2. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de six mois, de septembre 2015 à février 2016.

Dans un premier temps les médecins étaient contactés par un email présentant les grandes lignes de l'étude. En cas de réponse favorable, un rendez-vous physique était pris pour explication détaillée du projet et délivrance des questionnaires. En cas de non réponse, aucune relance n'a été faite car un nombre suffisant de médecins avait déjà accepté de participer. Chaque médecin recevait dans un premier temps cinq questionnaires ainsi qu'une fiche explicative à remettre aux patients inclus. Une fiche informative leur était également destinée (Annexe 1).

A l'issue d'une consultation où une prescription d'imagerie du rachis lombaire avait été faite, et après recueil du consentement du patient, le médecin devait remplir un questionnaire rapide et noter les coordonnées du patient.

Le recueil des réponses des médecins se faisait essentiellement par voie postale, une enveloppe pré-affranchie avec l'adresse de l'enquêteur leur était remise à l'issue de la première rencontre.

Dans un second temps, les réponses des patients étaient recueillies via un hétéro-questionnaire téléphonique. Plusieurs relances téléphoniques étaient faites en cas de non réponse. Au bout de quatre relances infructueuses il était décidé de stopper l'inclusion pour le patient concerné.

3. Elaboration des questionnaires

Dans un souci d'acceptabilité et de faisabilité, le questionnaire médecin comportait six questions à réponses fermées. Chaque médecin devait répondre à l'issue immédiate de la consultation. Les questions exploraient le jugement du médecin sur trois axes:

- l'influence du patient sur la prescription de l'imagerie
- l'utilité de cette prescription
- l'effet de cette prescription sur le patient

Le questionnaire patient comportait quinze questions réparties en trois grandes parties:

- une première partie résumant les données individuelles puis questionnant le patient sur l'origine de l'examen prescrit
- une seconde partie explorant le ressenti du patient au moment de la prescription
- une troisième partie explorant ce même ressenti à l'issue de l'examen

Les deux questionnaires ont été testés par des collègues médecins ainsi que par l'entourage proche de l'enquêteur afin de vérifier la bonne compréhension des questions.

4. Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés avec l'application Excel®. Les méthodes statistiques employées étaient celles de la statistique descriptive.

Nous avons évalué la concordance entre le jugement des médecins sur l'impact de la prescription d'imagerie sur les patients et l'effet réel de cette prescription . Un tableau de contingence a été utilisé, permettant d'établir un calcul de sensibilité et spécificité.

RESULTATS

1. Description de la population

1.1.Médecins

Sur les 28 médecins contactés pour participer à l'étude, 22 ont accepté (78.6 %) et 19 ont recruté des patients via les questionnaires. Six médecins n'ont pas donné de réponse.

L'âge moyen des médecins était de 46.2 ans. Dix-huit exerçaient en association (81.8 %) et 14 en milieu urbain (63.6 %) (**tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon de médecins

	Hommes	Femmes	Total (%)
	N=13 (60.0 %)	N=9 (40.0 %)	N=22 (100)
<u>Age moyen ± écart-type</u>	45.9 ± 11.4	46.6 ± 11.9	46.2 ± 11.3
<u>Année d'installation</u>			
1980-1990	3	2	5 (22.7)
1990-2000	3	1	4 (18.2)
2000-2010	3	3	6 (27.3)
>2010	4	3	7 (31.8)
<u>Mode d'exercice</u>			
seul	1	0	1 (4.5)
association	9	9	18 (81.8)
MSP	3	0	3 (13.6)
<u>Lieu d'exercice</u>			
rural	0	1	1 (4.5)
semi-rural	6	1	7 (31.8)
urbain	7	7	14 (63.6)

1.2.Patients

Au total, 57 questionnaires ont été remplis par les médecins. Huit questionnaires n'étaient pas exploitables, pour différentes raisons :

- Quatre patients étaient injoignables
- Deux patients étaient mineurs

- Un patient était hospitalisé au moment de l'étude
- L'ordonnance d'imagerie d'un patient n'avait pas été prescrite par le médecin participant

Quarante-neuf patients ont été inclus. L'échantillon comportait une légère majorité de femmes (53 %). L'âge moyen était de 50.7 ans (**tableau II**).

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillon de patients

	Hommes	Femmes	Total (%)
	N=23 (47.0 %)	N=26 (53.0 %)	N=49 (100)
<u>Age moyen ± écart-type</u>	50.2 ± 16.6	51.1 ± 15.0	50.7 ± 15.6
<u>Statut marital</u>			
célibataire	3	2	5 (10.2)
marié	15	10	25 (51.0)
pacsé	1	2	3 (6.1)
concubinage	2	4	6 (12.2)
divorcé	2	7	9 (18.4)
veuf	0	1	1 (2.0)
<u>Niveau d'études</u>			
CEP*	2	3	5 (10.2)
Brevet	1	3	4 (8.2)
CAP†	6	3	9 (18.4)
BEP‡	1	2	3 (6.1)
Bac	6	1	7 (14.3)
études supérieures	7	14	21 (42.9)

*CEP : certificat d'études primaires ; † CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; ‡ BEP : brevet d'études professionnelles

2. Prescription des examens

2.1.Type d'examen

Les examens prescrits par les médecins étaient en majorité des radiographies (72.0 %) (**tableau III**). Neuf patients n'avaient pas passé leur examen le jour de l'entretien (Quatre avaient un rendez-vous programmé plus tard, deux allaient mieux, un n'avait pas eu le temps de prendre rendez-vous, un devait passer d'autres examens, un n'a pas donné de réponse). 80 % des patients ayant passé leur examen l'avaient fait dans les 14 jours suivant la prescription.

Tableau III : Types d'examens prescrits par les médecins

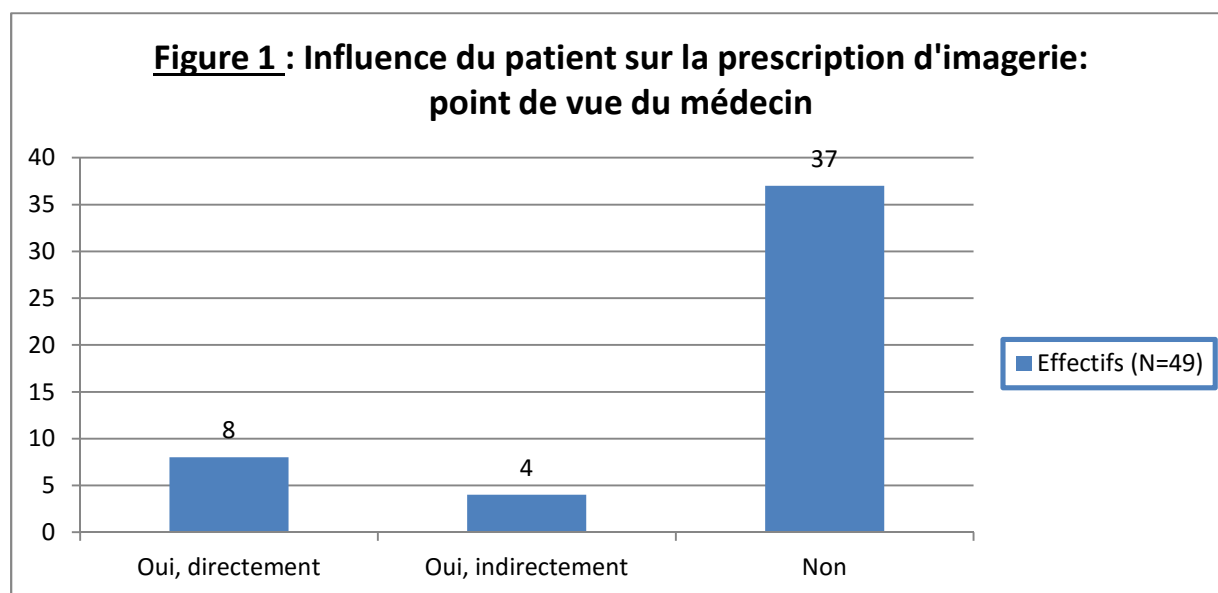
	Hommes	Femmes	Total (%)
<u>Examen prescrit</u>	N=23	N=27*	N=50
radiographies	13	23	36 (72.0)
scanner	5	4	9 (18.0)
IRM	5	0	5 (10.0)

*une patiente a reçu une prescription de radiographies + scanner au cours de la même consultation

Vingt-trois patients (46.9 %) avaient consulté au moins une fois le médecin ou son associé dans les trois mois précédents pour le même motif, soit une moyenne de 0.78 consultation (± 1.07).

2.2. Origine de la prescription

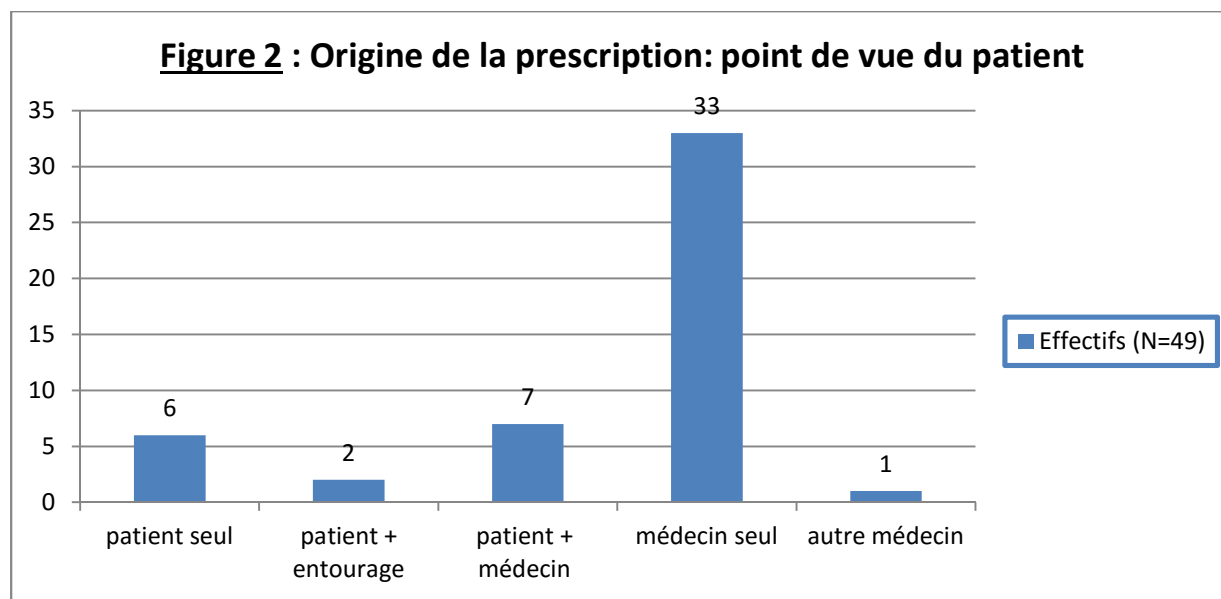
Dans la majorité des cas, les médecins ont déclaré avoir prescrit l'imagerie sur leur propre initiative (N=37, 75.5 %). 24.5 % des prescriptions étaient influencées par les attentes du patient, que sa demande soit directe (16.3 %) ou indirecte (8.2 %) (**figure 1**).



Sur les 49 prescriptions, 37 d'entre elles (75.5 %) étaient jugées indispensables à la prise en charge du patient par les médecins. Neuf prescriptions étaient jugées non indispensables ; sept d'entre elles étaient influencées par le patient. Pour trois prescriptions les médecins étaient indécis.

Selon les patients, l'initiative de la prescription était prise dans 67.3 % des cas par le médecin (N=33). Huit patients (16.3 %) estimaient être eux-mêmes à l'origine de la prescription, dont

deux avec leur entourage. Pour 14.3 % d'entre eux l'initiative leur semblait être partagée avec le médecin (**figure 2**).



2.3. Objectifs de la prescription

Les patients qui pensaient être à l'initiative de la prescription n'ont pas été interrogés sur les objectifs de celle-ci. Sur les 34 patients qui n'étaient pas à l'origine de la prescription de l'imagerie, un seul n'était pas d'accord avec cette prescription. Deux ne savaient pas pourquoi l'examen était demandé.

Pour les médecins et les patients, les objectifs de la prescription pouvaient être multiples.

Pour les médecins, les objectifs principaux de leur prescription étaient diagnostique (77.5 %), thérapeutique (72.5 %) et pronostique (éliminer une maladie grave dans 55 % des cas) (**tableau IV**).

Pour les 32 patients interrogés, les objectifs principaux étaient diagnostique (84.4 %), évaluer le degré de gravité (71.9 %) et être rassuré (50.0 %).

Tableau IV : Objectifs de la prescription d'imagerie: points de vue des médecins et des patients (plusieurs objectifs possibles)

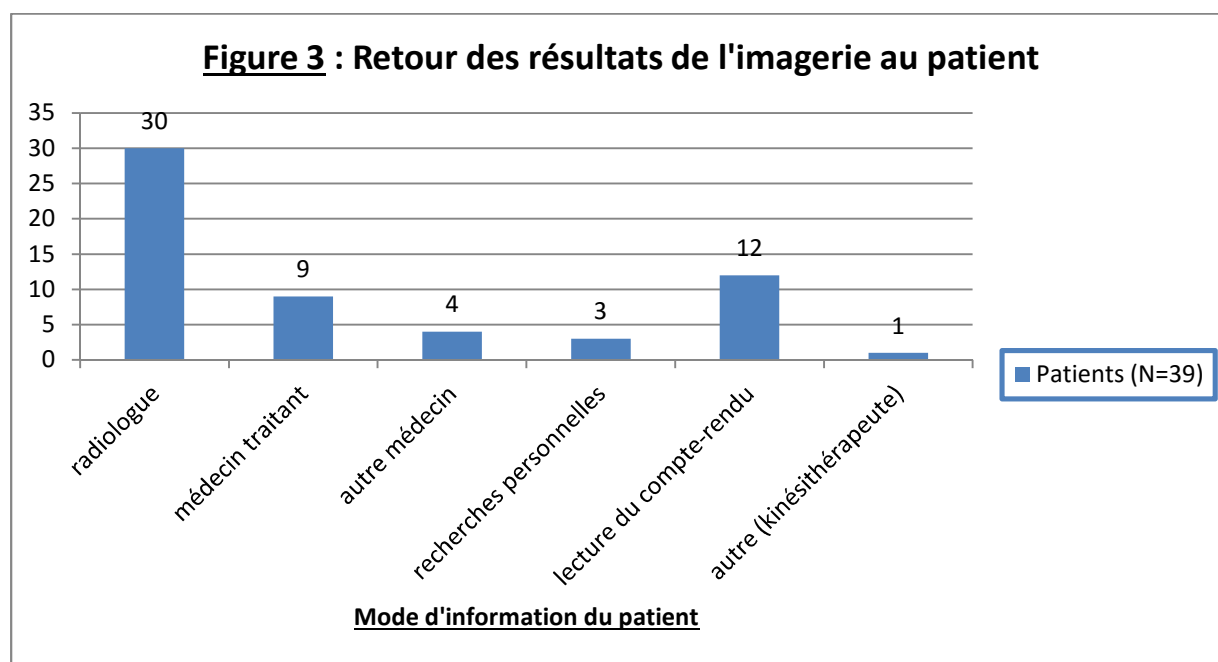
	Médecins	Patients
<u>Objectifs</u>	N=40 (%)	N=32 (%)
diagnostique	31 (77.5)	27 (84.4)
évaluer le degré de gravité	NE*	23 (71.9)
éliminer une maladie grave	22 (55.0)	7 (21.9)
aide à la PEC† thérapeutique	29 (72.5)	8 (25.0)
rassurer le patient/entourage	12 (30.0)	16 (50.0)
rassurer le médecin	8 (20.0)	12 (37.5)

*NE : non évalué ; †PEC : prise en charge

3. Effets de la prescription

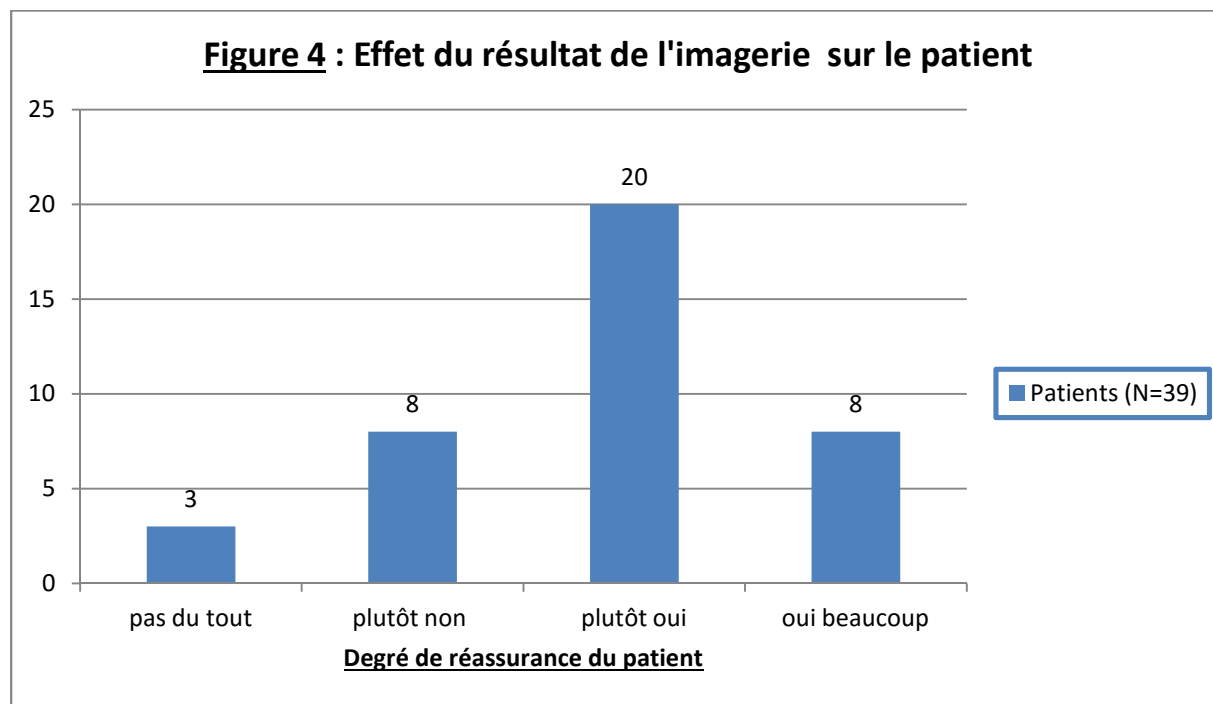
3.1.Communication des résultats

Sur les 40 patients ayant passé leur examen, un seul n'a pas eu connaissance du résultat. Pour les autres, l'information était donnée d'abord par le radiologue (76.9 %), puis par lecture du compte-rendu (30.8 %) (**figure 3**). Pour neuf patients (23.1 %) le résultat était communiqué par le médecin traitant. Les sources d'information pouvaient être multiples : certains patients avaient été informés du résultat à la fois par le radiologue, leur médecin traitant et un autre médecin spécialiste.



3.2. Conséquences du résultat sur le ressenti du patient

Vingt-huit patients (71.8 %) ont été plutôt rassurés voire très rassurés par le résultat de l'imagerie (**figure 4**). A l'inverse, pour onze patients le résultat n'a pas été rassurant, voire pas du tout pour trois d'entre eux (7.7 %).



Sur un total de 39 patients, 30 ont eu connaissance du résultat par le radiologue. Parmi ces derniers, 24 ont été rassurés (80 %). Sur les neuf patients non informés par le radiologue, quatre ont été rassurés (44,5 %).

3.3. Aide à la guérison ?

Médecins et patients ont été interrogés sur l'aspect thérapeutique de la prescription d'imagerie. 51 % des médecins estimaient que l'aide à la guérison de l'imagerie dépendait du résultat de celle-ci (**tableau VI**).

Tous les patients ont été interrogés sur le pouvoir de guérison de l'imagerie, qu'ils aient eu l'examen ou non. Ils ne voyaient pas de bénéfice thérapeutique à l'imagerie dans 59.2 % des cas.

Tableau V : Pouvoir d'aide à la guérison de l'imagerie: points de vue des médecins et des patients

	Médecins	Patients
<u>Aide à la guérison</u>	N= 48*(%)	N= 49 (%)
Oui	5 (10.2)	19 (38.8)
Non	16 (32.7)	29 (59.2)
Dépend du résultat	25 (51.0)	NE ‡
NSP†	2 (4.1)	1 (2.0)

* un médecin n'a pas répondu ; ‡ NE : non évalué ; † NSP: ne sait pas

4. Place des examens d'imagerie du rachis lombaire : point de vue du patient

Tous les patients ont été interrogés sur leur vision de l'utilité des examens d'imagerie du rachis lombaire dans le cadre de la prise en charge des maladies du dos en général. Les patients qui avaient passé leur examen ont aussi été questionnés sur l'intérêt qu'ils accordaient à cet examen dans leur situation précise (**tableau VII**).

L'examen était jugé indispensable ou très utile en général par la grande majorité des patients (73.5 %). Dans leur cas précis, 55 % des patients trouvaient un grand intérêt à l'examen, et 45 % le jugeaient utile voire peu utile. L'examen n'était jamais jugé inutile.

Tableau VI : Utilité des examens d'imagerie du rachis lombaire : point de vue du patient

	En général	Situation actuelle
<u>Utilité de l'examen</u>	N=49 (%)	N=40 (%)
indispensable	15 (30.6)	16 (40.0)
très utile	21 (42.9)	6 (15.0)
(éventuellement) utile	11 (22.4)	15 (37.5)
peu utile	1 (2.0)	3 (7.5)
inutile	0 (0.0)	0 (0.0)
NSP*	1 (2.0)	0 (0.0)

*NSP : ne sait pas

5. Concordance des jugements médecins/patients

Pour évaluer la concordance entre le jugement des médecins sur l'impact de la prescription de l'imagerie sur les patients et l'effet réel ressenti, nous avons construit des tableaux de contingence.

L'analyse des données nous a permis d'évaluer deux axes :

- la réassurance du patient sur la qualité de la prise en charge
- la réassurance du patient sur le résultat attendu de l'imagerie

Ces deux paramètres étaient évalués, pour le médecin, à l'issue de la prescription. Le patient ayant été interrogé plusieurs jours voire plusieurs semaines après la prescription, il lui était demandé de se projeter dans le contexte initial de la prescription, avant d'avoir subi l'examen.

5.1. Réassurance sur la qualité de la prise en charge

La prévalence des patients rassurés sur la qualité de la prise en charge était de 89.8 %. La sensibilité de détection des patients rassurés, par les médecins, était de 77.3 %. La spécificité était de 20 %. La valeur prédictive positive du jugement des médecins était de 89.5 %. La valeur prédictive négative était de 9.1 %.

Le rapport de vraisemblance positif (RV+) était inférieur à 1 (0.97) et le rapport de vraisemblance négatif (RV-) était supérieur à 1 (1.135).

Tableau VII : Tableau de contingence entre le jugement des médecins sur la réassurance du patient sur la qualité de la prise en charge et les données observées

		PATIENTS		
		Rassurés	Non rassurés	Total
MEDECINS	Patients rassurés	34	4	38
	Patients non rassurés	10	1	11
	Total	44	5	49

$$\text{Sensibilité} = 34/44 = 77.3 \%$$

$$\text{VPP} = 34/38 = 89.5 \%$$

$$\text{Spécificité} = 1/5 = 20.0 \%$$

$$\text{VPN} = 1/11 = 9.1 \%$$

$$\text{Prévalence} = 44/49 = 89.8 \%$$

$$\text{RV}(+) = 0.773/(1-0.2) = 0.97 \Rightarrow \ln(0.97) = -0.03$$

$$\text{RV}(-) = (1-0.773)/0.2 = 1.135 \Rightarrow \ln(1.135) = +0.13$$

5.2. Réassurance sur le résultat attendu

Quarante-trois questionnaires ont pu être analysés: trois médecins et un patient n'ont pas répondu à la question. Un médecin n'avait pas d'avis et deux patients se disaient neutres sur la question.

Pour une prévalence de 86 %, la sensibilité de détection des patients rassurés, par les médecins, était de 73 %. La spécificité était de 33.3 %. La valeur prédictive positive du jugement des médecins était de 87.1 %. La valeur prédictive négative était de 16.7 %.

Le rapport de vraisemblance positif (RV+) était légèrement supérieur à 1 (1.09) et le rapport de vraisemblance négatif (RV-) était légèrement inférieur à 1 (0.82).

Tableau VIII : Tableau de contingence entre le jugement des médecins sur la réassurance du patient sur le résultat attendu et les données observées

		PATIENTS		
MEDECINS		Rassurés	Non rassurés	Total
	Patients rassurés	27	4	31
	Patients non rassurés	10	2	12
	Total	37	6	43

$$\text{Sensibilité} = 27/37 = 73.0 \%$$

$$\text{VPP} = 27/31 = 87.1 \%$$

$$\text{Spécificité} = 2/6 = 33.3 \%$$

$$\text{VPN} = 2/12 = 16.7 \%$$

$$\text{Prévalence} = 37/43 = 86.0 \%$$

$$\text{RV (+)} = 0.73/(1-0.33) = 1.09 \Rightarrow \ln(1.09) = + 0.09$$

$$\text{RV (-)} = (1-0.73)/0.33 = 0.82 \Rightarrow \ln(0.82) = - 0.2$$

DISCUSSION

Dans l'ensemble, l'acceptabilité de notre étude a été bonne puisque 78.6 % des médecins contactés ont accepté de participer, et 86 % des patients recrutés ont répondu aux questionnaires. Les huit patients non interrogés ne l'étaient pas par refus, mais pour cause d'indisponibilité ou d'inéligibilité.

Les médecins participants étaient majoritairement des hommes (60.0%), exerçaient le plus souvent en association (81.8%) et en milieu urbain (63.6%). Leur mode de recrutement, sur la base du volontariat, induisait un biais de sélection mais également une meilleure acceptabilité. L'explication détaillée du projet lors d'un rendez-vous physique avec l'enquêteur a pu permettre de limiter le biais de compréhension, sans pour autant l'éviter totalement puisque des médecins ont recruté des patients non éligibles (mineurs, prescription non faite par le médecin participant). Le questionnaire médecin a été simplifié au maximum afin d'optimiser l'acceptabilité sur toute la durée de l'étude. Tous les questionnaires remplis ont pu être recueillis grâce aux relances et à la simplification du retour pour les médecins par enveloppes pré-affranchies. Trois médecins n'ont pas recruté de patient. Les raisons pouvaient être multiples : manque de temps, oubli, absence de patient éligible.

Une seule patiente n'avait pas été informée de l'étude lors de l'entretien téléphonique. Elle a finalement été incluse après explication et recueil de son consentement oral. Le délai de retour des questionnaires médecins était aléatoire car dépendant de leur disponibilité. En outre, les délais pour obtenir les rendez-vous d'examens d'imagerie étaient très variables, selon le motif ou le type d'examen prescrit. De ce fait, nous avons choisi de contacter les patients dès réception de leurs coordonnées téléphoniques, en respectant leurs disponibilités si celles-ci étaient indiquées. Ainsi, neuf patients n'avaient pas passé leur examen le jour de l'entretien, dont deux en raison d'une amélioration clinique.

S'agissant d'une enquête descriptive, les questionnaires médecins et patients étaient volontairement fermés. Un temps de commentaire libre était proposé en fin d'entretien, qui a permis de recueillir les remarques ou impressions des patients en dehors du questionnaire.

La méthode de recueil par hétéro-questionnaire comportait ses forces mais aussi ses limites. En cas d'incompréhension, les questions pouvaient être reformulées par l'enquêteur. Néanmoins, la retranscription des réponses était soumise à sa subjectivité et donc à un biais d'interprétation. De plus, l'exploration du ressenti du patient à deux moments différents (avant et après avoir eu l'examen) pouvait conduire à un biais de mémorisation.

La non représentativité de l'échantillon est restée la principale limite de notre enquête, impliquant de fait des résultats non significatifs.

Cependant, le but principal de l'étude a été atteint : 24.5 % des médecins estimaient avoir été influencés par les patients au moment de la prescription de l'imagerie, dont 16.3 %

directement. De l'autre côté, 30.6 % des patients ont jugé être à l'initiative de la prescription, avec une décision partagée dans près de la moitié des cas (14.3 %). Nous n'avons pas retrouvé de travaux équivalents sur cette question dans la littérature. L'étude qualitative de Schers & al. en 2001 (20) a exploré entre autres les motivations des patients puis des médecins généralistes pour la prescription de radiographies du rachis lombaire. Tous les patients n'étaient pas demandeurs ; ceux qui étaient en attente d'une prescription évoquaient la durée des symptômes, la valeur ajoutée de l'examen, ou tout simplement leur autodétermination. Quant aux médecins, outre l'aspect pronostique, la plupart déclaraient prescrire des radiographies suite à une demande des patients ou quand ils échouaient à leur expliquer l'inutilité de l'imagerie. Quelques-uns l'utilisaient comme moyen tactique pour éviter une consultation chez un spécialiste.

Dans notre enquête, les examens prescrits étaient majoritairement des radiographies (72 %). Nous n'avons volontairement pas exploré les motifs de prescription des imageries. Deux patientes interrogées pensaient que les radiographies étaient un examen demandé par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) afin de pouvoir obtenir un TDM. Pour elles, cet examen était injustifié mais obligatoire pour continuer leur prise en charge. Il serait intéressant de se pencher sur les déterminants du choix de la prescription des trois types d'imageries (IRM, TDM et radiographies) pour un même motif.

Une seule patiente n'était pas d'accord avec la prescription de son médecin. Il s'agissait d'une patiente âgée ayant des difficultés à se mobiliser. La contrainte du transport jusqu'au cabinet de radiologie représentait une épreuve pour elle. Cependant, elle a dit être très rassurée par le résultat de son examen et l'a jugé utile à sa prise en charge.

Concernant les objectifs de la prescription, établir un diagnostic était le premier but partagé par les médecins et les patients.

Les résultats de l'imagerie étaient connus pour tous les patients sauf une, dont le TDM avait été fait à l'hôpital. Elle n'avait pas encore revu son médecin traitant lors de l'entretien. Le radiologue était le premier informateur dans la grande majorité des cas (76.9 %). En 2009, une enquête de santé publique (21) a évalué la perception et la satisfaction des patients par rapport à l'information perçue lors d'une IRM ou d'une fibroscopie bronchique, sur trois temps différents (avant, juste après, une semaine après l'examen). Les déterminants significatifs de la satisfaction étaient l'existence de réponses aux questions des patients et la concordance de l'information perçue avec la réalité vécue pendant l'examen. Le statut de l'informateur (médical ou paramédical) importait peu sur la satisfaction. Les patients subissant une fibroscopie avaient plus de chance d'être informés par le médecin que ceux qui passaient une IRM, quelque soit le temps de l'examen. Dans notre étude, quand l'informateur était le radiologue, 80 % des patients étaient rassurés. Ces chiffres sont à nuancer : beaucoup de patients avaient été informés du résultat par plusieurs sources.

Le bénéfice thérapeutique de l'imagerie perçu par les patients était modéré (38.8 %). Nous n'avons pas trouvé d'étude comparable mais nos chiffres semblent cohérents avec ceux d'une étude néerlandaise publiée en 2015 (22). Cette enquête a suivi une cohorte de 683 patients pendant 12 mois, adressés par leur médecin généraliste pour une IRM dans le cadre de

douleurs lombaires. L'objectif était d'évaluer la valeur pronostique ajoutée des résultats de l'IRM parmi d'autres facteurs cliniques comme l'âge, l'intensité et la durée de la douleur, ou la présence de symptômes neurologiques. Le critère de jugement principal était la guérison, évalué par une échelle de perception de l'effet global. Après douze mois, 53 % des patients s'estimaient guéris. L'ajout des résultats de l'IRM n'a pas permis une meilleure prédiction de la guérison.

Une importante étude randomisée menée au Royaume-Uni en 2001 a voulu tester l'impact thérapeutique d'une radiographie du rachis lombaire prescrite chez des patients lombalgiques depuis plus de six semaines (23,24). 52 médecins généralistes ont inclus 421 patients lombalgiques, âgés de 20 à 55 ans. Un premier groupe de 210 patients a eu des radiographies du rachis lombaire. Le deuxième groupe (211 patients) n'a eu aucune imagerie. Le reste des soins était identique dans les deux groupes. Etaient évaluées la douleur, l'incapacité fonctionnelle et la satisfaction du patient. Après 3 mois, les patients ayant eu des radiographies étaient plus lombalgiques (RR 1,26 – IC à 95%: 1,00-1,60) et consultaient plus le médecin (RR 1,62 - IC à 95% : 1,33-1,97) . Après 9 mois, ces mêmes patients semblaient malgré tout être plus satisfaits de la prise en charge ($p < 0,01$). Une explication possible à ces résultats suggère que la radiographie, en donnant un diagnostic, renforcerait la conviction du patient qu'il est malade et abaisserait le seuil de plaintes somatiques.

Pour nos patients, malgré un bénéfice thérapeutique estimé modeste, 96 % d'entre eux ont jugé l'imagerie utile en général, et 92.5 % de ceux qui avaient eu l'examen l'avaient trouvé utile voire indispensable. Ce rôle important était également retrouvé dans l'étude transversale d'Espeland & al (18) où, pour 72 % des patients, les radiographies du rachis lombaire étaient très importantes dans leur prise en charge. Ils soulignaient sept motifs pour justifier la nécessité de l'examen, dont les besoins de soutien affectif, de certitude et de réassurance, ou l'espoir de guérison après établissement d'un diagnostic précis.

Une autre étude qualitative menée auprès de médecins internistes et généralistes aux USA en 1998 suggérait que l'abus de prescriptions d'examens complémentaires dans les pathologies du rachis lombaire pouvait être lié aux attentes des patients (25).

Concernant l'objectif secondaire de notre travail, l'analyse des données nous a permis d'étudier la concordance des jugements des médecins et des patients sur deux aspects : la réassurance des patients sur la qualité de la prise en charge d'une part, et sur le résultat attendu d'autre part. Les objectifs de la prescription n'ont pas pu être étudiés en raison de leur caractère multiple. Par ailleurs, la question sur le pouvoir thérapeutique de l'imagerie n'a pu être traitée car les questionnaires médecins et patients n'étaient pas similaires. La sensibilité de détection des patients rassurés par les médecins était plutôt bonne ($Se = 77,3$ % pour la qualité de prise en charge, $Se = 73$ % pour le résultat attendu). Par contre, les valeurs prédictives négatives étaient très faibles (respectivement 9.1 % et 16.7 %), traduisant une capacité médiocre à détecter les patients non rassurés. Cependant, aucune conclusion ne peut être tirée de ces résultats pour plusieurs raisons : d'une part, l'échantillon de patients était faible ; d'autre part, dans les deux situations, la prévalence de patients rassurés était haute ; enfin, le pouvoir discriminant du jugement des médecins était quasi nul (rapports de vraisemblance nuls ou proches de 1).

Ainsi, patients et médecins généralistes semblaient partagés entre l'importance accordée aux examens du rachis lombaire et le faible bénéfice thérapeutique qu'ils en obtenaient. L'imagerie participait à la satisfaction du patient mais ne suffisait pas à le rassurer durablement.

Les directives européennes pour la prise en charge des lombalgies aiguës (26) et chroniques (27) recommandent l'information et la réassurance du patient. Une équipe anglaise a tenté d'évaluer les différents aspects de la réassurance et d'en mesurer l'impact dans le cadre des lombalgies (28,29). L'étude des comportements des médecins associés à la réassurance mettait en évidence plusieurs attitudes : la collecte des données notamment par la démonstration de la compréhension du problème du patient ; la réassurance cognitive en donnant l'information et en permettant au patient de poser des questions ; la réassurance affective comprenant la construction de la relation médecin-patient, l'empathie, l'espoir et le renforcement de la confiance en soi. Le recueil du point de vue des patients montrait qu'ils se sentaient rassurés de manière implicite quand ils se sentaient pris au sérieux et compris. Mais seulement les informations explicites leur permettaient de mieux gérer leur problème.

A l'aube de la télémédecine, la relation médecin-patient reste un déterminant fort de la qualité des soins, et les décisions prises par les soignants ne peuvent se faire indépendamment des attentes des patients. C'est ce qui définit la décision partagée.

D'autres travaux de recherche centrés sur le point de vue des patients, s'intéressant plus particulièrement à leurs attentes et menés sur des populations plus nombreuses et plus représentatives de la patientèle habituellement rencontrée en médecine générale devraient être initiés dans le but d'améliorer leur prise en charge, tout en tenant compte des impératifs de santé publique et des coûts induits pour la collectivité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Francois P, David S. Évaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : Prescriptions utiles et inutiles. La Revue du praticien [Internet]. 2004 [cité 10 mai 2016];54(11):1233-8. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15907684>
2. Grenier B. Justifier les décisions médicales et maîtriser les coûts [Internet]. MASSON; 2006 [cité 17 mai 2016]. 152 p. Disponible sur: <http://www.elsevier-masson.fr/justifier-les-decisions-medicales-et-maitriser-les-couts-9782294019876.html>
3. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. Médecine [Internet]. 1 mars 2010 [cité 20 mai 2016];6(3):124-6. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/gerer_l_incertainite_de_la_pratique_medicale_284248/article.phtml?tab=texte
4. Tran, T-V, Nougaldre M. Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? [cité 31 mars 2015]; Disponible sur: http://www.exercer.fr/media/pdf/88-9_exercer106_thi-viet_Tran_ss_coupe.pdf
5. Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique clinique (RPC) [Internet]. 2010 [cité 17 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc
6. [guide_bon_usage_imagerie.pdf](#) [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: http://www.irs.fr/FR/professionnels_sante/documentation/Documents/guide_bon_usage_imagerie.pdf
7. Weijden T van der, Bokhoven MA van, Dinant G-J, Hasselt CM van, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. British Journal of General Practice [Internet]. 1 déc 2002 [cité 27 janv 2015];52(485):974-80. Disponible sur: <http://bjgp.org/content/52/485/974>
8. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. Med Decis Making. juin 2003;23(3):226-31.
9. Cathébras P. Rassurer : un acte médical essentiel mais plus difficile qu'il n'y paraît, aux conséquences socio-économiques négligées. La Revue de Médecine Interne [Internet]. mai 2014 [cité 20 janv 2015];35(5):285-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866313010692>
10. van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D, van de Laar F, Lucassen P, Olde Hartman T, et al. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. Patient Education and Counseling [Internet]. janv 2012 [cité 6 mai 2015];86(1):3-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111001133>
11. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: Systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med [Internet]. 25 mars 2013 [cité 6 mai 2015];173(6):407-16. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2762>

12. Bernal A. Rassurer un patient devant des symptômes a priori bénins ou fonctionnels: une étude qualitative en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2013.
13. ABENHAÏM L, LE GALES C, =Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Groupe Technique National de Définition des Objectifs. (G.T.N.D.O.). Paris. FRA, =Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. Rapport du GTNDO : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs. Paris: La documentation française; 2003.
14. ANAES. PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION [Internet]. [cité 30 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombreco.pdf>
15. Haute Autorité de Santé - Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique [Internet]. [cité 6 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271859/fr/diagnostic-prise-en-charge-et-suivi-des-malades-atteints-de-lombalgie-chronique
16. HOURCADE S, TREVES 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.
17. Owen JP, Rutt G, Keir MJ, Spencer H, Richardson D, Richardson A, et al. Survey of general practitioners' opinions on the role of radiology in patients with low back pain. Br J Gen Pract. mars 1990;40(332):98-101.
18. Espeland A, Baerheim A, Albrektsen G, Korsbrekke K, Larsen JL. Patients' views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. Spine. 15 juin 2001;26(12):1356-1363.
19. Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ, O'Dowd TC. Patients' views of low back pain and its management in general practice. Br J Gen Pract [Internet]. mars 1996 [cité 1 juill 2015];46(404):153-156. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239572/>
20. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain a qualitative study. Spine. 1 août 2001;26(15):E348-353.
21. FLORENCE S, GAMBOTTI L, TEZENAS DU MONTCEL S. Perception par les patients de l'information reçue lors d'un examen complémentaire. SANTE PUBLIQUE. 02 2009;21(1):37-44.
22. de Schepper EIT, Koes BW, Oei EHG, Bierma-Zeinstra SMA, Luijsterburg PAJ. The added prognostic value of MRI findings for recovery in patients with low back pain in primary care: a 1-year follow-up cohort study. Eur Spine J. avr 2016;25(4):1234-1241.
23. 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 [Internet]. 2001 [cité 25 avr 2016];322(7283):400-405. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/322/7283/400?variant=full>
24. Dewachter J. Faut-il demander une radiographie en cas de lombalgie? [Internet]. Minerva Website. 2003 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/914#L1>

25. Shye D, Freeborn DK, Romeo J, Eraker S. Understanding physicians' imaging test use in low back pain care: the role of focus groups. *Int J Qual Health Care.* avr 1998;10(2):83-91.
26. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* mars 2006;15 Suppl 2:S169-191.
27. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* mars 2006;15 Suppl 2:S192-300.
28. Holt N, Pincus T, Vogel S. Reassurance during low back pain consultations with GPs: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* oct 2015;65(639):e692-701.
29. Holt N, Pincus T. Developing and testing a measure of consultation-based reassurance for people with low back pain in primary care: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17(1):277.

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AU PRATICIEN DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(exemplaire à conserver)

Audrey POUSSON
audrey.pousson@gmail.com
06.71.95.31.84
38 allée des Rossignols, 45160 OLIVET
Sous la direction du Dr Pierre ARCHAMBAULT

Thème de l'étude: L'influence des patients dans la prescription d'imagerie dans les pathologies du rachis lombaire en médecine générale.

Objectifs de l'étude:

Estimer la proportion de situations dans lesquelles le patient influence directement ou indirectement son médecin généraliste en cas de prescription d'imagerie du rachis lombaire.

Evaluer dans quelle mesure les attentes des médecins et des patients concordent.

Protocole / Qui inclure dans l'étude ?

- Recrutement d'au moins 5 patients consécutifs
- Adultes de plus de 18 ans
- A l'occasion d'une prescription d'**imagerie du rachis lombaire**, pour n'importe quel motif (le motif de la prescription n'est pas discriminant)
- **Un patient = une prescription d'imagerie. Chaque patient ne peut être inclus qu'une seule fois.** Si le patient reçoit une autre prescription d'imagerie au cours de l'étude, celle-ci ne pourra être étudiée. Les patients ayant eu une prescription antérieure à l'étude et qui reviendraient avec le résultat ne pourront être étudiés. Par contre, le patient peut avoir eu une première imagerie avant l'étude et une autre au cours de l'étude qui sera étudiée.
- **Critères de non inclusion:** Mauvaise compréhension du français; Troubles cognitifs/Handicap mental modéré à sévère; Patient dont la prescription a été faite avant le début de l'étude
- **Fin des inclusions** : 31 décembre 2015

Si le patient est éligible pour l'inclusion et accepte de participer à l'étude:

- 1) Notice d'information destinée au patient à lui remettre
- 2) Questionnaire médecin à remplir à la fin de la consultation
- 3) Coordonnées du patient à remplir

Merci pour votre participation!

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AU PATIENT

(exemplaire à conserver)

Audrey **POUSSON**
audrey.pousson@gmail.com
38 allée des Rossignols, 45160 OLIVET
Sous la direction du Dr Pierre ARCHAMBAULT

Bonjour,

Nous vous remercions de participer à cette étude qui s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Le but de cette étude est d'observer vos attentes et celles de votre médecin lors de la prescription d'un examen du dos. Pour cela, un questionnaire a été remis à votre médecin. Un autre questionnaire va vous être soumis dans quelques semaines, une fois que vous aurez passé l'examen.

Nous conviendrons avec vous d'un rendez-vous téléphonique ou physique pour répondre à ce questionnaire. Le temps nécessaire pour répondre aux questions sera de 10 à 15 minutes.

Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité. Aucune donnée médicale à caractère personnel n'est recueillie au cours de cette étude. Votre identité sera voilée à l'aide d'un numéro aléatoire. Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé : seuls le responsable scientifique ainsi que le directeur de thèse y auront accès.

Votre contribution à ce travail de recherche est volontaire. Vous pourrez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps, sans conséquence. Vos décisions n'auront aucun effet sur la qualité de votre prise en charge médicale.

Vous pouvez poser toutes vos questions en communiquant avec le responsable de l'étude, Audrey **POUSSON**, par courrier électronique ou par courrier postal.

ANNEXE 3 : Questionnaire médecin

QUESTIONNAIRE MÉDECIN :

Numéro:

Nom : Prénom : Âge : Sexe :

Année d'installation en libéral :

Lieu d'exercice : rural/semi-rural/urbain

Type d'association : seul/association/association en MSP

Date de la prescription de l'examen |_|_| |_|_| |_|_|

1. Quel examen avez-vous prescrit à votre patient(e) ? (entourer la réponse exacte)

radiographies/scanner/IRM/autre

Si autre, détailler :

2. Les attentes du (de la) patiente en matière d'imagerie ont-elles influencé votre prescription ?

- Oui, il (elle) me l'a demandé directement
- Oui, il (elle) ne me l'a pas demandé directement, mais j'ai senti qu'il y avait une attente de sa part
- Non, pas du tout, c'est moi qui ai été à l'initiative de cette prescription

3. Le (la) patient(e) vous a-t-il (elle) consulté au cours des 3 derniers mois pour le même problème?

OUI/NON

3a. Si oui, combien de fois ? |_|_|

3b. Si oui, vous a-t-il (elle) déjà demandé ce type de prescription à cette occasion ?

OUI/NON

4. Pensez-vous que cet examen soit indispensable à la prise en charge de votre patient(e)?

OUI/NON

Si oui, quels étaient le ou les objectifs de cette prescription ?

- Etablir ou confirmer un diagnostic OUI/NON
- Eliminer une pathologie grave OUI/NON
- Aider à la prise en charge thérapeutique OUI/NON

- Le (la) rassurer lui (elle) ou son entourage OUI/NON
- Vous rassurer OUI/NON
- Autre (préciser):

5. Pensez-vous que le simple fait de prescrire cet examen ait rassuré le (la) patient(e) ?

5a. Sur la qualité de la prise en charge

Non pas du tout/plutôt non/plutôt oui/oui beaucoup

5b. Sur le résultat attendu

Non pas du tout/plutôt non/plutôt oui/oui beaucoup

6. Pensez-vous que cet examen l'aide à guérir plus vite ?

- Ca dépend du résultat
- Oui, quel qu'en soit le résultat
- Non, quel qu'en soit le résultat

Commentaires éventuels :

Merci pour votre participation!

Si votre patient(e) accepte de participer à l'étude, merci de noter ses coordonnées ci-dessous:

NOM : PRÉNOM : ÂGE :
N° TÉLÉPHONE PORTABLE : FIXE:
ADRESSE:

ANNEXE 4 : Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE PATIENT :

Numéro:

Médecin prescripteur:

Nom :

Prénom:

Âge :

Sexe:

Statut marital (*entourer la réponse exacte*) : célibataire/marié(e)/veuf(ve)/divorcé(e)

Niveau d'étude (*ex: CAP, baccalauréat, Bac +2*):

1. Un examen du dos vous a été prescrit par votre médecin traitant. De quel examen s'agit-il ? (*entourer la réponse exacte*)

radiographies/scanner/IRM/autre

Si autre, détailler:

2. Qui a été à l'initiative de cette prescription (qui en a fait la demande) ?

- Vous
- Votre médecin traitant
- Un autre médecin, *préciser (rhumatologue, radiologue, ...)* :
- Une personne de votre entourage, *précisez (famille, amis...)*:

3. Si vous étiez à l'origine de cette prescription, en avez-vous fait la demande directement à votre médecin? (passer directement à la question 4 si vous n'étiez pas à l'origine de cette prescription)

- Oui, je lui ai demandé
- Je ne lui ai pas demandé explicitement mais je lui ai fait comprendre que je souhaitais avoir cet examen
- Non, je ne lui ai rien demandé
- Autre (*précisez*):

4. S'agissait-il du premier examen d'imagerie concernant ce problème?

OUI/NON

Si non, quels étaient les examens antérieurs effectués et à environ quelles dates?

Au moment de la prescription (passez directement à la question 7 si c'est vous qui étiez à l'origine de la demande d'examen)

5. Étiez-vous d'accord avec la prescription de cet examen ? OUI/NON

6. Saviez-vous pourquoi cet examen a été demandé ? OUI/NON

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Etablir/confirmer quelle était votre maladie OUI/NON

- Evaluer son degré de gravité OUI/NON

- Eliminer une autre maladie plus grave OUI/NON

- Voir si votre traitement actuel devait être maintenu ou modifié OUI/NON

- Rassurer votre médecin OUI/NON

- Vous rassurer OUI/NON

- Autre (préciser) :

7. Si cet examen a été prescrit à votre demande, avez-vous demandé cet examen précisément ? OUI/NON

8. Le fait de devoir passer cet examen vous a-t-il rassuré(e) ?

8a. Sur la qualité de votre prise en charge:

Non pas du tout/plutôt non/plutôt oui/oui beaucoup

8b. Sur le résultat attendu:

Non pas du tout/plutôt non/plutôt oui/oui beaucoup

9. Avez-vous eu cet examen ? OUI/NON

9a. Si oui, intervalle entre la prescription et l'examen :

< 14 jours/ 15- 30 jours/ > 30 jours

9b. Si non, pourquoi ?

Si vous avez déjà effectué cet examen (si vous n'avez pas passé cet examen passez directement à la question 12)

10. Avez-vous eu connaissance du résultat de cet examen? OUI/NON

10a. Si oui, par qui? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|------------------------------|
| - Médecin radiologue | - Médecin traitant |
| - Autre médecin (<i>préciser</i>): | - Entourage proche |
| - Recherches personnelles (internet...) | - Autre (<i>préciser</i>): |

10b. Si oui, le résultat de cet examen vous a-t-il rassuré(e)?

Non pas du tout/plutôt non/plutôt oui/oui beaucoup

10c. Si non, voudriez-vous le connaître ? OUI/NON

11. Dans votre situation, selon vous, cet examen a été: (*entourer votre choix*)

Indispensable/très utile/utile/peu utile/inutile

12. Dans le cadre de la prise en charge des maladies du dos en général, selon vous, quelle est l'importance/place des examens d'imagerie: (*entourer votre choix*)

Indispensable/très utile/éventuellement utile/peu utile/inutile

13. Pensez-vous que les résultats de cet examen aient/auraient eu une influence sur votre traitement ? OUI/NON

14. Pensez-vous que le fait de passer cet examen ait/aurait accéléré ou accélère votre guérison ? OUI/NON

15. Pensez-vous que de nouveaux examens soient nécessaires pour soigner votre problème ? OUI/NON

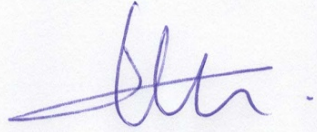
15a. Si oui, lesquels?

15b. Si non, pourquoi?

Commentaire(s) éventuel(s):

Merci pour votre participation!

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'D' followed by 't' and 'r', with a horizontal line crossing through the middle.

Vu, le Doyen

de la Faculté de médecine de TOURS

POUSSON Audrey

47 pages – 8 tableaux – 4 figures

Résumé :

Introduction : La prescription d'examens du rachis lombaire en médecine générale dépend de plusieurs déterminants. Outre la démarche clinique, la dimension psychologique joue un rôle difficilement évaluable. L'objectif est d'estimer dans quelle mesure les attentes des patients influencent, de manière directe ou indirecte, la décision de prescrire ou non une imagerie par le médecin généraliste.

Patients et Méthode : Etude transversale descriptive réalisée par un hétéro-questionnaire téléphonique auprès de 49 patients ayant reçu une prescription d'imagerie par leur médecin généraliste. L'inclusion était faite par 19 médecins volontaires, à qui il était également demandé de remplir un auto-questionnaire écrit.

Résultats : Sur 57 hétéro-questionnaires, 49 étaient exploitables. L'âge moyen des patients était de 50.7 ans, avec une majorité de femmes (53 %). Les radiographies étaient plus prescrites (72 %) que le TDM (18 %) ou l'IRM (10 %). Les médecins déclaraient près d'un quart de leur prescriptions (24.5 %) influencées par les attentes des patients, majoritairement de manière directe (16.3 %). L'objectif principal pour tous était diagnostique. Un patient sur deux et près d'un médecin sur trois (30 %) attribuaient une valeur rassurante à la prescription. Malgré un bénéfice thérapeutique jugé modeste par les patients (38.8 %), la majorité d'entre eux jugeaient l'imagerie indispensable ou très utile à leur prise en charge (55 %). La sensibilité de détection des patients rassurés par les médecins était de 77.3 % pour la qualité de la prise en charge et de 73 % pour le résultat attendu. Le pouvoir discriminant était nul.

Discussion : La prescription d'imagerie dans le cadre des soins primaires permet d'apporter des réponses explicites, mais la dimension implicite de la relation-médecin patient n'est pas négligeable et participe aux décisions médicales.

Mots clés : Imagerie du rachis lombaire, relation médecin-patient, soins primaires, réassurance.

Jury :

Président du Jury : **Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Directeur de thèse : **Dr Pierre ARCHAMBAULT**

Membres du Jury : **Pr Laurent BRUNEREAU**

Pr Emmanuel RUSCH

Dr Carine SALLIOT

Date de la soutenance : 05 octobre 2016