

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
par**

Vincent NIORTHE

le 19/10/2015

**ETUDE DE LA PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE EN
COUPE DANS LA LOMBALGIE CHRONIQUE EN
MEDECINE GENERALE.**

Analyse d'une enquête téléphonique pratiquée auprès de 51 médecins généralistes et de 21 rhumatologues en Midi-Pyrénées.

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Philippe ARLET

JURY :

**Monsieur le Professeur Philippe ARLET
Monsieur le Professeur Michel LAROCHE
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH**

**Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Doyen Honoraire | M. ROUGE D. | Professeur Honoraire | M. SALVADOR M. |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHE Y. | Professeur Honoraire | M. BAYARD |
| Doyen Honoraire | M. CHAP H. | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL B | Professeur Honoraire | M. FABIE |
| Professeur Honoraire | M. COMMANAY | Professeur Honoraire | M. BARTHE |
| Professeur Honoraire | M. CLAUD | Professeur Honoraire | M. CABARROT |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE | Professeur Honoraire | M. DUFFAUT |
| Professeur Honoraire | Mme ENJALBERT | Professeur Honoraire | M. ESCAT |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON | Professeur Honoraire | M. ESCANDE |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE | Professeur Honoraire | M. PRIS |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT | Professeur Honoraire | M. CATHALA |
| Professeur Honoraire | M. ARLET J. | Professeur Honoraire | M. BAZEX |
| Professeur Honoraire | M. RIBET | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES | Professeur Honoraire | M. CARLES |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS | Professeur Honoraire | M. BONAFE |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE | Professeur Honoraire | M. VAYASSE |
| Professeur Honoraire | M. FABRE J. | Professeur Honoraire | M. ESQUERRE |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS | Professeur Honoraire | M. GUITARD |
| Professeur Honoraire | M. GALINIER | Professeur Honoraire | M. LAZORTHE F. |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE |
| Professeur Honoraire | M. BASTIDE | Professeur Honoraire | M. CERENE |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT | Professeur Honoraire | M. FOURNIAL |
| Professeur Honoraire | M. DAVID | Professeur Honoraire | M. HOFF |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER | Professeur Honoraire | M. REME |
| Professeur Honoraire | M. GAUBERT | Professeur Honoraire | M. FAUVEL |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG M.B. | Professeur Honoraire | M. FREXINOS |
| Professeur Honoraire | M. BES | Professeur Honoraire | M. CARRIERE |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET | Professeur Honoraire | M. MANSAT M. |
| Professeur Honoraire | M. GARRIGUES | Professeur Honoraire | M. BARRET |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER | Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT |
| Professeur Honoraire | M. REGIS | Professeur Honoraire | M. CAHUZAC |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS | Professeur Honoraire | M. DELSOL |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL | Professeur Honoraire | M. ABBAL |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI | Professeur Honoraire | M. DURAND |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU | Professeur Honoraire | M. DALY-SCHWEITZER |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES | Professeur Honoraire | M. RAILHAC |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD | Professeur Honoraire | M. POURRAT |
| Professeur Honoraire | M. SUC | Professeur Honoraire | M. QUERLEU D. |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE | Professeur Honoraire | M. ARNE JL |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE | Professeur Honoraire | M. ESCOURROU J. |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER | Professeur Honoraire | M. FOURTANIER G. |
| Professeur Honoraire | M. CARTON | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE J. |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL J. | Professeur Honoraire | M. PESSEY JJ. |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI | | |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU | | |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER | | |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL | | |

Professeurs Émérites

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Professeur LARROUY | Professeur JL. ADER |
| Professeur ALBAREDE | Professeur Y. LAZORTHE |
| Professeur CONTÉ | Professeur L. LARENG |
| Professeur MURAT | Professeur F. JOFFRE |
| Professeur MANELFE | Professeur J. CORBERAND |
| Professeur LOUVET | Professeur B. BONEU |
| Professeur SARRAMON | Professeur H. DABERNAT |
| Professeur CARRATERO | Professeur M. BOCCALON |
| Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL | Professeur B. MAZIERES |
| Professeur COSTAGLIOLA | Professeur E. ARLET-SUAU |
| | Professeur J. SIMON |

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|--------------------------|---|
| M. ADOUE D. | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR J. | Thérapeutique |
| M. ATTAL M. (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU H | Hématologie, Transfusion |
| M. BLANCHER A. | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVILLE P. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. BOSSAVY J.P. | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT D. | Neurologie |
| M. BROUSSET P. (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. BUGAT R. (C.E) | Cancérologie |
| M. CARRIE D. | Cardiologie |
| M. CHAP H. (C.E) | Biochimie |
| M. CHAUVEAU D. | Néphrologie |
| M. CHOLLET F. (C.E) | Neurologie |
| M. CLANET M. (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN M. (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DEGUINE O. | O. R. L. |
| M. DUCOMMUN B. | Cancérologie |
| M. FERRIERES J. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE O. | Anesthésiologie |
| M. FRAYSSE B. (C.E) | O.R.L. |
| M. IZOPET J. (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT L. | Anatomie Pathologique |
| M. LANG T. | Biostatistique Informatique Médicale |
| M. LANGIN D. | Nutrition |
| M. LAUQUE D. (C.E) | Médecine Interne |
| M. LIBLAU R. (C.E) | Immunologie |
| M. MAGNAVAL J.F. | Parasitologie |
| M. MALAUAUD B. | Urologie |
| M. MANSAT P. | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU B. | Maladies Infectieuses |
| M. MONROZIES X. | Gynécologie Obstétrique |
| M. MONTASTRUC J.L. (C.E) | Pharmacologie |
| M. MOSCOVICI J. | Anatomie et Chirurgie Pédiatrique |
| Mme MOYAL E. | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEMI F. | Gériatrie |
| M. OLIVES J.P. (C.E) | Pédiatrie |
| M. OSWALD E. | Bactériologie-Virologie |
| M. PARINAUD J. | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PERRET B (C.E) | Biochimie |
| M. PRADERE B. (C.E) | Chirurgie générale |
| M. RASCOLO. | Pharmacologie |
| M. RECHER Ch. | Hématologie |
| M. RISCHMANN P. (C.E) | Urologie |
| M. RIVIERE D. (C.E) | Physiologie |
| M. SALES DE GAUZY J. | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES J.P. | Pédiatrie |
| M. SERRE G. (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON N. | Médecine Légale |
| M. VINEL J.P. (C.E) | Hépatogastro-entérologie |

P.U. - P.H.
2ème classe

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| Mme BEYNE-RAUZY O. | Médecine Interne |
| M. BIRMES Ph. | Psychiatrie |
| M. BROUCHET L. | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BUREAU Ch | Hépatogastro-entéro |
| M. CALVAS P. | Génétique |
| M. CARRERE N. | Chirurgie Générale |
| Mme CASPER Ch. | Pédiatrie |
| M. CHAIX Y. | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER S. | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. COGNARD C. | Neuroradiologie |
| M. DE BOISSEZON X. | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. FOURNIE B. | Rhumatologie |
| M. FOURNIE P. | Ophthalmologie |
| M. GAME X. | Urologie |
| M. GEERAERTS T. | Anesthésiologie et réanimation chir. |
| Mme GENESTAL M. | Réanimation Médicale |
| M. LAROCHE M. | Rhumatologie |
| M. LAUWERS F. | Anatomie |
| M. LEOBON B. | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. MAZIERES J. | Pneumologie |
| M. MOLINIER L. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. OLIVOT J-M | Neurologie |
| M. PARANT O. | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE J. | Neurologie |
| M. PATHAK A. | Pharmacologie |
| M. PAUL C. | Dermatologie |
| M. PAYOUX P. | Biophysique |
| M. PAYRASTRE B. | Hématologie |
| M. PORTIER G. | Chirurgie Digestive |
| M. PERON J.M. | Hépatogastro-entérologie |
| M. RONCALLI J. | Cardiologie |
| M. SANS N. | Radiologie |
| Mme SAVAGNER F. | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme SELVES J. | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SOL J-Ch. | Neurochirurgie |

P.U.

| | |
|---------------|-------------------|
| M. OUSTRIC S. | Médecine Générale |
|---------------|-------------------|

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|------------------------|---|
| M. AGAR Ph. | Pédiatrie |
| M. ALRIC L. | Médecine Interne |
| M. ARLET Ph. (C.E) | Médecine Interne |
| M. ARNAL J.F. | Physiologie |
| Mme BERRY I. | Biophysique |
| M. BOUTAULT F. (C.E) | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. BUSCAIL L. | Hépatogastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL A. | Rhumatologie |
| M. CARON Ph. (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAMONTIN B. (C.E) | Thérapeutique |
| M. CHAVOIN J.P. (C.E) | Chirurgie Plastique et Reconstructive |
| M. CHIRON Ph. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Mme COURTADE SAIDI M. | Histologie Embryologie |
| M. DELABESSE E. | Hématologie |
| Mme DELISLE M.B. (C.E) | Anatomie Pathologie |
| M. DIDIER A. | Pneumologie |
| M. ELBAZ M. | Cardiologie |
| M. GALINIER M. | Cardiologie |
| M. GERAUD G. | Neurologie |
| M. GLOCK Y. | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY P. | Endocrinologie |
| M. GRAND A. (C.E) | Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention |
| Mme HANAIRE H. (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR N. | Néphrologie |
| M. LARRUE V. | Neurologie |
| M. LAURENT G. (C.E) | Hématologie |
| M. LEVADE T. | Biochimie |
| M. MALEGAZE F. (C.E) | Ophthalmologie |
| Mme MARTY N. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. MASSIP P. | Maladies Infectieuses |
| M. PLANTE P. | Urologie |
| M. RAYNAUD J-Ph. | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ P. | Nutrition |
| M. ROCHE H. (C.E) | Cancérologie |
| M. ROSTAING L. (C.E) | Néphrologie |
| M. ROUGE D. (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU H. | Radiologie |
| M. SALVAYRE R. (C.E) | Biochimie |
| M. SCHMITT L. (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD J.M. | Pharmacologie |
| M. SERRANO E. (C.E) | O. R. L. |
| M. SOULIE M. | Urologie |
| M. SUC B. | Chirurgie Digestive |
| Mme TAUBER M.T. | Pédiatrie |
| M. VELLAS B. (C.E) | Gériatrie |

P.U. - P.H.

2ème classe

| | |
|------------------------|--|
| M. ACCADBLE F. | Chirurgie Infantile |
| Mme ANDRIEU S. | Epidémiologie |
| M. ARBUS Ch. | Psychiatrie |
| M. BERRY A. | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE F. | Radiologie |
| M. BUJAN L. | Uro-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE A. | Médecine Vasculaire |
| M. CHAYNES P. | Anatomie |
| M. CHAUFOUR X. | Chirurgie Vasculaire |
| M. CONSTANTIN A. | Rhumatologie |
| M. DELOBEL P. | Maladies Infectieuses |
| Mme DULY-BOUHANICK B. | Thérapeutique |
| M. COURBON | Biophysique |
| M. DAMBRIN C. | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DECRAMER S. | Pédiatrie |
| M. DELORD JP. | Cancérologie |
| M. GALINIER Ph. | Chirurgie Infantile |
| M. GARRIDO-STOWHAS J. | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ BROUCHET A. | Anatomie Pathologique |
| M. GROLLEAU RAOUX J.L. | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD R. | Cancérologie |
| M. HUYGHE E. | Urologie |
| M. LAFOSSE JM. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. LEGUEVAQUE P. | Chirurgie Générale et Gynécologique |
| M. MARCHEIX B. | Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire |
| M. MARQUE Ph. | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW J. | Dermatologie |
| M. MINVILLE V. | Anesthésiologie Réanimation |
| M. MUSCARI F. | Chirurgie Digestive |
| M. OTAL Ph. | Radiologie |
| M. ROLLAND Y. | Gériatrie |
| M. ROUX F.E. | Neurochirurgie |
| M. SAILLER L. | Médecine Interne |
| M. SOULAT J.M. | Medecine du Travail |
| M. TACK I. | Physiologie |
| M. VAYSSIERE Ch. | Gynécologie Obstétrique |
| M. VERGEZ S. | O.R.L. |
| Mme URO-COSTE E. | Anatomie Pathologique |

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| M. APOIL P. A. | Immunologie |
| Mme ARNAUD C. | Epidémiologie |
| M. BIETH E. | Génétique |
| Mme BONGARD V. | Epidémiologie |
| Mme CASPAR BAUGUIL S. | Nutrition |
| Mme CASSAING S. | Parasitologie |
| Mme CONGINA D. | Anesthésie-Réanimation |
| M. CONGY N. | Immunologie |
| Mme COURBON | Pharmacologie |
| Mme DAMASE C. | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY I. | Physiologie |
| Mme DELMAS C. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DE-MAS V. | Hématologie |
| M. DUBOIS D. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DÜGUET A.M. | Médecine Légale |
| M. DUPUI Ph. | Physiologie |
| Mme FILLAUX J. | Parasitologie |
| M. GANTET P. | Biophysique |
| Mme GENNERO I. | Biochimie |
| Mme GENOUX A. | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDI S. | Biochimie |
| Mme HITZEL A. | Biophysique |
| M. IRIART X. | Parasitologie et mycologie |
| M. JALBERT F. | Stomato et Maxillo Faciale |
| M. KIRZIN S. | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE M. | Pharmacologie |
| M. LAURENT C. | Anatomie Pathologique |
| Mme LE TINNIER A. | Médecine du Travail |
| M. LOPEZ R. | Anatomie |
| M. MONTROYA R. | Physiologie |
| Mme MOREAU M. | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| M. PILLARD F. | Physiologie |
| Mme PRERE M.F. | Bactériologie Virologie |
| Mme PUISSANT B. | Immunologie |
| Mme RAGAB J. | Biochimie |
| Mme RAYMOND S. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY F. | Biochimie |
| Mme SAUNE K. | Bactériologie Virologie |
| M. SILVA SIFONTES S. | Réanimation |
| M. SOLER V. | Ophthalmologie |
| M. TAFANI J.A. | Biophysique |
| M. TREINER E. | Immunologie |
| Mme THEMOLLIERES F. | Biologie du développement |
| M. TRICOIRE J.L. | Anatomie et Chirurgie Orthopédique |
| M. VINCENT C. | Biologie Cellulaire |

M.C.U. - P.H.

| | |
|-------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL F. | Bactério. Virologie Hygiène |
| M. BES J.C. | Histologie - Embryologie |
| M. CMBUS J.P. | Hématologie |
| Mme CANTERO A. | Biochimie |
| Mme CARFAGNA L. | Pédiatrie |
| Mme CASSOL E. | Biophysique |
| Mme CAUSSE E. | Biochimie |
| M. CHASSAING N. | Génétique |
| Mme CLAVE D. | Bactériologie Virologie |
| M. CLAVEL C. | Biologie Cellulaire |
| Mme COLLIN L. | Cytologie |
| M. CORRE J. | Hématologie |
| M DEDUIT F. | Médecine Légale |
| M. DELPLA P.A. | Médecine Légale |
| M. DESPAS F. | Pharmacologie |
| M. EDOUARD T. | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Y. | Médecine du travail |
| Mme ESCOURROU G. | Anatomie Pathologique |
| Mme GALINIER A. | Nutrition |
| Mme GARDETTE V. | Epidémiologie |
| M. GASQ D. | Physiologie |
| Mme GRARE M. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER C. | Anatomie Pathologique |
| Mme GUYONNET S. | Nutrition |
| Mme INGUENEAU C. | Biochimie |
| M. LAHARRAGUE P. | Hématologie |
| M. LAIREZ O. | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LEANDRI R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LEPAGE B. | Biostatistique |
| Mme MAUPAS F. | Biochimie |
| M. MIEUSSET R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme PERIQUET B. | Nutrition |
| Mme NASR N. | Neurologie |
| Mme PRADDAUDE F. | Physiologie |
| M. RIMAILHO J. | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES M. | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme SOMMET A. | Pharmacologie |
| M. TKACZUK J. | Immunologie |
| M. VALLET P. | Physiologie |
| Mme VEZZOSI D. | Endocrinologie |

M.C.U.

| | |
|--------------------|-------------------|
| M. BISMUTH S. | Médecine Générale |
| Mme ROUGE-BUGAT ME | Médecine Générale |
| Mme ESCOURROU B. | Médecine Générale |

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A notre Président du jury et directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe ARLET
Professeur des Universités
Praticien hospitalier
Médecine interne

C'est un très grand honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse.
Je vous remercie pour vos conseils, et votre disponibilité dans la réalisation de ce travail.
Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel LAROCHE
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Rhumatologie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH
Maître de conférence universitaire
Médecine générale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH
Maître de conférence associé
Médecine générale

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. C'est avec regret que notre projet initial n'ait pu aboutir, je vous remercie profondément pour votre soutien et la pertinence de vos conseils.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon plus grand respect.

A mes parents, pour m'avoir toujours laissé le choix de ce que je voulais faire et m'avoir mis dans les meilleures conditions. Merci de la confiance que vous avez eu en moi.

A mon frère Laurent, tu m'as transmis le virus girondin, qui ne saute pas n'est pas Bordelais..., à *Freeda, Indira*, la plus belle des filleules, et au futur petit frère.

A mon frère Yves, LA-Sidney-LA, et la France? Comment peux-tu délaissé aussi longtemps baguettes et camemberts? *A Jessica et Anne-Soso*, que je ne vois pas assez souvent.

A ma sœur Marjorie, que j'ai tant fait bisquer, profitant peut être de ce statut de dernier, à *Cédric et Chacha*, et à la future arrivante.

A Grand Maman et Grand Papa, pour avoir réuni chaque été tous les cousins à Biot, la meilleure des colonies de vacances. J'aurais aimé que vous puissiez être là, mais je sais que vous penserez à moi depuis Strasbourg et réciproquement.

A Mamie et Papi, votre béroy pense souvent à vous, avec toujours le même sourire.

A mes tantes, oncles, cousines et cousins.

A ma « quasi » belle famille, pour m'avoir aussi bien intégré depuis toutes ces années.

A mes amis de longue date,

Ma Bruche : toujours présent contre vents et marées, de notre Béarn à une cabane en haut d'un arbre aux Vanuatu, en passant par tant d'endroits. Merci de rire même quand mes blagues sont moyennasses.

Ma Bérod, qui m'a fait goûter insectes en tout genre, même si tu sais bien que je préfère une coppa ou un saucisson lyonnais.

Pablo : Joueur de ukulélé, DJ, styliste, garde ça en passions et reste médecin. *A Tat*, encore toutes mes félicitations, j'espère que la pension parisienne sera à la hauteur de la toulousaine. Bienvenue à Gabriel!

Blayou : présent à tes côtés depuis le collège, sauf pendant les cross où j'étais derrière... et à *Marie*, même pas capable de se faire un resto à Albi... Profitez bien de ce séjour chez les caribous.

Tonio : le président du club d'échec du collège!!! Le compagnon domino des dimanches après-midi! Et à *Laurie*, même si je ne suis pas rugbyman.

JD : quand vas-tu décroiser les bras au virage sud? Promis, je t'apprendrai à surfer.

PE : des Neg Marron au Jacky show, un vrai artiste!

Zoby : notre marin, dépêche toi de revenir pour nous faire naviguer sur le bassin!

Todd : merci de ne pas m'avoir laissé à la rue cette fameuse nuit de P1...

Marie Pauline : j'espère que l'on va se voir plus, honha section!

Florent : un Patxaran? *Romain* et ton revers, non je blague, *Mika et Clément* : what else?

Matéo et Pierrot : les fameuses soirées du vendredi soir en P1.

Lolo : la médecine broussarde calédonienne a perdu une pièce maitresse!

Aux amis découverts à Toulouse :

La coloc Place Esquirol : *Sophie* : un peu d'Amérique du Sud dans la coloc, t'avais quand même la chambre de ouf! *Benoit* : champion 2014-2015 de babyfoot de l'internat, *Romain* : je peux pas j'ai piscine, *Anne Pascale* : un rire systématiquement accompagné d'un applaudissement, pourquoi?, *Sophie et Sylvain* : vraiment je suis anxieux et obsessionnel? Félicitations pour ce que vous savez! Et bien sur *Pauline et Philippe*.

Amélie et Damien : 2 hippocups, un semestre calédonien, du Chablis, un Jacuzzi, la vie est belle avec vous, profitez bien des 2 petites, et attention au potager! Tata Bisous!

Pierre et Elo : bravo mon Pierrot, t'as rien lâché, j'ai craqué en premier! Respect.

Edith : on sait tous que pour toi un accident de décompression est moins important qu'une soirée, and now???

Sarah : je suis fier de t'avoir transmis le Partner, elle était tankée cette bagnole peuchère.

Zoé : je ne te trouve qu'un défaut, d'avoir le même surnom que moi.

Mathilde et Mehdi : des gens qui roulent en Modus sont forcements géniaux...

Ignacia y Roberto : un pisco sour, salud!

Julia, Diane, Sirine, Pauline, Trang, Anne, Camille, David, Jean Ca, David, Florent,... à tous mes co-internes.

Aux médecins qui ont assuré ma formation au cours de toutes ces années en particulier Marie et Claude CORBAZ, et Olivier COUZINET, j'ai beaucoup appris avec vous, dans une ambiance agréable.

A Marion,

Pour embellir ma vie au quotidien, fourmiller de projets, me faire rire...
On n'a pas fini de mettre des pin's sur notre map-monde.

| | |
|---|-----------|
| I Introduction..... | 11 |
| A. Définitions : | 11 |
| B. Epidémiologie : | 12 |
| 1. Prévalence : | 12 |
| 2. Facteurs de risque : | 13 |
| 3. Coûts directs : | 13 |
| 4. Coûts indirects : | 14 |
| C. Imagerie dans la lombalgie : | 14 |
| 1. Examens d'imagerie : | 14 |
| 2. Intérêt de l'imagerie : | 15 |
| D. Traitements : | 17 |
| II MATERIELS ET METHODES | 19 |
| III RESULTATS..... | 21 |
| A. Médecins généralistes : | 21 |
| 1. Caractéristiques de l'échantillon : | 21 |
| 2. Nombre de lombalgies chroniques vues par semaine : | 21 |
| 3. Nombre de TDM/IRM prescrits pour lombalgies : | 22 |
| 4. Pression des patients : | 22 |
| 5. Nature de l'examen prescrit : | 23 |
| 6. Apport de l'imagerie en coupe dans la prise en charge du patient : | 24 |
| 7. Pourcentage d'examens non prescrits par le généraliste : | 24 |
| B. Rhumatologues : | 25 |
| 1. Caractéristiques de l'échantillon : | 25 |
| 2. Nombre de lombalgies chroniques vues par semaine : | 25 |
| 3. Pourcentage de patients non adressés par le médecin généraliste : | 25 |
| 4. Pourcentage d'imageries en coupe avant la consultation : | 25 |
| 5. Evaluation des prescriptions faites par les généralistes : | 25 |
| 6. Nature de l'examen prescrit : | 26 |
| 7. Infiltrations : | 26 |
| 8. Pression des patients : | 26 |
| IV DISCUSSION | 27 |
| V CONCLUSION..... | 34 |
| BIBLIOGRAPHIE | 35 |

I. INTRODUCTION

A. Définitions :

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), en 2000, définit la lombalgie comme une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier.

On distingue les lombalgies symptomatiques secondaires à une fracture, une néoplasie, une infection, une pathologie inflammatoire, pour lesquelles en cas de facteur de risque, un bilan radiologique et biologique sont à réaliser. Le groupe européen Cooperation in field of Scientific and Technical Research (COST) Action B13 a listé en 2006 11 signes d'alerte (red flags) en faveur d'une origine symptomatique(1).

Tableau : Liste des « red flags »

Les « red flags » sont des signes additionnels des lombalgies.

Ils incluent :

- Âge de début de moins de 20 ans ou de plus de 55 ans
 - Antécédent récent de traumatisme violent
 - Douleur permanente, progressivement croissante
 - Douleur non mécanique (non soulagée par le repos au lit, douleur supérieure le matin par rapport au soir)
 - Douleur thoracique
 - Antécédents médicaux de tumeur maligne
 - Utilisation prolongée de corticostéroïdes
 - Toxicomanie, immunosuppression, VIH
 - Altération de l'état général
 - Perte de poids inexpliquée
 - Symptômes neurologiques diffus (incluant le syndrome de la queue de cheval)
 - Déformation rachidienne importante
 - Fièvre
-

Elles sont à opposer aux lombalgies dites communes (ou non spécifiques) qui sont d'origine micro-traumatique ou dégénérative.

On parle de lombalgie chronique lorsque l'évolution est supérieure à 3 mois.

B. Epidémiologie :

1. Prévalence :

Les lombalgies, du fait de leur fréquence, représentent un véritable enjeu de santé publique. En effet, il s'agit du deuxième motif de consultation en médecine générale(2). En France, 23,5% des patients consultant un rhumatologue et 2 à 4,5% des patients consultant un médecin généraliste souffrent de lombalgies et l'incidence annuelle est de l'ordre de 5%, maximale dans la tranche d'âge 55-64 ans(3).

D'après l'enquête réalisée en 1999 (Enquête Décennale Santé 2002-2003) portant sur 16406 français de la population générale âgés de 30 à 64 ans, plus de la moitié de cet échantillon a souffert de lombalgie au moins un jour au cours des douze derniers mois. La prévalence était supérieure chez les femmes par rapport aux hommes (57,2% versus 54%), sans différence significative entre les classes d'âge. La prévalence de lombalgies supérieures à trente jours au cours des douze derniers mois était de 17%, avec encore une prévalence supérieure chez les femmes (18,9% versus 15,4% chez les hommes), et une augmentation de la prévalence en corrélation avec l'âge.

L'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) menée en 1999 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), montre que 7 à 8% de la population de 30 à 64 ans souffrent de lombalgies limitantes avec cette fois-ci une fréquence significativement supérieure chez l'homme (7,9%) par rapport à la femme (7,5%). Chez les hommes, la prévalence était maximale chez les 55-64 ans (12,3%), et minimale dans la classe 45-54ans (5,3%)(2)(4).

La lombalgie est responsable de nombreux arrêts de travail et se classe au 3^{ème} rang des demandes d'invalidité(2).

En 2003, la lombalgie représentait 6 millions de consultations par an, un tiers de l'ensemble des actes de kinésithérapie, 5 à 10% des actes de radiologie et 2,5% des prescriptions médicamenteuses(5).

2. Facteurs de risque :

La lombalgie est le plus souvent transitoire, elle ne persiste plus de 2 mois que chez 10% des patients. Environ 7% des patients restent lombalgiques 6 mois après le début des symptômes.

Les facteurs de chronicité de la lombalgie sont en premier lieu l'antécédent de lombalgie (incluant les notions de douleur, de durée, d'incapacité fonctionnelle, d'arrêt de travail), l'insatisfaction au travail autoévaluée par le patient, et le mauvais état général de santé(3). Trois autres facteurs ont été retrouvés avec des niveaux de preuves moindres : les facteurs socioprofessionnels (statut, salaire, indemnisation), l'intensité physique au travail (mauvaise posture, soulèvement de charges) ainsi que le statut psychologique avec la dépression (3).

3. Coûts directs :

Bien que représentant 5 à 10% des lombalgies, la lombalgie chronique est à l'origine de 85% des coûts médicaux directs et indirects. En appliquant à l'ensemble de la population française les données de l'enquête HID, l'estimation du coût annuel de la lombalgie chronique serait de 2,7 milliards d'euros, soit 1,5% des dépenses de santé en France(2)(5).

Selon une étude française suivant pendant 6 mois 796 patients lombalgiques chroniques, les consultations médicales représentent 12,5% des coûts des lombalgies chroniques (dont 10,7% pour les médecins généralistes), la kinésithérapie 17,8%, les autres soins (ostéopathie, acupuncture, cures thermales...) 5,1%, les médicaments 19,5%, les explorations radiologiques 9,6%, les hospitalisations 17,4%(6).

89% des patients ont consulté au moins une fois leur médecin traitant avec une moyenne durant ces 6 mois de 3,2 consultations, 27,3% des patients ont au moins consulté une fois un rhumatologue, 98,7% prenaient au moins un traitement médicamenteux, 55,9% ont bénéficié de soins de kinésithérapie. Les hospitalisations représentent une part importante du coût des lombalgies chroniques malgré un taux d'hospitalisation à 5,6%. Le montant total moyen par patient sur ces 6 mois était de 715,6€ (6).

Le coût de prise en charge d'un épisode de lombalgie aiguë a lui été estimé à 150€, les principales dépenses comprenaient la kinésithérapie (41%), les honoraires médicaux (23%), puis les examens complémentaires (16%)(5).

4. Coûts indirects :

10,7 millions de journées n'ont pas été travaillées en France en 2009 pour lombalgie, contre 10 millions en 2007(5).

Les lombalgies sont la première cause d'accident du travail avec arrêt de travail et la première cause d'accident du travail avec indemnité permanente partielle (IPP). Dans ces cas, la durée moyenne des arrêts de travail a augmenté de 20 jours entre 1985 et 2005 (35 versus 55)(5).

Les lombalgies peuvent également faire l'objet de maladies professionnelles (tableaux 97 et 98), représentant un coût annuel stable en 2005 et 2006 de 130M€ (tableaux comprenant également les lombo radiculalgies)(7).

Dans le coût total des lombalgies, le poste le plus important est celui des indemnités journalières pour arrêt de travail versées par l'assurance maladie(8).

Les pertes de productivité pour les entreprises sont difficiles à quantifier.

C. Imagerie dans la lombalgie :

Les lombalgies sont encadrées par des recommandations de l'ANAES datant de 2000(9)(10).

1. Examens d'imagerie :

a. Lombalgies aiguës :

En dehors des red flags (cf tableau), « il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les lombalgies aiguës durant les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique ».

En cas d'examen clinique faisant suspecter une lombalgie symptomatique, une radiographie ainsi qu'une imagerie en coupe sont indiquées en fonction du diagnostic suspecté.

b. Lombalgies chroniques :

Toujours selon l'ANAES, « des radiographies du rachis lombaire (au minimum de face et de profil, éventuellement complétées par des clichés de $\frac{3}{4}$ du rachis) sont recommandées en première intention ». Des clichés des sacro-iliaques ou de la charnière dorso lombaire sont à réaliser en cas de suspicion de spondylarthropathie.

« L'indication d'un scanner (TDM) ou d'une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) doit demeurer exceptionnelle en fonction du contexte clinique (...) L'IRM non irradiant, est préférable au scanner (...) Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (par exemple, manipulations vertébrales) ». Le type d'examen est évidemment prescrit en fonction du diagnostic suspecté, et selon la disponibilité des moyens d'imagerie en fonction des régions en France.

2. Intérêt de l'imagerie :

a. Radiographies du rachis lombaire :

Les radiographies sont donc les examens de première intention. Elles permettent d'éliminer des causes de lombalgies spécifiques (tumeur, infection, pathologie inflammatoire), de rechercher des troubles de la statique lombo-pelvienne de face (scoliose ou attitude scoliotique, bascule du bassin), de profil (spondylolisthésis ou rétroolisthésis, perte de la lordose physiologique, hyperlordose, horizontalisation du sacrum), ainsi que les anomalies transitionnelles L5-S1(11).

Les signes recherchés sont la dégénérescence disco-vertébrale (pincement discal, ostéophytose, ostéo-sclérose des plateaux vertébraux, vide discal), ainsi que l'arthrose

inter-articulaire postérieure. Chez l'adulte jeune, il faut également rechercher une lyse isthmique, prédominant en L5, entraînant un spondylolisthésis de L5 sur S1(11), ainsi que des séquelles d'épiphysites de croissance (maladie de Scheuermann) : cunéiformisation vertébrale, élargissement antéropostérieur du corps vertébral, hernie intraspongieuse (ou hernie de Schmorl), aspect feuilleté des plateaux vertébraux, disque en amphore, détachement du listel marginal(12).

b. Imagerie en coupe :

L'IRM et le scanner sont donc des examens de deuxième intention dans les lombalgies(10).

Malgré la précision de l'examen, le diagnostic anatomique de la lombalgie n'est possible que dans environ 50% des cas, notamment à l'IRM(13).

Les signes radiologiques à rechercher sont :

- Au niveau du segment antérieur, la dégénérescence discale mieux évaluée par IRM, basée sur 4 composantes(14) :
 - o la perte de signal T2 liquidien et/ou perte de la hauteur discale ;
 - o l'hypersignal inflammatoire postérieur du disque ;
 - o la saillie discale ;
 - o et la modification des plateaux des corps vertébraux classée en 3 stades, suite à une étude IRM de 474 lombalgiques menée par Modic(15) :
 - Modic 1 : hyposignal T1 / hypersignal T2 : phase inflammatoire
 - Modic 2 : hypersignal T1 / hypersignal T2 : involution graisseuse
 - Modic 3 : hyposignaux T1 et T2 : remaniement fibreux
- Au niveau du segment postérieur, on recherchera essentiellement des signes d'arthrose inter-apophysaire postérieure ainsi que de lyse isthmique.

Ces signes radiologiques ont une prévalence élevée chez les sujets asymptomatiques, posant la question de leur valeur chez le sujet douloureux(14).

Les remaniements des corps vertébraux de type Modic 1 (phase inflammatoire) sont les signes radiologiques les plus corrélés à la présence de lombalgies(14)(16).

D. Traitements :

Dans la lombalgie aiguë, la prise en charge se résume essentiellement au traitement antalgique. La mise au repos ainsi que le respect de la non douleur sont des principes fondamentaux en rhumatologie. En cas de douleur imposant le repos au lit, ce dernier doit se limiter à la période aiguë, sous peine de favoriser la chronicité(1). Lors de l'amélioration des douleurs, il est conseillé de poursuivre ses activités ordinaires compatibles avec une douleur tolérable(9)(1).

Dans la lombalgie chronique, le rôle du médecin généraliste est de limiter au maximum les répercussions professionnelles, sociales et psychologiques qu'engendre la pathologie sur le patient et qui sont étroitement liées entre elles. Il doit s'adapter au cas par cas à chaque patient en fonction de ses particularités et coordonner les différents acteurs de la prise en charge. Les travailleurs à risque sont à identifier (port de charges lourdes, mauvaises postures...) afin de pouvoir agir précocement en collaboration avec le médecin du travail pour un éventuel aménagement de poste.

Le traitement de la lombalgie chronique est donc pluridisciplinaire, divisé en 4 points par l'ANAES(10) :

- La prise en charge de la douleur, avec des antalgiques de niveau I ou II, voire III, des décontracturants musculaires, massages, manipulations, en fonction infiltrations épidurales et articulaires postérieures de corticoïdes, antidépresseurs tricycliques selon le rapport bénéfice/risque du patient.
- La restauration de la fonction, avec des exercices physiques fortement recommandés précocement, soit seul, soit avec un kinésithérapeute, ou dans le cadre de l'école du dos.
- L'accompagnement psychologique, nécessitant une évaluation du retentissement social et familial, la prise en charge d'une anxiété ou dépression, et la réalisation de thérapies comportementales.

- La réinsertion professionnelle, pouvant être favorisée avec une prise de contact précoce avec le médecin du travail.

L'objectif de ce travail est d'évaluer comment le médecin généraliste prescrit l'imagerie en coupe dans la lombalgie chronique au travers de 2 enquêtes réalisées auprès de médecins généralistes et rhumatologues.

II. MATERIELS ET METHODES

Nous avons effectué une enquête réalisée auprès de médecins généralistes et de rhumatologues de la région Midi-Pyrénées via un questionnaire téléphonique afin de déterminer leurs attitudes dans la prescription d'imagerie en coupe dans les lombalgies.

Les médecins généralistes étaient sélectionnés au hasard dans les pages jaunes, dans les 8 départements de Midi Pyrénées : l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn, et le Tarn-et-Garonne.

L'entretien téléphonique débutait par une explication rapide du travail, avec une insistance particulière sur le fait que nous parlions uniquement de lombalgies chroniques hors radiculalgies.

Le temps de réponse du questionnaire était relativement court, environ 5 minutes.

Un premier questionnaire a été testé sur une dizaine de médecins généralistes avant le questionnaire définitif.

Les médecins généralistes ont été questionnés sur leur type d'activité (urbaine, semi-rurale, rurale), leur âge, le nombre de scanner et d'IRM qu'ils prescrivent par an pour lombalgies, s'ils ressentent la pression des patients lors de ces prescriptions, s'ils prescrivent majoritairement des scanners ou bien des IRM pour leurs patients lombalgiques, l'apport de la réalisation de l'imagerie en coupe dans la prise en charge du patient, le pourcentage de patients ayant bénéficié d'un scanner ou d'une IRM non prescrits par eux, et enfin le nombre de lombalgies chroniques vues par semaine.

Si un médecin ne prescrivait aucune imagerie en coupe pour lombalgie, seul le nombre de lombalgies chroniques vues par semaine était demandé en plus de leur âge et du type de leur activité.

Un deuxième questionnaire téléphonique a été réalisé auprès de rhumatologues afin de connaître leurs pratiques, et leurs sentiments face à celles des généralistes.

Seuls les rhumatologues libéraux ont été sélectionnés, également dans les 8 départements de Midi-Pyrénées.

Le début de l'entretien téléphonique était similaire à celui des médecins généralistes, de même que la durée.

Ce questionnaire les interroge sur leur âge, le nombre de lombalgies chroniques vues par semaine, le pourcentage de patients les consultant sans avoir été adressés par leur médecin généraliste, le pourcentage de patients ayant déjà bénéficié d'une imagerie par TDM (tomodensitométrie) et/ou IRM avant de les consulter, le pourcentage d'imageries prescrites par le médecin généraliste qui leur paraissent adaptées au patient. Concernant la prise en charge thérapeutique, les rhumatologues ont été interrogés sur l'éventuelle réalisation d'infiltrations rachidiennes, de quel type, effectuées en fonction de l'examen clinique ou des résultats de l'imagerie. Enfin, leur a été demandé le type d'examen en coupe qu'ils prescrivent majoritairement et s'ils ressentent la pression des patients lors de la prescription de ces examens.

III. RESULTATS

A. Médecins généralistes :

1. Caractéristiques de l'échantillon :

Sur 563 appels téléphoniques passés, 51 réponses de médecins généralistes ont été recueillies.

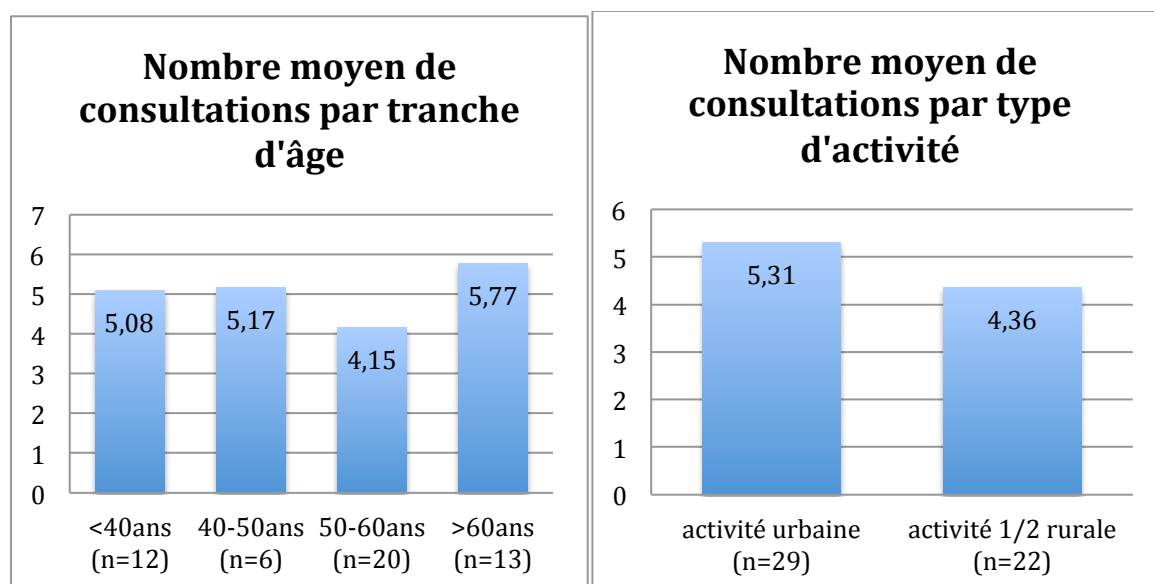
15 exercent dans le Tarn, 10 en Haute Garonne, 7 dans le Tarn et Garonne, 6 en Hautes-Pyrénées, 4 en Aveyron, 3 dans le Lot, 2 dans le Gers, 4 en Ariège.

L'âge moyen est de 51,2 ans.

28 travaillent en zone urbaine, 22 en zone semi-rurale, et 1 en zone rurale (qui sera comptabilisé en zone semi-rurale).

2. Nombre de lombalgies chroniques vues par semaine :

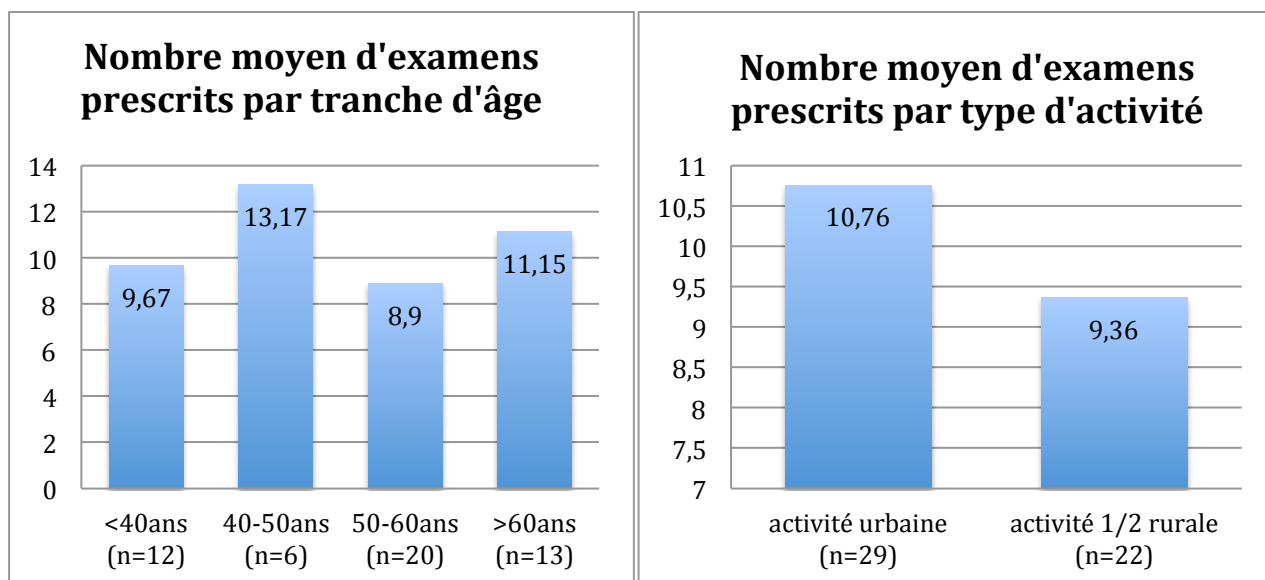
En moyenne, le nombre de lombalgies chroniques vues en une semaine par les généralistes était de 4,9; avec des chiffres s'étendant de 1 à 20 consultations, et une médiane à 4.



Ainsi, le nombre de consultations ne semble pas varier en fonction de l'âge du médecin généraliste, mais semble plus élevé en zone urbaine.

3. Nombre de TDM/IRM prescrit pour lombalgies :

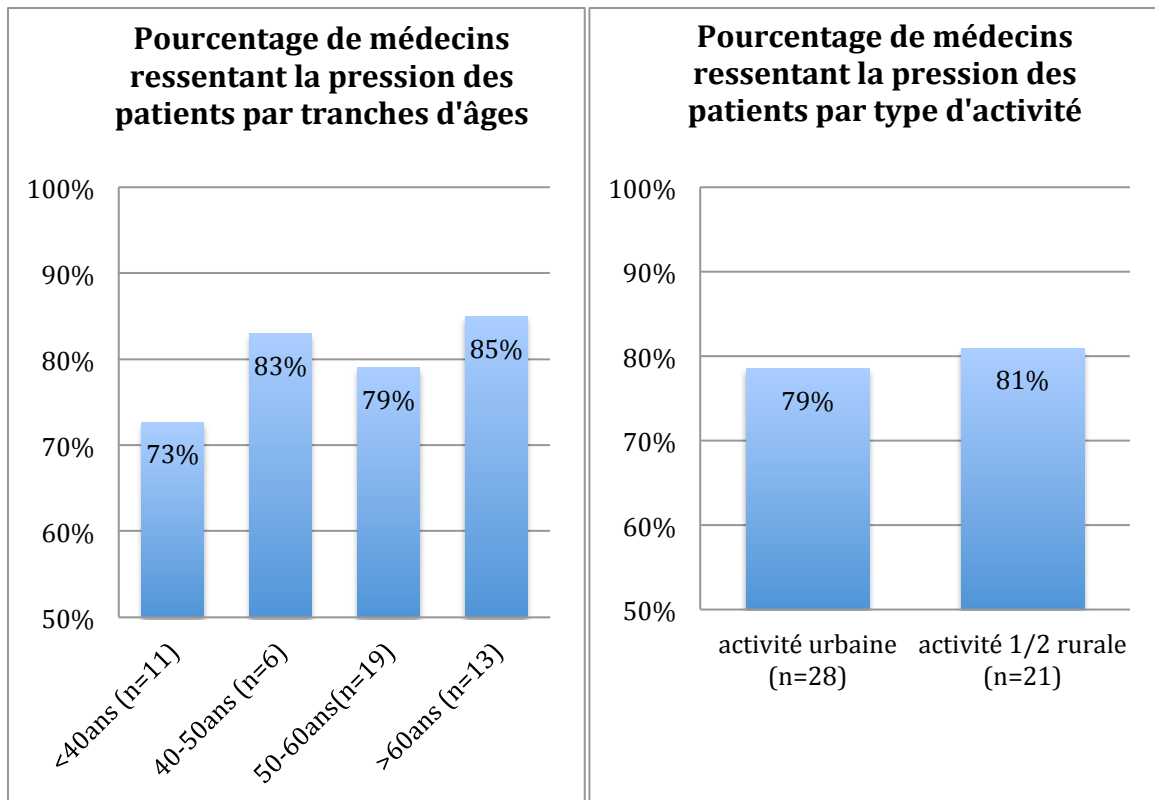
Le nombre moyen d'examens d'imagerie en coupe demandés sur un an était de 10,2.
Les valeurs s'étendent de 0 (2 médecins) à 30, avec une médiane située à 10 examens.



La prescription d'imagerie en coupes semble plus élevée en zone urbaine. L'âge du médecin généraliste ne semble pas influencer les prescriptions de TDM ou IRM.

4. Pression des patients :

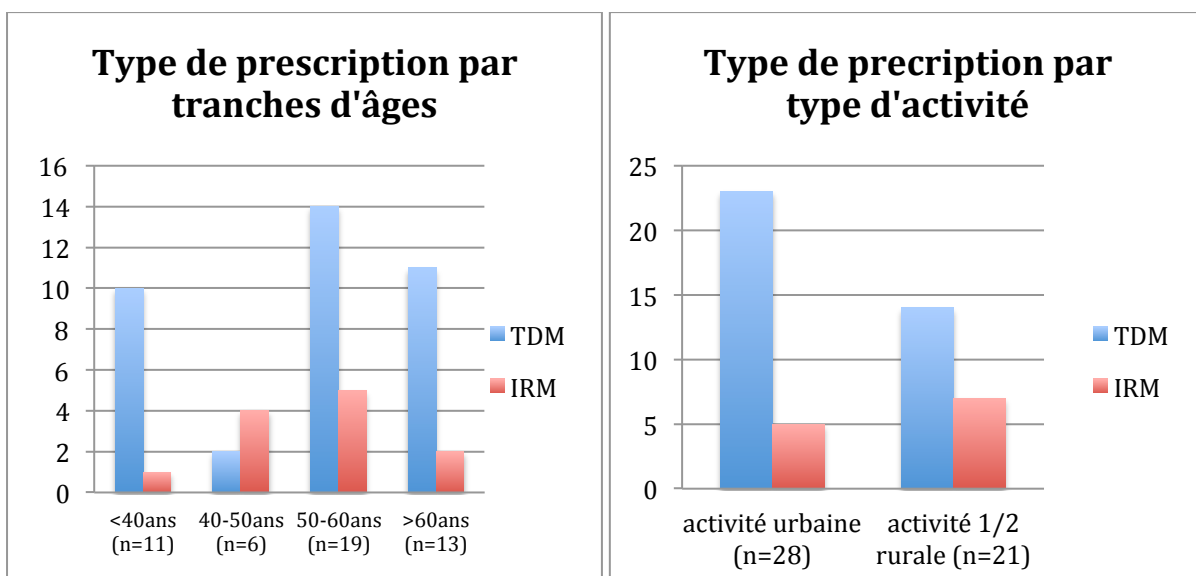
79,6% (39 sur 49) des praticiens estiment ressentir la pression du patient lors de la prescription de ces examens.



Le pourcentage paraît identique en zone urbaine et semi-rurale, néanmoins il semble que les praticiens les plus jeunes sont moins sensibles à cette pression.

5. Nature de l'examen prescrit :

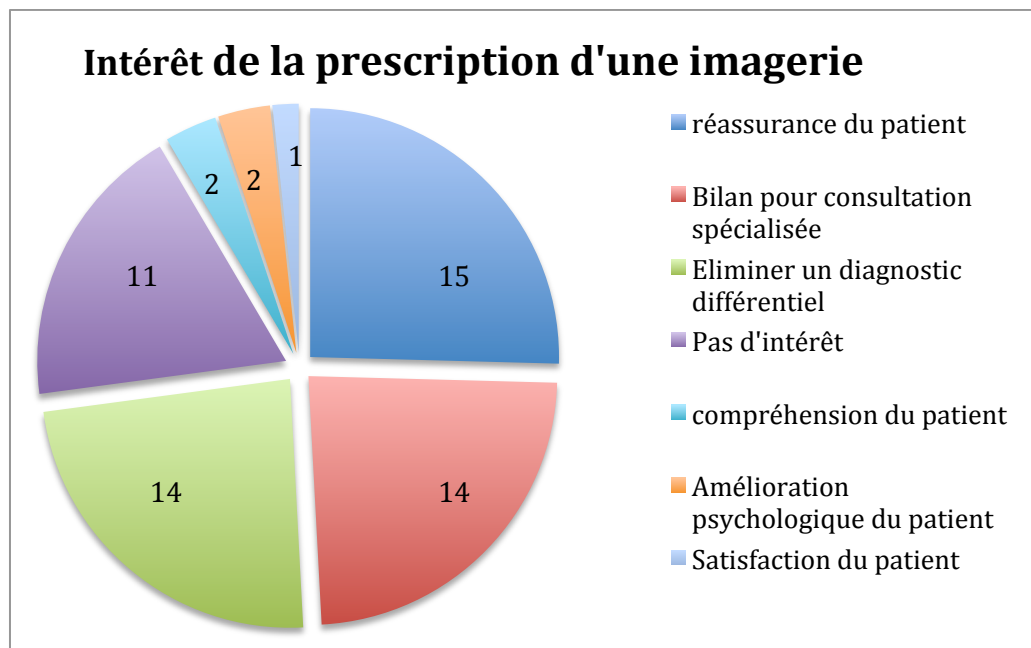
Sur les 49 généralistes prescrivant une imagerie en coupe, 37 (75,5%) ont pour habitude de prescrire majoritairement des scanners, contre 12 (24,5%) des IRM.



Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, le ratio TDM/IRM est plus élevé en zone urbaine qu'en zone semi-rurale.

6. Apport de l'imagerie en coupe dans la prise en charge du patient :

A la question de l'apport de l'imagerie en coupe pour la prise en charge des patients, les réponses les plus fréquentes ont été : réassurance du patient dans 15 cas, bilan avant d'adresser le patient au rhumatologue dans 14 cas, recherche de diagnostic différentiel (notamment fracture, métastase, canal lombaire étroit) dans 14 cas, pas d'apport dans 11 cas, meilleure compréhension de la maladie par le patient dans 2 cas, amélioration de la prise en charge du patient dans 2 cas, satisfaction du patient dans 1 cas.



7. Pourcentage d'examen non prescrits par le généraliste :

Le nombre de patients consultant avec une imagerie non prescrite par leur généraliste s'élevait à 13,6%, avec un pourcentage plus élevé chez les praticiens de plus de 60 ans (21,15%), et exerçant en zone urbaine (16,25 vs 10 en zone ½ rurale).

B. Rhumatologues :

1. Caractéristiques de l'échantillon :

Sur 70 appels téléphoniques passés, nous avons obtenu 21 réponses de rhumatologues.

11 rhumatologues exercent en Haute-Garonne, dont 6 dans Toulouse, 3 dans le Tarn, 2 en Hautes-Pyrénées, 2 en Ariège, et 1 en Aveyron, Tarn-et-Garonne, et Lot.

L'âge moyen est de 58,1 ans, avec un âge minimal de 38 ans et un âge maximal de 70 ans.

2. Nombre de lombalgies chroniques vues par semaine :

Le nombre de lombalgies chroniques vues par semaine était en moyenne de 15, soit environ 3 fois plus que les médecins généralistes, avec un minimum de 5 par semaine et un maximum de 45. La médiane est de 10 consultations par semaine.

3. Pourcentage de patients non adressés par le médecin généraliste :

3 rhumatologues ont répondu que 50% des patients consultent sans être adressés par le médecin généraliste, les 3 sur Toulouse. Pour le reste, le chiffre varie entre 0 et 30% avec une moyenne totale de 19,0%. La médiane est de 20%.

4. Pourcentage d'imagerie en coupe avant la consultation :

Le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une imagerie TDM et/ou IRM avant de les consulter est en moyenne de 69,8%, avec des pourcentages variant de 20 à 100%. La médiane se situe à 70%. Ce chiffre est très élevé, et confirme le fait que les généralistes réalisent des bilans avant les consultations spécialisées.

5. Evaluation des prescriptions faites par les généralistes :

Les rhumatologues jugent les prescriptions faites par le médecin généraliste adaptées dans 40,7% des cas, le maximum ne dépassant pas 67%, le minimum étant de 10%. La

médiane se situe à 50%. Les remarques revenant le plus souvent sont l'absence de radiographies du rachis lombaire, un examen réalisé de façon trop précoce, ainsi que l'inutilité de l'examen. Ainsi pour les rhumatologues, la prescription d'imagerie en coupe avant leur consultation ne doit pas être systématique, au contraire de la radiographie du rachis lombaire, afin qu'ils puissent choisir, si besoin, le type d'examen en coupe le mieux adapté au patient.

6. Nature de l'examen prescrit :

Contrairement aux généralistes, 18 des 21 rhumatologues prescrivent dans la majorité des cas une IRM.

7. Infiltrations :

La quasi-totalité des rhumatologues (sauf 2) réalisent des infiltrations, le plus souvent articulaires postérieures, 6 également en épidurales, se basant sur l'examen clinique prioritairement.

8. Pression des patients :

Contrairement aux résultats des médecins généralistes, 2/3 (14 sur 21) des rhumatologues déclarent ne ressentir aucune pression de la part des patients lors de la prescription d'imagerie en coupe pour lombalgie, 2 la ressentent peu fréquemment, et seulement 5 la ressentent.

IV. DISCUSSION

Ce travail ne correspond qu'à une enquête car le travail initial envisagé en réalisant une étude observationnelle en remplissant un questionnaire lors de la prescription de l'examen n'a pu être mené à bien. Néanmoins, plusieurs résultats permettent d'attirer l'attention.

Dans notre étude, les généralistes voient en moyenne 4,9 patients lombalgiques chroniques par semaine ; mais ils ne prescrivent qu'en moyenne 10, 2 TDM ou IRM par an dans cette indication. Les motivations des médecins généralistes pour la prescription de ces examens sont soit d'éliminer un diagnostic différentiel, soit de rassurer les patients, leur permettre une meilleure compréhension de leur maladie, soit d'effectuer un bilan avant une consultation rhumatologique. Cependant un nombre non négligeable d'examens sont prescrits sans justification.

L'éloignement des infrastructures radiologiques ne semble pas jouer de rôle dans la prescription de ces examens.

Les médecins généralistes sont soumis à la pression lors de la prescription d'imageries en coupe.

Notre enquête démontre que 79,6% des médecins généralistes ressentent une forte pression de la part des patients afin de leur prescrire une imagerie. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, la pression des patients ne semble pas décroître avec l'âge, et paraît plus forte en zone semi-rurale.

De nombreuses études ont montré l'importance pour les patients de réaliser une imagerie. Ainsi, une étude réalisée en 2001 a analysé la vision de 99 patients (65 femmes, 34 hommes) âgés de 14 à 91 ans sur l'importance et l'utilité de la radiographie lombaire dans les lombalgies. Elle montre que 72% des patients considèrent la radiographie lombaire comme très importante. La proportion était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (85% vs 65%, $p < 0,04$), plus élevée pour ceux présentant une aggravation des symptômes par rapport à ceux qui présentent une amélioration ou une stagnation de la symptomatologie (86% vs 65% , $p = 0,03$), et supérieure pour les patients dont le prescription était inappropriée (76% vs 61%, $p = 0,17$)(17).

En 2003, une étude a démontré que la réalisation d'emblée d'une IRM au lieu des radiographies standards chez les patients lombalgiques permet une amélioration en terme de réassurance et de satisfaction du patient mais pas d'amélioration fonctionnelle, ni de la qualité de vie(18).

Tous ces arguments doivent être expliqués au patient par le médecin généraliste, d'autant plus que Chou & Al, dans une méta analyse de 2009, ne retrouvent pas d'amélioration des résultats cliniques chez les patients bénéficiant d'une imagerie de routine pour lombalgie commune en comparaison à ceux bénéficiant de soins cliniques sans imagerie(19).

Une étude réalisée en 1998 portant sur 150 patients hospitalisés en rhumatologie montre que 75% d'entre eux estiment qu'ils auraient dû bénéficier d'une TDM plus précocement, 85% l'estiment nécessaire pour une lombalgie de moins de un mois d'évolution. L'intérêt du patient pour la réalisation de ces examens vient également du fait qu'ils jugent dans 80% des cas le diagnostic clinique du généraliste inférieur à l'apport de la TDM, contre 70% des cas pour les spécialistes. Le fait d'être rassuré par la réalisation d'une TDM était retrouvé chez 56% des patients(20).

Les patients demandent de plus en plus une prescription d'imagerie en coupe en première intention, que ce soit par croyance, lecture d'articles, consultation de sites internet, cas identiques dans la famille ou dans l'entourage, envie de réaliser les examens les plus perfectionnés afin de bénéficier, selon eux, de la meilleure prise en charge possible. Un sondage réalisé par l'Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2010 a montré que 71% des patients consultent internet pour s'informer de leurs symptômes. Mais 71% d'entre eux ne savent pas reconnaître les sites certifiés des autres. Heureusement, le médecin reste la source d'information dans laquelle les patients ont le plus confiance (90%), suivi des pharmaciens (40%) et d'internet et des proches (17%)(21).

Une campagne médiatique pourrait aider en ce sens, notamment sur le changement des croyances sur la lombalgie et son traitement, comme ce fut le cas en Australie, Ecosse, Norvège et Canada(22).

Les rhumatologues sont nettement moins sensibles à la pression des patients pour la prescription d'imagerie en coupes que les généralistes puisque seulement 5 sur 21 disent la ressentir. Leur spécialisation sur ce domaine, une confiance supérieure des patients envers eux sur ce sujet peuvent expliquer cette différence. Ceci paraît aussi en relation avec le fait que, selon les rhumatologues interrogés, les patients les consultent avec une imagerie en coupes déjà réalisée dans quasiment 70% des cas. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude comparant la confiance des patients envers leur médecin généraliste et les médecins spécialistes.

Les médecins généralistes sont également soumis à la demande d'examens complémentaires de la part des kinésithérapeutes(23).

La prescription d'imagerie en coupes par le médecin généraliste n'est pas toujours adaptée.

Dans notre enquête, les médecins généralistes prescrivent en majorité des scanners (75,5 %) alors que l'IRM est recommandée que ce soit par l'ANAES, ou bien par les recommandations européennes COST B13. Ceci s'explique probablement par une plus grande facilité et des délais plus courts pour réaliser l'examen. Le coût moins élevé de l'acte joue aussi probablement un rôle dans la décision du praticien. Cette tendance avait déjà été constatée dans l'étude Lombo-scan réalisée en 2004(24), qui analysait la prescription d'imagerie pour lombosciatique commune à 4 semaines d'évolution. 27% des médecins généralistes prescrivaient un scanner contre seulement 5,5% des IRM.

Il est bien spécifié dans les recommandations de l'ANAES que l'IRM, du fait de la non irradiation du patient, est préférable au scanner. Le risque lié à l'irradiation ne semble pas être un frein pour une grande majorité des patients, probablement dû à une désinformation. Dans son étude évaluant la perception de la TDM lombaire chez 150

patients, Berthelot nous informe que 90% des patients méconnaissent ces risques(20). En 2004, Picano s'interroge sur le fait que dans la médecine moderne, bien que la relation médecin – malade occupe une place si importante, comment un patient peut-il méconnaître les éventuels risques encourus en réalisant certains examens? Respecter le principe d'autonomie du patient revient à lui fournir les informations nécessaires le rendant apte à prendre des décisions éclairées vis à vis de sa santé. Il propose d'obtenir le consentement éclairé des patients pour les examens irradiants avec un formulaire incorporant une représentation graphique des risques(25).

Il est possible qu'une meilleure éducation des patients sur ces dangers puisse diminuer la prescription de ces examens, hors indication formelle évidemment.

Les rhumatologues, contrairement aux médecins généralistes, prescrivent très majoritairement des IRM. Dans notre étude, ils jugent les prescriptions d'imageries réalisées par les médecins généralistes avant que les patients ne les consultent adaptées dans seulement 40,7% des cas. Ce faible pourcentage s'explique par l'absence de radiographie en première intention, la réalisation d'un scanner plutôt que d'une IRM, la précocité ou l'inutilité de l'examen en coupes. En effet, les radiographies centrées sur la charnière lombo sacrée sont les examens de première intention, l'imagerie en coupe étant exceptionnelle en fonction du contexte clinique ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle.

La réalisation d'imagerie permet également dans un certain nombre de cas de rassurer les médecins(26).

Menée en 2003 en Norvège, une étude s'est intéressée aux facteurs pouvant influencer la prescription d'imagerie par les médecins généralistes lors de lombalgies. Les médecins y ont répondu par l'incertitude de leur examen clinique, l'anxiété, le manque de compétence, la peur d'éventuelles poursuites judiciaires, le manque de temps, et la peur de passer à côté d'une pathologie grave(23), démontrant le rôle potentiellement anxiolytique également de l'imagerie vis à vis du médecin.

La réalisation de l'examen ne simplifie pourtant pas la tâche des médecins pour autant. En effet, le résultat de l'imagerie est souvent difficile à interpréter pour le généraliste, et les explications à fournir aux patients ne sont pas évidentes. Il n'est pas aisé de faire comprendre au patient que certains signes décrits ne sont pas à l'origine des douleurs, qu'il est fréquent d'avoir des processus dégénératifs en fonction de l'âge, et que la corrélation entre images pathologiques et symptômes n'est pas évidente.

Dans une revue de la littérature, Hancock & al retrouvaient une prévalence de 20 à 79% pour une lombalgie d'origine discale, de 12 à 61% pour une lombalgie en rapport avec une arthrose postérieure(27).

Jensen en 1994, a réalisé des IRM lombaires chez des sujets ne présentant pas de lombalgies. 52% des patients présentaient un bombement discal sur au moins un niveau, 27% une protrusion, et 1% une hernie discale. Une anomalie du disque intervertébral était retrouvée chez 64% de cette population, dont 38% sur au moins deux niveaux. La prévalence des bombements discaux et des protrusions était supérieure en L4-L5 et L5-S1(28).

L'arthrose postérieure est également très fréquente chez les sujets asymptomatiques. Ceci va à contre-courant de l'évolution de la médecine moderne dans laquelle les symptômes ont de plus en plus une explication physiopathologique avec une traduction biologique, radiologique, permettant une explication rationnelle et une prise en charge adéquate.

Comment améliorer la prise en charge des patients en médecine générale?

Le médecin généraliste a pour rôle d'être le coordinateur des différents acteurs de la prise en charge de son patient (kinésithérapeute, ostéopathe, radiologue, rhumatologue, médecin du travail...), afin de lui assurer les meilleurs soins possibles. La prise en charge des lombalgies chroniques n'est pas aisée compte-tenu du fort retentissement sur le patient, qu'il soit d'ordre social, professionnel ou bien psychologique.

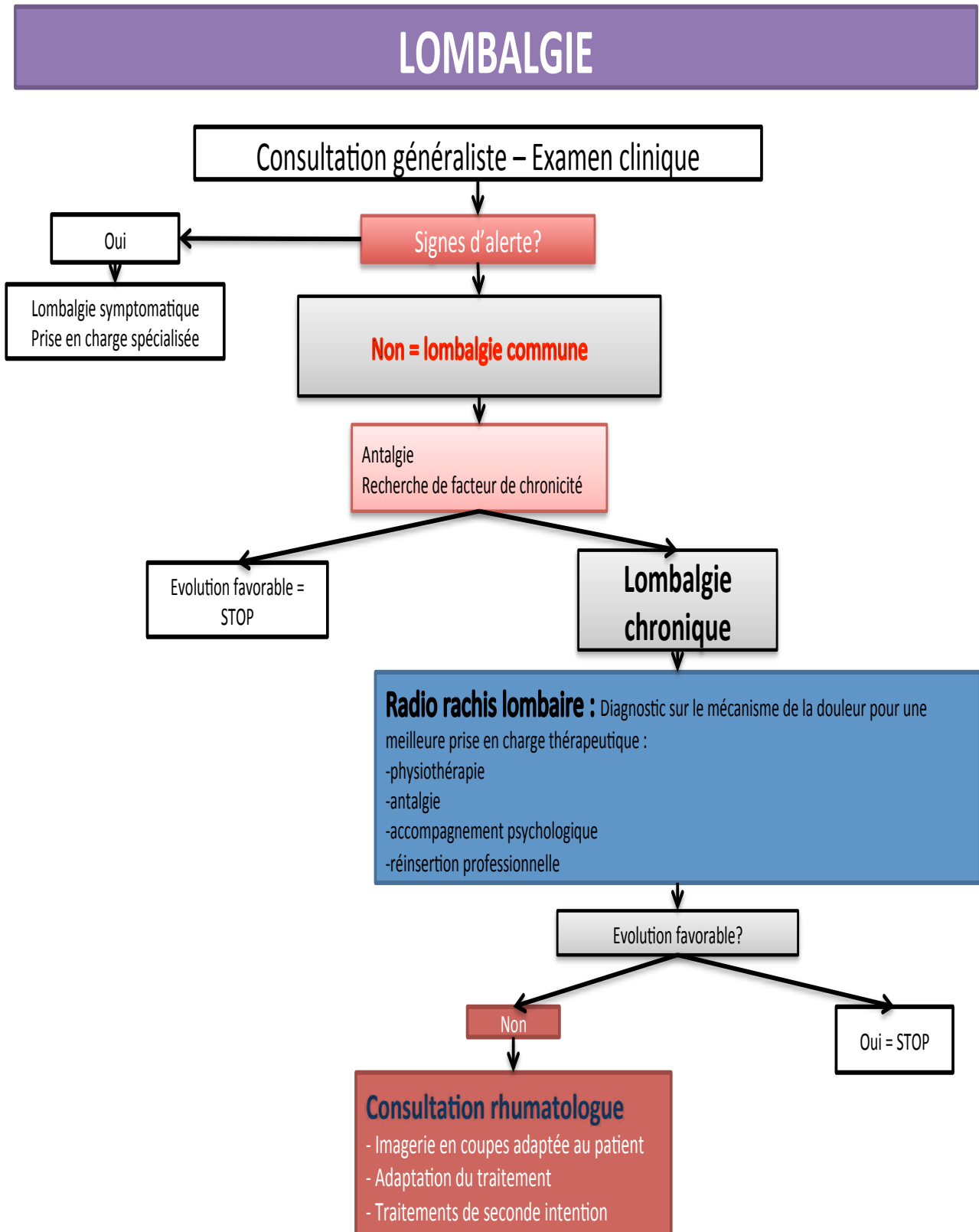
Le rhumatologue est un renfort dans les lombalgies chroniques, pour réévaluer le traitement, prescrire une imagerie en coupes adaptée si besoin, qui pourra éventuellement modifier la thérapeutique. Dans notre enquête, 19 des 21 rhumatologues pratiquent des infiltrations articulaires postérieures, et 6 des

infiltrations épidurales. Les infiltrations articulaires postérieures semblent avoir un effet antalgique chez certains patients, après une résistance au traitement de première intention(29).

Aucune étude n'a démontré l'efficacité à long terme des infiltrations épidurales, mais il semblerait qu'elles présentent un effet antalgique intéressant à court terme dans les poussées douloureuses de la lombalgie chronique(29).

Selon l'avis des rhumatologues interrogés dans notre enquête, il semble plus opportun pour le médecin généraliste d'adresser aux rhumatologues les patients sans imagerie en coupe préalable mais avec une radiographie, afin que le patient puisse bénéficier de l'examen qui lui sera le plus approprié.

Proposition de prise en charge du patient lombalgique :



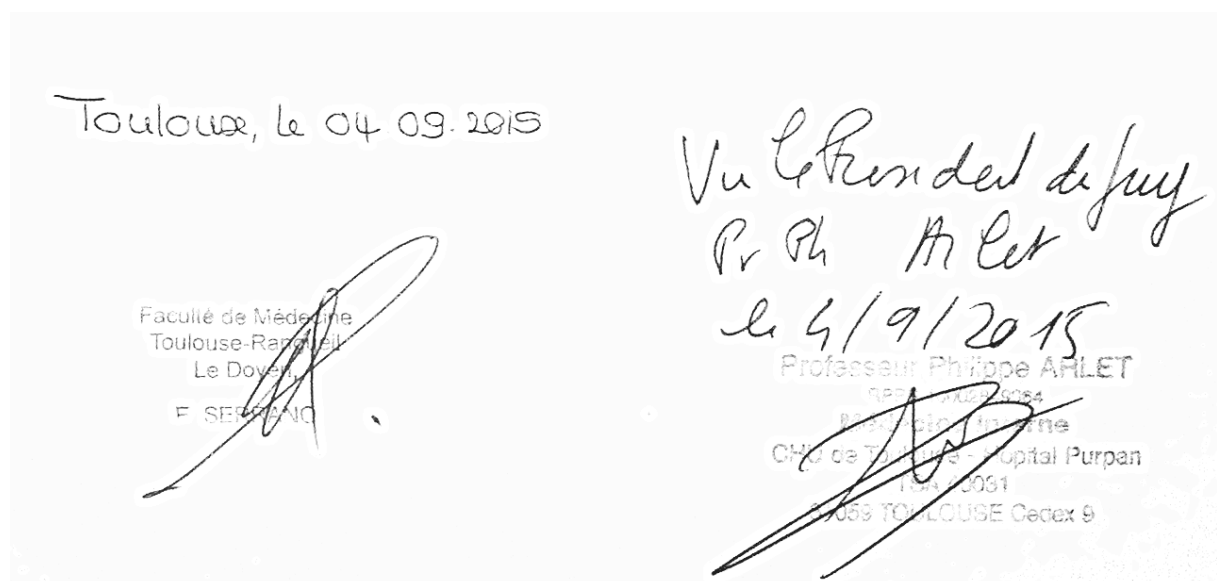
V. CONCLUSION

Les lombalgies représentent un motif très fréquent de consultation en médecine générale. Le but du médecin généraliste sera d'éviter au maximum le passage à la chronicité, et permettre au patient un retour à la normalité le plus rapide possible. Les lombalgies chroniques ne sont qu'une faible partie des lombalgies mais sont celles qui posent le plus de problèmes aux médecins. En cas de chronicisation de la lombalgie, le médecin devra inclure le patient dans une démarche pluridisciplinaire alliant traitement antalgique, maintien d'une activité physique adaptée, soutien psychologique et réinsertion socioprofessionnelle.

La pression du patient et de son entourage, la pression médiatique, peuvent parfois modifier le parcours de soins du patient, incitant le médecin généraliste à prescrire des examens complémentaires dont les résultats ne modifieraient peu ou pas leur prise en charge thérapeutique.

Compte-tenu de l'avis des rhumatologues auditionnés pour ce travail, il semble que la meilleure prise en charge serait de réaliser uniquement une radiographie du rachis lombaire qui elle est primordiale avant de leur adresser les patients, ce qui leur permettra de réaliser l'examen en coupe le plus adapté au patient s'il en nécessite un, et ainsi éviter toute prescription inutile en vue d'optimiser leur prise en charge.

Compte-tenu de la prévalence de cette pathologie, il est également nécessaire que les médecins généralistes bénéficient d'une formation complète et adaptée sur ce sujet afin que la thérapeutique soit la meilleure possible.



BIBLIOGRAPHIE

1. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Rev Rhum*. 2006;73, Supplement 2:S35–52.
2. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine Longévité*. 2011 Sep;3(3):137–49.
3. Poiraudeau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC - Rhumatol-Orthopédie*. 2004 juillet;1(4):295–319.
4. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2007 Nov;50(8):633–9.
5. Fassier J-B. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Rev Rhum*. 2011 Mar;78, Supplement 2:S38–41.
6. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010 février;24(1):101–8.
7. Chap 19 - 2007 - Les accidents de travail et les maladies professionnelles [Internet]. [cited 2015 Jul 9]. Available from: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Chap_19-2.pdf
8. HAUMESSER D, BECKER P, GROSSO-LEBON B, WEILL G. aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques. 2004.
9. ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Texte des recommandations. 2000.
10. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000.
11. Valat J-P, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Rev Rhum Monogr*. 2010 avril;77(2):158–66.
12. Palazzo C, Sailhan F, Revel M. Maladie de Scheuermann. *Rev Rhum Monogr*. 2014 février;81(1):7–15.
13. Finch P. Technology Insight: imaging of low back pain. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2006;2(10):554–61.
14. Ract I, Meadeb J-M, Mercy G, Cuffe F, Husson J-L, Guillin R. Valeur des signes IRM dans le cadre de la lombalgie commune (revue). *J Radiol Diagn Interv*. 2015 avril;96, Supplement:S11–21.
15. Modic MT, Steinberg PM, Ross JS, Masaryk TJ, Carter JR. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. *Radiology*. 1988 Jan 1;166(1):193–9.
16. Bordet, B., Borne, J., Fantino, O., Bousquet, J. C., & Coillard, S. (2005). Analyse IRM selon Modic: intérêt dans les lombalgies. *Résonances Européennes du Rachis*, 13, 1650-1652.
17. Patients' Views on Importance and Usefulness of Plain Radiog... : Spine [Internet]. *LWW*. [cited 2015 Jul 28]. Available from: http://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2001/06150/Patients_Views_on_Importance_and_Usefulness_of.20.aspx

18. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 juin;289(21):2810-8.
19. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2009 février;373(9662):463-72.
20. Berthelot JM, Guillot P, Glemarec J, Lopes L, Bertrand-Vasseur A, Maugars Y, et al. Perception de la tomodensitométrie lombaire : Etude chez 150 patients hospitalisés pour sciatique discale. *Presse Médicale*. 1998;27(2):51-6.
21. L'évolution de la relation médecins-patients à l'heure d'Internet | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l%E2%80%99evolution-de-la-relation-medecins-patients-l-heure-d-internet-984>
22. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet*. 2012 février;379(9814):482-91.
23. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers – a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2003 Mar 24;3(1):8.
24. Goupille P, Hercek A, Marre J-P. Lombo-scan. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004;(648-49):505-9.
25. Picano E. Informed consent and communication of risk from radiological and nuclear medicine examinations: how to escape from a communication inferno. *BMJ*. 2004 Oct 9;329(7470):849-51.
26. Gillan MGC, Gilbert FJ, Andrew JE, Grant AM, Wardlaw D, Valentine NW, et al. Influence of Imaging on Clinical Decision Making in the Treatment of Lower Back Pain. *Radiology*. 2001 août;220(2):393-9.
27. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Spindler MF, McAuley JH, Laslett M, et al. Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. *Eur Spine J*. 2007 Jun 14;16(10):1539-50.
28. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73.
29. Valat J-P, Rozenberg S. Local corticosteroid injections for low back pain and sciatica. *Joint Bone Spine*. 2008 juillet;75(4):403-7.

**ETUDE DE LA PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE EN COUPE DANS LA LOMBALGIE CHRONIQUE
EN MEDECINE GENERALE.**

Analyse d'une enquête téléphonique pratiquée auprès de 51 médecins généralistes et de 21
rhumatologues en Midi-Pyrénées.

RESUME :

Objectif :

Evaluer la prescription d'imagerie en coupe par le médecin généraliste dans la lombalgie chronique.

Matériels et méthodes :

Enquête réalisée auprès de 51 médecins généralistes et de 21 rhumatologues de la région Midi-Pyrénées via un questionnaire téléphonique afin de déterminer leurs attitudes dans la prescription d'imagerie en coupe pour lombalgie chronique.

Résultats :

Dans notre enquête, les généralistes prescrivent en moyenne 10, 2 examens en coupe par an pour lombalgie chronique. Les motivations des médecins généralistes pour la prescription de ces examens sont soit d'éliminer un diagnostic différentiel, soit de rassurer les patients, leur permettre une meilleure compréhension de leur maladie, soit d'effectuer un bilan avant une consultation rhumatologique. Les généralistes prescrivent en majorité des scanners (75,5%) alors que la majorité des rhumatologues prescrit des IRM. 79,6% des généralistes ressentent une forte pression de la part des patients afin de leur prescrire une imagerie, contrairement aux rhumatologues. Ces derniers jugent les prescriptions d'imageries réalisées avant leur consultation inadéquates dans 59,3% des cas en raison d'un examen trop précoce, inutile ou inadapté ou du manque de radiographie première.

Conclusion :

La pression du patient et de son entourage, la pression médiatique, peuvent parfois modifier le parcours de soins du patient, incitant le médecin généraliste à prescrire des examens complémentaires dont les résultats ne modifieraient peu ou pas leur prise en charge thérapeutique. Au vu des avis des rhumatologues, il semble que la réalisation d'une radiographie du rachis lombaire avant de leur adresser les patients serait suffisante et permettrait de diminuer les prescriptions inutiles ou non adaptées d'imagerie en coupe. Enfin, compte-tenu de la prévalence de cette pathologie, il est primordial que les médecins généralistes bénéficient d'une formation adaptée.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : lombalgie chronique, médecine générale, IRM, TDM

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Professeur Philippe ARLET