

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE 2022

N° : 279

THÈSE

PRESENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : Médecine Générale

PAR

MEUDIC Xavier

Né le 07 octobre 1991 à Colmar (68)

ETUDE PROSPECTIVE VISANT A EVALUER LA PERCEPTION PAR
LES PATIENTS DE LA PLACE DE L'IMAGERIE MEDICALE DANS
LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE AIGUE

Président de thèse : Monsieur le Professeur Francis VEILLON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric CHABBERT

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition FEVRIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	- Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	- Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô CS	- Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

M0142			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme Ayme-Dietrich Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0128		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à exprimer toute ma gratitude à Monsieur le **Professeur Francis VEILLON** pour m'avoir fait l'honneur d'être le Président de mon jury. Merci infiniment de votre accueil, de l'intérêt pour ce travail et pour votre temps.

Je remercie également **Monsieur le Professeur Philippe HILD** d'avoir accepté de m'accorder l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Enfin j'adresse un immense merci à toi, **Docteur Cédric CHABBERT**, mon Chef et surtout mon ami, d'avoir accepté de diriger cette thèse en tant que directeur et de participer à mon jury. Nous avons fait la Guerre du Saint-Covid sur le champ de bataille de Mulhouse en mars 2020 ensemble, évènement ô combien décisif dans ma vie. Cela pourrait suffire à ne jamais t'oublier mais cette épreuve a renforcé une amitié devenue naturelle et j'en suis sûr indéfectible. Je suis fier de t'avoir eu pour Chef et pour directeur. Ton implication et ton intérêt pour la thèse ont été sans failles et extrêmement constructifs. Si j'en suis là c'est en grande partie grâce à toi, sache-le. Un grand pouvoir de Chef implique de grandes responsabilités, tu as su devenir indispensable à ce travail. P'tit Chat pour l'éternité.

A ma famille que j'aime,

A mes parents qui me portent et me supportent depuis plus de 30 années, qui m'ont tant donné et qui continuent à tant m'apporter. C'est un honneur et une fierté absolue d'être votre fils. Vous m'avez toujours soutenu sans faille et sans rien demander en retour, parfois à bouts de bras dans les moments les plus difficiles de ma vie, et m'avez permis d'en arriver là où j'en suis en ayant réussi à pallier à mes faiblesses et à bonifier mes forces. Vous m'avez forgé par vos sacrifices et j'espère que le résultat obtenu commence à ressembler à un homme. Vous êtes un modèle pour moi et j'espère transmettre votre exemple à mes futurs enfants. Je vous aime et vous aimerai toujours.

A Sylvie ma Maman que j'aime autant que tu m'aimes. J'espère t'avoir rendue fière de moi et qu'en regardant le résultat de tes efforts innombrables, tu sois également fière de toi. Je ne pourrai jamais te rendre ne serait-ce que le quart de la moitié de ce que tu m'as donné, mais sache que tu as l'infinité de mon amour et de ma gratitude. Tu es la meilleure des mères en ce Monde. Je t'aime Mamala.

A Joël mon Papa que j'aime. Tu as toujours été là pour moi, dans les bons moments, ceux du quotidien et les plus mauvais. Merci pour ta gentillesse et ta générosité envers moi, nos parties de foot et cet humour légendaire que tu m'as transmis. Tu es le meilleur et je t'aime mon Papa.

A Melodi, la Femme de ma vie. Je t'aime à l'infini à un point que tu ne peux imaginer. On s'est rencontrés dans l'adversité et depuis tout est devenu facile, plus aucun obstacle n'est insurmontable. Le Saint-Covid a permis la naissance d'un Amour plus solide que l'acier, plus durable que le diamant et plus fort que tout ce qui existe. Nos projets ensemble m'enthousiasment et me portent car ils sont innombrables et surtout car ils sont avec Toi. Tu illumines ma vie par ta beauté, ton intelligence, ta spontanéité, ta fraîcheur et ta joie de vivre.

Je suis fier de toi et tu m'as rendu fier de moi. Tu me rends sincèrement meilleur. Nous pallions nos doutes respectifs et avançons ensemble, tu ne pourrais plus me combler que tu ne le fais déjà. Nous visiterons tous les pays du monde et transmettrons, j'en suis certain notre Amour à nos enfants. Nous sommes Deux, nous sommes une Famille et tu seras prochainement officiellement Ma Femme. Je t'aime Melodi, je t'aime pour toujours et à jamais.

A mes grands-parents, arrachés à notre Famille depuis beaucoup trop d'années déjà. J'aurais tant aimé que vous soyez là en ce jour. Merci de tout cœur d'avoir accompagné mon enfance et ma jeunesse. Je ne vous oublie pas et je prie pour tous vous revoir un jour. Votre Histoire sera transmise je vous le promets.

A Franck mon Papi de Gox, tu es parti le premier au pire moment. De toi je garde le souvenir d'un homme incroyablement fort et inspirant, aimant et doux avec moi. Je suis fier d'être ton petit-fils.

A Ginette ma Mamie de Gox, nos déjeuners me manquent terriblement, ta bienveillance, ta tendresse et ta fierté à mon égard seront pour moi éternels. Le vide que tu as laissé ne sera jamais comblé.

A André mon Papi de Paris, de Paris tu n'en as que le surnom car tu étais un fier Breton. Je n'oublierai jamais tes blagues, ta gentillesse et ta méticulosité pour dépiauter le moindre crustacé. J'espère que Là-Haut, il y a des coins sympas pour pêcher la crevette.

A Marguerite ma Mamie de Paris, la plus Marseillaise des Bretonnes. Les après-midis passés à la plage de Santec sont des souvenirs chers à mon cœur. Merci pour ta patience et ton affection. Et pour les topettes.

A mon grand-oncle Tonton Michel et à ma grand-tante Titi Maryse, merci de vous être occupés de moi durant tant de vacances et pour m'avoir fait découvrir Paris et alentours durant tant d'années. Sachez que malheureusement j'ai plus retenu la visite du Stade de France que celles du Louvre... Tonton je garde de toi le souvenir d'un homme calme et bon, gentil et tranquille. Titi, même si les années t'ont affaibli, tu restes pour moi ma grande-tante dévouée, riieuse et drôle que tu as toujours été.

A mes beaux-parents Nuran et Aydin, ma belle-sœur Derya et le reste de ma belle-famille, qui m'avez accueilli avec tant de gentillesse au sein de votre Famille après la rencontre avec Melodi.

A mon oncle Hervé, ma tante Christine, mes cousins Erwan, Kevin et Renan, les souvenirs de vacances bretonnes me manquent. J'espère tous vous revoir bientôt.

Aux chats de ma vie, Mistigri, Câline et Limix. Vous ferez toujours partie de la Famille, je ne vous oublie pas.

Enfin, **à Marie**, ma voisine et ma sœur de cœur. Chaque moment de jeu, de promenade et d'élevage d'escargot dans notre enfance reste pour moi un formidable souvenir. Nous avons grandi mais nous avons continué à nous soutenir. A présent tu vis à l'autre bout de la France mais je sais que nous serons toujours liés par ce lien indéfectible qui fera qu'à chaque moment majeur de notre vie nous serons présents. Merci pour tout et à très bientôt !

Aux copains,

A Alexandre, copain parmi les copains. Cela fait bien des années qu'on traîne ensemble et notre d'amitié d'enfance se renforce au fur et à mesure. Malgré le fait que l'avenir appartient à ceux qui se lèvent à l'heure où on se couchait, on a fini par réussir tous les deux. Les moments de rire et de bière ont été innombrables, les matchs de foot et les squats à la Grotte ou à la Kilbe jamais décevants. Si on était plusieurs tant mieux, si on était deux on était heureux. Je ne donnerai aucun détail sur nos multiples soirées, mes parents risquent de lire. On a passé toute notre jeunesse ensemble et notre amitié, contrairement à toi lors de ce vol plané emporté par une botte de foin un soir de pleine lune, ne finira jamais par retomber lourdement au sol. Ah mince j'ai quand même donné un détail. Je t'aime beau gosse.

A Floriane, cela fait bien des années que tu supportes Alexandre et donc par extension que tu me supportes. Merci pour toutes ces soirées, vacances, etc.. où tu as du nous gérer avec le sourire et les rires. Merci d'être là et merci d'être toi. Et merci pour la chambre Q.

A Marceau Charlène et Léandre, nos soirées ensemble sont des valeurs sûres avec des heures de rires et de bon fromage. Marceau, tu es un copain d'enfance c'est sacré et tu as réussi à trouver une femme qui est devenue une amie chère également. Et votre fils est quand même bien mignon malgré qu'il ait une partie des traits de son père. Vous êtes des vrais amis et de beaux parents.

A Sylvain, tu restes dans mon cœur malgré la distance. J'espère que tu es heureux mais en vrai reviens de Marseille, il n'y a pas de flammakuacha là-bas ça ne vaut pas le coup.

Aux autres copains de Walbach, à **Olivier** qui m'a accompagné avec sa bonne humeur et ses bêtises jusqu'au collège, à **Benjamin** mon vieux copain de la primaire, à **Mathieu A.** le disparu, à **Jérémie** le beau charpentier, à **Maxime** le blond vénitien et à **tous les autres**, filles ou garçons. J'en ai perdu de vue une grande partie mais vos prénoms et vos têtes de chérubins sont

gravées dans ma mémoire. Je vous souhaite à tous le meilleur. Walbach pour toujours et à jamais.

Aux copains du collège, Guillaume, Florian, Nicolas et tous les autres pour tous ces moments passés à rire et à apprendre la vie. Cela a été des moments de pur bonheur.

A Simon C. que j'ai rencontré en colonie de vacances par pur hasard à l'autre bout de la France et qui par pur hasard s'est retrouvé dans mon collège puis par pur hasard dans ma classe. On a été de formidables copains dès le début et on le sera toujours. En fait ce n'était pas du hasard, c'était le destin.

Aux copains du lycée, Joffrey, Chloé, Emma, XP et tous les autres. Vous avez été des soutiens dans les pires moments. Ces années avec vous ont été belles. J'espère tous vous revoir bientôt.

Aux copains de l'armée, Rémi et Evan entre autres qui avez rendu le calvaire plus supportable.

Aux copains de Paris, Enzo, Simon B., Charles et Wahel. La capitale ce n'était pas pour moi mais vous avez sublimé cet épisode francilien.

Aux copains de médecine,

Au copain de la P1, Quentin qui rendait les cours d'épidémiologie plus agréables voire presque intéressants.

A Simon L., l'italien fan de Human Centipède. Nos discussions dans la plus grande normalité devant des bocaux d'anatomie avec un utérus flottant dans le formol et un cadavre coupé en biseau à 10 cm de nos visages resteront des souvenirs intrigants mais finalement agréables.

A Basile, avec qui on a écumé les bars de Strasbourg en lançant de grandes discussions philosophiques qui se terminaient par des chants de stades de foot avec des inconnus dans la rue. C'était des moments suspendus dans le temps.

A Denis, nos soirées foot ou simplement apéros qui se finissaient indubitablement au Korrigan sont des souvenirs merveilleux. Tous ces moments passés ensemble ont été fabuleux, mes abdominaux se souviennent encore de ces fous rires, de ces moments de joie intenses lors de certaines soirées foot en 2016 et 2018, de ces discussions semi sérieuses qui prenaient toujours un tournant drôle. Tu es un Vosgien mais tu es un copain.

A Steve qui tel N'Golo est petit et gentil mais qui n'a pas tapé Léo Messi. Un fan du Racing éternel qui est parti en Lorraine ce n'est pas banal. A tes amnésies sélectives sur certains moments de ta vie.

A Jordan, le copain qui fait 23 heures de muscu par jour mais qui a fait oncologie personne sait comment. A tous nos moments passés à rire de tout et surtout de n'importe quoi.

A Maria, ma chef de gériatrie devenue également une amie. Ton accent espagnol accentué lorsque tu es énervée est légendaire et tes phrases sorties brutes de décoffrages sont entrées dans mon vocabulaire. Merci pour ta formation et pour ces moments de travail partagé. Par contre par pitié on dit ca-ch-ectique, pas ca-k-ectique.

A Cécile, la Grande Chef du 6231, merci pour tout.

A Mathieu H., le futur chef des médecins de Mulhouse puis du Haut Rhin puis d'Alsace puis de France puis du Monde. J'ai rencontré un interne sympa et rieur, je tourne la tête 2 ans et tu deviens associé de toutes les structures existantes connues et inconnues. Longue carrière à toi, Pr H. ! Merci de m'avoir montré la voie.

A Camillia, pour les rires ayant rendu le stage aux urgences plus supportable. Tu es un peu perfide mais ça va on tolère.

A tous les autres internes et autres personnels de santé rencontrés au cours de mes stages et années d'études. Merci pour tout.

Par ailleurs merci à **Dr Lévêque, Dr Heyd, Dr Bildstein, l'équipe sénior du SAU de Sélestat, Dr Robert, Dr Widolf, Dr Trynizewski, Dr Lorenzo et Dr Dupré** pour avoir contribué à ma formation et d'avoir pris de votre temps pour tenter de faire de moi un médecin correct. J'espère que vous y avez réussi.

Merci infiniment **aux secrétaires et manipulatrices radio** du cabinet de Munster d'avoir contribué à la mise en place de ce travail en distribuant et recueillant les questionnaires.

Mentions spéciales,

A la France, mon Pays qui m'a vu naître et grandir et que j'aime de tout mon cœur. Je t'espère éternelle.

A l'Alsace et à la Bretagne, mes patries intra-patrie. La puissance des vagues sur la côte de ma Bretagne paternelle, la douceur des sommets et la quiétude des plaines de mon Alsace maternelle sont indissociables à mon Cœur.

A la Turquie, d'avoir contribué à mettre sur ma route ma Melodi que j'aime.

A Dieu, car si je suis loin d'être fervent, je Te remercie d'avoir permis à ma vie d'être aussi belle.

Au Racing Club de Strasbourg, pour ton aspect chaotique et magnifique rendant ton soutien passionné.

A l'Equipe de France, ramenez-nous la 3^e étoile puis toute la galaxie.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	28
II. GENERALITES	31
A. LOMBALGIES : DEFINITIONS	31
B. EPIDEMIOLOGIE	32
C. COUT SOCIO-ECONOMIQUE	32
D. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES COMMUNES AIGÜES	33
1. Eliminer une étiologie secondaire	33
2. Place de l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie aigue	34
3. Traitements des lombalgies selon les recommandations de la HAS	35
a) Prise en charge non médicamenteuse	35
b) Prise en charge médicamenteuse	35
c) Autres prises en charge	36
III. MATERIEL ET METHODE	38
A. CHOIX DU TYPE D'ETUDE	38
B. OBJECTIF PRINCIPAL	38
C. OBJECTIFS SECONDAIRES	39
D. ECHANTILLON ETUDIE	39
1. Population	39
2. Cabinet	39
3. Sélection de l'échantillon	40
E. CRITERES D'INCLUSION, DE NON INCLUSION ET D'EXCLUSION	40
1. Critères d'inclusion	40
2. Critères de non inclusion	40
3. Critères d'exclusion	41
F. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE	42
1. Le choix de l'auto-questionnaire	42
2. Description du questionnaire	42
a) Identification des patients inclus	42
b) Parcours de soin antérieur et actuel	43
c) Ressenti des patients	44
d) Objectifs secondaires	44
G. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	45
1. Protocole	45
2. Analyse des données	46
H. ASPECTS REGLEMENTAIRES	46
IV. RESULTATS	47

A.	PROFIL DE L'ÉCHANTILLON ETUDIÉ	47
1.	Caractéristiques de l'échantillon	47
a)	Sélection de l'échantillon	47
b)	Tranches d'âge de l'échantillon	47
c)	Détail des critères d'exclusion pour établir l'échantillon étudié	48
	(i) <i>Drapeaux Rouges de la HAS</i>	48
	(ii) <i>Accident du travail</i>	48
	(iii) <i>Résumé des critères d'exclusion</i>	49
2.	Episode antérieur de lombalgie	49
a)	Existence d'un épisode lombalgique antérieur	49
b)	Délai d'antériorité	49
c)	Réalisation d'examen(s) radiologique(s) lors de l'épisode antérieur	50
d)	Type d'examen radiologique réalisé lors de l'épisode antérieur	51
3.	Parcours de soin des patients lors de l'épisode actuel	52
a)	Caractéristiques de la douleur	52
b)	Durée d'évolution de la douleur	53
	(i) <i>Durée d'évolution globale</i>	53
	(ii) <i>Durée d'évolution selon la topographie de la douleur</i>	53
c)	Délai de consultation du médecin	54
	(i) <i>Délai de consultation global</i>	54
	(ii) <i>Délai de consultation selon la topographie de la douleur</i>	55
d)	Délai de prescription d'un examen d'imagerie	55
	(i) <i>Consultation ayant donné lieu à la prescription de l'examen</i>	55
	(ii) <i>Délai de prescription des examens prescrits lors de la première consultation</i>	56
	(iii) <i>Délai de prescription des examens prescrits lors de la deuxième consultation ou plus</i>	57
	(iv) <i>Délai de prescription global</i>	58
	(v) <i>Délai de prescription selon la topographie de la douleur</i>	58
e)	Caractéristiques de l'examen prescrit lors de l'épisode actuel	59
	(i) <i>Détail du type d'examens prescrits</i>	59
	(ii) <i>Examens prescrits selon la topographie de la douleur</i>	60
	(iii) <i>Examens prescrits selon la durée d'évolution de la douleur</i>	61
B.	RESSENTI DES PATIENTS	62
1.	Evaluation de la performance des examens radiologiques selon les patients	62
2.	Ressenti des patients en cas de négativité/bénignité des examens radiologiques	63
a)	Ressenti global	63
b)	Ressenti selon la topographie de la douleur	64
c)	Souhait de poursuite d'investigation selon la topographie de la douleur	65
d)	Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur	65
e)	Souhait de poursuite d'investigation selon la durée d'évolution	66
f)	Ressenti selon le type d'examen prescrit	67
g)	Souhait de poursuite d'investigation selon le type d'examen prescrit	67
3.	Ressenti des patients sur le délai de prescription des examens radiologiques	68

4.	Ressenti des patients sur la nécessité de réalisation d'examens radiologiques	68
5.	Evaluation de la place donnée par les patients à l'imagerie médicale dans la prise en charge globale de la lombalgie aiguë	69
C.	IMPACT DES AUTORITES SCIENTIFIQUES ET CAMPAGNES	70
1.	Notion d'existence de recommandations officielles d'autorités scientifiques (HAS)	70
2.	Notion d'existence de campagnes d'information de l'Assurance Maladie	70
D.	RECHERCHE D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE	71
1.	Prise de complément(s) d'information de source non médicale	71
2.	Caractéristiques des sources d'information complémentaires	71
3.	Caractéristiques des sources complémentaires sur Internet	72
V.	DISCUSSION	73
A.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	73
1.	Critères de constitution de l'échantillon	73
2.	Population	74
3.	Biais de sélection	75
a)	Biais de recrutement	75
b)	Biais d'échantillonnage	75
c)	Biais de volontariat	76
d)	Biais de mesure	76
B.	RESUME DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	77
1.	Tranches d'âge	77
2.	Parcours de soins antérieur	77
a)	Lombalgies antérieures et récurrence(s)	77
b)	Antécédent de réalisation d'imagerie pour lombalgie	78
3.	Parcours de soin pour l'épisode lombalgique actuel	79
a)	Choix des caractéristiques étudiées	79
b)	Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur la prescription d'examens radiologiques	80
c)	Influence de la topographie de la douleur sur le délai de consultation	81
d)	Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur le délai de prescription	82
e)	Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur le type d'examens prescrits	83
	(i) <i>Topographie de la douleur</i>	83
	(ii) <i>Durée d'évolution de la douleur</i>	83
C.	RESSENTI	84
1.	Evaluation de la performance des examens radiologiques	84
2.	Ressenti avec pondérations	85
a)	Ressenti global en cas de normalité/bénignité des examens radiologiques	85
b)	Ressenti selon la topographie de la douleur	87
c)	Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur	88
d)	Ressenti selon le type d'examen prescrit	89

3.	Ressenti par rapport au délai de prescription et la justification des examens radiologiques	90
a)	Délai de prescription	90
b)	Justification des examens radiologiques	91
4.	Place accordée par les patients à l'imagerie médicale dans leur prise en charge	91
a)	Classements des moyens thérapeutiques et diagnostiques principaux	91
b)	Intérêt de l'imagerie ?	92
c)	Campagnes d'information	94
5.	Place accordée aux autres moyens thérapeutiques/diagnostiques	95
a)	Activité physique	95
b)	Kinésithérapie et ostéopathie	96
	(i) Résultats	96
	(ii) Campagnes d'information	96
D.	IMPACT DES AUTORITES SCIENTIFIQUES ET CAMPAGNES D'INFORMATION	97
1.	Notion d'existence de recommandations	97
2.	Campagnes de sensibilisation	98
a)	Campagnes précédentes	98
b)	Imagerie médicale	99
E.	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	100
VI.	CONCLUSION	102
VII.	ANNEXES	104
A.	ANNEXE 1 : DRAPEAUX ROUGES DEFINIS PAR LA HAS	104
B.	ANNEXE 2 : RESUME DES RESULTATS	105
C.	ANNEXE 3 : AUTO-QUESTIONNAIRE	109
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	113

LÉGENDE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	47
Figure 2 : Détail des critères d'exclusion	49
Figure 3 : Délai de l'épisode antérieur de lombalgie	50
Figure 4 : Type d'examen(s) radiologique(s) réalisés lors d'épisode(s) antérieur(s)	51
Figure 5 : Topographie de la douleur lombaire	52
Figure 6 : Durée d'évolution des douleurs	53
Figure 7 : Délai de consultation du médecin	54
Figure 8 : Détail de la consultation aboutissant à la prescription d'imagerie	55
Figure 9 : Effectifs regroupés de consultation ayant abouti à la prescription	56
Figure 10 : Délai des prescriptions survenues lors de la 2 nd e consultation ou plus	57
Figure 11 : Détail du type d'examens prescrits	59
Figure 12 : Performance des examens d'imagerie selon avis des patients	62
Figure 13 : Ressenti global	63
Figure 14 : Perception des patients sur la justification du délai de prescription de l'examen d'imagerie	68
Figure 15 : Perception des patients sur la pertinence de la réalisation d'examens radiologiques	69
Figure 16 : Source(s) de la prise d'information complémentaire non médicale	71
Figure 17 : Source(s) de la prise d'information complémentaire sur Internet	72

LÉGENDE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Détail des patients selon durée et topographie des douleurs	53
Tableau 2 : Délai de consultation selon la topographie de la douleur	55
Tableau 3 : Détail du délai de prescription de l'échantillon total	58
Tableau 4 : Délai de prescription selon la topographie de la douleur	58
Tableau 5 : Examens prescrits selon la topographie de la douleur	60
Tableau 6 : Examens prescrits selon la durée d'évolution de la douleur	61
Tableau 7 : Ressenti selon la topographie de la douleur	64
Tableau 8 : Souhait de poursuite d'investigation selon la topographie de la douleur	65
Tableau 9 : Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur	65
Tableau 10 : Souhait de poursuite d'investigation selon la durée d'évolution	66
Tableau 11 : Ressenti selon le type d'examen prescrit	67
Tableau 12 : Souhait de poursuite d'investigation selon le type d'examen prescrit	67
Tableau 13 : Classement des moyens diagnostiques et thérapeutiques principaux	70

SOMMAIRE DES ABRÉVIATIONS

HAS = Haute Autorité de Santé

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES = Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
(aujourd'hui IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

IRM = Imagerie par Résonance Magnétique

TDM = Tomodensitométrie

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

AINS = Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ALD = Affection Longue Durée

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux

Covid19 = Coronavirus Disease 2019

I. INTRODUCTION

La lombalgie, appelée de manière populaire ‘‘mal de dos’’ ou ‘‘tour de reins’’ et présentée dans nos sociétés modernes comme le ‘‘mal du siècle’’, a concerné, concerne ou concernera la plupart d’entre nous au cours de notre vie. La prévalence et l’incidence (1) de la lombalgie en particulier sous sa forme aiguë sont telles qu’elles représentent un enjeu majeur de santé publique avec des conséquences multiples. De nombreux facteurs contribuent à l’augmentation toujours croissante des patients atteints avec un coût notamment socio-économique colossal.

Les pouvoirs publics se sont emparés de la question ces dernières années par l’intermédiaire en particulier de campagnes d’information du grand public mais aussi des médecins, acteurs majeurs dans la prise en charge de la lombalgie commune. L’Assurance Maladie a notamment initié une vaste campagne de sensibilisation par rapport à cette pathologie sous sa forme aiguë avec un crédo en particulier qui était : « Mal de dos ? Le bon traitement, c’est le mouvement » (2). De manière annuelle depuis 2017 et à peine perturbée en 2020 par la pandémie mondiale de la Covid19, des spots à la télévision ou sur les plateformes Internet ont été diffusés, des flyers d’information ont été distribués aux usagers et aux intervenants du secteur médical, des applications pour Smartphone ont été proposées, des ateliers ont été organisés, etc. Ainsi des efforts considérables via ces campagnes (3) ont été mis en œuvre pour limiter les conséquences de la lombalgie aiguë au niveau du patient, pour orienter la pratique du soignant et rationaliser les conséquences au niveau sociétal.

Le mouvement, sous-entendu l’activité physique régulière, est mis en avant par les campagnes médiatiques en parallèle à l’évolution des recommandations de la prise en charge de cette pathologie par les instances scientifiques ces 30 ou 40 dernières années. En effet

l'explosion de l'incidence (4) de la lombalgie aiguë a été observée dès les années 90 dans une société occidentale devenant massivement sédentarisée par abandon des secteurs d'activité primaire et secondaire, c'est-à-dire les champs et les usines, pour exercer des métiers du secteur tertiaire peu physiques. Ces changements professionnels ont été accompagnés d'une amélioration significative du confort matériel. L'évolution des modes de vie et des loisirs ont aussi contribué à minorer de manière historique l'activité physique des populations.

L'évolution des recommandations (5) a ainsi mis en avant l'activité physique en première ligne pour traiter la lombalgie. Le bénéfice semble multiple limitant la chronicisation qui occasionne un inconfort majeur pour le patient et des coûts économiques exorbitants pour la société, sans oublier bien entendu les risques associés à la sédentarité tels que le diabète, l'hypertension, etc... dont l'un des traitements préventifs principaux reste l'activité physique. La prise en charge diagnostique et curative a donc globalement évolué.

L'imagerie médicale en particulier est aujourd'hui un examen devenu très secondaire et même inutile en dehors de rares circonstances particulières selon les recommandations des sociétés savantes comme la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la prise en charge de la lombalgie commune sous sa forme aiguë (5). Ces recommandations se reposent sur de nombreuses études (6) (7). Cependant ces examens restent largement prescrits (8) (9) malgré les recommandations. Ainsi si les études sur l'intérêt médical de ces examens ont été nombreuses et ont notamment contribué à l'élaboration des recommandations scientifiques de la Haute Autorité de Santé et autres instances scientifiques, le ressenti du patient par rapport à ces pratiques n'a été que peu abordé à ce jour et c'est ce que nous allons essayer d'appréhender dans ce travail de thèse.

Notre étude a été réalisée par distribution de questionnaires anonymes à des patients ayant bénéficié de la prescription d'un examen d'imagerie médicale, dans un cabinet de

radiologie quelques minutes avant réalisation de leur acte médical ou juste au décours de l'examen avant la remise du résultat.

L'objectif principal était de déterminer la place aux yeux des patients que peut avoir l'imagerie médicale dans la prise en charge de leur lombalgie aiguë, d'identifier s'il existe un décalage important entre la perception des patients de l'intérêt d'une imagerie médicale et les recommandations scientifiques et enfin de situer l'imagerie médicale par rapport aux autres moyens thérapeutiques et diagnostiques en termes d'importance pour les patients. L'impact d'un examen radiologique potentiellement normal ou bénin sur leur ressenti personnel a été également mesuré. En effet dans le cadre d'une lombalgie aiguë hors circonstances particulières, l'imagerie est censée être normale ou ne retrouver que des pathologies bénignes. Il a été recherché quelle serait l'attitude de ces patients face à ces résultats à priori fréquents et attendus. Ces résultats ont été pondérés par différents facteurs tels que le type d'examen prescrit, la durée d'évolution ou l'étendue topographique de la douleur.

Notre travail de thèse a par ailleurs eu deux objectifs secondaires. Le premier a été de déterminer la portée auprès des patients en termes de sensibilisation qu'ont pu avoir les campagnes de l'Assurance Maladie sur la promotion de l'activité physique comme moyen thérapeutique majeur. Il s'agissait de mesurer le pourcentage de patients ayant été sensibilisés et d'en identifier un éventuel impact sur leurs convictions par rapport à la lombalgie.

Enfin l'autre objectif secondaire a été de mesurer la fréquence de la recherche d'information de source non médicale, notamment sur Internet, par les patients. En effet, de nombreuses études soulignent la part croissante de prise d'informations extra médicale des patients (10) (11) (12), une évaluation sur la population étudiée a été réalisée afin d'identifier d'éventuels outils d'information utiles pour de futures campagnes.

II. GENERALITES

A. Lombalgies : définitions

La lombalgie a été définie par la HAS en 2019 (5) comme une “ *douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d’un ou des deux membres inférieurs au niveau d’un ou plusieurs dermatomes* “. Par cette définition, la HAS précise l’étendue de la localisation algique soulignant également la possibilité d’irradiation algique associée. Ainsi une sciatalgie ou cruralgie « simple » entre dans le cadre d’une lombalgie aigüe.

Dans le cadre de ce travail de thèse nous nous intéresserons uniquement à la lombalgie commune qui est définie par la HAS comme une “ *douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d’alerte* “. Ainsi, la lombalgie commune désigne les douleurs lombaires dont l’étiologie n’est pas suspecte de faire partie d’une liste appelée “drapeaux rouges” que nous détaillerons au chapitre II. D) 1).

La HAS propose également une détermination du caractère aigu ou chronique des lombalgies. Notre travail de thèse s’intéresse à la lombalgie aigüe soit d’évolution inférieure à 3 mois. La lombalgie chronique est définie par un délai d’évolution supérieur à 3 mois. Dans la littérature, il est souvent proposé qu’entre 4 à 6 semaines et 12 semaines, on qualifie la lombalgie de subaigüe. Cependant la HAS ne propose pas de différence de prise en charge entre lombalgie subaigüe et lombalgie aigüe (5).

Les recommandations de prise en charge diffèrent selon la durée d’évolution et la thérapeutique de la lombalgie aigüe visant notamment à éviter la chronicisation de la douleur. A noter que ces recommandations sont mises en avant par l’Assurance Maladie. (13)

B. Epidémiologie

Une étude française publiée en 2007 (1) rapportait que la prévalence de lombalgies d'évolution d'au moins un jour sur la dernière année a été mesurée à 55% pour la population âgée de 30 à 64 ans. Ces chiffres venaient confirmer ou majorer des chiffres précédents d'autres études internationales (14)(15)(16). Selon cette même étude, environ 80% de ces patients guérissent en moins d'un mois. Une autre étude française (17) portant également sur cette tranche d'âge rapporte un taux de chronicisation entre 7.5 et 7.9 %, sous-entendant ainsi un taux de guérison avant 3 mois d'au moins 90%, chiffre mis en avant par la HAS.

La Société Française de Médecine Générale (4), via l'Observatoire de Médecine Générale entre 1993 et 2012, rapporte qu'en moyenne un médecin généraliste voit 92 patients lombalgiques par an avec une prédominance d'âge entre 30 et 70 ans sans prédominance de sexe et que la prévalence a augmenté de 5.2% en 1993 à près de 6.9% en 2009, classant ainsi la lombalgie en 8^e position des motifs de consultation les plus fréquents.

C. Coût socio-économique

Le coût rapporté par la CPAM (18) pour 2017 est d'environ 700 millions d'euros par an pour la branche maladie et environ 1 milliard d'euros pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles (19). L'administration rapporte que les estimations sont par ailleurs probablement sous évaluées en raison de difficultés à évaluer tous les retentissements. Ainsi le CREDES (20) souligne que les patients lombalgiques notamment chroniques ont des risques importants d'avoir d'autres pathologies ou des comorbidités psycho-sociales venant engendrer des coûts supplémentaires majeurs.

D. Prise en charge des lombalgies communes aiguës

1. Éliminer une étiologie secondaire

La HAS a établi une liste (5) de Drapeaux Rouges (cf Annexe 1) définissant la lombalgie comme commune si elle ne remplit aucun des critères suivants :

- Douleurs de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit
- Symptôme neurologique étendu, paresthésie au niveau du pubis (ou périnée)
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur), Déformation structurale importante de la colonne
- Perte de poids inexplicée, altération de l'état général
- Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans
- Antécédent de cancer
- Présence d'un syndrome fébrile
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales)

Ainsi cette liste permet d'éliminer essentiellement les étiologies néoplasiques secondaires, les fractures, les étiologies inflammatoires ou infectieuses rachidiennes et les souffrances neurologiques avancées.

En cas de drapeaux rouges, la lombalgie devient un symptôme d'une étiologie plus complexe et nécessite une prise en charge et/ou des explorations plus spécifiques et parfois urgentes.

2. Place de l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie aigue

Les recommandations de la HAS indiquent qu'en l'absence de drapeau rouge faisant suspecter une étiologie secondaire, la réalisation d'examen radiologiques du rachis ou du bassin n'est pas indiquée. L'imagerie rachidienne est indiquée uniquement en cas de chronicisation de la lombalgie avec une évolution supérieure à 3 mois ou éventuellement en cas de nécessité d'infiltration ou de chirurgie.

A noter que l'imagerie rachidienne préconisée dans ces derniers cas sera l'IRM ou le scanner si contre-indication. Ainsi la radiographie standard du rachis n'a selon les recommandations de la HAS aucune indication dans la lombalgie à l'exception d'une recherche d'instabilité ou de la suspicion d'un trouble statique rachidien.

Ces recommandations s'appuient sur de nombreuses études synthétisées par exemple dans une méta-analyse américaine de 2009 (21)(22) confirmant l'absence de bénéfice d'une imagerie banalisée et routinière dans la lombalgie. Les études se succèdent et semblent globalement toutes confirmer ces données (23)(24). Une étude canadienne (25) avec méta-analyse devrait actualiser encore ces informations prochainement et donner des pistes d'amélioration.

Néanmoins la tendance ne semble pas être à la baisse de prescriptions ces dernières années. Ainsi une étude américaine (8) a montré qu'entre 1994 et 2005, le nombre d'imagerie réalisée a augmenté de plus de 300% malgré des recommandations mettant déjà de sérieuses restrictions à leur recours. Une étude récente (9) sur les pratiques de généralistes normands souligne qu'ils effectuaient encore 70% de prescriptions de radiographie lombaire pour une lombalgie simple évoluant depuis moins de 3 mois et même 56% avant 6 semaines. D'autres

études (26)(27) confirment encore ces différences de pratiques avec les recommandations, une seule signale un certain respect mais en milieu hospitalier (28).

3. Traitements des lombalgies selon les recommandations de la HAS

a) Prise en charge non médicamenteuse

L'exercice physique est le traitement principal (29) permettant une évolution favorable de la lombalgie commune. La reprise précoce des activités quotidiennes et professionnelles, et l'activité physique et sportive sont préconisées pour toutes les lombalgies. Ce message est actuellement mis en avant dans les campagnes destinées au Grand Public mais également largement diffusé auprès des acteurs médicaux et notamment des médecins (30)(31).

La kinésithérapie est un traitement de première intention en cas de lombalgie chronique ou à risque de chronicité sans intérêt clairement démontré en cas de lombalgie aiguë (32) (33).

Par la suite en cas de chronicisation ou de caractère invalidant persistant ou récidivant, d'autres techniques existent et relèvent de prise en charge spécialisées. Ainsi des prises en charge de type manipulateur associées à une composante psychologique existent de même que des institutions relevant généralement de service de SSR ou d'Ecoles du Dos. Ces traitements ne s'adressent déjà plus à la lombalgie commune aiguë ou uniquement en cas de situation défavorable avec risque majeur de lombalgie chronique.

b) Prise en charge médicamenteuse

La HAS avance qu'aucun médicament antalgique n'aurait présenté de bénéfices significatifs sur l'évolution de l'épisode aiguë et sur le risque de chronicité. Cependant une prise en charge antalgique est à envisager en première intention en initiant cette thérapeutique

par antalgiques de palier I avec le Paracétamol (34) et des AINS (35) (36) (37) en l'absence de contre-indications.

En seconde intention les opioïdes peuvent s'avérer efficaces (5). Les opioïdes faibles associés au Paracétamol sont privilégiés. Les opioïdes forts ne sont alors réservés qu'aux lombalgies réfractaires malgré une prise en charge avec escalade thérapeutique bien menée.

D'autres thérapeutiques médicamenteuses peuvent être utilisées mais ne sont pas recommandées dans la lombalgie aiguë et réservées à des prises en charge de douleurs chroniques, neuropathiques sévères, etc.

A noter que les corticoïdes et le néfopam n'ont pas été spécifiquement étudiés à ce jour et que les myorelaxants sont inefficaces voire délétères (38).

c) Autres prises en charge

Le repos au sens strict n'est pas recommandé (7), et l'arrêt de travail se doit d'être le plus court possible pour éviter la chronicisation et favoriser la reprise rapide de l'activité professionnelle (29), la durée de l'arrêt de travail ayant été mise en lien avec la difficulté croissante de reprise du travail.

A propos de l'ostéopathie et autres techniques manipulatoires, la HAS s'appuyant sur des études américaine (39) et canadienne (40) notamment avance que la prise en charge peut être initiée dès le début de prise en charge mais dans le cadre d'une prise en charge multiple. Pour l'ostéopathie en particulier, une étude de 2014 (41) relevait que le recours était très disparate et ne suivait aucun consensus particulier vis-à-vis des situations cliniques. Ce recours était souvent en deuxième intention en complément des thérapeutiques médicales usuelles et à la demande du patient, qui peut de toute façon y recourir seul. Ainsi aucune étude à notre connaissance n'a réellement permis de consensus sur l'usage de cette pratique.

La plupart des autres prises en charge sont réservées aux lombalgies récidivantes, réfractaires aux autres traitements et invalidantes. Les infiltrations rachidiennes encore très demandées par les patients sont à réserver à des cas de douleurs particulièrement invalidantes, souvent sciatalgiques/cruralgiques et d'antalgie très complexe. La plupart des autres techniques n'ont pas démontré d'efficacité et ne sont pas recommandées. Il semble toutefois que certaines d'entre elles n'ont pas été suffisamment voire pas du tout étudiées à ce jour. A noter que la chirurgie est généralement réservée au dernier recours après échec de toutes les autres prises en charge et pour certaines indications particulières (42).

III. MATERIEL ET METHODE

A. Choix du type d'étude

Pour ce travail de thèse portant sur le ressenti des patients par rapport à la réalisation d'imagerie dans le cadre de la prise en charge de lombalgie, le choix d'une étude qualitative s'impose comme étant le plus adéquat. En effet notre étude recherche le point de vue du patient. Pour cela une étude qualitative est indispensable pour essayer d'appréhender l'importance de cette prescription d'imagerie dans le parcours de soin de la lombalgie aigue du point de vue des patients.

L'étude mise en place est par ailleurs prospective et observationnelle, car recherchant le ressenti du patient au décours d'un épisode de lombalgie et ne nécessitant aucune intervention particulière dans sa prise en charge.

B. Objectif principal

L'objectif principal de notre travail de thèse était d'identifier l'existence d'une considération par les patients de l'imagerie médicale dans la prise en charge de leur lombalgie, d'en mesurer l'impact le cas échéant sur leur ressenti par rapport à cette même prise en charge et d'identifier l'importance donnée à l'imagerie par les patients par rapport aux autres moyens thérapeutiques et/ou diagnostiques.

L'impact éventuel sur ces données du type d'examen prescrit, de la durée d'évolution et de la typologie de la douleur ont été mesurés également.

C. Objectifs secondaires

Deux objectifs secondaires ont été planifiés dans ce travail de thèse. Le premier a été de mesurer la portée au sein de l'échantillon des campagnes d'information de l'Assurance Maladie de ces dernières années portant sur la promotion de l'activité physique comme moyen thérapeutique majeur dans la lombalgie simple.

Le second objectif secondaire a consisté à mesurer la proportion de patients ayant connaissance de l'existence de recommandations de la HAS et parallèlement le pourcentage de patients s'informant de source non médicale sur leur lombalgie, notamment sur Internet.

D. Echantillon étudié

1. Population

Il s'agissait d'une population semi-rurale recrutée en cabinet de radiologie ambulatoire situé à Munster, ville alsacienne de 4500 habitants avec bassin de population de plus de 10000 habitants. L'activité du cabinet drainait une population large autour de la ville à composante plutôt rurale. Toutefois de nombreux jeunes actifs travaillant en ville et notamment sur Colmar s'étaient progressivement installés ces dernières années rendant la population assez composite.

2. Cabinet

Le cabinet avait une activité sur place de radiologie, échographie et mammographie avec une équipe composée d'une radiologue, de deux manipulatrices radio et deux secrétaires médicales. La radiologue du cabinet avait une activité IRM et de TDM en co-utilisation sur les sites hospitaliers de Colmar. Cette activité libérale restait liée au cabinet et le secrétariat était géré sur Munster, seule la réalisation des examens était effectuée à Colmar pour des raisons techniques de disponibilité de matériel.

3. Sélection de l'échantillon

L'échantillon a été composé de patients ayant bénéficié de prescriptions de différents types d'examens radiologiques et ayant pris rendez-vous au cabinet. Aucune sélection en amont n'a été réalisée, le recrutement ayant eu lieu directement au cabinet de radiologie avec présentation spontanée des patients.

Les patients étaient recrutés sur les deux sites à savoir le cabinet de radiologie libérale de Munster ainsi que les sites de réalisation d'IRM et de scanner des hôpitaux colmariens Pasteur et Schweitzer. Ces derniers patients recrutés en salle d'attente de Colmar étaient néanmoins des patients dépendants du cabinet de radiologie libérale de Munster. Il s'agissait de la même patientèle, le changement de site n'étant réalisé que pour des raisons pratiques avec l'absence d'appareil d'IRM ou scanographique en cabinet.

E. Critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion

1. Critères d'inclusion

- patients majeurs se présentant avec une ordonnance d'imagerie rachidienne et avec indication de lombalgie ou sciatalgie donnant leur accord pour remplir l'auto questionnaire après explications
- patients ne présentant pas de critères de non-inclusion

2. Critères de non inclusion

- patients présentant une ordonnance ALD car supposant que l'imagerie a été prescrite dans le cadre d'une suspicion de lombalgie secondaire.

- patients dont les ordonnances mentionnaient un contexte d'accident du travail ou de maladie professionnelle en raison du caractère médico-légal.
- patients présentant un bilan jugé complexe sur l'ordonnance (plusieurs examens différents tels qu'une radiographie du rachis entier, une association à des radiographies des hanches ou une échographie rénale par exemple).
- patients avec ordonnance de téléradiographies du rachis en raison de la population concernée plutôt très jeune et du caractère d'exploration de troubles posturaux rachidiens.
- patients mineurs car nécessitant des dispositions légales spécifiques (demandes lourdes d'autorisations en amont et des représentants légaux sur place)

Les secrétaires médicales à l'accueil ne demandant pas de renseignements cliniques aux patients par respect du secret médical, les questionnaires ne sont pas distribués et les patients ne sont pas inclus par la simple lecture de l'ordonnance ou de la date de naissance dans le dossier administratif patient, données auxquelles elles ont accès.

3. Critères d'exclusion

- patients relevant de Drapeaux Rouges de la HAS (cf critères HAS au *II. Généralités, D), 1)*) identifiés via le questionnaire
- patients ayant rendu un questionnaire incomplet

F. Présentation du questionnaire

1. Le choix de l'auto-questionnaire

Pour sonder l'opinion du patient, le choix s'est porté sur un auto-questionnaire (Annexe 3) sous forme papier en raison de la facilité de mise en œuvre et de la capacité d'exploration rapide de plusieurs types de sujets.

2. Description du questionnaire

L'auto-questionnaire est composé de 18 questions à choix unique ou multiples avec des cases à cocher. Lorsque cela est utile, une précision du nombre de réponses à donner a été indiquée. Sur certaines questions, une liberté est donnée aux patients de préciser d'éventuelles réponses alternatives avec une case 'Autre :'.

a) Identification des patients inclus

Les 9 premières questions ont permis de déterminer les patients exclus et d'identifier le profil des patients inclus et leurs parcours de soin dans le cadre de leur lombalgie.

La question 1 porte sur la tranche d'âge et la question 2 sur les antécédents médicaux considérés comme suspects d'étiologie secondaire pour la lombalgie.

La question 4 souligne l'éventuel contexte d'accident du travail ou de maladie professionnelle. A noter que cette dernière n'avait pour intérêt que de déterminer un critère d'exclusion à savoir un lien de leur prescription avec un accident du travail. En effet il ne s'agit pas d'un Drapeau Rouge strictement décrit dans les recommandations de l'HAS mais les prescriptions d'imagerie dans le cadre d'accident du travail ou de maladie professionnelle étaient normalement écartées dès l'accueil par le statut administratif spécifique en raison de la tendance à documenter cette lombalgie sur le plan médico-légal. Les patients ayant répondu

Oui à cette question n'avaient pas présenté d'attestation d'accident du travail lors de leur admission, il s'agissait d'une information déclarative de leur part.

La question 3 se penche sur le caractère inaugural ou non de l'épisode lombalgique actuel. A noter qu'une précision s'impose par rapport au Drapeau Rouge concernant le délai d'évolution des douleurs supérieur à 3 mois. Le délai d'accession à l'IRM en particulier étant parfois long il a été jugé qu'un nombre significatif de ces patients ont pu bénéficier de la prescription avant les 3 mois d'évolution et avoir accès à cet examen dans un délai supérieur faute de place disponible. Ces patients n'ont pas été exclus.

b) Parcours de soin antérieur et actuel

La question 3 et ses sous-questions ont permis d'identifier le parcours de soin antérieur du patient avec l'identification d'éventuel(s) épisode(s) précédent(s) de lombalgie ainsi que leur délai de survenue et le(les) type(s) d'examen(s) radiologique(s) réalisé(s) au décours de cet(ces) épisode(s).

Puis les questions 5 à 9 ont précisé le parcours de soins actuel avec la localisation de la douleur de la lombalgie actuelle, son caractère irradiant ou non, la durée d'évolution, le délai de consultation, le délai de prescription et le type de l'examen radiologique actuel.

A noter que la question 5 demande aux patients de caractériser la topographie et l'étendue de leur lombalgie. La distinction entre irradiation au niveau des fesses et au niveau des membres inférieurs a été réalisée afin de permettre de discriminer les patients avec douleurs lombaires isolées strictes de ceux avec irradiations, qu'elles soient "intermédiaires" au niveau des fesses, ou plus étendues. Il s'agissait de permettre au patient d'avoir une réponse précise à la question sans devoir trancher entre lombalgie stricte et irradiation étendue. Les patients avec irradiations ont été par la suite rassemblés, le caractère étendu ou non de l'irradiation n'étant pas un facteur pronostique ou diagnostique particulier.

c) Ressenti des patients

Les questions 10, 11, 15, 17 et 18 se sont intéressées particulièrement au ressenti des patients par rapport à l'imagerie médicale. Leur point de vue a été recherché sur l'identification de l'examen radiologique qu'ils jugent le plus performant (Question 10), le ressenti par rapport à l'éventualité d'un examen normal/bénin ainsi que le souhait de poursuite d'investigation a été mesuré (Question 11), le jugement porté sur le délai de prescription de leur examen a été sondé (Question 15) ainsi que le caractère indispensable ou non que les patients estiment pour l'imagerie (Question 17). Enfin la place donnée par les patients à l'imagerie par rapport aux autres moyens thérapeutiques et/ou diagnostiques a été objectivée via un classement (Question 18).

A noter que pour cette dernière question, l'hydratation a été ajoutée malgré son absence des recommandations officielles car elle est souvent préconisée même s'il n'existe à ce jour aucune étude significative à notre connaissance.

Il est à souligner également que le repos et l'arrêt de travail ont été regroupés pour correspondre à la notion de baisse d'activité physique personnelle ou professionnelle. Les deux notions ne sont pas strictement similaires et comparables mais le choix de les réunir a été fait afin de s'adresser à une population mixte active et retraitée pour correspondre à la notion de diminution voire l'arrêt d'activité physique qu'elle soit quotidienne ou professionnelle.

d) Objectifs secondaires

La question 12 s'est penchée sur l'éventualité de prise d'information complémentaire de source non médicale par les patients. La question 13 a précisé le type de sources recherchées sur Internet.

Par ailleurs la question 14 a jugé le pourcentage de patients ayant connaissance de l'existence de recommandations d'autorités scientifiques comme la HAS et si leur médecin était à l'origine de cette information.

Puis enfin la question 16 s'est intéressée à la proportion de patients ayant entendu parler des campagnes d'information de l'Assurance Maladie.

G. Recueil et analyse des données

1. Protocole

L'étude est réalisée sur une période de 6 semaines au début de l'année 2021 entre le 04/01 et le 12/02. Afin de préciser le contexte, il s'agit de noter que l'activité du cabinet médical avait repris un rythme plutôt habituel d'avant crise de la Covid19 à cette période. Le délai par rapport au premier confinement de mars 2020 est semble-t-il suffisant pour permettre un retour à une activité relativement normalisée.

Le questionnaire a été remis par les secrétaires aux patients après explications du caractère anonyme du document, du cadre de la recherche à savoir d'une thèse en médecine et du caractère non obligatoire. Une explication manuscrite en début de questionnaire indiquant le caractère anonyme et non obligatoire du questionnaire est réalisée. Les réponses sont anonymisées et le traitement des données également. Le cadre d'une étude en lien avec la réalisation d'une thèse de médecine est également précisé au patient. Ces informations sont résumées oralement par les secrétaires médicales du cabinet de radiologie proposant le questionnaire aux patients et assurant la distribution, les explications et la récupération des questionnaires.

Les patients remplissent le questionnaire en salle d'attente avant leurs examens d'imagerie médicale. Le questionnaire est par la suite récupéré et placé par la secrétaire sous enveloppe anonymisée qui est récupérée en fin de semaine.

2. Analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un tableau réalisée sur le logiciel Excel afin d'en exploiter les résultats.

Des comparaisons statistiques ont été prévues pour confirmer ou infirmer certaines hypothèses émises au cours de l'étude. Les différents tests statistiques ont été réalisés via l'outil de calculs statistiques disponibles sur Internet : BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>). S'agissant de données qualitatives, des tests de Chi2 ont été prévus pour effectuer les comparaisons. Néanmoins, en raison de possibles effectifs attendus plutôt faibles pour certaines questions, nous nous sommes réservés la possibilité d'effectuer des tests exacts de Fisher si nécessaires.

H. Aspects réglementaires

Une simulation auprès de la CNIL est réalisée afin de déterminer la nécessité d'une demande d'autorisation spécifique auprès des organismes concernés. Le questionnaire ne discrimine pas le sexe, l'ethnie ou la catégorie socio-professionnelle. Seule la tranche d'âge du patient a été précisée, en particulier dans l'objectif d'éliminer un éventuel statut de "Drapeau rouge" (patient de moins de 20 ans ou plus de 55 ans avec épisode de lombalgie initial). A noter qu'aucun mineur n'a été inclus dans l'étude. Il était également demandé aux patients de souligner leurs antécédents médicaux principaux avec des cases préremplies pour les principaux "Drapeaux rouges" tels que la maladie néoplasique, rhumatismale ou des traumatismes importants. Une liberté de rajout d'éventuels antécédents était laissée aux patients. Aucune vérification de ces antécédents n'a été réalisée, il s'agissait d'un recueil purement déclaratif de la part des patients. Dans ces conditions, la simulation auprès de la CNIL ne préconise aucune autorisation nécessaire.

IV. RESULTATS

A noter que tous les résultats sont résumés en Annexe 2.

A. Profil de l'échantillon étudié

1. Caractéristiques de l'échantillon

a) Sélection de l'échantillon

Les patients inclus dans l'étude sont au nombre de 63 sur 98, et leurs résultats constituent les données exploitées dans cette étude. Les patients exclus sont au nombre de 35.

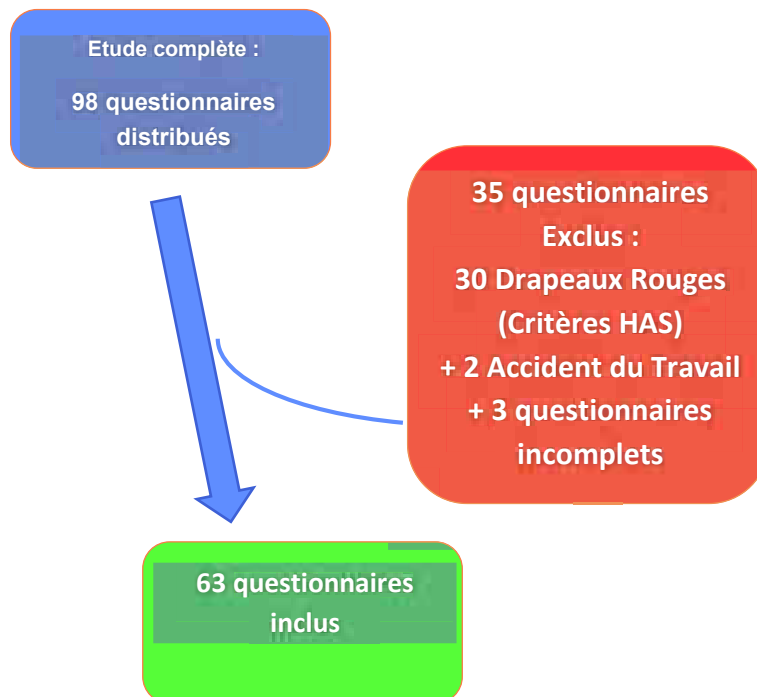


Diagramme de flux (Figure 1)

b) Tranches d'âge de l'échantillon

Question 1 :

Quel âge avez-vous ?

- a) - de 20 ans
- b) 20-54 ans
- c) 55 ans et plus

Au sein de l'échantillon étudié, une proportion de 57.1% (36 patients) a un âge situé entre 20 et 54 ans et 42.9 % (27 patients) un âge supérieur à 54 ans. A noter qu'aucun patient n'avait entre 18 et 20 ans.

c) Détail des critères d'exclusion pour établir l'échantillon étudié

(i) *Drapeaux Rouges de la HAS*Question 2 :

Présentez-vous des antécédents médicaux personnels de :

- a) Cancer
- b) Scoliose
- c) Prise de corticoïdes au long cours dans le cadre d'une pathologie chronique (asthme, maladie auto-immune, maladie rhumatologique, ...)
- d) Traumatisme grave récent (accident de la voie publique, chute de hauteur, ...)
- e) Aucun antécédent particulier
- f) Autre :

La question 2 relève les antécédents médicaux signifiés comme Drapeaux Rouges par la HAS, indiquant la réalisation potentielle d'une imagerie et n'entrant ainsi pas dans la lombalgie aigüe commune :

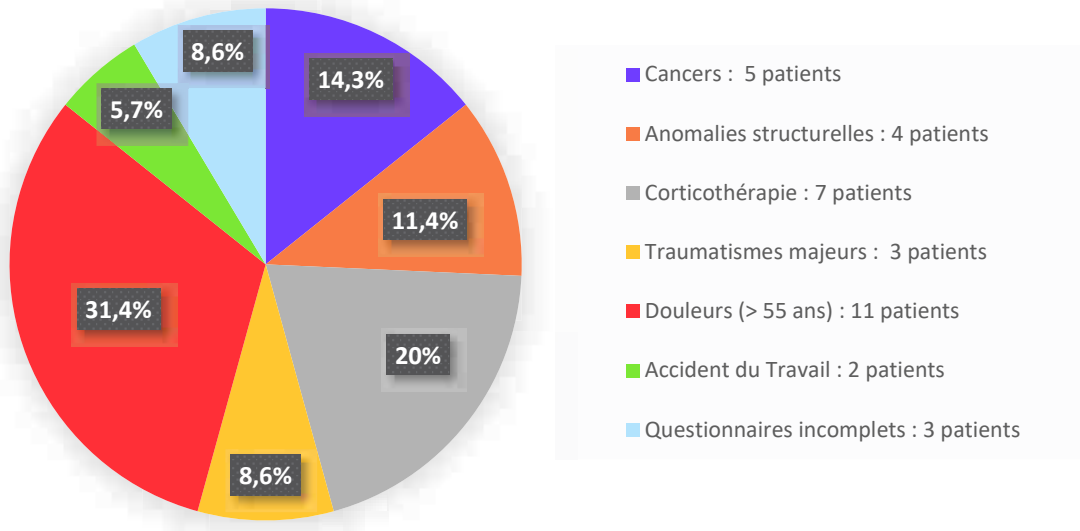
- 5 patients ont été écartés pour antécédents de cancer (14.3 %)
- 4 pour anomalies structurelles significatives de la colonne vertébrale (11.4 %)
- 7 pour une corticothérapie au long cours en contexte de pathologies inflammatoires ou auto-immunes (20 %)
- 3 pour antécédent de traumatisme majeur sans précision. (8.6 %)
- 11 pour épisode inaugural de lombalgie à un âge supérieur à 55 ans ou inférieur à 20 ans (31.4 %)

(ii) *Accident du travail*Question 4 :

A propos de vos douleurs actuelles, s'agit-il d'un accident du travail ?

- a) Non
- b) Oui

Le nombre de patients écartés pour motif d'accident du travail supposé est au nombre de 2 (5.7 %).

(iii) *Résumé des critères d'exclusion*

Détail des critères d'exclusion (Figure 2)

Les résultats suivants concerneront uniquement les patients de la population retenue de 63 patients.

2. Episode antérieur de lombalgie

a) Existence d'un épisode lombalgique antérieur

Question 3

Avez-vous déjà eu un épisode de douleurs lombaires dans votre vie ?

- a) Non
b) Oui

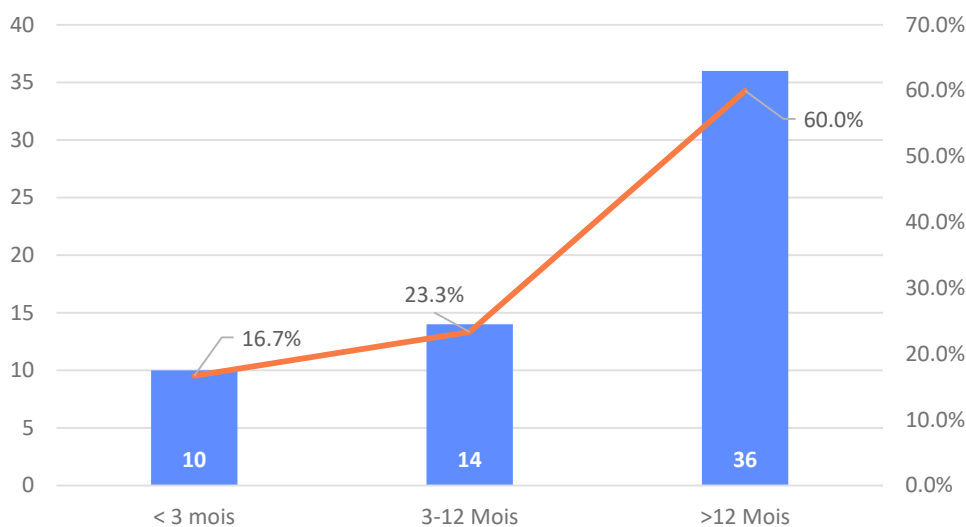
La question 3 retrouve que 95.2 % (60 patients) ont déjà connu un épisode de douleurs lombaires au cours de leur vie alors que pour 4.8 % (3 patients) il s'agit d'un épisode inaugural mais ont un âge situé entre 20 et 55 ans et ne sont donc pas considérés comme relevant d'un Drapeau Rouge.

b) Délai d'antériorité

En cas d'antécédents de lombalgie, 3 sous-questions venaient compléter la question 3.

Si oui, à combien de temps cela remonte-t-il ?

- a) - de 3 mois
b) Entre 3 et 12 mois
c) + de 12 mois



Délai de l'épisode antérieur de lombalgie (Figure 3)

Sur les 60 patients dont l'épisode n'est pas initial, 16.7 % (10 patients) ont présenté un épisode précédent dans un délai inférieur à 3 mois, 23.3 % (14 patients) dans un délai situé entre 3 et 12 mois et 60.0 % (36 patients) dans un délai supérieur à 12 mois.

c) Réalisation d'examen(s) radiologique(s) lors de l'épisode antérieur

Si oui, aviez-vous réalisé un examen radiologique lors de cet(s) épisode(s) ?

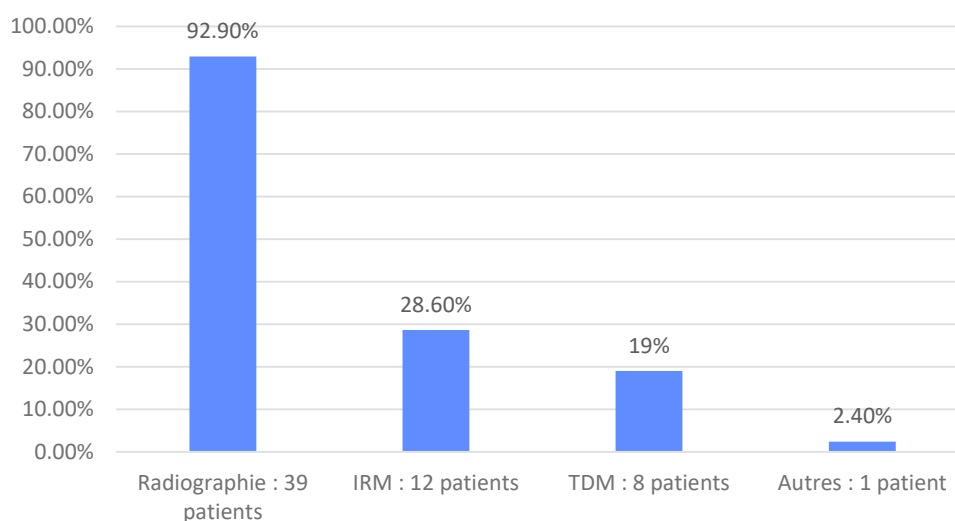
- a) Non
- b) Oui

Si oui Le ou lesquels (Plusieurs réponses possibles) :

- a) Radiologie(s)
- b) IRM
- c) Scanner
- d) Autre :

Parmi les 60 patients ayant connu un épisode antérieur, 70.0 % (42 patients) ont effectué un examen radiologique lors du(des) épisode(s) antérieur(s) contre 30.0 % (18 patients) qui n'en avaient pas réalisé jusqu'alors.

d) Type d'examen radiologique réalisé lors de l'épisode antérieur



Type d'examen(s) radiologique(s) réalisés lors d'épisode(s) antérieur(s) (Figure 4)

Parmi les 42 patients ayant effectué un examen radiologique lors d'un épisode antérieur, 92.9% (39 patients) ont réalisé une radiographie lombaire standard. 28.6% (12 patients) ont réalisé une IRM et 19.0% (8 patients) ont effectué un scanner. Ainsi 40.5% soit 17 patients ont réalisés une IRM, un TDM ou les deux lors de précédents épisodes.

A noter que 1 patient (soit 2.4%) a répondu avoir réalisé un autre examen d'imagerie médicale sans précision mais associé à des radiographies standards.

A noter que 8 patients (19.0 %) ont réalisé une radiographie et une IRM, 4 patients (9.5 %) ont réalisé une radiographie et un scanner et pour 3 (7.1 %) d'entre eux la radiographie a été associée à un scanner et une IRM.

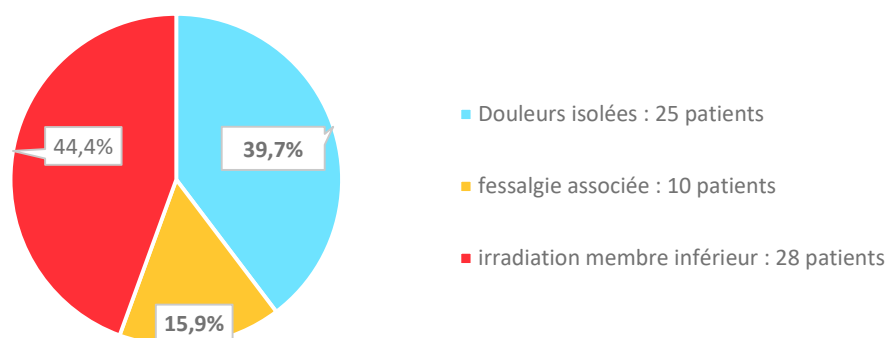
3. Parcours de soin des patients lors de l'épisode actuel

a) Caractéristiques de la douleur

Question 5 :

De quoi souffrez-vous principalement à l'heure actuelle ?

- a) Douleurs lombaires isolées (limitées au bas du dos)
- b) Douleurs lombaires se prolongeant dans les fesses
- c) Douleurs lombaires se prolongeant dans une ou les deux jambes avec conservation de la marche
- d) Autre :



Topographie de la douleur lombaire (Figure 5)

39.7 % (25 patients) déclarent avoir des douleurs isolées de la région lombaire sans irradiations, 15.9% (10 patients) signalent une fessalgie uni- ou bilatérale associée à la lombalgie et 44.4% (28 patients) présentent une irradiation uni- ou bilatérale au niveau du(des) membre(s) inférieur(s) avec conservation de la marche.

Les patients présentant une fessalgie et ceux présentant une douleur irradiante au membre inférieur ont été rassemblés pour des raisons expliquées précédemment (cf *Chapitre III. F. 2. b)*) et leurs effectifs cumulés pour les analyses ultérieures s'élèvent à 38 patients soit 60.3 %.

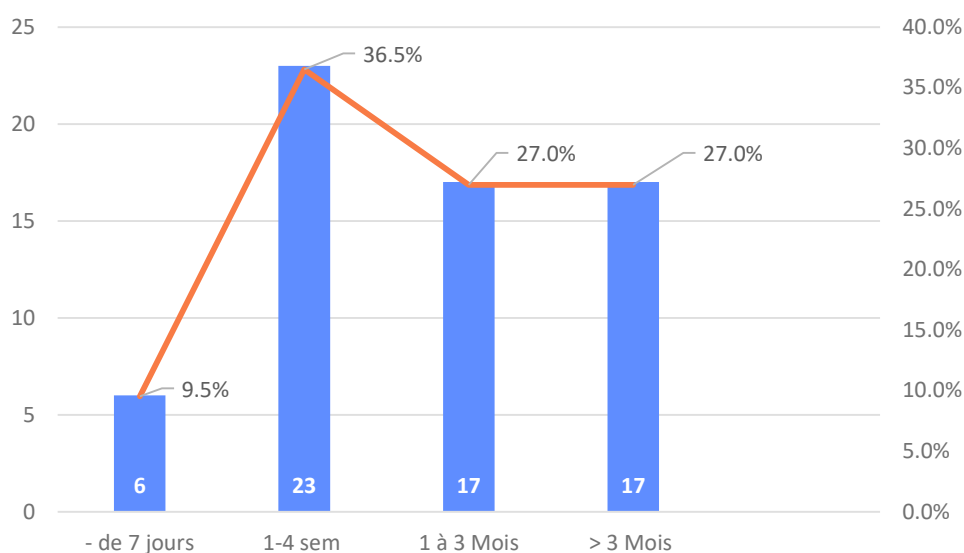
b) Durée d'évolution de la douleur

(i) Durée d'évolution globale

Question 6 :

A propos de l'épisode actuel, depuis combien de temps évoluent vos douleurs lombaires ?

- a) - de 7 jours
- b) Entre 1 et 4 semaine(s)
- c) Entre 1 et 3 mois
- d) > 3 mois



Durée d'évolution des douleurs (Figure 6)

9.5 % (6 patients) déclarent un délai inférieur à 7 jours, 36.5 % (23 patients) un délai d'évolution de 1 à 4 semaines, 27.0 % (17 patients) un délai situé entre 1 et 3 mois et enfin 27.0 % (17 patients) une évolution supérieure à 3 mois.

Pour rappel les patients présentant une douleur évoluant depuis plus de 3 mois ont été gardés dans l'étude par choix, les raisons étant expliquées (cf *Chapitre III. F. 2. a*).

(ii) Durée d'évolution selon la topographie de la douleur

Type de douleurs	Durée d'évolution			
	< 7 jours	1-4 semaines	1-3 mois	> 3 mois
Isolée (25 patients)	2 (8,0%)	10 (40,0%)	8 (32,0%)	5 (20,0%)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	4 (10,5%)	13 (34,2%)	9 (23,7%)	12 (31,6%)
Total : 63 patients	6 (9,5%)	23 (36,5%)	17(27,0%)	17(27,0%)

Détail des patients selon durée et topographie des douleurs (Tableau 1)

Résultats du test :

Le test exact de Fisher ($p = 0.84$) réalisé ne retrouve pas de lien significatif entre délai de prescription d'une imagerie et typologie de la douleur.

La durée d'évolution ne semble pas influencer sur le délai de prescription d'une imagerie que la douleur soit isolée ou irradiante.

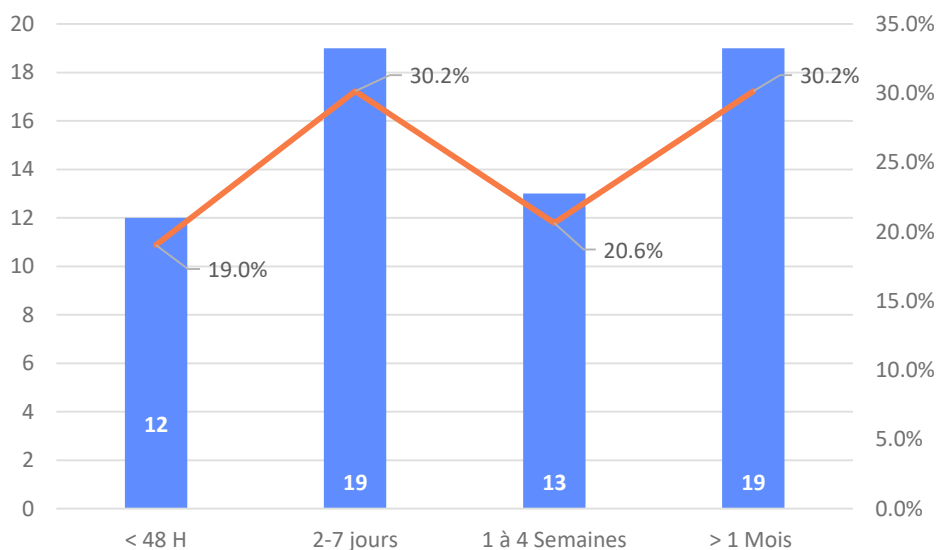
c) Délai de consultation du médecin

(i) Délai de consultation global

Question 7 :

Dans quel délai après l'apparition de vos douleurs lombaires avez-vous consulté votre médecin pour la première fois ?

- a) - de 48 heures
- b) De 2 à 7 jours
- c) Entre 1 et 4 semaines
- d) > 4 semaines



Délai de consultation du médecin (Figure 7)

19.0 % (12 patients) ont consulté dans un délai inférieur à 48 heures, 30.2 % (19 patients) dans un délai de 2 à 7 jours, 20.6 % (13 patients) dans un délai de 1 à 4 semaines et 30.2 % (19 patients) dans un délai supérieur à 1 mois.

(ii) *Délai de consultation selon la topographie de la douleur*

Type de douleurs	Délai de 1 ^{ère} consultation			
	< 48 heures	2 à 7 jours	1-4 semaines	> 4 semaines
Isolée (25 patients)	2 (8,0%)	9 (36,0%)	5 (20,0%)	9 (36,0%)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	10 (26,3%)	10 (26,3%)	8 (21,1%)	10 (26,3%)
Total : 63 patients	12 (19,0%)	19 (30,2%)	13 (20,6%)	19 (30,2%)

Délai de consultation selon la topographie de la douleur (Tableau 2)

La tendance montre que les patients présentant une lombalgie avec irradiation semblent consulter plus facilement dans un délai < 48 heures que les patients ne présentant qu'une douleur isolée.

Résultats du test :

Le test exact de Fisher réalisé ne trouve néanmoins pas de différence significative ($p = 0.31$).

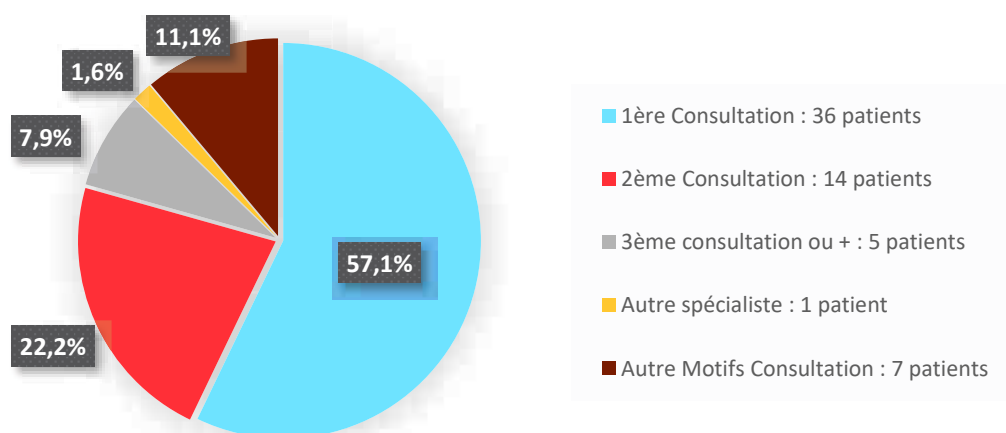
d) Délai de prescription d'un examen d'imagerie

(i) *Consultation ayant donné lieu à la prescription de l'examen*

Question 8 :

A propos de l'épisode actuel de douleurs lombaires, cet examen radiologique a été prescrit par votre médecin lors de la :

- 1^{ère} consultation pour ce motif de douleurs lombaires*
- 2^{ème} consultation*
- 3^{ème} consultation ou +*
- Suite à une consultation d'un médecin spécialiste (orthopédiste, rhumatologue,...)*
- Lors d'une consultation pour un autre motif initial*
- Autre :*



Détail de la consultation aboutissant à la prescription d'imagerie (Figure 8)

Chez 57.1 % (36 patients) une imagerie médicale a été prescrite lors de la 1^{ère} consultation pour le motif de douleurs lombaires. 22.2 % (14 patients) l'ont eu lors de la 2^e consultation pour ce même motif et 7.9 % (5 patients) lors de la 3^e consultation ou plus.

11.1 % (7 patients) ont eu cette prescription au décours d'une consultation pour un autre motif initial. Dans l'étude on considère ces patients comme ayant bénéficié de la prescription d'imagerie lors de la première consultation car malgré le motif initial autre, la prescription a été réalisée lors de la première évocation de la lombalgie.

1.6 % (1 patient) a eu une prescription lors d'une consultation chez un spécialiste (orthopédiste, rhumatologue...). Ce patient est considéré comme ayant bénéficié de sa prescription lors d'une 2^e consultation ou plus en raison de l'idée que son parcours de soin a dû le faire voir initialement au moins une fois par son médecin traitant avant la consultation spécialisée.

Au final, 68.3 % (36 + 7 soient 43 patients) ont eu leur prescription lors de la première consultation et 31.7 % (14 + 5 + 1 soient 20 patients) ont eu cette prescription lors d'une 2^e consultation ou plus.



Effectifs regroupés de consultation ayant abouti à la prescription (Figure 9)

(ii) Délai de prescription des examens prescrits lors de la première consultation

Le délai de prescription des 43 patients ayant bénéficié de la prescription lors de la 1^{ère} consultation correspond au délai de consultation du médecin posé à la question 7. En effet la prescription a eu lieu immédiatement au premier contact pour le motif de lombalgie entre le

patient et son médecin. Parmi ces 43 patients, 30 d'entre eux soit 69.8% ont eu cette prescription en moins d'un mois contre 13 (30.2%) en ayant bénéficié dans un délai supérieur à 1 mois.

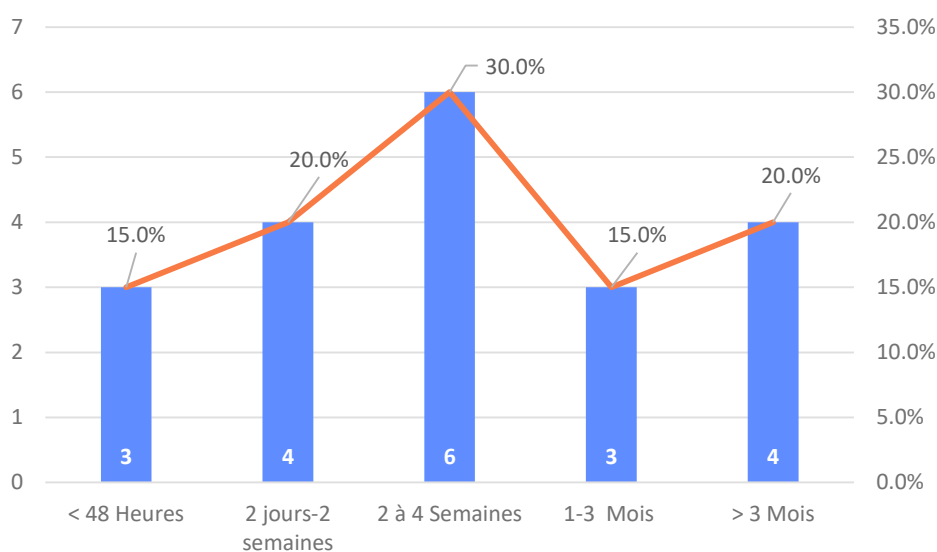
(iii) *Délai de prescription des examens prescrits lors de la deuxième consultation ou plus*

Sous question de la question 8 :

En cas de prescription lors de la 2^{ème} consultation ou plus, l'imagerie (radios, IRM, scanner, ...) a été prescrite par votre médecin au bout de quel délai après l'apparition de vos symptômes ?

- a) - de 48 heures
- b) De 2 jours à 2 semaines
- c) De 2 à 4 semaines
- d) De 1 à 3 mois
- e) + de 3 mois

En ce qui concerne les 20 patients ayant eu leur prescription d'examen lors de la seconde consultation ou plus, une sous question permettait d'estimer le délai de prescription par rapport à l'apparition des symptômes.



Délai des prescriptions survenues lors de la 2^{nde} consultation ou plus (Figure 10)

Parmi les 20 patients ayant eu une prescription lors de la seconde consultation ou plus, 65.0 % (13 patients) ont eu leur prescription dans un délai < 1 mois, 35.0 % (7 patients) dans un délai supérieur à 1 mois.

(iv) *Délai de prescription global*

Consultation ayant abouti à la prescription	Délai de prescription	
	< 1 mois	> 1 mois
Prescription à la 1ère consultation (43 patients)	30 (69,8 %)	13 (30,2 %)
Prescription à la 2e consultation ou plus (20 patients)	13 (65,0 %)	7 (35,0 %)
Total (63 patients)	43 (68,3 %)	20 (31,7 %)

Détail du délai de prescription de l'échantillon total (Tableau 3)

Ainsi au total 68.3 % des patients ont eu une consultation ayant abouti à la prescription de leur examen radiologique dans un délai inférieur à 1 mois par rapport au début de leurs symptômes contre 31.7 % dans un délai supérieur à 1 mois.

(v) *Délai de prescription selon la topographie de la douleur*

Type de douleurs	Délai de prescription	
	< 1 mois	> 1 mois
Isolée (25 patients)	16 (64,0 %)	9 (36,0 %)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	27 (71,1 %)	11 (28,9 %)
Total : 63 patients	43 (68,3 %)	20 (31,7 %)

Délai de prescription selon la topographie de la douleur (Tableau 4)

Pour les patients présentant une douleur lombaire isolée, 64 % (16 patients) ont eu leur prescription réalisée dans un délai inférieur à 1 mois contre 36 % (9 patients) dans un délai supérieur à 1 mois.

Pour les patients présentant une irradiation dans la fesse ou les membres inférieurs, 71.1 % (27 patients) ont eu cette prescription en moins d'un mois contre 28.9 % (11 patients) l'ayant eu dans un délai supérieur.

On observe une tendance à un effectif plus important de prescription rapide inférieure à 1 mois chez les patients avec des douleurs irradiantes dans les membres que chez les patients présentant une douleur isolée.

Résultats du test :

Le test de Chi2 ($X^2 = 0.60$, $p = 0.05$) réalisé ne trouve néanmoins pas de différence significative sur ces échantillons.

e) Caractéristiques de l'examen prescrit lors de l'épisode actuel

Question 9 :

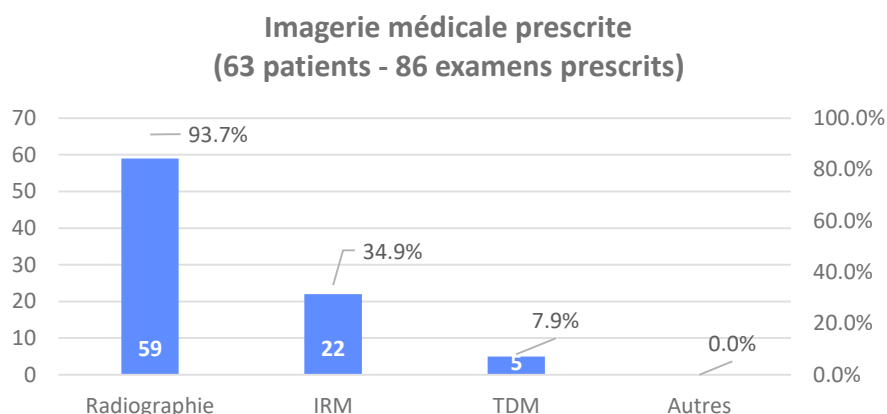
Quel(s) examen(s) radiologique(s) vous a-t-il été prescrit par votre médecin ce jour ? (Plusieurs réponses possibles)

a) Radiologie(s)

b) IRM

c) Scanner

d) Autre :

(i) *Détail du type d'examens prescrits*

Détail du type d'examens prescrits (Figure 11)

93.7% (59 patients) ont une prescription de radiographie rachidienne lombaire, 34.9 % (22 patients) une prescription d'IRM lombaire et 7.9 % (5 patients) une prescription de scanner lombaire. Aucun patient n'a indiqué la prescription d'un autre examen.

Il est à noter que certains patients viennent avec des prescriptions multiples. Il s'agit en général de radiographies standards du rachis lombaire associées à une IRM ou un TDM. En tout, les patients ont déclaré 86 examens prescrits. Ainsi 25.4% (16 patients) ont eu une radiographie prescrite avec IRM associée, 3.2% (2 patients) ont eu un TDM associé à la radiographie et 3.2% (2 patients) ont eu une radiographie prescrite en association avec IRM et un TDM.

(ii) Examens prescrits selon la topographie de la douleur

Type de douleurs	Type d'examen prescrit			
	Radiographie standard	IRM	TDM	IRM + TDM
Isolée (25 patients)	25 (100 %)	3 (12 %)	2 (8 %)	5 (20 %)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	34 (89.5 %)	19 (50.0 %)	3 (7.9 %)	22 (57.9 %)
Total (63 patients)	59 (93.7 %)	22 (34,9 %)	5 (7.9 %)	27 (42.9 %)

Examens prescrits selon la topographie de la douleur (Tableau 5)

Les résultats montrent que les patients présentant une lombalgie isolée ont tous bénéficié d'une prescription initiale de radiographie standard (100%), que 12% d'entre eux ont eu une prescription d'IRM et 8% une prescription de scanner. 20% des patients avec lombalgie isolée ont ainsi eu une prescription d'IRM ou de TDM associée à une imagerie radiologique standard. Les patients présentant une irradiation dans la fesse ou le membre inférieur sont 89.2 % à avoir bénéficié d'une prescription de radiographie standard et 51.4 % d'une prescription d'IRM d'emblée associée ou non à une radiographie et 8.1 % un TDM, ce qui représente 59.5 % de prescriptions initiales de TDM/IRM.

Ainsi il est observé une tendance très nette à l'augmentation de la prescription d'IRM ou de TDM en fonction de l'existence d'une irradiation de la douleur.

Résultats du test :

Le test de Chi2 ($X^2 = 0.03$, $p = 0.05$) réalisé trouve une différence significative sur ces échantillons. Un lien significatif entre le type d'examen prescrit et l'étendue de la douleur est retrouvé.

(iii) Examens prescrits selon la durée d'évolution de la douleur

Durée d'évolution	Type d'examen prescrit			
	Radiographie standard	IRM	TDM	IRM + TDM
< 7 jours (6 patients)	6 (100 %)	0	0	0
1-4 semaine(s) (23 patients)	21 (91.3 %)	5 (21.7 %)	2 (8.7 %)	7 (30.4 %)
1-3 mois (17 patients)	16 (94.1 %)	8 (47.1 %)	1 (5.9 %)	9 (52.9 %)
> 3 mois (17 patients)	16 (94.1 %)	9 (52.9 %)	2 (11.8 %)	11 (64.7 %)
Total (63 patients)	59 (93.7 %)	22 (34,9 %)	5 (7.9 %)	27 (42.9 %)

Examens prescrits selon la durée d'évolution de la douleur (Tableau 6)

Les résultats montrent que les patients réalisant leur examen d'imagerie dans un délai précoce de moins d'une semaine sont 100% à avoir une prescription de radiographie standard et qu'aucun d'entre eux n'a de prescription d'IRM/TDM.

Les patients dont la durée d'évolution est située entre 1 et 4 semaines sont 91.3% à avoir une prescription de radiographie standard, 21.7% une prescription d'IRM et 8.7% de TDM soit 30.4% à avoir une prescription de TDM/IRM.

Pour une durée d'évolution de 1 à 3 mois, le taux de prescription de radiographie standard est de 94.1%, 47.1% pour l'IRM et 5.9 % pour le scanner soit un taux de 52.9 % de patients ayant une prescription d'emblée de scanner ou d'IRM.

Enfin les patients présentant un épisode algique de plus de 3 mois ont une prescription de radiographie standard de 94.1 %, 52.9 % d'entre eux ont une prescription d'IRM et 11.8 % de TDM soit un taux de 64.7 % de prescription initiale de TDM/IRM.

Une augmentation du taux de prescription initiale d'imagerie à type d'IRM/TDM est observée en fonction de la durée d'évolution.

Résultats du test :

Le test exact de Fisher ($p = 0.19$) ne confirme pas la significativité de cette tendance observée sur ces échantillons.

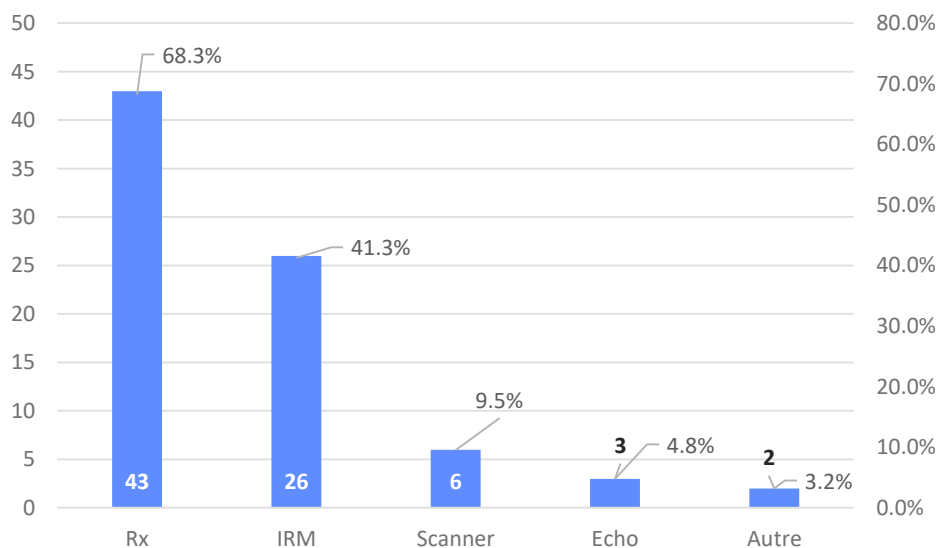
B. Ressenti des patients

1. Evaluation de la performance des examens radiologiques selon les patients

Question 10 :

Selon vous, quel(s) examen(s) parmi cette liste vous semble le plus performant pour établir un diagnostic dans votre situation ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Radiographies du rachis +/- bassin
- b) Scanner rachidien
- c) IRM rachidienne
- d) Echographie
- e) Autre :



Performance des examens d'imagerie selon avis des patients (Figure 12)

43 patients (68.3 %) estiment que la radiologie standard fait partie des examens les plus performants. 26 patients (41.3 %) mettent en avant l'IRM, 6 patients (9.5 %) le scanner lombaire, 3 patients (4.8 %) mentionnent l'échographie et enfin 2 patients (3.2 %) que c'est un autre examen sans précision.

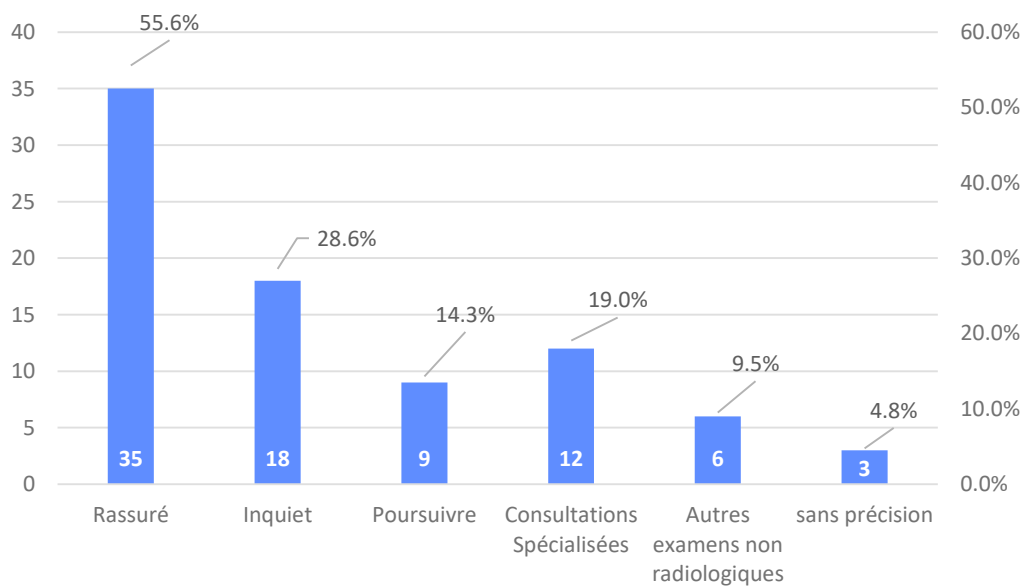
2. Ressenti des patients en cas de négativité/bénignité des examens radiologiques

Question 11 :

Si l'imagerie que vous allez réaliser ce jour s'avère normale ou ne retrouve que des anomalies bénignes, serez-vous (**Plusieurs réponses possibles**) :

- a) Rassuré(e)
- b) Inquiet(ète) de l'absence de diagnostic clairement identifié
- c) Désireux(se) de poursuivre les examens radiologiques
- d) Désireux(se) de consulter un médecin spécialiste (orthopédiste, rhumatologue, neurochirurgien, ...)
- e) Désireux(se) de faire d'autres examens non radiologiques (prise de sang, EMG, ...)
- f) Autre :

a) Ressenti global



Ressenti global (Figure 13)

55.6 % (35 patients) se sentiraient rassurés, 28.6 % (18 patients) seraient inquiets de l'absence d'étiologie identifiée.

A noter que 5 patients avec lombalgie isolée et 5 patients avec douleur irradiante n'ont pas indiqué être inquiet ou rassuré. Ces 10 patients ont cependant indiqué souhaiter des examens/consultations complémentaires. Ces derniers auraient pu être intégrés éventuellement aux patients inquiets mais certains patients s'étant déclarés rassurés mais soucieux de poursuivre les investigations, les poursuites d'investigations ont été étudiées à part.

Par ailleurs 14.3 % (9 patients) souhaiteraient effectuer d'autres examens radiologiques, 19.0 % (12 patients) souhaiteraient bénéficier d'une consultation chez un spécialiste, 9.5 % (6

patients) voudraient effectuer d'autres examens non radiologiques et enfin 4.8 % (3 patients) auraient une autre attitude non précisée.

Certains patients ayant émis le souhait d'effectuer plusieurs examens complémentaires, le nombre de patients souhaitant réaliser des investigations supplémentaires est de 23 patients au total soit 36.5%.

b) Ressenti selon la topographie de la douleur

Type de douleurs	Perception		
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée
Isolée (25 patients)	15 (60 %)	5 (20 %)	5 (20 %)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	20 (52.6 %)	13 (34.2 %)	5 (13.1 %)
Total : 63 patients	35 (55.6 %)	18 (28,6 %)	10 (15.9 %)

Ressenti selon la topographie de la douleur (Tableau 7)

Les patients présentant une lombalgie isolée seraient 60% à se sentir rassurés contre 20% inquiets. Les patients avec irradiation dans le membre inférieur ou la fesse seraient 52.6% à se sentir rassurés contre 34.2% qui se sentiraient inquiets.

Le taux de patients potentiellement rassurés post examen semble inférieur chez les patients présentant une radiculalgie étendue au membre inférieur par rapport aux patients présentant une lombalgie isolée.

Le taux d'inquiétude semble plus élevé pour les patients avec douleur irradiante par rapport aux lombalgies isolées.

Résultats du test :

Le test de Chi2 ($X^2 = 0.28$, $p = 0.05$) n'établit pas de différence significative entre les deux échantillons.

c) Souhait de poursuite d'investigation selon la topographie de la douleur

Type de douleurs	Poursuite d'investigation
Isolée (25 patients)	7 (28 %)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	16 (55.3 %)
Total : 63 patients	23 (36.5 %)

Souhait de poursuite d'investigation selon la topographie de la douleur (Tableau 8)

Parmi les patients présentant une lombalgie isolée, 7 patients sur 25 soit 28 % souhaitent poursuivre les investigations. Parmi les 15 patients s'étant déclarés potentiellement rassurés par une imagerie non pathologique, 3 d'entre eux souhaitent néanmoins poursuivre les examens. Parmi les patients présentant une douleur irradiante, 16 des 38 patients soit 42.1 % souhaitent poursuivre les investigations dont 1 seul patient s'étant déclaré potentiellement rassuré par une imagerie normale ou bénigne.

Les patients se déclarant rassurés mais souhaitant néanmoins poursuivre les investigations sont ainsi au nombre de 4 patients sur 30 soit 13.3%. Les patients se déclarant rassurés semblent ainsi peu demandeurs de poursuivre les investigations et semblent globalement s'en tenir à une imagerie rassurante.

d) Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur

Durée évolution	Perception		
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée
< 1 Mois (29 patients)	17 (58,6 %)	5 (17,2 %)	7 (24,2 %)
1-3 Mois (17 patients)	10 (58,8 %)	7 (41,2 %)	0
> 3 Mois (17 patients)	8 (47.1 %)	6 (35,3 %)	3 (17,6 %)
Total : 63 patients	35 (55.6 %)	18 (28,6 %)	10 (15.9 %)

Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur (Tableau 9)

58.6 % des patients présentant une durée d'évolution de leur épisode lombalgique inférieure à 1 mois se sentiraient rassurés en cas d'examen d'imagerie sans particularités ou

présentant des lésions bénignes contre 17.2% des patients qui se sentiraient inquiets et 24.2 % ne précisent pas leur perception.

Les patients présentant une lombalgie évoluant depuis 1 à 3 mois seraient 58.8 % à se sentir rassurés contre 41.2 % qui se sentiraient inquiets.

Les patients présentant une lombalgie évoluant depuis plus de 3 mois seraient 47.1 % à se sentir rassurés contre 35.3 % qui se sentiraient inquiets. 17.6 % ne précisent pas leur perception.

Nous notons une tendance à la baisse progressive du taux de patients rassurés au fur et à mesure de l'augmentation de la durée d'évolution de la lombalgie. Cette tendance n'est toutefois pas nette et porte sur des effectifs réduits.

Le taux d'inquiétude en revanche semble augmenter de manière importante chez les patients dont l'épisode dure depuis plus de 1 mois sans dépasser 3 mois avec plus de 40 % d'inquiets dans ce délai d'évolution. Par contre chez les patients avec une durée d'évolution supérieure à 3 mois le taux d'inquiétude reste relativement stable voire diminue à 35 %.

L'ensemble des patients avec une évolution supérieure à 1 mois présentent néanmoins un taux d'inquiétude deux fois supérieur à ceux avec une durée d'évolution de moins d'un mois.

Résultats du test :

Le test de Chi2 ($X^2 = 0.32$, $p < 0.05$) ne trouve néanmoins de différence statistiquement significative.

e) Souhait de poursuite d'investigation selon la durée d'évolution

Durée évolution	Poursuite d'investigation
< 1 Mois (29 patients)	11 (37.9 %)
1-3 Mois (17 patients)	4 (23.5 %)
> 3 Mois (17 patients)	8 (47.1 %)
Total : 63 patients	23 (36.5 %)

Souhait de poursuite d'investigation selon la durée d'évolution (Tableau 10)

Les patients avec délai d'évolution inférieur à 1 mois sont 37.9 % à vouloir poursuivre les investigations, 23.5 % parmi les patients avec délai d'évolution entre 1 et 3 mois et 47.1 % pour les patients avec délai > 3 mois.

f) Ressenti selon le type d'examen prescrit

Examen prescrit	Perception		
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée
Radiographie seule (39 patients)	28 (71,8 %)	5 (12,8 %)	6 (15.4 %)
IRM/TDM +/- RX (24 patients)	7 (29,2 %)	13 (54,2 %)	4 (16.6 %)
Total : 63 patients	35 (55.6 %)	18 (28,6 %)	10 (15.9 %)

Ressenti selon le type d'examen prescrit (Tableau 11)

71.8 % des patients ayant bénéficié de la prescription d'un examen radiologique standard du rachis lombaire se sentiraient rassurés en cas d'examen d'imagerie sans particularités ou présentant des lésions bénignes contre 12.8% des patients qui se sentiraient inquiets.

Les patients ayant bénéficié de la prescription d'une IRM ou d'un TDM avec éventuelle radiologie standard associée seraient 29.2 % à se sentir rassurés contre 54.2% qui se sentiraient inquiets.

Résultats du test :

Le test de Chi2 ($X^2 = 0.0002$, $p < 0.05$) établit un lien significatif entre examen prescrit et perceptions du résultat de la part des patients.

g) Souhait de poursuite d'investigation selon le type d'examen prescrit

Examen prescrit	Poursuite d'investigation
Radiographie seule (39 patients)	11 (28,2 %)
IRM/TDM +/- RX (24 patients)	12 (50 %)
Total : 63 patients	23 (36.5 %)

Souhait de poursuite d'investigation selon le type d'examen prescrit (Tableau 12)

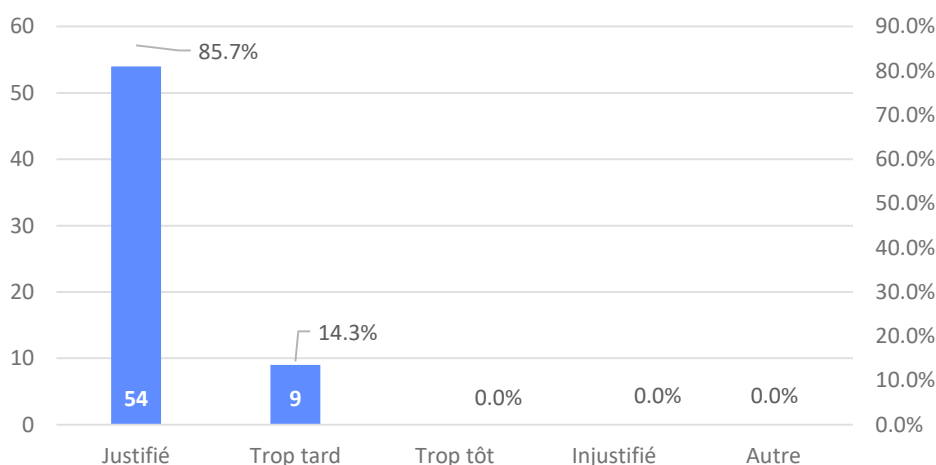
28.2 % des patients ayant eu une radiographie seule souhaiteraient poursuivre les investigations contre 50 % des patients ayant effectué une IRM ou TDM.

3. Ressenti des patients sur le délai de prescription des examens radiologiques

Question 15

Pensez-vous d'après votre avis que votre prescription d'imagerie actuelle est selon les recommandations :

- a) Justifiée dans le bon délai
- b) A été prescrite et réalisée trop tardivement
- c) Est réalisée trop tôt dans votre prise en charge et aurait peut-être pu être évitée
- d) Injustifiée
- e) Autre :



Perception des patients sur la justification du délai de prescription de l'examen d'imagerie (Figure 14)

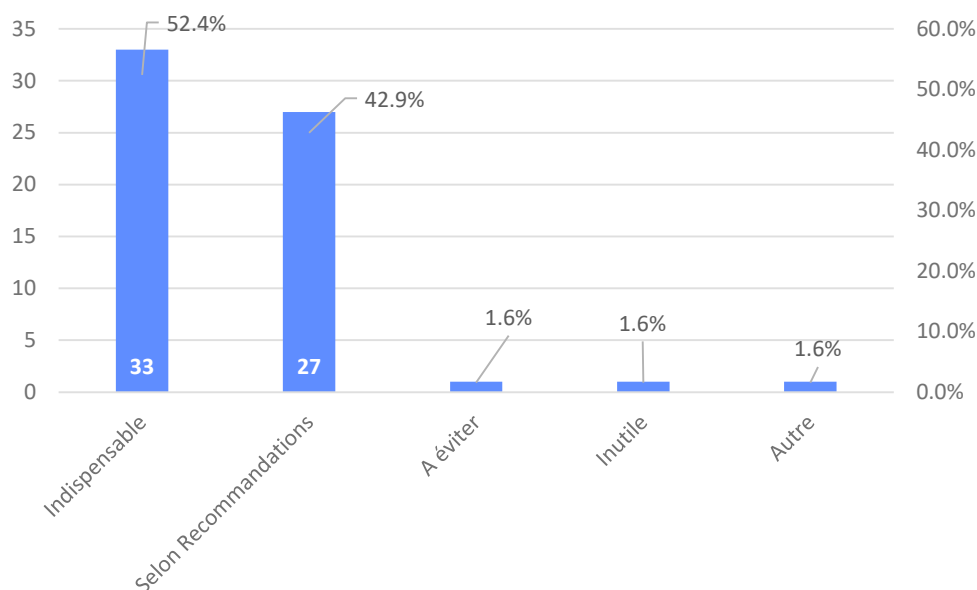
85.7 % (54 patients) estiment que leur imagerie a été prescrite dans un délai satisfaisant et que cette prescription était justifiée. 14.3 % soit 9 patients estiment que l'imagerie a été prescrite et réalisée trop tardivement. Aucun patient n'a estimé que cet examen était fait trop tôt ou était injustifié. Aucun patient n'a donné une alternative à ces réponses.

4. Ressenti des patients sur la nécessité de réalisation d'examens radiologiques

Question 17 :

Ces campagnes et les autorités de santé ne préconisent la réalisation d'imagerie médicale (examens radiologiques) que dans certaines situations précises. Qu'en pensez-vous ?

- a) L'imagerie médicale vous semble indispensable dans la prise en charge des douleurs lombaires
- b) L'imagerie médicale est utile mais doit être utilisée selon les recommandations
- c) L'imagerie médicale doit être évitée au maximum
- d) L'imagerie médicale est inutile dans la plupart des douleurs lombaires
- e) Autre :



Perception des patients sur la pertinence de la réalisation d'examens radiologiques (Figure 15)

52.4 % (33 patients) estiment l'imagerie indispensable dans la prise en charge de la lombalgie aiguë, 42.9 % (27 patients) pondèrent leur estimation sous la réserve de suivre les recommandations, 1.6 % (1 patient) juge qu'elle doit être évitée, 1.6 % (1 patient) la juge inutile et 1.6 % (1 patient) ont un avis autre sans précision.

5. Evaluation de la place donnée par les patients à l'imagerie médicale dans la prise en charge globale de la lombalgie aiguë

Question 18

Quels sont les **3 traitements ou examens** parmi cette liste qui vous semblent les plus utiles dans la prise en charge des douleurs lombaires ? (**3 réponses attendues**)

- Médicaments : paracétamol, anti-inflammatoires, anti-douleurs, ...
- Imagerie médicale (radiologie, IRM, scanner, ...)
- Repos / Arrêt de Travail
- Activité physique (marche, sport, ...)
- Kinésithérapeute/ostéopathe
- Hydratation

Les patients placent le recours au kinésithérapeute et/ou à l'ostéopathe en tête des traitements/examens à préconiser dans la lombalgie aiguë avec 66.7 % (42 patients), puis les médicaments (Antalgiques, AINS, ...) en 2^e position avec 58.7 % (37 patients) et l'imagerie médicale en 3^e position avec 50.8 % (32 patients). L'activité physique arrive en 4^e position avec

49.2 % (31 patients) suivie du repos/arrêt de travail en 5^e position avec 33.3 % (21 patients) et enfin l'hydratation à 20.6 % (13 patients).

	Kinésithérapeute/ Ostéopathe	Médicament	Imagerie médicale	Activité physique	Repos/ Arrêt de travail	Hydratation
63 patients	42 (66,7 %)	37 (58,7 %)	32 (50,8 %)	31 (49,2 %)	21 (33,3 %)	13 (20,6 %)
Classement	1	2	3	4	5	6

Classement des moyens diagnostiques et thérapeutiques principaux (Tableau 13)

C. Impact des autorités scientifiques et campagnes

1. Notion d'existence de recommandations officielles d'autorités scientifiques (HAS)

Question 14 :

Saviez-vous qu'il existe des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé à propos de la prescription d'imagerie dans la lombalgie (douleurs lombaires) ?

- a) Non
- b) Oui

Si oui, est-ce que votre médecin vous a parlé de ces recommandations sur l'imagerie médicale ?

- a) Non
- b) Oui

10 des 63 répondants soit 15.9 % ont affirmé avoir connaissance de telles recommandations contre 84.1 % soient 53 patients qui n'en ont jamais entendu parler.

Sur les 10 patients ayant répondu avoir connaissance de recommandations, 6 rapportent avoir eu l'information par leur médecin soit 60.0%. Les 4 autres patients soit 40.0 % en ont eu connaissance par une autre source non précisée.

Ainsi seuls 6 patients sur 63 répondants soient 9.5 % ont eu l'information de l'existence de telles recommandations transmises par leur médecin.

2. Notion d'existence de campagnes d'information de l'Assurance Maladie

Question 16 :

Avez-vous entendu parler de campagnes de sensibilisation par rapport aux douleurs lombaires réalisées ces dernières années par l'Assurance Maladie à destination du grand public ?

- a) Non
- b) Oui

74.6 % des répondants soient 47 patients ont répondu en avoir entendu parler contre 25.4 % soient 16 patients n'en avait pas connaissance.

D. Recherche d'information complémentaire

1. Prise de complément(s) d'information de source non médicale

Question 12 :

Avant la réalisation de cet examen, avez-vous pris des informations de source non médicale sur vos douleurs lombaires (traitement, pronostic, diagnostic) ?

- a) Non
- b) Oui

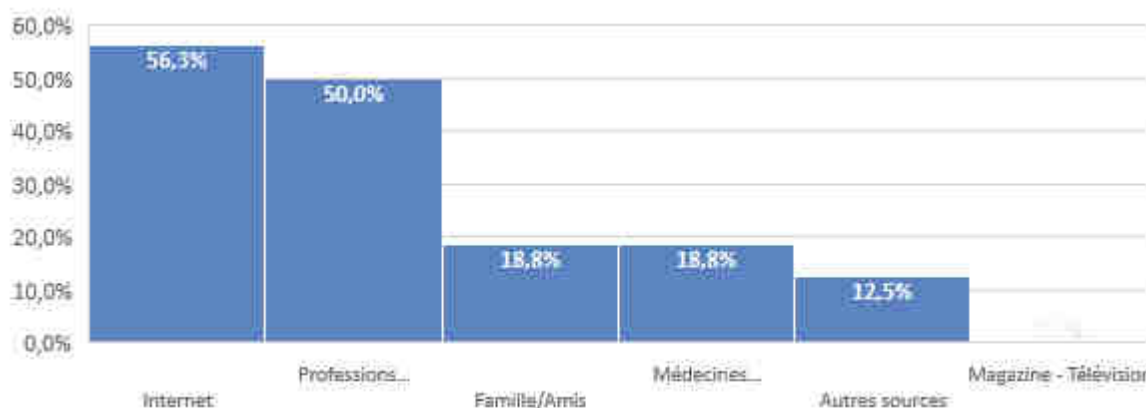
25.4 % (16 patients) déclarent avoir pris un complément d'information supplémentaire à leur source médicale et 74.6 % (47 patients) déclarent ne pas en avoir pris.

2. Caractéristiques des sources d'information complémentaires

Sous-question de la question 12 :

Si oui, lequel (lesquels) ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Internet (sites de vulgarisation médicale, forums, ...)
- b) Famille / Amis / Connaissances
- c) Magazines, émissions de télévision
- d) Professionnel travaillant dans le domaine de la santé et non médecin (ostéopathe, infirmier(ère), sage-femme, chiropracteur, acupuncteur...)
- e) Soignant de médecine alternative : coupeur de feu, magnétiseur, rebouteux, ...)
- f) Autre :



Source(s) de la prise d'information complémentaire non médicale (Figure 16)

Parmi les 16 patients de l'étude ayant pris des informations complémentaires, 9 d'entre eux soit 56.3 % ont cherché sur Internet, 8 soit 50.0 % chez les professionnels paramédicaux, 3

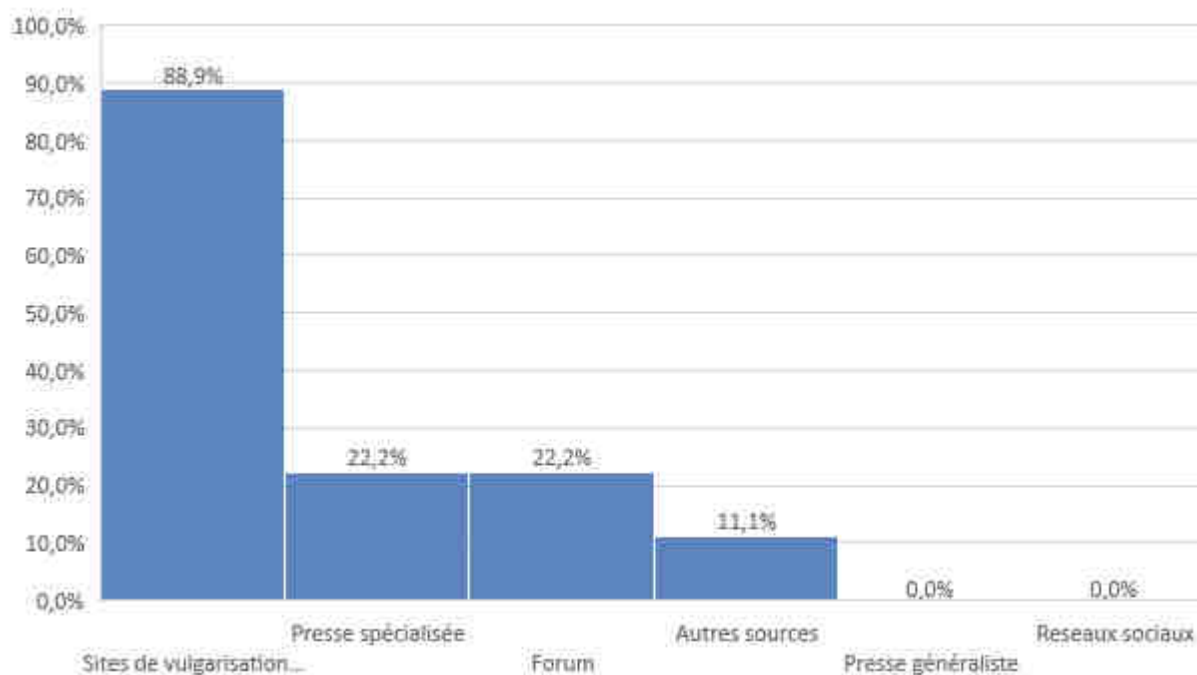
(18.8 %) dans le cercle de leurs proches, 0 dans les magazines ou à la télévision (0.0 %), 3 (18.8 %) chez les praticiens de médecine alternative et 2 soit 12.5 % ont indiqué avoir pris leur information chez une autre source sans précisions.

3. Caractéristiques des sources complémentaires sur Internet

Question 13 :

En cas de recueil d'information sur Internet, avez-vous consulté (Plusieurs réponses possibles) :

- a) Site(s) de vulgarisation médicale (Doctissimo, Vulgaris-médical, Passeportsanté, ...)
- b) Des articles de presse spécialisée (Le Quotidien du Médecin, Prescrire, ...)
- c) Des articles de presse généraliste (Le Figaro, L'Express, ...)
- d) Des forums
- e) Des groupes de patients/témoignages Facebook, Twitter, Instagram, ...
- f) Autre :



Source(s) de la prise d'information complémentaire sur Internet (Figure 17)

88.9 % (8 patients) ont effectué leurs recherches sur des sites de vulgarisation médicale (Doctissimo, Vulgaris-médical, Passeportsanté...), 22.2 % (2 patients) sur des articles de presse spécialisée (Le Quotidien du Médecin, Prescrire,...), aucun sur des articles de presse généraliste, 22.2 % (2 patients) sur des forums, aucun sur des groupes de patients sur les réseaux sociaux et 11.1 % (1 patient) déclare avoir pris une autre source d'information sur Internet sans précisions.

V. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Critères de constitution de l'échantillon

L'objectif de cette étude n'était pas de déterminer une quelconque pertinence de la prescription d'imagerie médicale pour chaque patient. Aucune étude du dossier médical du patient n'a été réalisée. Par ailleurs il est difficile, même avec le dossier médical, de juger d'une prescription en raison de caractères parfois complexes de la prise en compte globale de la situation du patient par le médecin prescripteur.

Cependant afin de discriminer les patients relevant de manière la plus probabiliste possible d'une lombalgie aigue simple, un certain nombre de critères ont été mis en place comme expliqués dans la méthodologie (cf *Chapitre III. F. 2. a*)

Les critères de non inclusion ont été plutôt objectifs avec la vérification simple par la secrétaire médicale de la nature de l'ordonnance, de l'examen prescrit et de l'âge du patient, informations auxquelles elle avait accès.

Les critères d'exclusion en revanche ont été mis en place via le questionnaire et ont alors constitué des critères subjectifs car déclaratifs de la part des patients sans vérification médicale de leurs antécédents ou de leur anamnèse personnelle. L'exactitude des antécédents déclarés était ainsi non vérifiée car de source non médicale et a pu occasionner des inadéquations.

Ainsi par exemple un antécédent de scoliose décrit par le patient et l'excluant du groupe principal peut correspondre à un antécédent lourd de scoliose avec un traitement orthopédique ou chirurgical ou au contraire au souvenir d'un antécédent d'attitude scoliotique mineure dans l'enfance, facilement résolutif avec quelques séances de travail kinésithérapique. Une minimisation voire un oubli d'antécédents est par ailleurs parfaitement envisageable également pour certains patients finalement inclus dans l'étude.

A noter que le seul critère d'exclusion objectif aura été les patients ayant rendu un questionnaire incomplet.

Le prix à payer a alors été une exclusion d'un effectif important de patients pour tous ces critères et a ainsi eu un impact important sur la puissance de l'étude. Les tests réalisés ont perdu en puissance en raison de baisses importantes des effectifs étudiés par rapport au nombre de questionnaires distribués. Cela a réduit la portée de nos conclusions nous obligeant à noter des tendances plutôt que des affirmations statistiquement significatives.

Par ailleurs la constitution même du groupe via ces critères d'exclusion déclaratifs a pu occasionner des imprécisions. L'établissement de critères d'exclusion objectifs aurait assurément rendu l'étude plus puissante mais aurait nécessité la mobilisation de ressources médicales.

2. Population

L'étude a été menée de manière monocentrique sur une population semi-rurale, culturellement française/alsacienne et plutôt aisée. Cette population n'est bien entendu pas représentative de l'ensemble de la société française. Sur certaines questions, les résultats seront biaisés par ce caractère particulier de la patientèle. En effet on peut s'attendre à une proportion moindre de patients effectuant une recherche sur Internet à propos de leur santé chez une population rurale et plutôt âgée que dans une patientèle citadine et composée de jeunes actifs. De même la relation de confiance avec son médecin peut être différente chez ce type de patients que dans d'autres populations avec des caractéristiques différentes. Les perceptions de la douleur et l'inquiétude par rapport à leurs symptômes sont également soumis à des spécificités culturelles voire sociétales.

Ainsi l'étude porte sur l'échantillon d'une population donnée avec ses caractéristiques propres démographiques, économiques, culturelles et sociales. Une extension à une réalité

généralisée de la population française n'est pas possible dans le cadre de ce travail de thèse. Une étude avec des effectifs beaucoup plus importants et multicentrique voire nationale serait nécessaire afin d'en pouvoir généraliser les conclusions.

Néanmoins, la lombalgie commune étant une pathologie tellement fréquente et touchant avec quelques nuances toutes les classes sociales, toutes les professions, toutes les cultures, l'étude permet de se faire une idée de la situation globale sur les points spécifiques étudiés.

3. Biais de sélection

a) Biais de recrutement

La population approchée pour l'étude comprend uniquement des patients ayant bénéficié d'une prescription d'imagerie médicale. Cela exclut de facto tous les patients ayant consulté leur médecin pour lombalgie aiguë mais n'ayant pas eu de prescription de tels examens, ce qui en pratique exclut probablement une grosse partie des effectifs réels concernés. D'autres études ont néanmoins souligné un taux de prescription d'examen radiologiques demeuré important en pratique pour les médecins.

Cependant il s'agit d'une population ayant une forme de prise en charge particulière qui ne relève donc pas d'une représentativité de l'ensemble de la population de patients souffrant de lombalgie aiguë.

b) Biais d'échantillonnage

Ce biais rejoint le biais de recrutement dans le sens que les patients n'ayant pas de prescription médicale d'imagerie ne sont pas représentés. On peut alors supposer sans pouvoir le prouver que ces patients ne participant pas à l'étude ont été jugés par leurs médecins moins symptomatiques ou relevant de formes moins sévères de la symptomatologie que les patients recrutés dans l'étude ayant eu leur prescription médicale. Ce biais est difficile à vérifier car l'étude n'utilise pas de données médicales et même en cas d'accès à ces dernières, la perception

de la ‘sévérité’ de symptômes reste globalement subjective du point de vue du patient, de celui du médecin prescripteur et des éventuels observateurs.

c) Biais de volontariat

Il est important de rappeler la possibilité d’existence de ce biais au sein de l’étude. Néanmoins la proposition aux patients de remplir le questionnaire ayant été réalisée de manière orale par les secrétaires du cabinet et les refus éventuels non comptabilisés, il est impossible d’en mesurer l’ampleur.

Nous pouvons néanmoins souligner que le questionnaire était présenté comme anonyme, bien entendu non-obligatoire, dans le cadre de recherches d’ordre médicale et pouvait occuper le patient durant son attente avant son examen ou juste après sa réalisation. Ce caractère peu contraignant voire même ‘positif’ dans le sens de participer à la recherche médicale et de combler un temps d’attente pouvait rendre les patients globalement prompts à remplir le questionnaire.

Le nombre de refus estimé est cependant faible. En effet, une centaine de questionnaire ont ainsi été distribués en quelques semaines ce qui correspond à peu près aux effectifs habituels estimés de patients lombalgiques rapportés par l’équipe de radiologie. De plus, les secrétaires ont rapporté de manière orale sans comptabilisation stricte un très faible taux de refus.

d) Biais de mesure

L’étude s’intéressant à un ressenti, la subjectivité est majeure pour ce type de réponses. Le questionnaire à choix multiples a été mis en place afin de garantir une pluralité des réponses possibles pour le patient sans toutefois user d’échelles éprouvées par des études.

Ainsi il n’est pas à écarter que la mesure de la perception des patients aurait sans doute pu bénéficier d’échelles de mesures plus précises et adaptées afin d’en améliorer l’objectivité.

Des entretiens semi dirigés auraient pu également être utilisés pour affiner la représentativité de leurs perceptions.

B. Résumé des caractéristiques de l'échantillon

1. Tranches d'âge

L'échantillon étudié, constitué de 63 patients sélectionnés sur 98 répondants initiaux, présente un profil d'âge avec une répartition relativement équilibrée entre patients âgés de moins de 55 ans et ceux ayant plus de 55 ans. Il est à noter qu'aucun patient n'était âgé de moins de 20 ans et pour rappel le statut de mineur était un critère de non-inclusion à l'étude.

La lombalgie chez le patient juvénile est un motif de consultation peu fréquent et de prise en charge particulière (43). La liste d'étiologies secondaires (44) à ces symptômes est beaucoup plus importante que chez l'adulte. Depuis quelques années, des questionnaires pronostiques avec scores particuliers ont été établis (45) et de ces études ont découlé l'établissement de Drapeaux Rouges propres à cette population. Cette population ne peut ainsi pas rentrer dans notre travail de thèse.

2. Parcours de soins antérieur

a) Lombalgies antérieures et récurrence(s)

Le questionnaire a cherché à dessiner le parcours de soin des patients et a retrouvé qu'une nette majorité des patients (95.2 %) avait déjà connu précédemment au cours de leur vie un ou plusieurs épisodes de lombalgie. Ainsi sur les 63 patients de l'échantillon, seuls 3 n'en avaient jusqu'ici pas connus. Il est important de rappeler que 11 patients ont été exclus de ce groupe car ayant présenté un épisode initial à plus de 55 ans, caractéristique qui est un Drapeau Rouge pour la HAS. On peut également supposer que puisqu'il s'agit de patients ayant bénéficié d'une prescription d'imagerie, les antécédents d'épisodes lombalgiques voire de récurrences

fréquentes ont pu être un des arguments ayant poussé leur médecin à la prescription. Cette hypothèse n'est néanmoins pas vérifiable dans cette étude. Les études actuelles de prévalence de la lombalgie soulignent que 50 à 90% (1)(5) des Français connaissent, ont connu ou connaîtront un épisode au cours de leur vie. Dans le contexte de prévalence majeure de la lombalgie exacerbé par des facteurs d'exclusion de l'étude et un biais de sélection de patients avec prescription médicale, cette nette majorité semble plutôt attendue.

60 % des patients rapportent que le dernier épisode remonte à plus d'un an mais 40 % déclarent un épisode antérieur plus récent dans l'année précédente voire très récent de moins de 3 mois. Les études rapportent un taux de récurrence d'environ 20 à 40 % (29) dans l'année suivant l'épisode, chiffres que cette étude tend à ne pas infirmer. Il n'est par ailleurs pas discriminé dans l'étude les modalités de prise en charge de l'épisode antérieur ainsi que les facteurs de risques personnels ou environnementaux pouvant influencer sur le taux de récurrence et sa précocité.

b) Antécédent de réalisation d'imagerie pour lombalgie

Lors de ce ou ces précédent(s) épisode(s), 70 % des patients avaient déjà réalisé une imagerie médicale. Ce taux est assez élevé de prime abord mais est difficile à interpréter dans le contexte de l'étude car le nombre d'épisodes n'a pas été précisé et surtout les circonstances de ces épisodes n'ont pas été relevées. Le délai d'antériorité des examens précédents d'imagerie notamment n'a pas été précisé dans cette étude. On peut toutefois noter qu'en l'absence d'antécédents Drapeaux Rouges lors de la réalisation de notre étude, il n'y avait donc probablement pas d'antécédents Drapeaux Rouges au moment de ces épisodes antérieurs.

Pour ces patients concernés par une réalisation d'imagerie médicale antérieure, une très nette majorité (92.9 %) avait effectué une radiographie standard et 40.5 % d'entre eux avaient fait une IRM ou un TDM voire les deux. La radiographie semble l'examen le plus accessible, le plus simple de réalisation et dans la pratique un examen avec une prescription initiale

fréquente. Le TDM et l'IRM ont un accès plus difficile mais dans le cadre du cabinet médical de Munster concerné par l'étude, il est à noter que les délais peuvent sembler raisonnables dans un contexte non urgent par rapport à la moyenne française (46) avec des délais de 2 à 3 semaines pour un scanner et 3 à 4 pour une IRM. Cette accessibilité plus rapide a pu également influencer ce taux de recours à l'imagerie par TDM/IRM chez des patients à priori sans Drapeaux Rouges.

Néanmoins, il est à retenir que 70% des patients ont déjà réalisé une imagerie, dont 40.5% une IRM ou un Scanner, lors d'un épisode antérieur et bénéficient au moment de l'étude d'un nouvel examen.

3. Parcours de soin pour l'épisode lombalgique actuel

a) Choix des caractéristiques étudiées

Dans l'optique de déterminer le parcours de soin des patients en fonction de la symptomatologie clinique, la description des symptômes et la typologie des douleurs a été demandée aux patients.

Le choix a été orienté vers la discrimination d'une lombalgie simple, d'une lombalgie avec irradiation dans le membre inférieur évocateur de sciatalgie/ cruralgie et d'une lombalgie associée à une "fessalgie" qui serait un intermédiaire entre les deux formes. Il est important de rappeler que les patients ne présentaient à priori pas de symptomatologie déficitaire quelle que soit l'étendue de leur douleur. La symptomatologie neurologique déficitaire est censée être une urgence de prise en charge notamment neurochirurgicale et donc exclue de facto de l'étude et de la consultation en cabinet de radiologie de ville.

L'intérêt de la précision de la topographie douloureuse était de pouvoir discriminer différentes catégories en comparant l'inquiétude déclenchée par la situation, les modalités de prise en charge en termes de délai de prescription, de consultation et de type d'examen réalisé, etc. en fonction de l'étendue de la douleur. L'idée était ainsi de partir d'un postulat très

discutable mais à notre avis assez répandu qu'une douleur étendue avec irradiation est plus "grave" qu'une lombalgie isolée simple et d'ainsi déterminer des attitudes différentes de prise en charge et de ressenti selon ces différentes situations cliniques. Pour rappel la HAS n'établit aucune échelle spécifique de gravité basée sur le caractère irradiant ou non de la lombalgie.

Une discrimination similaire a été réalisée avec la durée d'évolution des symptômes. Le but était de déterminer une éventuelle influence du délai d'évolution de la douleur sur le ressenti du patient et son parcours de soin.

Les résultats ont donné que 73 % des patients présentaient des symptômes datant de moins de 3 mois, cette durée d'évolution ne devant à priori pas entraîner directement de prescription d'imagerie médicale selon les recommandations de la HAS. Néanmoins, 27% déclarent que leur symptomatologie dure depuis plus de 3 mois pouvant faire évoquer une douleur lombaire chronique dont la prise en charge indique une imagerie médicale et une thérapeutique différente. Ces derniers ne relèvent à priori plus d'un épisode lombalgique aigu. Il a été décidé de les conserver dans l'étude en raison du caractère parfois discordant des réponses de ces patients avec des délais de consultation parfois très précoces et des temps d'évolution décrits comme très longs par exemple.

b) Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur la prescription d'examens radiologiques

Les résultats nous montrent qu'il ne semble pas y avoir de nette influence de la topographie de la douleur sur la durée d'évolution des symptômes au moment de réaliser l'imagerie médicale. Les patients présentant une douleur lombaire isolée ne semblent pas faire leur examen plus ou moins vite que les patients présentant une douleur irradiante étendue. De prime abord il aurait pu être aisé de penser qu'avec une étendue plus importante des douleurs, la tendance aurait été de réaliser les examens plus vite mais à priori selon les chiffres rapportés nous ne notons pas cette supposition, les tests statistiques réalisés ne retrouvant par ailleurs

aucune significativité. Ainsi notre postulat initial qui était d'estimer que dans la pratique et les mentalités, une douleur irradiante serait plus susceptible de bénéficier d'une prise en charge plus précoce car jugée plus "sévère" semble ne pas être vérifié dans notre étude. Cette différence existe peut-être car les délais indiqués par les patients étaient en semaines donc finalement peu précis mais elle ne semble en tout cas pas flagrante. Afin d'en mesurer l'exactitude et la significativité, une étude avec des effectifs plus importants et une mesure précise en nombre de jours serait nécessaire.

c) Influence de la topographie de la douleur sur le délai de consultation

A propos du délai de consultation de son médecin traitant, nous notons que les patients avec une douleur irradiante ont tendance à consulter dans un délai très précoce de moins de 48 heures par rapport à ceux ayant une lombalgie simple. Néanmoins ces derniers semblent "rattraper" les patients avec douleur irradiante dans les jours qui suivent. Ainsi 49.2 % de l'ensemble des patients ont consulté leur médecin au cours de la première semaine.

Une étendue douloureuse plus importante semble n'influer le délai de consultation que dans un délai très précoce. Il s'agit néanmoins uniquement d'une tendance constatée et non confirmée car le test statistique réalisé ne retrouve pas de lien significatif entre topographie douloureuse et le délai de consultation.

Le fait qu'un patient sur deux (49.2%) consulte la première semaine peut expliquer, aux vues de la fréquence de la lombalgie, qu'elle se classe dans les causes principales de consultation en médecine générale. L'immense majorité de ces épisodes étant résolutifs en quelques jours ou semaines, cette durée d'évolution laisse le temps de consulter leur médecin à de nombreux patients.

d) Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur le délai de prescription

Pour étayer ce délai de consultation, il a été demandé de préciser le moment de prescription de l'examen radiologique par le médecin. Ainsi 68.3 % des patients ont eu leur prescription d'examen médicale lors de la première consultation pour le motif de lombalgie. Ce taux peut sembler surprenant car on aurait pu penser que la prescription d'examens radiologiques aurait lieu dans un certain nombre de cas en raison de la répétition rapprochée de consultations en finissant par "inquiéter" le médecin ou le faire "céder". L'étude nous rapporte que finalement dans 68.3% des cas, la prescription est initiale.

Cette information semble très intéressante car pourrait illustrer le fait que la pratique des médecins et/ou la pression exercée sur le médecin prescripteur par le patient entraînent des prescriptions non seulement précoces mais surtout initiales. Ainsi l'imagerie médicale semble rester un recours très rapide dans la prise en charge de nombre de lombalgies à priori simples et de courte évolution. Aucune explication à ces prescriptions initiales n'est déterminée dans l'étude, faute de sources médicales ou même déclaratives dans le questionnaire. Il serait néanmoins intéressant de comprendre les mécanismes ayant poussé la prescription rapide de ce type d'examen.

La prescription est réalisée également dans 68.3 % des cas dans un délai inférieur à 1 mois d'évolution soit très inférieur aux 3 mois décrits dans les recommandations de la HAS. En s'intéressant à ce délai de prescription selon la topographie de la douleur on retrouve une tendance à prescrire un peu plus rapidement dans un délai de moins d'un mois pour les patients présentant une irradiation par rapport aux lombalgies simples. Néanmoins et sous réserve d'effectifs limités, le test statistique ne confirme aucune significativité de ces résultats.

e) Influence de la topographie de la douleur et de la durée d'évolution sur le type d'examens prescrits

(i) *Topographie de la douleur*

Les patients avec irradiation douloureuse dans les membres inférieurs ont une prescription très supérieure d'IRM/TDM (+/- radiographie associée) par rapport à ceux présentant une lombalgie simple qui ont de manière beaucoup plus fréquente une radiographie standard. Le test statistique confirme la significativité de ces différences.

Ces résultats peuvent sembler attendus. En effet les pathologies recherchées dans une sciatalgie par exemple sont généralement visibles uniquement par la réalisation d'IRM et plus ou moins par TDM. La nature lésionnelle recherchée semble nettement influencer sur la prescription. La différence significative est probablement alors plutôt liée à cette attitude diagnostique du médecin qu'à une inquiétude ou une algie plus importante de la part du patient. Cela reste néanmoins une hypothèse non vérifiée dans l'étude.

(ii) *Durée d'évolution de la douleur*

Il est intéressant également de noter que la proportion de prescription d'IRM/TDM semble augmenter avec la durée d'évolution. Ainsi aucun patient ayant des douleurs depuis moins d'une semaine n'a une telle prescription alors qu'ils sont 30.4 % pour le délai d'évolution de 1 à 4 semaines, 52.9 % pour le délai de 1 à 3 mois et sont 64.7 % à en bénéficier pour un délai d'évolution décrit comme supérieur à trois mois. Cette hausse semble progressive au fur et à mesure du temps d'évolution. Néanmoins le test statistique ne semble pas confirmer cette hypothèse sous réserve des effectifs limités de l'étude.

Il existe de plus un biais probable dans le recueil même des données car le questionnaire est proposé directement en salle d'examen donc très retardé pour les examens de scanner et IRM en raison de la disponibilité des rendez-vous.

C. Ressenti

L'objectif principal de ce travail de thèse était de déterminer quel pouvait être le ressenti du patient par rapport à la réalisation d'examens radiologiques, de leurs éventuels résultats et de la place accordée à l'imagerie médicale dans le vécu de leur lombalgie.

Ces évaluations de ressenti ont été pondérées selon différents critères propres au tableau clinique et au parcours de soin des patients.

1. Evaluation de la performance des examens radiologiques

Il a été demandé aux patients de déterminer à leur avis quel est l'examen le plus performant dans la prise en charge de la lombalgie. Les patients ont indiqué la radiographie standard dans 68.3 % des cas. L'IRM suit avec 41.3 % et la TDM avec 9.5 % (les patients avaient le choix de cocher plusieurs examens).

Ainsi la radiographie standard conserve une place primordiale pour un nombre conséquent de patients. En pratique cet examen ne semble pas le plus performant avec une possibilité de diagnostic limitée à certaines étiologies notamment arthrosiques, morphologiques ou traumatiques essentiellement. L'IRM quant à elle est sans doute plus complète dans l'optique d'une démarche diagnostique avec notamment la mise en évidence des tissus mous. Le scanner lombaire semble peu plébiscité par les patients. Etant à priori un examen peu prescrit dans la lombalgie en dehors de certaines indications particulières et/ou présence de contre-indications à l'IRM, cet examen semble peu associé à la lombalgie par les patients.

Pour expliquer un tel résultat avec le paradoxe d'un examen plus performant qu'est l'IRM mais moins estimé par les patients, on peut avancer un côté historique. En effet la radiographie standard étant historiquement antérieure à l'IRM, elle pourrait conserver une image significative dans l'imaginaire collectif d'autant plus pour une population plutôt rurale

et âgée. Un accès plus aisé à cet examen finalement souvent utilisé en premier recours lors d'une prescription d'imagerie médicale peut également être en faveur de ces chiffres. Enfin la méconnaissance des indications médicales de tel ou tel examen d'imagerie intervient probablement également. Cela reste des explications potentielles mais non vérifiées.

Il est néanmoins intéressant de visualiser que la radiographie rachidienne standard, exclue de manière quasi-totale de la prise en charge des lombalgies en général, conserve une place de choix pour les patients dans la perception de leur prise en charge. Dans l'optique d'un intérêt de caractère rassurant de l'examen, il semble être utile de conserver à l'esprit cette donnée pour un examen finalement peu contributif et irradiant mais accessible facilement, peu chronophage pour le spécialiste et d'un coût économique inférieur aux autres techniques radiologiques, cette dernière notion étant effective mais toutefois à relativiser.

Ainsi pour rappel les cotations des examens d'imagerie médicale sont les suivants (47) :

- Radiographie du rachis lombaire acte CCAM LFQK002 soit 46,4 €
- TDM lombaire acte CCAM LHQK001 soit 29,26 € et un forfait technique de 32 à 93 euros selon le type de scanner, son activité et sa date d'installation
- IRM lombaire acte CCAM LHQJ001 soit 69 € et un forfait technique de 25 à 120 euros selon le type d'IRM, son activité, sa date d'installation et son lieu d'installation

Le coût reste ainsi inférieur mais aux vues de la considération d'un intérêt diagnostique faible voire nul, il convient d'en nuancer le prix.

2. Ressenti avec pondérations

a) Ressenti global en cas de normalité/bénignité des examens radiologiques

Afin de s'intéresser au ressenti des patients vis-à-vis de la réalisation d'examens radiologiques au cours de leur prise en charge, le questionnaire leur a demandé quel serait leur

sentiment en cas de normalité ou de bénignité des lésions retrouvées. La question était posée avant la réalisation des examens et surtout avant les résultats de ces derniers afin de mesurer quelles étaient leurs attentes. Il s'agit de déterminer s'ils se sentiraient rassurés ou à l'inverse inquiets et s'ils souhaiteraient poursuivre les investigations en cas d'absence de lésions spécifiques ou de présence simple de lésions bénignes.

55.9 % des patients de l'étude se sentiraient rassurés dans ces circonstances contre 28.6 % qui se sentiraient à l'inverse inquiets. 36.5 % des patients souhaiteraient poursuivre les investigations par différents moyens (bilan radiologique complémentaire, consultation de spécialiste, autres examens...).

Il convient de rappeler qu'en théorie ces examens radiologiques seront par définition probablement normaux ou bénins et n'expliqueront pas la douleur en elle-même car d'étiologie multifactorielle pour l'immense majorité d'entre eux ce qui a par ailleurs motivé les autorités scientifiques à les retirer progressivement des recommandations.

Cependant à la lumière de cette affirmation, il est intéressant de noter que pour 63.5 % des patients, aucune exploration complémentaire ne serait souhaitée. Le taux de patients rassurés semble également important avec 55.9 %. Pour ces deux aspects positifs, il peut être suggéré que l'imagerie médicale malgré l'absence d'intérêt diagnostique pourrait avoir un intérêt psychologique voire économique en permettant à nombre de patients de se sentir rassurés et donc potentiellement de guérir plus vite, mais également de stopper des explorations complémentaires coûteuses.

A l'inverse on peut également noter que seuls 63.5 % d'entre eux ne souhaitent pas d'exploration complémentaire et donc que 36.5 % souhaiteraient une poursuite d'exploration et/ou une prise en charge spécialisée occasionnant un coût important et une escalade thérapeutique ou diagnostique. Par ailleurs 28.6 % des patients se déclareraient ouvertement

inquiets par l'absence de diagnostic spécifique ce qui est une proportion loin d'être négligeable. Ainsi pour un certain nombre de patients, ces examens s'avéreraient probablement inutiles à enrayer une escalade thérapeutique ou diagnostique voire même anxiogènes.

b) Ressenti selon la topographie de la douleur

Afin de nuancer ces résultats, il a été réalisé une pondération selon la topographie de la douleur. On s'aperçoit alors que le taux de patients rassurés semble un peu plus élevé pour les patients présentant une lombalgie isolée (60 %) que pour les patients avec irradiation dans les membres inférieurs (52.6 %). Le taux de patients inquiets semble présenter une différence plus nette avec 20 % de patients inquiets chez les lombalgiques non irradiants contre 34.2 % pour ceux avec irradiation.

Le taux de souhait de poursuite d'investigation et/ou prise en charge spécialisée semble également augmenter pour les patients avec irradiation douloureuse qui seraient 55.3 % à le souhaiter contre 28 % pour les patients sans irradiation. Malheureusement du fait des effectifs réduits, les tests statistiques ne concluent pas à une différence significative entre les catégories de patients, il s'agit uniquement de tendances observées. On ne peut pas écarter une différence due au hasard de l'échantillonnage.

Ainsi une douleur irradiante avec examen normal ou bénin semble inquiéter de manière plus importante le patient. On peut relativiser ce dernier résultat car ces patients avec douleur irradiante font de manière significative plus d'IRM, comme constaté dans l'étude, examen potentiellement susceptible de retrouver des lésions et donc en cas de bénignité ou de normalité d'inquiéter le patient par absence de diagnostic établi. Néanmoins les patients ne sont cependant que 41.3 % à estimer l'IRM comme un examen particulièrement performant dans la lombalgie, l'impact d'un examen normal ou bénin pour un examen finalement estimé de manière mitigée par les patients peut alors là-aussi être à nuancer.

Par contre les patients lombalgiques sans irradiation seraient ainsi globalement plutôt rassurés par leur examen radiologique (60 %), relativement peu d'entre eux seraient inquiets (20 %) et ils seraient moins enclins à souhaiter des examens complémentaires (28 %). Dans l'optique de permettre une rupture de l'escalade diagnostique et thérapeutique ainsi que d'une éventuelle accélération de guérison, cela pourrait ainsi une nouvelle fois avoir un intérêt pour ce type de patients en particulier.

c) Ressenti selon la durée d'évolution de la douleur

Lorsque l'on pondère ces résultats selon la durée d'évolution on retrouve une tendance du taux de patients rassurés à stagner puis à diminuer de manière modérée (< 1 mois : 58.6 %, 1-3 mois : 58.8 %, > 3 mois : 47.1 %) avec la durée d'évolution et à l'inverse le taux d'inquiétude augmenter de manière assez rapide (< 1 mois : 17.2 %, 1-3 mois : 41.2 %, > 3 mois : 35.3 %).

Le souhait de poursuite d'investigations semble également stagner puis augmenter de manière importante avec le temps d'évolution au moment de réaliser l'imagerie (< 1 mois : 37.9 %, 1-3 mois : 23.5 %, > 3 mois : 47.1 %).

Toutefois ici également, les tests statistiques ne concluent pas à une significativité des différences entre les catégories de patients, il s'agit uniquement de tendances observées.

Pour rappel, les patients avec une durée d'évolution de moins d'un mois auraient tendance (sans confirmation statistique dans cette étude) à ne pas bénéficier d'IRM mais seulement d'une radiographie standard.

Ces patients avec lombalgie d'évolution récente feraient ainsi plutôt une radiographie rachidienne standard et présenteraient un taux d'assurance plus important, un taux d'inquiétude inférieur et une volonté de poursuite d'investigation limitée.

d) Ressenti selon le type d'examen prescrit

Les patients ayant une prescription de radiographie seule sont rassurés à 71.8 % contre seulement 12.8 % d'inquiets. 28.2 % souhaite poursuivre les investigations.

En revanche les patients avec IRM/TDM +/- associé(e) à une radiographie ne seraient rassurés que dans 29.2 % des cas et inquiets dans 54.2 % des cas. La moitié d'entre eux (50.0 %) souhaiteraient poursuivre les investigations.

Le test statistique retrouve une différence significative selon l'examen réalisé. L'hypothèse selon laquelle les patients avec radiographie seule seraient plus rassurés, moins inquiets et moins enclins à souhaiter une poursuite d'investigation est vérifiée.

Bien entendu la comparaison entre les deux situations est probablement largement biaisée par les résultats que nous avons vu plus tôt avec une tendance nette à la prescription/réalisation d'IRM pour les patients avec une durée d'évolution plus longue et une douleur plus étendue. Ainsi le fait que les patients aient des douleurs irradiantes et évoluant depuis plus longtemps peut probablement jouer sur leur état d'esprit avec une inquiétude exacerbée par rapport aux patients ayant des douleurs lombaires sans irradiation et évoluant depuis moins longtemps.

A nuancer toutefois que la performance de l'IRM supposée ou avérée peut également être à double tranchant. En effet, il pourrait être logique de penser que si un examen aussi performant n'a pas trouvé de lésions sévères ou malignes, c'est qu'il y a une forte probabilité que l'étiologie soit bénigne. Cette attitude serait probablement celle du médecin. Mais pour le patient qui souhaite en général mettre des mots sur ses maux, le fait que l'IRM n'ait rien décelé pourrait cacher peut-être un diagnostic autre potentiellement encore plus grave. De plus pour rappel les patients n'estiment l'IRM comme un examen performant dans la lombalgie que pour

41.3 % d'entre eux ce qui pourrait pour un certain nombre d'entre eux contrarier leur sentiment d'être rassurés par un examen jugé performant de manière moyenne.

Néanmoins il est intéressant de noter que les patients ayant une radiographie seule de prescrite sont nombreux à être rassurés. Ils ont tendance à présenter une douleur plus localisée et d'évolution plus courte et présentent ainsi un taux de réassurance de 71.8 %. Le fait que les patients estiment à 68.3 % la radiographie comme un examen très performant pourrait être mis en relation avec ces résultats.

3. Ressenti par rapport au délai de prescription et la justification des examens radiologiques

a) Délai de prescription

Les résultats sont sans appel avec une majorité très nette des patients estimant le délai de réalisation de leurs examens comme parfaitement justifié (85.7 %) auxquels s'ajoutent une minorité de patients estimant même que ces examens ont été réalisés trop tard (14.3 %). Pourtant d'un point de vue des recommandations, sous réserve bien entendu de l'absence de connaissance de l'ensemble des informations sur les circonstances exactes ayant motivé la prescription, la plupart de ces examens ne semble pas avoir été prescrits dans des délais "justifiés" ou tardifs mais plutôt à l'inverse de manière largement prématurée voire "injustifiée".

L'adhésion des patients à la réalisation de leurs examens semble majeure et dans un délai globalement inférieur à 3 mois. On pourrait avancer que dans une population semi rurale comme celle du centre d'étude, l'adhésion au médecin serait plus forte que dans d'autres populations pouvant expliquer cette adhésion quasi-totale à la prescription de leur examen. Néanmoins sans étude pour démontrer une relation supposée plus paternaliste entre le médecin et le patient dans ces populations, cela reste une hypothèse.

Cependant il semble indéniable que pour la majeure partie des patients interrogés l'examen radiologique qu'ils réalisent ce jour est prescrit dans un délai justifié.

b) Justification des examens radiologiques

52.4 % des patients jugent l'imagerie médicale indispensable dans la prise en charge de la lombalgie et 42.9 % l'estiment souvent nécessaire mais nuancent la prescription par le suivi des recommandations. Les autres avis semblent anecdotiques. Sur cette question également, l'adhésion à l'indispensabilité ou du moins la nécessité très fréquente de l'imagerie médicale dans la prise en charge semble ainsi également majeure et sans appel.

Ces résultats indiquent que pour les patients l'imagerie doit être globalement réalisée de manière bien plus fréquente que ce que préconise les recommandations de la HAS et également de manière bien plus précoce.

L'imagerie médicale semble conserver une place primordiale dans l'imaginaire collectif des patients. Un décalage existe entre les recommandations et la réalité du ressenti des patients. Cette adhésion massive est à nuancer par le fait que l'échantillon étudié est constitué de patients ayant une prescription d'imagerie et serait peut-être moins évidente en cas d'étude sur un échantillon de population lombalgique globale. Cependant aux vues du plébiscite des positions sur une nécessité absolue ou du moins fréquente de l'imagerie, on peut supposer que ces idées restent largement répandues.

4. Place accordée par les patients à l'imagerie médicale dans leur prise en charge

a) Classements des moyens thérapeutiques et diagnostiques principaux

L'imagerie médicale (50.8 %) est placée en troisième position derrière les médicaments (58.7 %) et surtout la prise en charge par kinésithérapeute/ostéopathe (66.7 %) par les patients. L'activité physique et le mouvement (49.2%) ne sont que quatrièmes. Le repos ou l'arrêt de

travail (33.3 %) sont cinquièmes. L'hydratation (20.6 %) n'est pas dans les recommandations officiellement mais a été mise notamment pour essayer de discriminer les résultats de manière plus significative, elle est par ailleurs à priori plutôt de bon sens.

L'imagerie médicale semble conserver une place importante confortant les résultats précédents et le caractère indispensable/important de sa réalisation aux yeux des patients.

b) Intérêt de l'imagerie ?

Cette étude semble indiquer que les patients ayant le profil lombalgique le plus basique, soit une lombalgie sans irradiation et d'évolution très récente, seraient globalement ceux pour lesquels un examen normal ou bénin serait le plus rassurant. Ces chiffres sont à confronter à la logique qui voudrait qu'un patient ayant mal de manière plus localisée et depuis moins longtemps sera sans doute moins inquiet qu'un patient ayant des irradiations douloureuses invalidantes dans les jambes et dont la douleur s'étale dans le temps voire se chronicise.

Néanmoins le taux d'assurance de ce type de patients semble intéressant si on se rappelle que le test statistique a prouvé dans l'étude que ces patients ont tendance à avoir une prescription de radiographie standard uniquement sans IRM. Le taux d'inquiétude semble plutôt inférieur et la volonté de poursuite d'investigation en dessous de la moyenne du groupe entier. Sans preuve statistique sur les tests effectués, il est difficile de conclure mais cette tendance semble exister.

Ainsi pour ce profil douloureux en particulier, l'intérêt pourrait être, plutôt que diagnostique, réellement psychologique. En effet, les patients semblent adhérer de manière très importante à leur prescription d'imagerie médicale survenant dans leur parcours de soin, avec l'idée que ce type d'examen est globalement indispensable et à réaliser dans un délai rapide. Ainsi l'effet d'un résultat normal ou bénin pourrait les renforcer dans leur assurance et améliorer hypothétiquement la guérison et diminuer le risque de chronicisation. Il s'agit

d'hypothèses non vérifiées dans cette étude. Néanmoins une étude française de 2016 (48) a noté qu'une radiographie standard normale ou présentant des lésions bénignes peut avoir un impact positif sur la réassurance du patient, un souhait diminué d'examen complémentaires ou de consultations spécialisées, si l'analyse de la radiographie est réalisée et expliquée par son médecin généraliste. Un travail réalisé en Inde (49) vient corroborer ces résultats affirmant des résultats d'imagerie même bénin ou normaux avait des effets négatifs sur l'état d'esprit du patient s'ils n'étaient pas expliqués par leur médecin. Cette étude réalisée par des médecins indiens est cependant à nuancer dans sa conformité avec les résultats de notre étude en raison du système de soins indien probablement très différent des systèmes français et occidentaux en général et des caractéristiques socio-culturelles indiennes peu comparables à nos populations occidentales. Néanmoins ces résultats peuvent conforter avec prudence nos résultats.

Ces hypothèses sont émises à la lumière du fait que l'examen réalisé est probablement "inutile" au sens médical, irradiant et coûteux mais pourrait éventuellement limiter pour un certain nombre de patients l'escalade thérapeutique et rassurer le patient permettant une évolution plus favorable à la guérison qui devrait par ailleurs toutefois se faire seule. Une étude anglaise de 2002 (50) confirmait l'inutilité réelle de l'examen radiologique sur l'amélioration clinique mais notait une amélioration psychologique de ces patients ayant bénéficié de tels examens. Une autre étude anglaise de 2001 (51) soulignait également une absence d'amélioration clinique mais une hausse de la satisfaction dans leur prise en charge pour les patients.

L'aspect psychologique est décrit comme important dans la guérison des patients et mis à l'attention des médecins, une défaillance de ce côté-là étant considérée comme un facteur de risque de chronicisation. En effet l'approche biopsychosociale a été étudiée ces dernières années et plusieurs études soulignent que les perceptions et les croyances du patient (52)(53) ont un rôle majeur dans sa guérison. Ainsi le patient est à mettre au cœur de sa prise en charge

(54). Par ailleurs les patients présentant des douleurs lombaires persistantes ont souvent des comorbidités à types d'anxiété ou de dépression (55) à prendre en compte également dans le cadre d'une approche globale.

Il est à nuancer toutefois que si l'imagerie précoce semble pouvoir avoir un effet positif sur la confiance du patient dans la relation entretenue avec son médecin (56) et ainsi améliorer sa prise en charge éventuelle, le revers serait que l'imagerie médicale aurait tendance à majorer la prise médicamenteuse antalgique et les arrêts de travail (57)(58). Par ailleurs une synthèse de plusieurs études (59) portant sur plusieurs examens dont la radiographie lombaire ne semble pas retrouver d'effet de réassurance particulier.

Pour certains patients notamment ceux présentant une lombalgie isolée et de courte durée, l'éventualité de réalisation d'une radiographie standard en particulier dans l'optique de le rassurer et de limiter le souhait de poursuite d'investigation pourrait être à discuter avec estimation du bénéfice-risque par le médecin.

c) Campagnes d'information

Ces hypothèses par rapport à l'intérêt éventuel de la radiographie standard en particulier pour certains patients dans une démarche de réassurance portent toutefois sur une situation actuelle. Elles ne reposent que sur le constat d'une adhérence majeure à la réalisation de ces examens dans la population générale.

Néanmoins à la lumière des recommandations de la HAS et de la réalité scientifique étayant ces sources, nous savons que l'intérêt de l'imagerie médicale dans la lombalgie aigue simple est très limité voire nul.

Si l'étude ne s'est pas intéressée aux pratiques médicales, il semblerait que pour le grand public des campagnes insistant sur ces thèmes soient indispensables de manière urgente aux vues de la constatation de la persistance de cet attachement à ce type d'examen. Les chiffres de

cette étude viennent confirmer des chiffres avancés par d'autres études notamment une anglo-norvégienne (60) retrouvant que 72% de leurs patients estiment l'imagerie importante ou une australienne de 2016 (61) retrouvant que plus de 50% d'entre eux la jugent indispensable. De plus notre travail de thèse nous a indiqué un plébiscite majeur de la part des patients pour l'indispensabilité/nécessité de réalisation rapide de ces examens, confirmant ces tendances déjà décrites dans d'autres travaux.

Par ailleurs notre étude montre que l'imagerie médicale n'est certes mise qu'en 3^e position derrière les médicaments et le kinésithérapeute, sans majorité écrasante pour ces derniers non plus, mais se situe toutefois devant l'activité physique et le mouvement, cibles principales des campagnes de ces dernières années.

Ainsi un travail important semble nécessaire pour déloger du podium l'imagerie médicale dans les prochaines années, et surtout pour nuancer avec pédagogie dans l'esprit du Grand Public cette idée encore à priori très ancrée.

5. Place accordée aux autres moyens thérapeutiques/diagnostiques

a) Activité physique

Malgré les campagnes récentes insistant sur le mouvement et l'activité physique comme principaux moyens de guérison de la lombalgie, le message ne semble pas s'être traduit par un plébiscite de la part des patients avec une quatrième place. 49.2 % seulement des patients placent l'activité physique comme l'un des 3 moyens thérapeutiques les plus importants dans la prise en charge de la lombalgie.

A noter un point positif pour les campagnes, le repos et l'arrêt de travail arrivent 5^{ème} avec 33.3 % des patients classant la baisse d'activité physique comme l'un des 3 moyens thérapeutiques ou diagnostiques les plus importants. Cela pourrait faire espérer un début d'adhésion des patients quant au caractère délétère de la diminution de l'activité physique.

Il peut néanmoins sembler critiquable le fait d'avoir mis le repos et l'arrêt de travail dans la même catégorie, les deux termes pouvant correspondre finalement à deux choses différentes. L'arrêt de travail dépendra également du caractère physique ou non de la profession du patient. Néanmoins l'échantillon étudié représentant une population mixte composée d'actifs et de retraités, il s'agissait de ne pas discriminer ces deux groupes en sous-entendant un arrêt des activités habituelles, professionnelles ou domestiques. Ce résultat pourra donc être critiquable et à nuancer mais semble néanmoins globalement positif par rapport aux efforts de ces dernières années réalisés par l'Assurance Maladie notamment.

b) Kinésithérapie et ostéopathie

(i) *Résultats*

La première place de la kinésithérapie et de l'ostéopathie (66.7 %) est également à noter. En effet, ces professions semblent avoir une place très importante dans le parcours de soin de la lombalgie aux yeux des patients.

Ces résultats sont à confronter aux recommandations de la HAS qui ne préconisent la kinésithérapie en première intention que pour les patients lombalgiques chroniques. L'ostéopathie n'est pas déconseillée en première intention mais les autorités restent très prudentes quant à l'intérêt de cette pratique dans la lombalgie aiguë.

(ii) *Campagnes d'information*

Une piste de réflexion peut être mise en avant avec l'idée de traduire cette place primordiale de ces activités pour les patients en renforçant l'impact que pourraient avoir ces professionnels en termes d'éducation thérapeutique. Ainsi les services publics pourraient s'appuyer sur ces activités, conjointement avec un travail avec les médecins et une poursuite de l'éducation des patients, pour renforcer les différents messages.

Une nuance sera à apporter sur l'ostéopathie. En effet un choix a été fait de mettre ces deux professions ensemble en raison du supposé fréquent amalgame de la part des patients. L'ostéopathie n'étant pas reconnue comme une profession paramédicale, la sécurité sociale n'aurait à priori pas la mission de s'adresser à eux. Néanmoins étant donné qu'un certain nombre d'ostéopathes sont des médecins ou des paramédicaux rentrant dans le cercle d'action des campagnes publiques, la présence de l'ostéopathie n'est pas totalement à négliger.

D. Impact des autorités scientifiques et campagnes d'information

1. Notion d'existence de recommandations

Les patients semblent pour une nette majorité (84.1 %) ne pas connaître l'existence de recommandations, notamment de la Haute Autorité de Santé. Ce résultat pourrait être à nuancer par l'éventualité d'une méconnaissance du Grand Public de l'existence même de la Haute Autorité de Santé. Cette institution publique n'est peut-être pas la plus connue des Français, malgré un rôle plus médiatisé depuis le début de la pandémie de la Covid19.

Ainsi seuls 10 patients ont connaissance de l'existence de telles recommandations. 6 d'entre eux ont été informés de ces dernières par leur médecin. Les 4 autres pourraient par ailleurs être des patients travaillant dans le domaine de la santé induisant un biais d'initié.

Néanmoins le sujet de ces recommandations semble très peu abordé par les médecins pour leurs patients puisqu'au final sur l'ensemble des patients, seuls 9.5 % ont bénéficié d'explications de leurs médecins vis-à-vis de ces recommandations. On peut avancer différentes hypothèses à ce taux faible comme le caractère éventuellement plus paternaliste du médecin dans cette population semi-rurale ne "justifiant" pas des explications spécifiques, caractère non étudié à ce jour à notre connaissance. L'éventuelle méconnaissance de ces recommandations par les médecins eux-mêmes peut également être avancée ou tout simplement le manque de temps pour des explications. Par ailleurs certains médecins pourraient également

avancer un manque de pertinence de ces recommandations pour leur pratique quotidienne et choisir de s'en affranchir dans leur activité.

En conclusion de ce point, il semble que les recommandations ne parviennent que dans une très faible part aux patients. Ainsi une piste éventuelle pour de futures campagnes, notamment sur l'imagerie médicale, seraient d'étayer ces informations par la mise en avant de ces recommandations scientifiques et encourager les médecins et/ou les professions paramédicales à en parler à leurs patients.

2. Campagnes de sensibilisation

a) Campagnes précédentes

Ces campagnes se heurtent probablement à des croyances persistantes dans l'esprit de la population sur de nombreux points. Des études (62)(63) ont pu illustrer que la population avait des perceptions plutôt négatives de la lombalgie avec l'idée d'une incurabilité, avancerait des croyances erronées sur les moyens thérapeutiques et diagnostiques induisant l'existence d'une marge de progression très importante au niveau des croyances populaires.

Néanmoins ces campagnes portant sur la lombalgie ayant été particulièrement actives et répétées au cours de ces dernières années, il a pu sembler intéressant d'en juger l'impact sur la population étudiée. Il semble que les résultats soient une bonne nouvelle puisque 74.6 % des patients en ont entendu parler ce qui est un score plutôt honorable pour des campagnes de diffusion de messages publics.

La portée semble avoir été massive mais le message principal du traitement par le mouvement est encore soumis à des réticences. Notre étude retrouve que le mouvement et l'activité physique ne sont classés qu'en 4^{ème} position des thérapeutiques ou moyens diagnostiques indispensables dans la prise en charges de la lombalgie et que la baisse d'activité physique est encore jugée importante par un tiers (33.3%) des patients.

b) Imagerie médicale

A notre connaissance, la question de l'imagerie médicale n'a été que peu abordée dans ces campagnes d'information. L'impact est donc probablement faible voire nul à ce jour.

Ainsi dans l'optique de futurs projets d'information portant sur les examens radiologiques, il serait sans doute nécessaire de répéter ces messages de nombreuses fois. En effet pour l'activité physique et malgré la répétition depuis plusieurs années de campagnes avec à priori un taux important d'atteinte du public, le message de primauté de ce traitement ne semble toujours pas absolument acquis, les patients privilégiant d'autres thérapeutiques ou examens diagnostiques.

Par ailleurs, notre étude a confirmé un attachement majeur de la population étudiée à leur examen radiologique. Des répétitions fréquentes et successives semblent être nécessaires pour interférer dans ce qui semble être un attachement quasi indéfectible à ce type d'examens pour les patients. Une étude récente australienne (64) met cependant en garde. Après avoir imaginé et créé une campagne d'information par flyers et posters en salle d'attente de radiologie, le recueil des réactions a objectivé de la surprise, de l'incompréhension voire même du rejet et de la colère. Le travail semble immense.

S'il existe des travaux d'élaboration de sources d'information du grand public (65) ne relevant pas des administrations de santé, les différents impacts n'ont à ce jour été que très peu étudiés à notre connaissance. Par ailleurs cet impact devrait être activement recherché car non garanti, comme le souligne cette étude (66) qui a mesuré l'éventuel impact d'un document informatif écrit sur l'évolution des patients sans en retrouver de résultat significatif.

E. Informations complémentaires

Sur l'étude, 25.4 % des patients affirment avoir cherché des informations complémentaires de sources non médicales à propos de la prise en charge de leur lombalgie. Ce taux doit probablement varier en fonction des populations étudiées mais n'est pas anecdotique.

Les patients plébiscitent Internet (56.3 %) comme source non médicale. Il est intéressant de noter que les professionnels paramédicaux et ostéopathes (50.0 %) semblent également très sollicités par les patients lombalgiques dans leur parcours de soin.

Enfin l'entourage proche (18.8 %) et les professionnels de médecine alternative (18.8 %) se placent en 3^{ème} position ex aequo.

Ces sources d'informations et leurs proportions au sein de la population changent certainement en fonction de la population étudiée et de ses caractéristiques. Le recours au rebouteux « campagnard » ou aux médecines alternatives plus citadines ne sont pas identiques en fonction de l'origine sociale, géographique et culturelle de la population. Néanmoins cela permet de faire un petit tableau de la situation et notamment de souligner une nouvelle fois que les kinésithérapeutes et ostéopathes sont loin d'être anecdotiques dans le parcours de soin des patients et semblent être également une piste de travail pour d'éventuelles campagnes d'informations. En effet si l'on souhaite travailler sur l'information des patients par rapport à l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie, des campagnes d'information plus poussées pour les professionnels paramédicaux et ostéopathes pourraient s'ajouter aux campagnes tout public ou spécialisées pour les médecins en raison de leur influence sur le public.

A propos d'Internet, les patients semblent privilégier les sites de vulgarisation médicale de manière assez nette. Ces résultats étant sur des échantillons extrêmement faibles, ils resteraient à confirmer mais il pourrait encore une fois s'agir d'une piste pour les campagnes

d'informations, avec un support adapté. Un travail actif de sensibilisation sur ce genre de sites avec un éventuel "contrôle" des informations fournies au Grand Public pourraient également aider la prise d'information des patients.

VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière sous réserve d'effectifs finalement faibles que les patients conservent un attachement très important à l'imagerie médicale au cours de leur parcours de soin d'une lombalgie. Cet examen est jugé par la majorité comme indispensable et/ou très utile.

Les recommandations scientifiques notamment de la Haute Autorité de Santé s'opposent à ce ressenti général des patients dans le sens où elles ne préconisent l'imagerie médicale que dans certaines situations particulières ne correspondant pas aux lombalgies aiguës simples. La différence la plus significative entre ces deux points de vue peut être la radiographie rachidienne standard qui semble bénéficier d'un statut très particulier aux yeux des patients qui jugent cet examen comme particulièrement performant alors que les recommandations ont restreint son indication à quelques rares situations très spécifiques.

L'objectif de ce travail n'a pas été de s'opposer à ces recommandations établies par les sociétés savantes sur la base d'études nombreuses et assurément incontestables. Néanmoins cet attachement particulièrement fort des patients pourrait avoir un intérêt psychologique notamment dans le cadre d'une approche biopsychosociale. L'imagerie médicale, dans certaines situations et pour certains patients, serait susceptible d'avoir un impact sur le patient et sa prise en charge malgré sa probable inutilité sur le plan médical strict. En effet un examen aussi estimé par le patient dont le résultat est négatif pourrait le rassurer et enrayer une escalade thérapeutique et diagnostique voire améliorer le pronostic de sa guérison et limiter le risque de chronicisation. Cette thèse permet d'avancer cette hypothèse qui reste à explorer. A noter que des travaux pourraient être effectués sur ce sujet de la lombalgie ainsi que de ceux de la cervicalgie dont les recommandations récentes limitent également drastiquement les indications d'imagerie et dont les problématiques semblent similaires.

Par ailleurs cette étude avance également quelques pistes d'amélioration de la situation au niveau des campagnes d'information. Leur portée semble effective avec un grand nombre de patients touchés par le message mais la traduction de ce message dans les faits semble beaucoup plus limitée.

Des campagnes répétées sur l'imagerie médicale seront probablement nécessaires pour tenter de diminuer cette association à priori très fréquente entre lombalgie et radiologie de la part des patients. Notre étude suggère un travail sur le public mais également sur les médecins, semblant peu investis au sein de notre échantillon dans la transmission des messages de recommandations, ainsi que sur les professions paramédicales et/ou ostéopathes, à priori très sollicités par les patients sur leur prise en charge, et enfin éventuellement sur les sites d'informations médicales vulgarisées, sources plébiscitées par les patients sur Internet.


VU et approuvé
Strasbourg, le 03 NOV. 2022
Le Doyen des Facultés de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



VU
Strasbourg, le 18 Octobre 2022
Le président du jury de thèse
Professeur F. GUYON


VII. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : Drapeaux Rouges définis par la HAS



DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexpliquée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachiatgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 65 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

B. ANNEXE 2 : Résumé des résultats

Age de la population étudiée :

42.9% âgés de plus de 55 ans, 57.1% âgés entre 20 et 55 ans, 0% âgé de moins de 20 ans

Parcours de soin avant l'épisode de lombalgie actuel :

Antécédents de lombalgie : Oui : 95.2 %, Non : 4.8 %

Délai du dernier épisode : < 3 mois : 16.7 %, 3-12 mois : 23.3 %, > 12 mois : 60.0 %

Réalisation d'un examen radiologique précédent pour motif de lombalgie : Oui : 70.0 %, Non : 30.0 %

Si réalisé précédemment, quel type d'examen : Radiologie standard : 92.9 %, IRM : 28.6 %, TDM : 19 % (soit 40.5 % ayant bénéficié d'une IRM, d'une TDM ou des deux)

Parcours de soin lors de l'épisode actuel :

Type de douleur : Isolée : 39.7 %, Avec irradiation : 60.3 %

Durée d'évolution : Moins de 7 jours : 9.5 %, 1-4 semaines : 36.5 %, 1-3 mois : 27.0 %, Plus de 3 mois : 27.0 %

Effectifs du type de douleur selon la durée d'évolution :

Type de douleurs	Durée d'évolution			
	< 7 jours	1-4 semaines	1-3 mois	> 3 mois
Isolée (25 patients)	2 (8,0%)	10 (40,0%)	8 (32,0%)	5 (20,0%)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	4 (10,5%)	13 (34,2%)	9 (23,7%)	12 (31,6%)

Test de Fisher non significatif

Délai de consultation : Moins de 48h : 19.0 %, 2-7 jours : 30.2 %, 1-4 semaines : 20.2 %, Plus de 1 mois : 30.2 %

Délai de consultation selon le type de douleurs :

Type de douleurs	Délai de 1 ^{ère} consultation			
	< 48 heures	2 à 7 jours	1-4 semaines	> 4 semaines
Isolée (25 patients)	2 (8,0%)	9 (36,0%)	5 (20,0%)	9 (36,0%)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	10 (26,3%)	10 (26,3%)	8 (21,1%)	10 (26,3%)

Test de Fisher non significatif

Délai de prescription :

Examen prescrit lors de la 1^{ère} consultation pour motif de lombalgie : 68.3 %, Examen prescrit lors de la 2^e consultation ou plus : 31.7 %

Délai de prescription < 1 mois : 68.3 %, délai de prescription > 1 mois : 31.7 %

Délai de prescription selon type de douleurs

Type de douleurs	Délai de prescription	
	< 1 mois	> 1 mois
Isolée (25 patients)	16 (64,0%)	9 (36,0%)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	27 (71.1 %)	11 (28.9 %)

Test de Fisher non significatif

Type d'examen prescrit : Radiologie standard : 93.7 %, IRM : 34.9 %, TDM : 7.9 % (soit TDM + IRM : 42.9 %)

Type d'examen prescrit selon type de douleur

Type de douleurs	Type d'examen prescrit			
	Radiographie standard	IRM	TDM	IRM + TDM
Isolée (25 patients)	25 (100 %)	3 (12 %)	2 (8 %)	5 (20 %)
Irradiation Fesses/Membre (38 patients)	34 (89.5 %)	19 (50.0 %)	3 (7.9 %)	22 (57.9 %)

Test de Fisher significatif

Type d'examen prescrit selon durée d'évolution

Durée d'évolution	Type d'examen prescrit			
	Radiographie standard	IRM	TDM	IRM + TDM
< 7 jours (6 patients)	6 (100 %)	0	0	0
1-4 semaines (23 patients)	21 (91.3 %)	5 (21.7 %)	2 (8.7 %)	7 (30.4 %)
1-3 mois (17 patients)	16 (94.1 %)	8 (47.1 %)	1 (5.9 %)	9 (52.9 %)
> 3 mois (17 patients)	16 (94.1 %)	9 (52.9 %)	2 (11.8 %)	11 (64.7 %)

Test de Fisher non significatif

Ressenti des patients

Performance des examens d'imagerie selon les patients : Radiologie standard : 68.3 %, IRM : 41.3 %, TDM : 9.5 %, Echo : 4.8 %, Autre : 3.2 %

Perception en cas de négativité/bénignité des examens : Rassuré : 55.6 % ; Inquiet : 28.6 %, Non précisé : 15.9 %

Poursuite d'investigation : 36.5 %

Perception selon type de douleurs

Type de douleurs	Perceptions			Poursuite d'investigation
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée	
Isolée (25 patients)	15 (60 %)	5 (20 %)	5 (20 %)	7 (28 %)
Irradiation (38 patients)	20 (52.6 %)	13 (34.2 %)	5 (13.1 %)	16 (55.3 %)

Test de Fisher non significatif

Perception selon durée d'évolution

Durée évolution	Perceptions			Poursuite d'investigation
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée	
< 1 Mois (29 patients)	17 (58,6 %)	5 (17,2 %)	7 (24,2 %)	11 (37.9 %)
1-3 Mois (17 patients)	10 (58,8%)	7 (41.2 %)	0	4 (23.5%)
> 3 Mois (17 patients)	8 (47.1 %)	6 (35,3 %)	3 (17.6 %)	8 (47.1 %)

Test de Fisher non significatif

Perception selon examen prescrit

Examen prescrit	Perceptions			Poursuite d'investigation
	Rassuré	Inquiet	Perception non précisée	
Radiographie seule (39 patients)	28 (71,8 %)	5 (12,8 %)	6 (15.4 %)	11(28,2 %)
IRM/TDM +/- RX (24 patients)	7 (29,2 %)	13 (54,2 %)	4 (16.6 %)	12 (50 %)

Test de Fisher significatif

Ressenti des patients sur le délai de prescription de leur examen : Délai justifié : 85.7 %, Délai trop tardif : 14.3 %, Délai trop précoce/injustifié : 0 %

Ressenti des patients sur la pertinence de la prescription de leur examen : Examen indispensable : 52.4 %, Examen à faire selon les recommandations : 42.9 %, Examen à éviter : 1.6 %, Examen inutile : 1.6 %, Autre réponse : 1.6 %

Thérapeutique/soins privilégiés par les patients pour traiter leur lombalgie :

	Kinésithérapeute/ Ostéopathe	Médicament	Imagerie médicale	Activité physique	Repos/ Arrêt de travail	Hydratation
63 patients	42 (66,7 %)	37 (58,7 %)	32 (50,8 %)	31 (49,2 %)	21 (33,3 %)	13 (20.6 %)
Classement	1	2	3	4	5	6

Impact des autorités scientifiques et campagnes de sensibilisation

Notion d'existence de recommandations de la HAS : Oui : 15.9 %, Non : 84.1 %,

Si notion d'existence de telles recommandations, informations réalisées par leur médecin : Oui : 60 %, Non : 40 %

- Au final : 9.5 % de l'ensemble des patients ont eu l'information de leur médecin

Notion d'existence de campagnes de sensibilisation à la prise en charge de la lombalgie :
Oui : 74.6 %, Non : 25.4 %

Prise d'information complémentaire : Oui : 25.4 %, Non : 74.6 %

Type d'information : Internet : 56.3 %, Famille et proches : 18.8 %, Magazine/Télévision : 0 %, Professionnels paramédicaux : 50.0 %, Praticiens de médecine alternative : 18.8 %, Autres : 12.5 %

Sources Internet : Sites de vulgarisation médicale : 88.9 %, Presse spécialisée : 22.2 %, Presse généraliste : 0 %, Forums : 22.2 %, Groupe de patients : 0 %, Autre : 11.1 %

C. ANNEXE 3 : Auto-questionnaire

Recours à l'imagerie médicale dans la lombalgie : point de vue des patients

Ce questionnaire a pour objectif de collecter des informations dans le cadre d'une thèse de Médecine s'intéressant à votre ressenti et vos attentes vis-à-vis de la réalisation d'imageries médicales (radio, IRM, scanner, ...) dans votre parcours de soins pour douleurs lombaires. Ce questionnaire est anonyme. Aucune information ne sera communiquée à votre médecin.

- 1) Quel âge avez-vous ?
 - a) - de 20 ans
 - b) 20-54 ans
 - c) 55 ans et plus

- 2) Présentez-vous des antécédents médicaux personnels de :
 - a) Cancer
 - b) Scoliose
 - c) Prise de corticoïdes au long cours dans le cadre d'une pathologie chronique (asthme, maladie auto-immune, maladie rhumatologique, ...)
 - d) Traumatisme grave récent (accident de la voie publique, chute de hauteur, ...)
 - e) Aucun antécédent particulier
 - f) Autre :

- 3) Avez-vous déjà eu un épisode de douleurs lombaires dans votre vie ?
 - a) Non
 - b) Oui

Si oui, à combien de temps cela remonte-t-il ?

 - a) - de 3 mois
 - b) Entre 3 et 12 mois
 - c) + de 12 mois

Si oui, aviez-vous réalisé un examen radiologique lors de cet(s) épisode(s) ?

 - a) Non
 - b) Oui

Si oui Le ou lesquels (*Plusieurs réponses possibles*) :

 - a) Radiologie(s)
 - b) IRM
 - c) Scanner
 - d) Autre :

- 4) A propos de vos douleurs actuelles, s'agit-il d'un accident du travail ?
 - a) Non
 - b) Oui

- 5) De quoi souffrez-vous principalement à l'heure actuelle ?
 - a) Douleurs lombaires isolées (limitées au bas du dos)
 - b) Douleurs lombaires se prolongeant dans les fesses
 - c) Douleurs lombaires se prolongeant dans une ou les deux jambes avec conservation de la marche
 - d) Autre :

- 6) A propos de l'épisode actuel, depuis combien de temps évoluent vos douleurs lombaires ?
- de 7 jours
 - Entre 1 et 4 semaine(s)
 - Entre 1 et 3 mois
 - > 3 mois
- 7) Dans quel délai après l'apparition de vos douleurs lombaires avez-vous consulté votre médecin pour la première fois ?
- de 48 heures
 - De 2 à 7 jours
 - Entre 1 et 4 semaines
 - > 4 semaines
- 8) A propos de l'épisode actuel de douleurs lombaires, cet examen radiologique a été prescrit par votre médecin lors de la :
- 1ère consultation pour ce motif de douleurs lombaires
 - 2ème consultation
 - 3ème consultation ou +
 - Suite à une consultation d'un médecin spécialiste (orthopédiste, rhumatologue,...)
 - Lors d'une consultation pour un autre motif initial
 - Autre :
- En cas de prescription lors de la 2^{ème} consultation ou plus, l'imagerie (radios, IRM, scanner, ...) a été prescrite par votre médecin au bout de quel délai après l'apparition de vos symptômes ?**
- de 48 heures
 - De 2 jours à 2 semaines
 - De 2 à 4 semaines
 - De 1 à 3 mois
 - + de 3 mois
- 9) Quel(s) examen(s) radiologique(s) vous a-t-il été prescrit par votre médecin ce jour ? (**Plusieurs réponses possibles**)
- Radiologie(s)
 - IRM
 - Scanner
 - Autre :
- 10) Selon vous, quel(s) examen(s) parmi cette liste vous semble le plus performant pour établir un diagnostic dans votre situation ? (**Plusieurs réponses possibles**)
- Radiographies du rachis +/- bassin
 - Scanner rachidien
 - IRM rachidienne
 - Echographie
 - Autre :
- 11) Si l'imagerie que vous allez réaliser ce jour s'avère normale ou ne retrouve que des anomalies bénignes, serez-vous (**Plusieurs réponses possibles**) :
- Rassuré(e)
 - Inquiet(ète) de l'absence de diagnostic clairement identifié
 - Désireux(se) de poursuivre les examens radiologiques
 - Désireux(se) de consulter un médecin spécialiste (orthopédiste, rhumatologue, neurochirurgien, ...)
 - Désireux(se) de faire d'autres examens non radiologiques (prise de sang, EMG, ...)
 - Autre :

- 12) Avant la réalisation de cet examen, avez-vous pris des informations de source non médicale sur vos douleurs lombaires (traitement, pronostic, diagnostic,) ?
- Non
 - Oui

Si oui, lequel (lesquels) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Internet (sites de vulgarisation médicale, forums, ...)
 - Famille / Amis / Connaissances
 - Magazines, émissions de télévision
 - Professionnel travaillant dans le domaine de la santé et non médecin (ostéopathe, infirmier(ère), sage-femme, chiropracteur, acupuncteur...)
 - Soignant de médecine alternative : coupeur de feu, magnétiseur, rebouteux, ...)
 - Autre :
- 13) En cas de recueil d'information sur Internet, avez-vous consulté (*Plusieurs réponses possibles*) :
- Site(s) de vulgarisation médicale (Doctissimo, Vulgaris-médical, Passeportsanté,...)
 - Des articles de presse spécialisée (Le Quotidien du Médecin, Prescrire,...)
 - Des articles de presse généraliste (Le Figaro, L'Express,...)
 - Des forums
 - Des groupes de patients/témoignages Facebook, Twitter, Instagram, ...
 - Autre :
- 14) Saviez-vous qu'il existe des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé à propos de la prescription d'imagerie dans la lombalgie (douleurs lombaires) ?
- Non
 - Oui
- Si oui**, est-ce que votre médecin vous a parlé de ces recommandations sur l'imagerie médicale ?
- Non
 - Oui
- 15) Pensez-vous d'après votre avis que votre prescription d'imagerie actuelle est selon les recommandations :
- Justifiée dans le bon délai
 - A été prescrite et réalisée trop tardivement
 - Est réalisée trop tôt dans votre prise en charge et aurait peut-être pu être évitée
 - Injustifiée
 - Autre :
- 16) Avez-vous entendu parler de campagnes de sensibilisation par rapport aux douleurs lombaires réalisées ces dernières années par l'Assurance Maladie à destination du grand public ?
- Non
 - Oui
- 17) Ces campagnes et les autorités de santé ne préconisent la réalisation d'imagerie médicale (examens radiologiques) que dans certaines situations précises. Qu'en pensez-vous ?
- L'imagerie médicale vous semble indispensable dans la prise en charge des douleurs lombaires
 - L'imagerie médicale est utile mais doit être utilisée selon les recommandations
 - L'imagerie médicale doit être évitée au maximum
 - L'imagerie médicale est inutile dans la plupart des douleurs lombaires
 - Autre :

- 18) Quels sont les **3 traitements ou examens** parmi cette liste qui vous semblent les plus utiles dans la prise en charge des douleurs lombaires ? (**3 réponses attendues**)
- a) Médicaments : paracétamol, anti-inflammatoires, anti-douleurs, ...
 - b) Imagerie médicale (radiologie, IRM, scanner,...)
 - c) Repos / Arrêt de Travail
 - d) Activité physique (marche, sport, ...)
 - e) Kinésithérapeute/ostéopathe
 - f) Hydratation

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- 1) J. Gourmelen, J.-F. Chastanga, A. Ozguler and al. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. Novembre 2007, Vol. 50, 8, pp. 633-639.
- 2) « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » : sensibilisation sur la lombalgie [Internet]. [Cité 07 juillet 2021].
Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
- 3) PROGRAMME DE SENSIBILISATION SUR LA LOMBALGIE, Dossier de Presse Assurance Maladie [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf
- 4) SFMG : LOMBALGIE COMMUNE EN SOINS PREMIERS [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
- 5) Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Autorité de Santé. [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- 6) National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. London: NICE; 2016
- 7) Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain. Sixteenth edition. Bloomington: ICSI; 2018
- 8) Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin B. Overtreating chronic back pain : time ti back off ? J. Am. Board Fam Med. 2009 ; 22 : 62-68
- 9) Verdier J. Impact des recommandations HAS 2019 et place de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité. [Rouen] : Université de Rouen Normandie ; 2020.
- 10) Floriane Dumont. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient : étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00926241

- 11) Pauline AIT SLIMANE. L'influence d'Internet dans la relation médecin-patient. Etude qualitative menée auprès de 13 médecins généralistes du Cher, Université de Tours, 2017.
- 12) Mathilde SOULARD, Les patients de médecine générale et leurs comportements de recherche d'information médicales sur Internet, Université de Nantes, 2012
- 13) Définition, causes et symptômes de la lombalgie [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>
- 14) Leboeuf-Yde C, Klougart N, Lauritzen T. How common is low back pain in the nordic population ? Data from a recent study on a middle-aged general Danish population and four surveys previously conducted in the nordic countries. Spine. 1996 ; 21 (13) : 1518-1526.
- 15) Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. Spine. 1995 ; 20 (17) : 1889-1894.
- 16) Stranjalis G, Tsamandouraki K, Sakas DE, Alamanos Y. Low back pain in a representative sample of Greek population. Spine. 2004. 29 (12) : 1355-1361
- 17) Leclerc A, Chastang JF, Ozguler A, Ravaud JF. Chronic back problems among persons 30 to 64 years old in France. Spine. 2006. 31 (4) : 479-484.
- 18) SFMG : LOMBALGIE COMMUNE EN SOINS PREMIERS [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
- 19) NRS : Santé et Sécurité au travail [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
- 20) L. AUVRAY, S. DUMESNIL, P. LE FUR, Santé, soins et protection sociale en 2000 : Enquête sur la santé et la protection sociale France 2000, Rapport N°508 (biblio n° 1364), Déc 2001
- 21) Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009 Feb 7;373(9662):463-72.

- 22) Andersen JC. Is Immediate Imaging Important in Managing Low Back Pain? *J Athl Train.* 1 janv 2011 ;46(1) :99-102.
- 23) McCullough BJ, Johnson GR, Martin BI, Jarvik JG. Lumbar MR Imaging and Reporting Epidemiology : Do Epidemiologic Data in Reports Affect Clinical Management ? *Radiology.* Mars 2012;262(3):941-6.
- 24) Jenkins HJ, Kongsted A, French SD, Jensen TS, Doktor K, Hartvigsen J, et al. What are the effects of diagnostic imaging on clinical outcomes in patients with low back pain presenting for chiropractic care : a matched observational study. *Chiropr Man Ther.* déc 2021;29(1):46.
- 25) French SD, Green ME, Bhatia RS, Peng Y, Hayden JA, Hartvigsen J, et al. Imaging use for low back pain by Ontario primary care clinicians: protocol for a mixed methods study – the Back ON study. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2019;20(1):50.
- 26) Laure MOUCHIKHINE Respect des recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques aiguës en cabinet de médecine générale. [Nice] : Université Sophia Antipolis ; 2015.
- 27) Delphine BREIL, Respect des recommandations de l'ANAES, en médecine générale, dans la prescription des examens complémentaires des lombosciatiques de moins de 3 mois d'évolution. [Créteil] : Université de Paris Val de Marne ; 2007.
- 28) Elodie FRESNAIS-CANEVET, Evaluation de l'observance et de la non observance des recommandations pour la prescription d'imagerie rachidienne par les médecins généralistes. [Angers] : Université Angers ; 2013
- 29) Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. Edmonton: TOP; 2015.
- 30) CMGF : Congrès Médecine Générale France. MAL DE DOS ? LE BON TRAITEMENT C'EST LE MOUVEMENT - Intervention de Dr Julien LE BRETON, La Courneuve, 2018 [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=1IY4aEVxaXs>
- 31) Lombalgie commune : comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle : Informations destinées aux professionnels de santé et aux services de santé au travail [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/orientation-prise-charge-pluridisciplinaire_assurance-maladie.pdf

- 32)** Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 1:CD012004.
- 33)** Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018;27(1):60-75
- 34)** Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 6:CD012230
- 35)** Rasmussen-Barr E, Held U, Grooten WJ, Roelofs PD, Koes BW, van Tulder MW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 10:CD012382.
- 36)** Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;Issue 2:CD012087.
- 37)** Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(7):1269-78
- 38)** Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 2017;21(2):228-37.
- 39)** American Osteopathic Association. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for patients with low back pain. *J Am Osteopath Assoc* 2016;116(8):536-49.
- 40)** Canadian Chiropractic Guideline Initiative, Bussi eres AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, et al. Spinal manipulative therapy and other conservative treatments for low back pain: a guideline from the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *J Manipulative Physiol Ther* 2018;41(4):265-93
- 41)** Carole BABLED, LE MÉDECIN G ENERALISTE ET L'OSTÉOPATHIE : ÉVALUATION DU RECOURS AUX MANIPULATIONS VERTÉBRALES PAR LES MÉDECINS G ENERALISTES DANS LA LOMBALGIE AIGUE COMMUNE EN MIDI-PYRÉNÉES. [Toulouse] : Université Toulouse III ; 2014.

- 42) Santé Publique France : Lombalgie et hernie discale [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculosquelettiques/donnees/lombalgie-et-hernie-discale>
- 43) De Inocencio J. Musculoskeletal pain in primary pediatric care : Analysis of 1000 consecutive general pediatric clinic visits. *Pediatrics* 1998;102:E63.
- 44) Balagué F, Nordin M. Back pain in children and teenagers. *Baillieres Clin Rheumatol* 1992;6:575-93.
- 45) Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed MJ, et al. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents : A qualitative analysis of content. *J Adolesc Health* 2004;34:37-45.
- 46) CEMKA Eval pour le SNITEM, B. DETOURNAY, L. COUROUVE, A. GRACIET, Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2018, 2018
- 47) CCAM en ligne V70 - [Internet]. [Cité 7 juillet 2022]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V70.pdf
- 48) Laure D, Fabien T. Le patient lombalgique et l'image de son rachis : perceptions et représentations recueillies après la consultation avec son médecin généraliste. [Angers] : Université de Angers ; 2016.
- 49) Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajoy Prasad S, Rishi MK. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials. *Eur Spine J.* 2021 Jul ;30(7):2069-2081.
- 50) Kerry S, Hilton S, Dundas D, Rink E, Oakeshott P. Radiography for low back pain : a randomised controlled trial and observational study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2002 ;6.
- 51) Kendrick D. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain : randomised controlled trial. *BMJ.* 17 févr 2001 ;322(7283):400-5.
- 52) Christophe HOCHARD, ATTENTES ET CROYANCES DES PATIENTS CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE POUR LOMBALGIES AIGUËS CHEZ L'ADULTE [Nancy] : Université de Lorraine ; 2015.

- 53)** Perez J. Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques. [Rennes] : Institut de formation en masso-kinésithérapie de Rennes ; 2013.
- 54)** Guillaume DALLE, Parcours biographique de patients lombalgiques : démarche qualitative par approche compréhensive. [Versailles Saint Quentin en Yvelines] : UFR Simone Veil ; 2020.
- 55)** Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Veronese N, Carvalho AF, Solomi M, et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2016;43:63-70.
- 56)** Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, Vale L, Scott NW, Campbell MK, Wardlaw D, Knight D, McIntosh E, Porter RW. Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain ? A pragmatic randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2004 May ;8(17) : iii, 1-131.
- 57)** Julien NEYS, Enquête sur la prise en charge de la lombalgie aiguë commune en médecine générale dans le département du Nord. [Lille 2] : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2014.
- 58)** Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain : a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J*. 1 mai 2019 ;28(5) :937-50.
- 59)** Hiske van Ravesteijn, Inge van Dijk, David Darmon, Floris van de Laar, Peter Lucassen, Tim Olde Hartman, Chris van Weel, Anne Speckens, The reassuring value of diagnostic tests : A systematic review, *Patient Education and Counseling*, Volume 86, Issue 1, 2012,
- 60)** Espeland A, Baerheim A, Albrektsen G, Korsbrekke K, Larsen JL. Patients' views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001 Jun 15 ;26(12):1356-63.
- 61)** Jenkins HJ, Hancock MJ, Maher CG, French SD, Magnussen JS. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in management of low back pain. *Eur J Pain* 2016 ;20(4):573-580
- 62)** Hoffman TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management : implications for evidence uptake. *BMC Family Practice*. 2013 ; 14 : 7

- 63)** Hall A, Coombs D, Richmond H, Bursey K, Furlong B, Lawrence R, et al. What do the general public believe about the causes, prognosis and best management strategies for low back pain ? A cross-sectional study. BMC Public Health. déc 2021;21(1):682.
- 64)** Sharma S, Traeger AC, Tcharkhedian E, Harrison J, Hersch JK, Pickles K, et al. “I would not go to him” : Focus groups exploring community responses to a public health campaign aimed at reducing unnecessary diagnostic imaging of low back pain. Health Expect. avr 2021;24(2):648-58.
- 65)** Thomas LE VRAUX. ELABORATION D'UN DOCUMENT D'INFORMATION DESTINE AUX PATIENTS SOUFFRANT DE LOMBALGIE AIGUE COMMUNE. [Lyon Est] : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014.
- 66)** Gautier L, Girard C. La lombalgie aigue commune : essai prospectif randomisé contrôlé évaluant l’efficacité d’un document écrit d’information sur le maintien des activités habituelles à 3 mois. [Grenoble]: Université de Grenoble Alpes ; 2017.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MEUNIER Prénom : XAVIER

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur :

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À GERARD, le 01/11/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

ABSTRACT

Prospective qualitative study aiming to evaluate patients' perception of medical imaging 's place in the management of acute back pain

Objective : To study patients' feeling concerning the prescription and the realisation of radiological examinations during an acute back pain's management.

Methods : A self-report questionnaire including 18 questions has been given to patients, consulting a radiology center to achieve examinations prescribed by their doctors, for six weeks between January and February of 2021.

Results : 63 questionnaires have been completed. Patients were reassured by the realisation of a standard radiography instead of the association of a radiography with a MRI or a CT Scan. Patients think that medical imaging is very useful and that it's the third best way to manage back pain in terms of therapeutic and diagnosis, before physical activity. Standard spine radiography is considered to be the most efficient, before MRI.

Conclusion : Patients think that radiological examinations are particularly essential to back pain's management, which is in contrast with HAS' recommendations. A benefic psychological effect to their achievement can be discussed for certain patients.

Repeated information campaigns will be necessary to the evolution of these strong anchored beliefs. The involvement of doctors, kinesitherapists, osteopaths and even internet seems necessary.

Keywords : Back pain, medical imaging, HAS, feeling, general medicine

RÉSUMÉ

Etude prospective qualitative visant à évaluer la perception par les patients de la place de l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie aiguë

Objectif : Evaluer le ressenti des patients par rapport à la prescription et la réalisation d'examens radiologiques au décours d'une prise en charge pour lombalgie aiguë

Méthode : Un auto-questionnaire de 18 questions a été distribué à des patients se rendant en cabinet de radiologie afin d'effectuer des examens prescrits par leurs médecins sur une période de 6 semaines entre janvier et février 2021.

Résultats : 63 questionnaires ont été exploités. Les patients sont plus rassurés par une radiographie standard simple que l'association à une IRM ou un TDM. Les patients jugent l'imagerie médicale comme très utile et la placent en 3^e position des moyens thérapeutiques/diagnostiques les plus utiles dans la prise en charge de la lombalgie aiguë, devant l'activité physique. La radiographie rachidienne standard est l'examen jugé le plus performant, devant l'IRM.

Conclusion : Les patients jugent les examens radiologiques comme particulièrement indispensables à leur prise en charge dans la lombalgie aiguë, contrastant avec les recommandations de la HAS. Un effet psychologique bénéfique à leur réalisation peut se discuter pour certains patients.

Des campagnes d'information répétées seront nécessaires à l'évolution de croyances solidement ancrées. Une implication des médecins mais aussi des kinésithérapeutes et/ou des ostéopathes voire de sites Internet semble nécessaire.

Mots-clés : lombalgie, imagerie médicale, HAS, ressenti, médecine général

Résumé :

Etude prospective qualitative visant à évaluer la perception par les patients de la place de l'imagerie médicale dans la prise en charge de la lombalgie aigüe

Objectif : Evaluer le ressenti des patients par rapport à la prescription et la réalisation d'examens radiologiques au décours d'une prise en charge pour lombalgie aigue

Méthode : Un auto-questionnaire de 18 questions a été distribué à des patients se rendant en cabinet de radiologie afin d'effectuer des examens prescrits par leurs médecins sur une période de 6 semaines entre janvier et février 2021.

Résultats : 63 questionnaires ont été exploités. Les patients sont plus rassurés par une radiographie standard simple que l'association à une IRM ou un TDM. Les patients jugent l'imagerie médicale comme très utile et la placent en 3^e position des moyens thérapeutiques/diagnostiques les plus utiles dans la prise en charge de la lombalgie aigüe, devant l'activité physique. La radiographie rachidienne standard est l'examen jugé le plus performant, devant l'IRM.

Conclusion : Les patients jugent les examens radiologiques comme particulièrement indispensables à leur prise en charge dans la lombalgie aigue, contrastant avec les recommandations de la HAS. Un effet psychologique bénéfique à leur réalisation peut se discuter pour certains patients.

Des campagnes d'information répétées seront nécessaires à l'évolution de croyances solidement ancrées. Une implication des médecins mais aussi des kinésithérapeutes et/ou des ostéopathes voire de sites Internet semble nécessaire.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : lombalgie, imagerie médicale, HAS, ressenti, médecine générale

Président : Monsieur le Professeur Francis VEILLON

Assesseurs : Monsieur le Professeur Philippe HILD

Monsieur le Docteur Cédric CHABBERT

Adresse de l'auteur : Xavier MEUDIC

55A rue du Val Saint Grégoire

68000 COLMAR