

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 97

THESE

Pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES
MEDECINE GENERALE**

Par

Audrey RICHARD

Née le 14 août 1984 à Cholet (49)

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2011

**LE SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE
EST-IL UN PROBLEME POUR LES MEDECINS GENERALISTES ?**

Etude auprès d'un groupe de médecins de Loire-Atlantique

par la méthode du focus group

Président : Monsieur le Professeur SENAND
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GORONFLOT
Membres du Jury : Monsieur le Professeur BRULEY DES
VARANNES
Monsieur le Professeur VANELLE

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODE	8
1. PRESENTATION DE LA METHODE	9
2. NOTRE FOCUS GROUP	10
2.1 Les questions : le guide d’entretien	10
2.2 Les acteurs.....	10
2.3 Déroulement de la séance.....	11
3. METHODE D’ANALYSE	13
3.1 Analyse de contenu	13
3.2 Analyse de la dynamique de groupe	14
RESULTATS.....	15
1. ANALYSE DU CONTENU	16
1.1 Transcription du verbatim	16
1.2 Découpage du verbatim en unités d’analyse	16
1.3 Liste des catégories d’analyse	17
1.4 Application des catégories aux unités d’analyse.....	17
2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE	33
2.2 Conditions générales de réalisation de l’entretien	33
2.3 Débats et alliances entre participants.....	34
DISCUSSION	37
1. DISCUSSION DE LA METHODE	38
1.1 Choix de la méthode.....	38
1.2 Limites du focus group	38
1.3 Biais de sélection des participants	39

1.4 Validité.....	39
2. DISCUSSION DES RESULTATS.....	40
2.1 Ressenti dans la prise en charge du SII.....	40
2.2 Les solutions pour améliorer cette prise en charge	51
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58
ANNEXES.....	63
ANNEXE 1 : LA METHODE DU FOCUS GROUP	64
ANNEXE 2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN	66
ANNEXE 3 : TRANSCRIPTION DU VERBATIM	67
ANNEXE 4 : DECOUPAGE DU VERBATIM EN UNITES DE SIGNIFICATION	86
ANNEXE 5 : MATERIEL NON UTILISE DANS L'ANALYSE.....	110
SERMENT D'HIPPOCRATE	112

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CCR : Cancer Colo-Rectal

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

FMC : Formation Médicale Continue

MICI : Maladie Inflammatoire chronique de l'Intestin

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

SII : Syndrome de l'Intestin Irritable

SMR : Service Médical Rendu

TFI : Trouble Fonctionnel Intestinal

US : Unité de Signification

WGO : World Gastroenterology Organisation

INTRODUCTION

Le SII (syndrome de l'intestin irritable) est un TFI (trouble fonctionnel intestinal). Cette entité est évoquée depuis 1944 [1]. Aucun test diagnostique ne peut confirmer la présence de la maladie : le diagnostic est clinique. Il a été établi des critères diagnostiques fondés sur les symptômes (redéfinis en 2007 par les critères de Rome III [2, 3]) et sur l'absence d'une cause organique démontrable [4]. Il s'agit de douleurs ou d'un inconfort abdominal présent au moins trois jours par mois au cours des trois derniers mois et associés à au moins deux des signes suivants : l'amélioration après la défécation ; débutant avec une modification de la fréquence ou de l'apparence des selles ; et le début des symptômes remonte à au moins 6 mois avant le diagnostic [3,4, 5].

La physiopathologie est multifactorielle associant des troubles de la motricité, une hypersensibilité viscérale, et des facteurs psychologiques [1, 3, 6]. Plusieurs segments du tube digestif sont impliqués (intestin, côlon, rectum). Des recherches sont toujours en cours pour mieux comprendre la physiopathologie et la pharmacologie.

Le SII n'est pas associé à un risque accru de développer un cancer ou une maladie inflammatoire chronique intestinale ; il ne comporte pas une mortalité augmentée. Cependant il est chronique avec des phases de poussée et de rémission. Et pour les patients le retentissement psychologique, social et sur la qualité de vie peut être important [4, 7, 8].

Les TFI représentent la plus fréquente des affections intestinales [9]. La prévalence du SII dans la population générale est estimée à 10% [10] et concerne près de 5% des consultations en médecine générale et 20-30% chez le spécialiste [6, 11, 12] (mais les chiffres varient selon la définition [4, 10, 13]). Tous les patients ne consultent pas (environ 30% [14, 15, 16]), ce sont surtout ceux qui ont des symptômes sévères. Cependant pour un nombre important d'entre eux le diagnostic ne va pas être posé ou bien il le sera après de nombreuses consultations et investigations [10, 17].

Les patients se présentent chez un médecin pour la première fois le plus souvent entre 30 et 50 ans [4]. Ils consultent le médecin généraliste quasiment systématiquement et parfois aussi un spécialiste [15].

Les coûts entraînés sont soit directs (liés à la prise en charge du problème : consultations médicales, examens complémentaires, séjours hospitaliers et médicaments), soit indirects (liés aux arrêts de travail) soit intangibles (expliqués par les conséquences de la douleur sur l'activité physique et psychique) [18]. Le prix du « colopathe » est estimé à 525€ par an [10, 16].

Ces répercussions justifient de nombreuses recherches scientifiques (en témoignent l'abondance des publications sur ce sujet) et de nombreux articles de vulgarisation médicale.

Le rôle du médecin généraliste est d'abord d'identifier les patients concernés, puis de les rassurer sur la bénignité des troubles. Ensuite, de les accompagner afin de diminuer les troubles, et d'améliorer la qualité de vie. Il peut proposer des conseils diététiques, voire, des médicaments mais surtout la prise en charge comprend un accompagnement psychologique, puisque à ce jour les traitements existants sont symptomatiques, non spécifiques, d'efficacité inconstante ou non étudiée [4, 5, 19, 20, 21]. Un grand nombre de patients restent insuffisamment soulagés et/ou ont l'impression que leur plainte n'est pas entendue par leur médecin [10, 15].

Des recommandations internationales ont été élaborées par WGO (World Gastroenterology Organisation) en 2009. Elles précisent les conduites diagnostiques et thérapeutiques à tenir, et aussi l'importance d'une approche globale, donnant un rôle capital à la relation médecin-patient [4].

Certes, la littérature dans ce domaine est abondante, mais nous ne retrouvons pas d'étude s'intéressant aux points de vue des médecins généralistes sur ce sujet et notamment sur leurs pratiques. Nous avons donc décidé de consacrer notre travail de thèse à cette étude.

Partant des conditions décrites ci-dessus, nous nous sommes alors posé la question suivante : Le SII qui est un problème pour de nombreux individus, pour la société et pour la recherche scientifique l'est-il pour les médecins généralistes ? Et si oui, en quoi ?

Pour répondre à cette question, il nous a paru intéressant de mener une enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Nous nous sommes intéressés à leur pratique, leur ressenti et leurs difficultés éventuelles.

MATERIEL ET METHODE

1. PRESENTATION DE LA METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par la méthode du focus group auprès de 6 médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Cf. annexe 1 : explication de la méthode du focus group

2. NOTRE FOCUS GROUP

2.1 Les questions : le guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien avec des questions courtes, claires et ouvertes afin de stimuler la dynamique du groupe.

Cf. annexe 2 : Le guide d'entretien.

2.2 Les acteurs

2.2.1 Les participants

11 médecins ont été contactés deux mois et demi avant la date de la séance. Finalement 9 médecins ont donné leur accord de principe.

Les participants ont été sollicités de nouveau, par le biais d'un appel téléphonique, une semaine avant l'échéance.

Au total, le jour du focus group ils étaient au nombre de 6.

Les caractéristiques de notre groupe étaient :

Sexe :

- 2 femmes
- 4 hommes

Age :

- 1 médecin de moins de 40 ans
- 0 médecin entre 40 et 50 ans
- 5 médecins de plus de 50 ans

Lieu d'exercice :

- 3 exercent en zone urbaine
- 3 exercent en zone rurale

Ancienneté d'installation :

- 1 médecin depuis moins de 10 ans
- 0 médecin entre 10 et 20 ans
- 4 médecins entre 20 et 30 ans
- 1 médecin depuis plus de 30 ans

Participation à des activités d'enseignements :

- 3 médecins : 2 sont maître de stage niveau 1, 1 est maître de stage SASPAS
- 3 n'ont pas d'activité d'enseignement

2.2.2 Le modérateur

Le Docteur Goronflot, notre directeur de Thèse, s'est chargé d'être le modérateur de ce focus group.

2.2.3 L'observateur

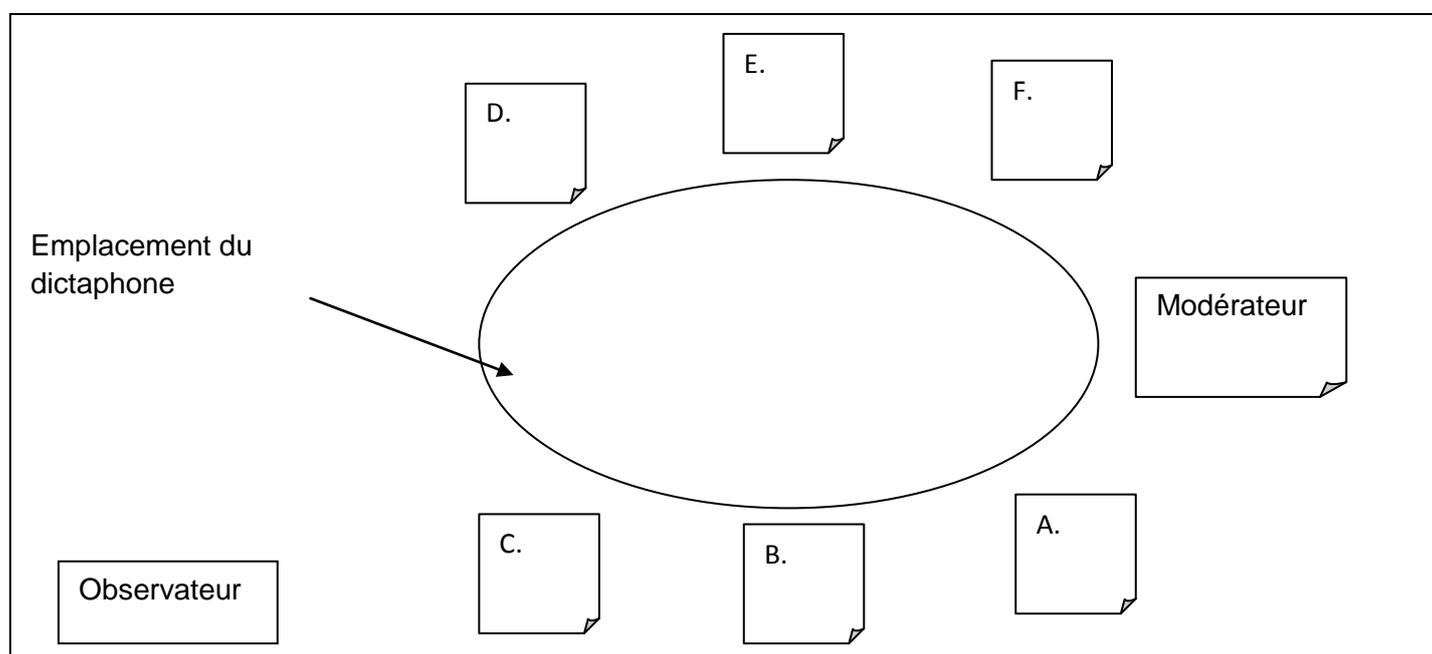
Nous nous sommes chargés d'être l'observateur.

2.3 *Déroulement de la séance*

La séance a eu lieu le jeudi 30 septembre 2010, à 20H45, dans une des salles de réunion du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Médecine de Nantes.

SCHEMA :

Placement des divers participants



La séance a débuté à 21H02. Un premier tour de table a permis aux différents candidats de se présenter brièvement. Puis, après avoir remercié les participants pour leur présence, le modérateur a précisé le cadre de cet entretien en informant les participants sur la recherche qualitative en médecine générale, il a réexpliqué la méthode du focus group et a détaillé le déroulement de la séance. Des consignes d'organisation de prise de parole au sein du groupe ont été données pour des questions d'audibilité de l'enregistrement et de facilité de retranscription. Il a insisté sur le fait que la parole devait circuler librement dans le groupe, qu'il n'y avait pas de hiérarchie, que l'intérêt de l'entretien résidait dans la production du groupe et qu'ainsi, une opinion émise par une personne face à une opinion émise par plusieurs avait la même valeur. L'autorisation d'enregistrement a de nouveau été demandée et la garantie d'anonymat des réponses réaffirmée.

Après cette introduction de 8 minutes nous avons dévoilé le sujet de l'étude.

Le modérateur a abordé le guide d'entretien en débutant par un tour de table puis il a laissé chaque participant prendre la parole quand il le souhaitait afin de laisser libre les candidats de réagir successivement aux questions et de compléter des propos ou argumenter des opinions qui font débat. Il a veillé toutefois à solliciter ceux qui ne s'étaient pas exprimés spontanément afin de respecter la prise de parole de chacun.

Il a relancé fréquemment le débat soit en se basant sur le guide d'entretien soit en interrogeant à partir de reformulation. Lorsque la discussion semblait épuisée, le modérateur réalisait une synthèse de ce qui avait été dit et vérifiait l'accord des participants avec ce qui avait été retenu. Puis la question suivante était entamée.

Le modérateur a essayé de s'assurer que le temps soit respecté pour chaque question, ce qui n'a pas été aisé car les candidats ont eu beaucoup de choses à dire. La répartition du temps de réponse aux questions n'a pas été homogène mais certains points du guide d'entretien ont été abordés durant d'autres questions. Dans notre entretien la première question a duré 16 min, la deuxième 30 min, la troisième 13 min et la quatrième question 20 min.

La séance s'est conclue à 22H30. Au total, l'entretien a duré 1 heure 19 minutes.

La soirée s'est terminée par un temps informel autour d'une collation offerte aux participants pour les remercier de leur investissement dans ce travail de recherche. Ils ont alors échangé leurs points de vue sur des thèmes plus ou moins en rapport avec le sujet de l'étude.

Nous leur avons précisé qu'ils seraient invités à assister à la présentation de la thèse.

3. METHODE D'ANALYSE

3.1 Analyse de contenu

3.1.1 Phase de collecte

Il s'agit de retranscrire intégralement ce qui a été dit durant la séance.

Les interventions de chaque participant doivent être bien individualisées, de même que les commentaires du modérateur et tous les aspects non verbaux identifiés par l'observateur. Par respect de la confidentialité, le nom des intervenants n'est pas mentionné. Nous utiliserons pour ce travail les conventions retenues par Michael BILLIG :

= Est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.
[Est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.
(.) Indique une pause courte.
... Signale une omission ou quelque chose d'inaudible.
{ } Pour toutes formes de précision, souvent relatives au ton ou à des gestes.
On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en majuscules les moments où les voix se font particulièrement fortes.

Ce texte intégral brut produit s'appelle le verbatim. [22, 24]

Cette étape a nécessité 17 heures de transcription pour 1H19min d'entretien.

3.1.2 Phase d'analyse proprement dite

L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème de façon à être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes.

L'analyse dite de « la table longue » est utilisée : le principe consiste à découper le verbatim en unités d'analyse (unités de signification) ou « occurrences » qui peuvent être des expressions, des phrases, des sentiments, des mots clés, un silence, ..., exprimant une seule idée. [24]

Les unités d'analyse sont ensuite regroupées en catégories d'analyse ou « dimensions ». Ces catégories d'analyse sont des thèmes qui découlent des questions posées en début de travail. L'objectif est de regrouper les unités d'analyse de même sens qui se sont dispersées dans l'analyse chronologique de l'entretien. [22]

Nous avons utilisé une catégorisation d'ordre thématique mais d'autres critères de catégorisation sont possibles : formelles (étudie les formes et l'enchaînement du discours) ou structurales (étudie la manière dont les éléments du message sont agencés). [30]

Cette phase de codage permet d'éliminer les « hors sujet », de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé. [22]

Ainsi un thème ou un énoncé qui n'apparaît que de façon minimal dans les communications, voire l'absence d'énoncés (alors qu'on s'y attendait) peuvent constituer des catégories qui méritent d'être analysées. [29]

On peut utiliser l'analyse assistée par ordinateur à l'aide de logiciels de statistiques textuelles ; cependant nous n'en disposons pas et leur utilité ne nous a pas semblé indispensable pour ce travail. [22, 29]

Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Office Word 2007.

3.2 Analyse de la dynamique de groupe

Cette partie de l'analyse décrit les conditions générales de réalisation de l'entretien, notamment la spontanéité des réponses, le volume des échanges, le temps de parole global des participants, mais aussi les silences et les rebondissements entre participants, attestant de la richesse des idées échangées.

Cette étude doit également analyser si des alliances entre participants ou au contraire des désaccords se sont constituées à travers les différents débats et rechercher si un leader d'opinion s'est dégagé. [25, 27]

RESULTATS

1. ANALYSE DU CONTENU

1.1 *Transcription du verbatim*

Cf. annexe 3 : transcription du verbatim

Il s'agit de la transcription intégrale de l'enregistrement audio de l'entretien. Par respect de la confidentialité, chaque intervenant est désigné par une lettre (A., B., C., D., E., F.) qui apparaît avant chacune de ses prises de parole.

Précisions concernant les caractéristiques des participants :

A. : Femme, âgée de plus de 50 ans, exerçant en zone rurale, installée depuis 20 à 30 ans, maître de stage niveau 1

B. : Homme, âgé de plus de 50 ans, exerçant en zone urbaine, installé depuis 20 à 30 ans, sans activité d'enseignement

C. : Femme de moins de 40 ans, exerçant en zone rurale, installée il y a moins de 10 ans, sans activité d'enseignement

D. : Homme, âgé de plus de 50 ans, exerçant en zone rurale, installé depuis plus de 30 ans, maître de stage SASPAS

E. : Homme, âgé de plus de 50 ans, exerçant en zone urbaine, installé depuis 20 à 30 ans, sans activité d'enseignement

F. : Homme âgé de plus de 50 ans, exerçant en zone urbaine, installé depuis 20 à 30 ans, maître de stage niveau 1

Le modérateur est désigné par la lettre M. Ses temps de synthèse et les questions du guide d'entretien sont annotées en gras, afin de mieux se repérer dans le déroulement de l'entretien.

Tous les éléments de la communication non verbales relevés par l'observateur (expressions, gestes ...) apparaissent en italique dans le verbatim afin d'en faciliter la lecture.

L'enregistrement a été de bonne qualité ce qui a facilité la retranscription.

1.2 *Découpage du verbatim en unités d'analyse*

Ce travail permet de séparer les phrases, expressions ou mots qui présentent une seule et même idée. Toutes les unités de signification sont ainsi numérotées de 1 à 765. Les propos du modérateur ne sont pas numérotés.

Cf. annexe 4 : découpage du verbatim en unités de signification

Le découpage permet aussi de repérer les unités qui sont jugées comme « hors-sujet » ou non informatives (bégaiement, hésitations,...) et qui ne rentreront pas dans l'analyse.

Cf. annexe 5 : matériel non utilisé dans l'analyse

1.3 Liste des catégories d'analyse

L'analyse des résultats fait émerger plusieurs catégories d'analyse :

Catégorie d'analyse 1 : Connaissances des médecins sur le SII

Catégorie d'analyse 2 : La prise en charge du SII

Catégorie d'analyse 3 : Les difficultés rencontrées

Catégorie d'analyse 4 : Améliorations possibles pour remédier aux problèmes rencontrés

Les catégories correspondent aux questions que nous nous sommes posées au début de notre travail et donc aux questions posées par le modérateur aux participants du focus group à partir de notre questionnaire. Chaque catégorie d'analyse correspond finalement à un thème abordé lors de l'entretien.

Lors de notre travail de découpage du verbatim nous avons mis en évidence des « sous-catégories d'analyse ». Elles sont inscrites en caractère gras. Elles correspondent à des sous-chapitres permettant un découpage plus fin et une analyse plus complète du verbatim.

1.4 Application des catégories aux unités d'analyse

En découpant le verbatim, certaines unités de signification, prises isolément, ont pu perdre de leur sens. Nous nous sommes donc permis d'apporter entre croches [] des précisions afin de restaurer le sens qu'avait l'unité de signification dans le verbatim avant découpage.

Nous avons remplacé par ... des séquences d'US qui n'ont pas été recopiées entièrement.

1.4.1 - Connaissances des médecins sur le syndrome de l'intestin irritable

Terminologie

Le SII est un terme connu et employé par les médecins. (US 109, 110, 209, 302)

SII, colopathie fonctionnelle, colite spasmodique : Plusieurs appellations sont même parfois utilisées pour désigner une même entité. (US 2, 4, 5, 7, 9, 23, 121)

Certains médecins distinguent ces termes, et en privilégient un : (US 16, 20)

le terme de colite spasmodique semble parfois mieux convenir. (US 120, 122)

Ou bien d'autres préfèrent utiliser la terminologie du SII au terme de colopathie fonctionnelle car elle serait mieux comprise et mieux acceptée par les patients... (US 111, 112, 113, 208)

... alors que d'autres ne voient pas de connotation négatives à employer le terme de colopathie fonctionnelle. (US 116, 118)

Mais le SII est un terme qui n'est parfois pas employé car il n'est pas connu. (US 3, 6)

Classification nosologique

Il s'agit d'un trouble fonctionnel intestinal. (US 10, 115, 240)

C'est une pathologie considérée chronique et bénigne. (US 743)

Diagnostic

Un diagnostic souvent aisé... (US 142, 164, 165, 166)

...ou pas... (US 131)

... un diagnostic d'élimination. (US 128)

Symptômes positifs

Un diagnostic basé sur la présence de plusieurs symptômes... (US 32, 513)

... associant des douleurs abdominales récurrentes ... (US 11, 17, 34)

...et/ou des troubles du transit. (US 33, 408)

Symptômes négatifs

Absence d'altération de l'état général. (US 63, 65, 124)

Absence de saignements digestifs. (US 547)

Examen clinique

Il est normal ou pauvre ; (US 49)

... parfois une sensibilité à la palpation... (US 106, 108)

... ou parfois un météorisme abdominal. (US 35, 107)

Examens complémentaires

Différents examens peuvent être utilisés : NFS, coloscopie, rectosigmoidoscopie, Hémocult, échographie, scanner. (US 13, 19, 51, 75, 80, 84, 85, 90, 155, 161, 200, 203, 535, 536, 537)

Des examens complémentaires normaux sont nécessaires pour poser le diagnostic. Soit d'emblée... (US 12, 13, 18, 19, 73, 159)

... soit ultérieurement mais ils seront quasiment incontournables. (US 75, 76, 80, 84, 90, 129, 161, 163)

Mais pour d'autres ces examens complémentaires ne sont pas nécessaires pour poser le diagnostic. (US 29, 43, 45, 51, 73, 162)

L'âge avancé du patient, notamment au delà de 50 ans, est un critère qui influence la réalisation de ces examens. (US 129, 155, 530)

La mise en place du dépistage généralisé du cancer colorectal a apporté une aide précieuse aux médecins pour justifier la nécessité des examens complémentaires. (US 528, 533)

Les examens permettent de rassurer le médecin ... (US 88, 130, 197, 200, 201)

... et le patient... (US 85, 203, 204)

...et du coup la relation entre le médecin et son patient est facilitée... (US 198, 202)

... mais pendant un temps limité, variable selon les patients. (US 86, 87, 194)

Les examens complémentaires mettent parfois en évidence des anomalies de découverte fortuite dont l'association avec le SII interroge les médecins. (US 96, 97)

Une pathologie qui s'inscrit dans le temps

Chronique, avec des crises qui se répètent à des intervalles de temps variables : de tous les jours à quelques années d'écart. (US 36, 38, 47, 52, 57, 58, 152, 172, 380, 466, 470, 725)

Des facteurs déclenchent de nouvelles crises. (US 234, 285)

Une ancienneté des symptômes est nécessaire au diagnostic, et se retrouve par l'interrogatoire. (US 39, 40, 127, 132, 144, 145, 156, 351)

Elle s'évalue en mois ou en années. (147, 148, 149, 151, 157)

Physiopathologie

La physiopathologie est encore inconnue. (US 14, 117, 280, 283)

Une composante organique est suspectée : (US 26, 67, 79, 233, 449)

Une hypersensibilité participerait. (US 69, 70, 77, 78)

Le facteur psychique influencerait la symptomatologie. (US 25, 27, 277, 283, 287, 373, 448)

Il semble il y avoir un «profil» psychologique chez ces patients ... (US 232, 282, 428)

... sans qu'il ne s'agisse pour autant de patients atteints de pathologies psychiatriques. (US 215)

Le facteur psychique seul ne peut pas expliquer toute la physiopathologie, ... (US 24, 72, 747)

...d'ailleurs cette entité ne serait pas ou plus classée parmi les troubles psychosomatiques. (US 21, 744, 746, 751)

Donc une association de facteurs organiques + psychiques semblent le plus probable. (US 231, 450)

Les problèmes psychiques peuvent être la cause mais aussi la conséquence du trouble somatique. (US 235, 254, 284, 451)

Mais le manque de connaissances physiopathologiques n'est pas forcément problématique pour les médecins. (US 279, 283)

Pathologie

Le SII est une pathologie que les médecins identifient. (US 302, 303, 360)

Ils reconnaissent aussi la souffrance des patients ... (US 15, 64, 271, 273, 281, 301)

... bien que cela n'a pas toujours été le cas dans le passé. (US 751)

Ils reconnaissent aussi leur préjudice social. (US 36, 56, 57, 275)

Ils s'enquièrent de connaître le retentissement des troubles. (US 456)

... et les éventuels bénéfices secondaires. (US 269, 274, 276)

Une pathologie que les médecins prennent plaisir à prendre en charge. (US 167, 182, 195, 549, 645, 730, 734, 761)

Prévalence

Une pathologie de tous les âges, mais qui commencerait souvent à un jeune âge. (US 41, 136)

Une pathologie qui concernerait plus les femmes que les hommes. (US 98)

Des explications sur ce ratio sont évoquées. (US 99, 102, 103)

Mais certains ne peuvent se prononcer sur cette prévalence selon le sexe. (US 100, 101, 104)

La prévalence de la pathologie dans les cabinets ne reflète peut-être pas celle dans la population générale en raison de la difficulté pour les patients concernés à venir consulter. (US 756)

1.4.2- La prise en charge du syndrome de l'intestin irritable

Personnalisée

Une prise en charge en partie singulière à chaque médecin... (US 205, 212, 247, 752)

...et singulière aux attentes de chaque patient. (US 290, 291, 292, 465)

L'examen clinique

L'examen clinique rassure le médecin et le patient. (US 555, 557, 559)

Un examen clinique que les patients ne souhaitent pas forcément... (US 550, 552)

... mais qui a une deuxième finalité : ouvrir la communication avec les patients. (US 553, 554, 562)

L'examen clinique réunit le médecin et le patient autour du point douloureux ; il participe à l'alliance thérapeutique. (US 564, 565, 566)

Les explications physiopathologiques

Les explications fournies aux patients sur la physiopathologie de leurs troubles font partie de la prise en charge thérapeutique. (US 31, 206, 302)

En reformulant, ou en ayant recours à l'imagination, les médecins vont tout mettre en œuvre pour se faire comprendre des patients. (US 211, 239, 240, 246)

Mais les médecins peuvent aussi avouer honnêtement le manque de connaissance. (US 117)

Les explications peuvent soulager transitoirement les patients. (US 213)

Les explications peuvent permettre d'amener la prise en charge psychologique. (US 283)

La thérapeutique médicamenteuse

Au début de la maladie, les médecins ont de nombreuses ressources thérapeutiques : (US 175)

Rapidement, ils commencent par essayer des médicaments... (US 176, 306, 312, 314, 319, 321, 479, 481)

... dont le but est de répondre à la demande des patients de soulager leurs douleurs. (US 311, 318, 353)

Cela permet aux médecins d'avoir une réponse à apporter... (US 480, 482, 666)

... et de gagner du temps, car le temps de consultation est compté. (US 483, 582, 590)

Ils ont à leur disposition un large choix de molécules : (US 134, 178)

Essentiellement des antispasmodiques ... (US 133, 185, 311, 320, 322, 323, 326, 331, 332, 333)

... avec parfois des antalgiques... (US 324, 325, 329)

... mais l'usage du Paracétamol dans cette indication ne fait pas l'unanimité. (US 327, 328, 330)

Ou bien encore des pansements digestifs... (US 184, 344, 346)

... ou des antiflatulents à base de charbon... (US 339)

... ou des régulateurs du transit. (US 347)

Tandis que certains ont l'impression que certains traitements peuvent s'avérer efficaces, ... (US 349, 352, 354, 359, 363)

...et qu'ils auraient fait leur preuve, ... (US 345)

...d'autres ont plutôt l'impression qu'aucun de ces produits n'a une efficacité supérieure à celle des autres. (US 183, 186)

Les règles hygiéno-diététiques

Les médecins répondent en parallèle par des règles hygiéno-diététiques... (US 179)

... ou en première intention. (US 382, 386)

Mais tous ne le font pas ; certains se basent plutôt sur les médicaments. (US 392, 409, 422)

La prise en charge diététique serait indispensable à l'amélioration des symptômes. (US 387, 388, 397, 424)

Les patients en ont également conscience puisqu'ils l'ont parfois initiée eux-mêmes. (US 389, 394, 395, 396, 400, 402)

Un régime basé sur l'éviction des aliments qui peuvent donner des gaz, ... (US 384, 385, 401, 411)

... ou qui influencent la vitesse du transit, ... (US 407)

... qui prend en compte le temps de prise du repas. (US 406)

Ces règles sont évoquées à la suite d'une discussion avec le patient sur ses habitudes. (US 399, 404, 410)

Un agenda alimentaire peut être demandé aux patients. (US 412, 414, 416)

Parfois les médecins remettent en fin de consultation un support écrit aux patients. (US 398, 403, 405)

Le régime ne doit pas pour autant être exhaustif,... (US 383)

... il faut parfois le rappeler aux patients qui risquent des erreurs alimentaires. (US 390)

L'impasse pharmacologique

En jonglant avec ces moyens thérapeutiques, les médecins tentent de soulager leurs patients. Souvent ils y parviennent un temps puis échouent puis y parviennent pendant un certain temps... puis échouent...successivement ... (US 181, 187, 348, 355, 467)

Mais il arrive un moment où ils sont à épuisement des possibilités de réponses... (US 182, 307, 315, 441, 484, 588)

... et ils peuvent le dire aux patients. (US 455, 457)

La prise en charge psychosociale

L'impasse, conduit les médecins dans le fond du problème... (US 308, 439, 442, 485, 486, 589, 591, 593, 631)

... ce qui les amènent à explorer si le contexte psychosocial ne participerait pas... (US 223, 226, 249, 309, 460)

... surtout si les symptômes sont fréquents. (US 214, 373, 377, 380, 437)

Mais cette prise en charge peut débuter précocement ; ... (US 458, 461)

... le médecin dans ce cas fait le choix de refuser de répondre à la demande immédiate d'être soulagé. (US 587)

La prise en charge psychologique peut soulager, elle aussi, les patients... (US 294, 305, 443, 453, 470, 626, 686, 711)

...peut-être partiellement... (US 454, 476, 716)

...peut-être transitoirement. (US 218, 471)

Les patients demandent à ce que le médecin soit disponible pour qu'ils puissent parler, pour qu'ils puissent être écoutés ; ... (US 220, 224, 293, 300, 452, 498, 708, 710)

...rien que le fait aussi de savoir qu'ils vont être écoutés peut les soulager ; ... (US 295, 493, 594)

...parler des événements de vie qui contribuent aux crises. (US 214, 216, 226, 253, 733)

Le problème digestif est alors la porte d'entrée vers d'autres souffrances. (US 210, 220, 221, 376, 377, 440, 444, 468, 478, 487, 495, 568, 633, 715, 717, 747, 755)

Mais c'est aussi le patient qui peut conduire le médecin dans cette direction. (US 634)

La prise en charge psychologique peut soulager le patient également en le rassurant, ... (US 225, 245)

... et par la prise en charge de sa douleur chronique. (US 248, 619, 749)

Cette ouverture sur le psychologique s'inscrira à nouveau dans le temps. (US 592, 595)

La place des thérapeutiques psychiatriques

Des traitements psychotropes sont parfois utilisés ...

...Comme des anxiolytiques, ... (US 356, 357, 362)

...ou l'Amitriptyline qui aurait également une action bénéfique sur le SII (US 255, 260, 381)

Son mécanisme d'action questionne : (US 256, 261, 265)

Par action placebo ? (US 257, 258, 262, 267, 368)

Par action antidépressive ? (US 264)

Par action antalgique neurogène ? (US 266, 366)

Mais pourtant beaucoup réfutent l'usage des psychotropes dans l'indication du SI, et ne le pratiquent pas ou peu (US 365, 371, 372)

Ils évoquent même un usage non réglementaire. (US 367, 370)

Mais quand le SII ouvre sur de véritables troubles psychiatriques, l'usage de psychotropes peut se justifier... (US 374)

... mais nous passons alors à un autre sujet ! (US 375)

La prise en charge psychologique peut alors être transférée aux psychologues ou aux psychiatres quand elle s'ouvre sur des problèmes complexes. (US 217, 228, 310, 496, 596)

Il aura plus de temps et de compétence... (US 597)

Les généralistes leurs passent aussi la main quand ils s'épuisent dans la prise en charge de ces patients. (US 599)

Objectifs de la prise en charge

Donc une pathologie qui demande une prise en charge globale du patient. (US 447, 750)

Si le médecin n'a pas tout résolu, il aura quand même accompagné son patient dans le sens de l'autonomisation de la gestion de sa vie avec sa maladie ... (US 718, 719, 726, 736, 737, 748)

... même si l'avancé peut se faire à petits pas. (US 727, 730)

L'obligation de moyens et non pas de résultats

Bien que le résultat fasse parti de leurs missions : aider et soulager le patient. (US 762)

Ils ont notamment une obligation d'information. (US 431, 433, 435)

Ils ont conscience qu'ils n'ont pas de réponses à tous les maux... (US 473)

... et les patients n'attendent pas forcément que leur médecin soit compétent pour être satisfaits. (US 709)

Si le patient fait le choix de ne pas appliquer les conseils, au risque que les symptômes persistent, le médecin n'est pas responsable de son comportement. (US 432, 434, 436)

Les autres modalités thérapeutiques

Agir par le rapport au corps. (US 607, 612, 613, 622)

Agir par le rapport aux autres. (US 608, 621)

Pour les faire « sortir » de leurs symptômes... (US 609, 610, 615, 616, 620)

... car leur pathologie modifie leurs vies sociales... (US 611, 617)

... sans tout de même aller jusqu'à parler de désocialisation. (US 614)

Et aussi pour modifier leurs rapports à la douleur. (US 623, 624, 625, 627)

Le recours au gastroentérologue

Il peut intervenir dans la prise en charge de ces patients. (US 44, 50, 74, 153, 192)

Il permet d'avoir un avis, de conforter dans le diagnostic. (US 154)

Les généralistes se sentent compris par les gastroentérologues ; ... (US 83)

Eux aussi ne peuvent résister indéfiniment à la pression des patients d'avoir des examens complémentaires. (US 193)

Une pathologie qui n'est pas extraordinaire

Les similitudes retrouvées avec d'autres pathologies sont nombreuses :

Le psychique et l'organique se mêlent ; ... (US 285)

... la nécessité d'explorer le contexte de la plainte ; ... (US 459)

... le problème digestif, l'expression de d'autres souffrances ; ... (US 222)

...l'attente par les patients d'une relation d'aide, d'une prise en charge psychothérapeutique ; ... (US 692)

... le fait, pour le patient, de pouvoir parler, d'être écouté, peut suffire à le soulager ; ... (US 297)

... le rôle indispensable de la reconnaissance de la souffrance des patients et l'identification de leur maladie ; ... (US 299)

...une prise en charge qui s'inscrit dans le temps ; proposer un suivi pour écouter ; ... (US 661)

... la prise en charge par un agenda des troubles ; (US 413)

... l'examen clinique thérapeutique ; ... (US 560, 561, 563)

...les associations de patients comme réponse thérapeutique. (US 570)

Et les difficultés rencontrées sont aussi communes à d'autres troubles :

La pression des patients pour avoir des examens complémentaires liés à la crainte de passer à côté d'un autre diagnostic plus grave. ; ... (US 526)

... le manque de temps de consultation ; ... (US 503)

... la prise en charge diététique ... et ses difficultés d'application ; ... (US 423)

... la problématique de savoir ce qui, entre l'attitude d'écoute et les traitements symptomatiques est le plus efficace ; ... (US 690)

...une des nombreuses pathologies sans réponse thérapeutique efficace. (US 473)

Donc une problématique qui n'est pas originale pour les médecins... (US 288, 501, 453, 740, 741, 742)

... et qui n'en serait peut-être pas une ? (US 286, 489, 500)

1.4.3 – Les difficultés rencontrées

Une réalité

Les généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge de ce syndrome... (US 48, 53, 463, 476, 491, 505)

...qui peuvent être sources de souffrance. (US 511)

Les patients aussi rencontrent des difficultés à venir consulter. (US 756)

Un problème quotidien dans la pratique des médecins

(US 738, 739)

Une pathologie complexe

(US 720, 721, 722, 724, 725)

L'échec

Les généralistes se sentent en situation d'échec. (US 168, 173, 438, 472, 706)

D'ailleurs ils peuvent très bien le dire aux patients. (US 455, 457)

Ils se sentent en difficultés pour structurer la prise en charge. (US 494, 581)

Une prise en charge que les médecins jugent partielle, ... (US 583)

... ce qui participe à l'échec à soulager les patients. (US 584)

Les difficultés à réussir à soulager

En raison des difficultés notamment pour réussir à soulager les douleurs des patients de façon durable avec les moyens disponibles. (US 54, 89, 248, 313, 315, 471, 474, 580, 674, 705, 714, 723, 760)

Difficultés de savoir ce qui, entre la prise en charge psychothérapeutique et la prise en charge symptomatique, soulage le plus les patients. (US 685, 688)

L'abondante demande d'écoute des patients signifierait-elle l'efficacité de cette prise en charge ? (US 689)

Les médecins sont sceptiques de leur efficacité dans la prise en charge psychothérapeutique. (US 700, 702, 703, 713)

Les difficultés liées aux manques de connaissances

Car la définition n'est pas claire pour tous... (US 46)

...ni l'étiologie. (US 14, 26, 79, 117, 233, 280, 283, 449)

Puisqu'elle questionne beaucoup. (US 278)

Se pose quand même encore parfois la question si les patients n'inventeraient pas les symptômes ? (US 270)

Cette hypothèse a été émise, sur le ton de la provocation mais émise tout de même... (US 289)

Les difficultés à expliquer

Donc des difficultés pour trouver les bons mots pour se faire comprendre, pour leur expliquer la pathologie fonctionnelle ; ... (US 113, 238, 239, 241, 243, 244, 246)

... pour avoir un discours clair, intelligible, approprié à chaque patient... (US 304)

... sans mettre en avant une connotation psychiatrique à l'origine des troubles, interprétée péjorativement par les patients qui comprend alors que le médecin ne croit pas en la véracité de sa pathologie. (US 112)

Difficultés à poser le diagnostic

Car il s'agit d'un diagnostic que l'on approche mais qui ne peut être certain. (US 131, 143, 158)

Bien que des critères objectifs soient nécessaires au diagnostic,... (US 166)

... une part de subjectivité intervient. (US 165)

Donc difficultés en pratique, de poser un diagnostic formel sans effectuer d'examen complémentaire, au début de la maladie ... (US 163, 508)

... mais aussi régulièrement, au cours du suivi des patients... (US 514, 520, 531)

... majorée par la pression des patients pour avoir des examens complémentaires... (US 170, 189, 515, 517, 527)

...car la crainte de passer à côté d'un diagnostic plus grave, est présente au début de la maladie et persiste au long cours... (US 62, 66, 82, 159, 191, 193, 506, 518, 524, 532, 556)

... puisque un diagnostic posé n'est pas immuable. (US 236, 242, 281, 523, 735, 746, 747, 751, 754)

La crainte de judiciarisation en cas d'erreur médicale majore la pression à réaliser des examens. (US 81, 83, 525)

Il y a ainsi une cyclicité durant le suivi au long cours, dans la demande de réitérer les examens complémentaires. (US 519, 529)

Difficultés à comprendre la vraie demande des patients ? (US 568)

Le réveil nocturne, un critère du diagnostic qui pose problème :

Qui peut être un signe d'alerte d'une autre pathologie pour certains (US 61, 125)

Mais qui peut être présent dans le SII pour d'autres (US 37, 126)

Savoir remettre en cause le diagnostic

Car une pathologie peut en cacher une autre, donc il ne faut pas passer à côté des signes qui alerteraient. (US 515, 541, 547, 558)

Une vigilance qui doit être permanente. (US 548)

Une conduite qui peut être naturelle... (US 534)

...mais, dans la routine, cette remise en question peut nécessiter des efforts aux médecins. (US 542, 545)

Ne pas se concentrer uniquement sur la préoccupation de trouver une thérapeutique qui soulage ;... (US 539)

...réévaluer l'interrogatoire, la clinique, doit même faire partie du suivi de ces patients. (US 538, 540, 549)

Les difficultés à coopérer avec les patients

Des patients qui s'impliquent souvent dans le projet de soins, ... (US 417, 426, 429)

... mais pas toujours. (US 415)

Difficultés d'organiser la prise en charge diététique d'une part, ... (US 420)

... en raison des nécessités de restrictions alimentaires ... (US 421)

... et qui ne sont pas souvent respectées. (US 423)

D'autre part, difficultés dans la prise en charge psychologique... (US 500)

...notamment pour la proposer et la faire accepter ... (US 227, 229, 250, 252, 729)

... car ils ont parfois l'impression de ne pas être crus, ne pas être reconnus malades somatiques mais d'être pris pour des patients psychiatriques. (US 251)

Donc il peut être difficile pour les patients d'accepter que la prise en charge psychosociale soit déléguée à un tiers. (US 601, 602, 603)

Parfois c'est le médecin qui n'a pas la motivation, l'envie d'aller vers la prise en charge psychosociale, donc la prise en charge peut-être non seulement singulière d'un patient à l'autre, mais aussi d'une consultation à l'autre. (US 632, 641, 644, 645, 667, 696, 699)

Mais quand il n'a pas fait cette prise en charge la, le médecin culpabilise d'avoir fait une prise en charge partielle. (US 701)

Les difficultés liées à la prise en charge au long cours

Des difficultés liées à la chronicité et à la redondance du trouble, ... (US 165, 169, 172, 174, 195, 490)

... à la routine de l'activité, ... (US 543, 728, 731)

... qui entraînent une démotivation des soignants... (US 475, 510, 759)

... et un épuisement. (US 171, 509, 516, 544, 598, 635, 732)

Liées notamment à la relation d'aide. (US 712, 757)

Qui peuvent mener au conflit, ... (US 604)

...et les médecins ne veulent plus être le référent. (US 605, 606, 758)

Le problème du temps

Des patients chronophages ... (US 497, 499, 502, 577)

... et qui attendent des médecins qu'ils soient disponibles. (US 708, 710)

La prise en charge psychosociale notamment demande du temps. (US 469, 492, 592, 630, 689, 691, 697)

Le manque de temps emmène parfois les médecins à couper à court la consultation. (US 483, 597, 631, 634, 636, 651)

Mais le patient est également responsable de ce manque de temps, car souvent il a plusieurs demandes au cours d'une même consultation. Il n'attribue donc pas assez de temps à la prise en charge du problème. (US 646, 659, 665)

Mais il est difficile pour les médecins, bien qu'ils en aient l'envie, d'accepter de recevoir moins de patients pour libérer à chacun plus de temps de consultation... (US 675, 677)

... car cela signifie pour eux : gagner moins d'argent du fait du paiement à l'acte. (US 693)

Le remboursement des médicaments

Le taux de remboursement des médicaments est un critère que prennent en compte les médecins... (US 342, 343)

... car ils ont l'information que la plupart des médicaments dans cette indication seraient à priori encore remboursés, ... (US 334, 335, 336, 340)

... mais certains pense le contraire. (US 338, 341, 358)

D'autres ne semblent pas se préoccuper de ce critère et ils ne sont pas au courant. (US 337)

1.4.4 - Améliorations possibles pour remédier aux problèmes rencontrés

Des améliorations pour la prise en charge des patients sont en cours

(US 753, 755)

Une évaluation comparative de l'efficacité des thérapeutiques

(US 704, 713)

La création d'associations de patients

Il semblerait qu'elles n'existent pas encore. (US 571, 574)

Elles permettraient aux patients d'avoir un autre soutien, en partageant leurs problèmes avec d'autres patients concernés. (US 573, 575)

Une prise en charge globale du patient : biopsychosociale

(US 578, 585)

Mais cette idée paraît utopique... (US 576, 586)

... encore par manque de temps. (US 579)

« Trouver le temps »

Premièrement, soit en recevant moins de patients pour accorder à chacun plus de temps de consultation. (US 677, 683)

Le changement du mode de rémunération des médecins, c'est-à-dire passer d'un paiement à l'acte à un salariat serait peut-être le moyen d'y répondre ... (US 693)

... ou pas ! (US 694)

Deuxièmement, soit par la mise en place de la « consultation dédiée ».

L'importance de savoir attribuer une consultation dédiée à un seul problème à la fois est reconnue par les médecins... (US 649, 660, 670, 671, 669)

... pour prendre le temps d'écouter. (US 648, 654, 698)

Car si le problème de la colopathie, est le seul motif de consultation, cela laisse déjà au médecin plus de temps et donc plus de possibilité d'avancer dans la prise en charge. (US 664, 668)

Et même, comme font les psychiatres, trouver du temps en s'inscrivant dans le temps ; en programmant un suivi. (US 637, 672, 676)

Une prise en charge qui commence à s'initier chez les médecins. (US 639, 640, 641, 643, 647, 658, 679)

Et que les patients semblent approuver. (US 638, 642, 652, 653, 662)

La satisfaction ne serait peut-être pas uniquement corrélée au temps attribué ... (US 655)

... car une consultation longue n'est pas forcément de meilleure qualité en raison de la baisse d'attention... (US 650, 656)

... mais c'est la possibilité attribuée de revenir parler et d'être écouté. (US 657)

Troisièmement, soit en attribuant la dernière consultation de la journée.

*Elle solutionne certains médecins qui y trouvent, en plus, une ambiance plus propice au dialogue.
(US 678)*

*Mais d'autres n'envisagent pas cette solution car ils se sentent moins à l'écoute à ce moment là,
(US 680, 681)*

... et ils ne veulent pas que ce soit du temps pris sur leur temps libre. (US 682)

2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE GROUPE

2.2 Conditions générales de réalisation de l'entretien

Tous les participants n'étant pas arrivés au même moment, le plan de table s'est fait au gré des arrivées, ce qui a placé les participants d'une manière aléatoire. Ils ne se connaissaient pas entre eux. Le tutoiement était de rigueur et a facilité une ambiance chaleureuse et une parole libérée.

L'ambiance était assez conviviale malgré le caractère formel de l'entretien. Plutôt studieux au début, le groupe s'est détendu au cours de la séance, surtout à partir de la deuxième question, pour être même parfois joyeux. Certains participants ont ainsi usé de l'humour (499, 572, 694) et nous avons noté de nombreux sourires et rires (483, 510, 535, 539).

Les participants semblaient motivés et intéressés par le sujet. Le fait de savoir à l'avance que cet entretien constituerait une base pour un travail de recherche de médecine générale a certainement motivé la richesse des informations transmises par chacun et le souci d'être entendu de tous. D. semblait particulièrement intéressé par le sujet (164, 167, 182, 195, 298, 618, 678).

Tous les participants ont semblé être à l'aise pour exprimer librement leur opinion, livrant facilement des difficultés rencontrées au cours de leur pratique. Certains candidats paraissaient songeurs lors de la première question (A., C., F.) mais leurs interventions ont été rapides et pertinentes. Le groupe était composé majoritairement d'hommes mais les femmes se sont bien exprimées et n'ont pas paru perdues dans ce milieu à dominance masculine.

Les langues se sont bien déliées durant la séance, les échanges ont souvent été spontanés et nourris, les participants cherchaient à étoffer leurs points de vue. Bien qu'il n'y ait pas eu d'ordre de prise de parole établi, tous les participants ont pu s'exprimer à chaque question soit en prenant la parole spontanément, réagissant ainsi aux propos d'un autre, soit lorsque le modérateur le leur demandait. Il n'a pas eu beaucoup à intervenir pour relancer : D. est celui qui a pris la parole le plus facilement puisque le modérateur n'a pas eu à lui demander, pour les autres les nombres de relances ont été équivalentes. Les questions se sont ainsi spontanément enchaînées. En revanche il y eu des disparités dans les temps de parole. B. et D. ont les plus longs temps de parole, tandis que C. et F. sont à contrario moins intervenus.

Les participants se sont montrés relativement disciplinés. Il n'y a pas eu de bavardage en aparté. Les candidats attendaient pour prendre la parole que le modérateur le leur permettait ; A. levait même fréquemment la main préalablement. Ils ont parfois coupés la parole des autres notamment B. et D. et surtout lors des deux premières questions ; mais ces épisodes ont été rares.

Les interventions ont été plus longues surtout pour la deuxième question mais aussi pour la quatrième question. A la deuxième, les détails donnés sur leurs pratiques ont été importants, et à la quatrième les candidats sont surtout revenus sur la troisième question qu'ils avaient peu détaillée.

Le rôle du modérateur est apparu fondamental dans l'avancement de la séance orientant le débat en fonction du guide d'entretien, reprenant la parole pour recadrer les réponses, éviter les hors-sujets et inciter tous les participants à s'exprimer. Ses synthèses pertinentes à l'issue des

différentes questions ont permis de faire ressortir les principales opinions et de faire réagir les participants. Il les soumettait à l'approbation générale par des hochements de têtes ou des silences en signe d'acquiescement, sinon les candidats se manifestaient pour préciser certains points. Son action a consisté, la plupart du temps, à relancer la discussion, et à préciser certains points par des reformulations. Une seule fois, il a dû recadrer le sujet (après US 91). Il a veillé à ce que tous les participants prennent la parole. Le modérateur est intervenu fréquemment mais une seule fois d'ordre disciplinaire (119), il n'a pas semblé rencontrer de difficultés pour prendre la parole.

Le modérateur tient parfois le rôle de leader dans le sens où il exprime clairement des idées évoquées à demi-mot (après US 572) afin qu'elles soient clairement affirmées par les médecins.

L'ordre du questionnaire a globalement été respecté. Bien que des réponses aux sous-questions aient parfois été émises à d'autres moments de la séance, les questions principales ont été évoquées comme prévu. Le modérateur a bien utilisé cet outil.

L'entretien a été un peu plus long que prévu et a duré 1H20 du fait des débats et parfois de longues prises de paroles. Il y a eu quelques redites mais qui ont aussi marqué les points importants.

Le débat s'est poursuivi après le signal de fin donné par le modérateur non pas du fait de silence mais devant le temps écoulé. Des propos intéressants ont d'ailleurs été tenus alors que le focus group était officiellement fini.

L'entretien s'est achevé dans la bonne humeur, autour d'une petite collation.

2.3 *Débats et alliances entre participants*

Il n'y a pas eu de temps mort et les silences ont été brefs et peu nombreux, plutôt présents lors de la première question. Mais dès celle-ci les interventions ont été nombreuses et argumentées, et les interactions ont été fréquentes, en témoigne le nombre important de coupures de parole. Cela signifie que si les participants ont plus pris le temps au début de répondre, tous avaient à dire sur le sujet. Les arguments sont venus de manière relativement spontanée. Le groupe a donc été dynamique et le débat intense tout au long de l'entretien.

Tous les médecins présents ont participé de façon égale à la discussion, tous ont apporté des idées nouvelles, sans que ne se dégage réellement un leader d'opinion. Aucun n'a cherché à convaincre les autres. Cependant, on remarque que D. et E. ont été plus souvent précurseurs de débats par rapport à des réflexions faites à différents moments de la discussion (D. : 21, 80, 269, 439, 708 et E. : 286, 373, 637).

Une certaine harmonie dans les connaissances et les pratiques se dégage de cet entretien. Cependant, certains médecins avaient des connaissances préalables sur le sujet plus avancées issues de leurs formations : E. avait fait sa thèse sur les troubles psychosomatiques (745, 754) et D. avait fait une spécialisation sur la douleur (618). D. possède également des connaissances issues de lectures scientifiques (77, 78, 93) et B. a pu en évoquer (68, 69, 70, 236). Ils sont donc apparus comme les référents scientifiques dans le groupe. Le fait d'avoir déjà réfléchi à certains points a facilité leur prise de parole, en témoignent leurs temps de parole plus importants. A. a pu aussi montrer sa rigueur scientifique (100, 104).

La variété des âges des participants a permis quelques « clins d'œil » entre individus de même génération, faisant allusion à leur expérience professionnelle (B : 516, 643, 647 ; D : 444,-235 ; E : 529, 673, 751 ; F : 510).

Les alliances étaient plutôt générales, variables selon les thèmes et sous-thèmes du débat. Tous les médecins affirment le caractère chronique du SII (A. : 58, B. 466, C. 38, D. 172, E.74, F. 52). Tous reconnaissent que le psychisme intervient dans le trouble (A. 226, B. 448, C. 214, D. 578, E. 27, F. 277). Tous reconnaissent que les médicaments ont une place dans la prise en charge (A. 321, B. 312, C. 306, D. 176, E. 319, F. 323), ainsi que l'écoute (A.224, B.452, C.220, D.498, E.297, F.553). Tous admettent que le problème digestif conduit vers d'autres souffrances (A.226, B.634, C.221, D.440, E.747, F.253). Tous évoquent la crainte de passer à un moment du suivi à côté d'un autre diagnostic (A.541, B.62, C.506, D.524, E.532, F.159). Souvent, le groupe soutenait une idée émise et l'étayait.

Nous avons noté des moments de provocation entre les candidats (A. : 499 ; B : 475 ; D. : 80,174, 269, 572, E. : 281, 297 ; F. : 262) sauf de la part de C.

Nous n'avons pas noté de tension importante entre les candidats même lorsque des opinions très différentes voire opposées étaient émises. Quelques brefs épisodes ont eu lieu lorsque le débat est devenu plus virulent entraînant rapidement un brouhaha inaudible (76, 101, 113, 256, 338). Les avis opposés ont donc été écoutés et respectés sans jugement sur l'opinion des uns ou des autres.

Dès le premier tour de table, la discussion aboutit rapidement à plusieurs débats dont certains ont pris une place importante dans l'entretien :

Un premier débat concerne la terminologie à utiliser. A. commence par annoncer que le terme SII ne lui évoque rien (3, 6), tandis que C. et E. prônent son usage (109, 110, 111, 209). B. pense que plusieurs appellations peuvent être employées indifféremment. Quand à F. il ne donne pas son opinion sur ce débat.

Ensuite, un débat sur la nécessité ou non des examens complémentaires divise 2 groupes ; certains les estimant nécessaires : D. (19) et E. (73) ; d'autres moins : A. (29), C. (43) et F. (51). D. a une opinion très précise là-dessus et argumente sa position pour tenter de l'imposer (80 à 90). Ce débat porte en partie sur un thème hors sujet, concernant l'enfant, car nous n'avions pas pensé à préciser en début de séance que le sujet concernait uniquement les adultes. Le modérateur est intervenu après l'US 91 pour préciser le sujet et cesser les hors sujets.

Le réveil nocturne est un critère qui divise. C. (37) et F. (126) notent qu'il peut être présent dans le SII et non être un signe d'alerte d'une autre pathologie comme l'évoque B. (61, 125).

Un autre point de controverse est au sujet de la prévalence selon le sexe. C. (98), D. (99) et E. (103) évoquent que le SII concerne surtout les femmes, se basant sur leurs expériences. En revanche, A. (100) et F. (101) s'opposent, avançant l'idée qu'ils ne peuvent se prononcer sans étude. Notons que B. ne prononce pas d'opinion sur ces deux derniers débats.

E. et D. s'affrontent concernant la possibilité que les patients puissent inventer leurs symptômes. D. le suggère (269, 289) ce qui énerve E. (270).

Concernant la prise en charge, un premier débat concerne l'usage du paracétamol : F. (324, 325) et B(329) l'utilisent parfois alors que A. (327) et D. (328, 330) y sont formellement opposés dans cette indication.

La notion du remboursement des médicaments divise. D. (336, 340) et E. (334) défendent la notion que la plupart sont encore remboursés tandis que F. (338) et A. (341) pensent plutôt le contraire. B. (337) et C. n'ont pas de connaissance sur le sujet.

La prise en charge diététique est l'origine de polémique. Selon A. (382, 386, 387, 392), sa place est prépondérante. B. (388) et D. (179, 397) l'utilisent aussi sans lui accorder le rôle principal par rapport aux autres possibilités thérapeutiques. D'autres comme F. ne l'utilisent pas (422). Mais c'est surtout la nécessité ou non de remettre une fiche informative des règles hygiéno-diététiques aux patients qui oppose A. (403) qui y est attachée, à D. (398, 402) qui n'en voit plus l'intérêt.

Enfin, le dernier débat est au sujet de la manière de trouver du temps. B. (648) et C. (683) privilégient des consultations plus longues tandis que E. (655) ne pense pas que ce soit la durée de consultation mais la répétition des consultations qui soit la solution. D. (678) attribue la dernière consultation de la journée, ce que C. ne veut surtout pas (680, 682) car elle pense terminer sa journée plus tard.

Lorsqu'on s'intéresse au thème central, on distingue 3 groupes : ceux pour qui le SII ne semble pas être un problème (A. (500), D. (489) et E. (286)), ceux qui sont un peu plus en difficulté mais semblent rester relativement à l'aise (C. (505), B. (463, 476)), enfin celui qui semble en importantes difficultés avec ce syndrome (F. (58, 53, 511)).

Malgré le nombre réduit de participants, le focus group a correctement fonctionné. Le phénomène d'émulation inhérent à l'entretien collectif était bien présent et a permis à chacun de développer son point de vue.

DISCUSSION

1. DISCUSSION DE LA METHODE

Plusieurs critiques peuvent être faites à ce travail :

1.1 *Choix de la méthode*

A notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude déjà réalisée sur le sujet en soins primaires avec une méthode de recherche qualitative. C'est pour cela que nous avons souhaité l'aborder par notre travail. La méthode du focus group apparaissait comme la plus adaptée. Nous voulions permettre aux participants de s'exprimer librement sur la question, et connaître la diversité la plus large d'opinions.

L'autre raison de notre choix est la nature même du sujet de notre travail : Les difficultés de prise en charge peuvent être un frein à l'expression individuelle, la dynamique de groupe et l'effet désinhibiteur de la cohésion de groupe peut aider l'expression.

Les médecins n'avaient pas connaissance du thème de la discussion avant le début de la séance, ce qui a permis un discours spontané.

D'autres techniques d'analyse de contenu existent, complétant l'analyse catégorielle qui a été réalisé ici. Mais elles nécessitent une connaissance initiale dont nous ne disposions pas.

1.2 *Limites du focus group* [22, 25, 28]

- Le focus group ne permet pas d'établir de consensus sur une question, puisqu'il a justement pour objectif de faire émerger toutes les opinions sur un thème donné. Dans notre étude, il sera donc impossible d'obtenir une seule et unique réponse mais plutôt un faisceau d'opinions que l'on peut rencontrer chez les médecins généralistes.

- Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population ciblée, ni choisi de façon randomisée. Les résultats de ce type de méthode sont soumis à des variables incontrôlables : un groupe peut par exemple s'attarder sur un point qui n'aurait peut-être pas été abordé par un autre groupe. Les résultats d'un focus group peuvent en revanche être utilisés secondairement pour l'élaboration d'un questionnaire soumis à un échantillon représentatif de population dans le cadre d'une enquête quantitative. Cette limite peut être repoussée en multipliant le nombre de focus groups autour d'une même thématique, jusqu'au moment où l'information obtenue est massivement redondante. En général, on considère qu'entre 3 et 5 sessions sont nécessaires pour atteindre la saturation des informations.

- Les limites du focus group sont issues des aspects négatifs de l'interaction de groupe : Il peut y avoir des réticences à s'exprimer personnellement, des blocages dus à l'apparition de normes de groupe obligeant parfois certains à dire ce qu'il est convenu socialement de dire, ou entendu ailleurs. Il peut également exister une domination de certains participants (effet de leaders d'opinion), empêchant d'autres de s'exprimer.

- La méthode ne peut servir pour recueillir une information sensible ou sur un sujet conflictuel.

- La possibilité d'apparition d'un décalage entre le témoignage des participants et la réalité de leur pratique ; cette limite se retrouve dans toute méthode qui s'appuie sur l'avis (forcément subjectif) du participant plutôt que sur une observation.
- La neutralité du modérateur est importante mais difficile à mettre en œuvre car son point de vue peut transparaître dans la formulation et le ton donné aux questions et lors des relances.
- Par ailleurs, l'analyse des données met inévitablement en jeu une part de subjectivité liée au chercheur (même si celui-ci s'efforce de la minimiser autant que possible). Notamment au cours du classement des énoncés par thèmes.
- Le temps nécessaire pour la transcription, l'analyse et la synthèse des résultats : c'est un travail long et fastidieux.
- Les difficultés pour réunir un groupe de 6 personnes minimum.

1.3 Biais de sélection des participants

Dans un focus group, le recrutement des participants obéit à certaines contraintes : en effet, il faut pouvoir réunir, en un même lieu et à un même moment de 4 à 12 personnes, de préférence 8, non informées du thème de l'entretien, sur la base du volontariat. Ces contraintes pratiques rendent le recrutement des participants plus difficile que pour les autres techniques et ont donc pu favoriser des biais de sélection. Ainsi il a été difficile de recruter des jeunes praticiennes.

Les difficultés de recrutement rencontrées engendrent un manque d'hétérogénéité des participants concernant les caractéristiques sexes, âges, anciennetés d'installation. Peut être n'avons-nous pas obtenu une diversité maximale de points de vue.

1.4 Validité [25]

Les critères de validité des résultats en recherche qualitative sont les suivants:

- La validité interne des données est à prouver à l'intérieur même du groupe qui doit reconnaître comme pertinentes les conclusions du travail, une fois achevé.
- La validité externe des résultats teste la pertinence de leur application pour interpréter des situations comparables dans des milieux différents. Ce point n'a pas été réalisé dans notre recherche en raison du temps nécessaire à l'analyse. Il serait peut-être intéressant de reproduire ce travail pour en connaître sa validité externe.
- Enfin, la triangulation vise à mettre en regard des données qui sont soit obtenues par différentes techniques, soit collectées par différents chercheurs, soit recueillies auprès de groupes différents de manière à assurer leur fiabilité, leur cohérence et leur consistance. Les biais inhérents à chaque méthode sont ainsi compensés. Comme nous n'avons pas retrouvé d'autres études issues de la littérature nous n'avons pas pu comparer les résultats.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

D'après notre analyse de la littérature, le sujet de notre travail n'a jamais été abordé. Nous ne pouvons donc pas effectuer de comparaison directe. Mais notre discussion s'enrichit d'apports bibliographiques et de propositions personnelles.

2.1 Ressenti dans la prise en charge du SII

2.1.1 De nombreuses difficultés évoquées

Tous les participants évoquent des difficultés dans la prise en charge de ce trouble. Elles occupent une part majeure du dialogue. Différents termes ou thèmes montrent bien l'importance qu'elles peuvent prendre : puisqu'ils parlent d'une pathologie qu'ils rencontrent quotidiennement (739), qui est complexe (722), qui engendre chez eux souffrance (511), culpabilité (701), sentiment d'échec (173). Ceci peut mener à l'extrême au souhait du médecin, d'arrêter le suivi du patient (605).

Nous sommes bien dans la notion de problème telle qu'elle est définie par le dictionnaire Larousse (édition 2011) : *question qui prête à discussion, qui se présente avec un certain nombre de difficultés.*

A) Constat d'impuissance, d'échec pour soulager les patients : bien que les médicaments puissent être une réponse initialement, la survenue à un moment ou à un autre d'une impasse thérapeutique semble fréquemment inéluctable, passé un certain temps ... D'une manière plus générale, les médecins expriment se sentir démunis en thérapeutiques efficaces, qu'elles soient symptomatiques ou psychologiques pour soulager durablement.

De nombreuses études le prouvent [4, 5, 19, 20, 21, 31], il n'existe pas de traitement « miracle » à ce jour. Et les symptômes au fil des ans s'améliorent ou disparaissent chez seulement 2 à 3 malades sur 10, ils s'aggravent chez environ 1 sur 10, et ils restent stables chez les autres [5].

Il apparaît au cours d'une étude que 43,3% des patients interrogés jugent que leur médecin n'est pas capable de prendre en charge ce type de trouble [15]. Hors ils attendent, d'après la thèse de Bonnet [32] que leur médecin soit efficace, ils veulent être guéris rapidement et complètement. Ces échecs peuvent rendre la relation médecin-malade parfois conflictuelle [33].

B) Nous constatons une méconnaissance des travaux réalisés sur le niveau de preuve et le SMR des thérapeutiques à disposition. Les médecins réclament des études qui existent déjà (704, 713): des croyances diverses furent citées concernant les différentes classes thérapeutiques (les règles hygiénodététiques, le Paracétamol, les psychotropes...) : certains médecins ont l'impression que des molécules peuvent être efficaces (345, 349), d'autres pensent le contraire (183, 186), d'autres affirment clairement ne pas avoir de notion (261). La notion qu'aucun traitement connu ne modifie radicalement l'évolution naturelle du SII ne semble donc pas évidente ; de même que la notion que l'effet placebo est plus important que celui du médicament ; ou celle de l'efficacité supérieure du *Pinaverium* et de l'huile essentielle de menthe poivrée contre les douleurs et de celle des graines végétales contre la constipation ... [4, 5, 19, 20, 21, 31, 34, 35].

Les recommandations sont aussi mal connues concernant la place des examens complémentaires. Les participants, semblent avoir des difficultés à hiérarchiser leur place puisqu'ils en citent de nombreux. Alors que selon la WGO, le seul examen justifié et uniquement en présence de signes d'alarme est la coloscopie [4]. En l'absence de ces signes aucun examen n'est utile au diagnostic. Eventuellement peuvent être proposés : NFS (syndrome inflammatoire ou anémie), CRP, recherche d'anticorps de l'intolérance au gluten [4, 5, 36].

La question de la fréquence de répétition des examens complémentaires a été soulevée par les participants. Ils sont face à des symptômes dont la périodicité peut être de quotidienne à quelques années d'intervalle d'un patient à l'autre et chez un même patient. La littérature préconise de savoir réévaluer de temps à autre les besoins d'examens complémentaires. Mais faute de comparaison de stratégies diagnostiques, le rythme de ces réévaluations reste empirique [5, 36].

C) Le défaut, à ce jour, d'explication physiopathologique engendre des difficultés à trouver les bons mots pour faire comprendre le mécanisme des troubles. Les médecins reconnaissent l'origine fonctionnelle, mais l'expliquer pose problème car aucune représentation imagée ne semble pouvoir y être associée (244).

Selon Bonnet [32], les patients sont pourtant demandeurs d'explications sur leur maladie et ils reconnaissent la capacité du généraliste à donner, en général, des explications adaptées. Mais dans le cadre du SII ils jugent l'information fournie insuffisante [15].

Un lien entre niveau de connaissances sur la physiopathologie et ressenti difficile semble exister puisque le médecin qui paraît avoir le moins de connaissances de la physiopathologie est aussi celui qui ressent le plus de difficultés.

D) Nous constatons un manque de prise en compte du facteur psychologique dans la genèse des plaintes. Cela entraîne des difficultés de prise en charge : tous les participants savent que le facteur psychique est impliqué cependant, la plupart ont tendance à l'esquiver dans leurs explications avançant la crainte d'y mettre une connotation négative (112). Cette attitude rend difficile la transmission d'une information « loyale, claire, et appropriée » comme le stipule le code de déontologie [37]. Du côté des patients, nous imaginons que la méconnaissance de ce fait peut les conduire à rester persuadés qu'il existe une cause médicale qu'il faut trouver ; ils interprètent l'inefficacité des thérapeutiques comme un argument supplémentaire à la nature organique [33]. Cathebras détaille les autres difficultés qui entravent la transmission par le médecin, de l'information sur cette composante: Situation d'incertitude, crainte de ne pas être cru par le patient, de s'épuiser en vaine tentative de réassurance et il donne des moyens pour expliquer le rôle du psychologique dans les symptômes. [38].

Nous percevons la connotation négative associée au SII par les termes employés : notion de patients centrés sur leurs symptômes (609, 615), « nombrilistes » (616), presque désocialisés (611, 617). La composante psychologique attribuée au trouble semble responsable de la tonalité péjorative (251, 756). Les patients semblent partager ce sentiment car ils peuvent avoir des difficultés à consulter du fait de la connotation psychologique du trouble (251, 756). Un médecin avance l'hypothèse que certains patients inventeraient les symptômes (270). La croyance de l'origine uniquement psychologique du trouble est donc une pensée encore présente chez certains médecins.

Elle véhicule des interactions négatives et fait obstacle à la gestion des patients [39]. Ce stéréotype dévalorisant s'étend à l'ensemble des pathologies fonctionnelles [38]. Hors une enquête [40] retrouve que les patients demandent à ne pas être jugés pour ne pas culpabiliser. Ils souhaitent du tact lors de l'abord des plaintes psychosomatiques.

Pourtant, pour la plupart, nous avons noté, des signes d'évolution des mentalités à ce sujet : les médecins authentifient le syndrome (302, 303); ils ont abandonné la notion de psychosomatique et l'idée que les symptômes soient « purement » psychogènes (24).

Dans notre groupe le flou autour du rôle du facteur psychologique est perceptible sur l'usage de l'*Amitriptyline* (il est précisé que son usage est hors AMM). Est évoquée : action placebo ? Suppose pathologie fictive ; action antidépressive ? Suppose pathologie psychiatrique ; action antalgique ? Suppose pathologie organique neurogène. Par contre l'utilisation des anxiolytiques est consensuelle.

Dans la littérature, il est admis désormais qu'un processus de somatisation participe mais le mécanisme est complexe associant physiologique+psychologique [38]. Le WGO le précise aussi [4]: il n'a pas été démontré que seuls les facteurs psychologiques peuvent causer ou influencer la survenue du SII. Ce n'est pas une pathologie psychiatrique ou psychologique.

E) Nous constatons que le recours aux examens d'imagerie, d'emblée ou ultérieurement, semble inéluctable. 3 médecins sont plus hésitants sur cette nécessité mais aucun n'est formellement opposé à cette idée. Les examens font même partie désormais des critères diagnostiques pour certains.

Il s'agit pourtant, en principe, d'un diagnostic clinique, à quelques exceptions près [4, 34, 36].

La clinique seule ne semble bien souvent plus suffisante en pratique, surtout lorsque les symptômes sont chroniques et invalidants, étant donné leur faible spécificité, pour poser le diagnostic et exclure des causes organiques (CCR, MICI...) [4], car il s'agit d'un diagnostic d'élimination comme le précise l'HAS [21] et un participant (128).

Les examens aident à créer une bonne relation médecin-patient, puisqu'ils rassurent les deux. En validant comme 2^{ème} intention, cette indication, la WGO reconnaît les difficultés des généralistes et valide que les critères diagnostiques de Rome III ne suffisent pas toujours pour conclure au diagnostic positif par l'anamnèse [4]. Un sondage IPSOS réalisé en février 2007 vient corroborer cet attrait pour une médecine technicienne : une majorité de Français (62%) déclare avoir plus confiance en un médecin qui privilégie les examens biologiques et d'imagerie pour établir un diagnostic, qu'en un médecin qui se base uniquement sur son examen clinique (26%) [41]. D'autant que dans le SII, la moitié des patients craint avoir une maladie grave tel un cancer [34]. La prudence médico-légale influe beaucoup sur la prescription d'examen dans notre groupe. Pourtant la littérature assure qu'il n'y a pas de lien entre SII et affections graves ; la fréquence des maladies organiques du tube digestif est la même que pour la population générale à l'exception de la maladie cœliaque retrouvée chez 5% de ces patients [5].

Nous comprenons qu'en pratique un grand nombre de patients n'obtient jamais un diagnostic clair et bien identifié : Plusieurs études européennes rapportent que quasiment 50% des patients n'ont pas de diagnostic posé même après plusieurs consultations [17, 34]. Hors Dedienne [40] met en évidence que les patients souhaitent connaître le diagnostic, ils

attendent du généraliste de le leur nommer ; et d'après Cathebras [38] « nommer le trouble fait partie du soin ».

Nous évoquons ultérieurement en 2.2 que peut-être un manque de connaissance médicale est impliqué mais la définition du SII par les critères de Rome III est complexe à retenir et à appliquer en cabinet.

F) La chronicité qui s'étale sur des années et dont la routine de la récurrence entraîne une démotivation à refaire l'interrogatoire, l'examen clinique. Nos participants reconnaissent le risque de méconnaître une maladie organique sous-jacente.

G) Le manque de temps: les médecins estiment que la prise en charge du SII est chronophage.]. Ils reconnaissent que leurs patients souhaitent être écoutés.

Cet obstacle est le premier cité dans le *guideline* britannique [34]. Dans une étude réalisée en 1998 auprès de patients alsaciens, le Docteur Thiebault-Lerch montre que 22% d'entre eux déplorent « le manque de temps de leur médecin pour les écouter » [42]. Aussi d'après un sondage IPSOS de septembre 2004, 61% des généralistes confirment être de plus en plus confrontés à cette demande d'écoute de la part de leurs patients [43].

Quelques participants regrettent aussi que les patients aggravent parfois la situation en venant consulter avec plusieurs motifs.

Ils reconnaissent que le paiement à l'acte peut-être un frein à l'écoute et inciter à plutôt prescrire.

H) Difficulté à instaurer une alliance thérapeutique :

D'une part, pour les modifications des habitudes alimentaires : ces changements semblent souvent difficiles à obtenir ; comme dans de nombreuses autres pathologies où ceux-ci seraient recommandés. Il serait trop difficile pour les patients de changer leur mode de vie. Une étude néerlandaise vient corroborer cette idée: les patients n'apprécient pas les interventions alimentaires [44]. Certains médecins ont déclaré que, bien qu'ils en perçoivent l'intérêt, ils ne les mettent plus en place.

D'autre part, pour l'approche psychosomatique : Lorsque les médecins s'engagent dans l'abord du contexte psychosocial ils ressentent que les patients interprètent alors que la plainte somatique n'est pas crue (251) et que leur douleur est attribuée uniquement à une origine psychologique.

Comme le suggère des auteurs, c'est peut-être aussi « quand il s'agit d'avoir recours aux maux pour faire entendre une demande d'aide », parce qu'ils ne sont pas prêts à verbaliser leurs émotions, et donc ils refusent d'analyser les liens entre leurs demandes d'aide et leurs symptômes [33, 34, 45, 46]. Ou bien, ils peuvent aussi souhaiter ne pas étudier le fond du problème pour conserver ce statut de malade en raison de « bénéfices secondaires » [38]. Dans sa thèse, Bonnet [32] illustre que les patients ne demandent pas toujours au médecin d'avoir cette approche biopsychosociale lorsqu'ils viennent le consulter ; ils lui demandent plutôt de se limiter à l'aspect physique de la maladie. Il explique aussi que si certains patients ne souhaitent pas parler des problèmes psychologiques à leur généraliste, c'est parce qu'ils le considèrent peu formé et pas assez compétent dans cette prise en charge, ils préfèrent parler de ces problèmes à d'autres personnes que leur médecin. Ce choix semble

concerner une minorité de patients dans la population générale (12,6%). Nous ne savons pas dans quelle mesure ces résultats sont extrapolables au SII.

Dans notre groupe parfois ce sont les médecins qui ne souhaitent pas s'engager dans cette approche par manque de motivation, de temps ou par fatigue considérant cette prise en charge plus exténuante.

C'est peut-être aussi comme le suggère Cathebras [38] parce qu'ils craignent d'aborder directement les questions psychosociales par incompetence, par pudeur, par peur d'être débordés émotionnellement ou parce qu'ils jugent que leur rôle doit se cantonner au domaine biomédical.

Les participants ont employé les termes de compliance, et d'acceptation du projet de soin. Nous pouvons interpréter par l'usage de ces termes, que la relation entre médecin et patient est une relation déséquilibrée, paternaliste, où le médecin tente d'imposer au patient ce qu'il estime être bon pour lui.

Peut-être y a-t-il confusion dans les termes employés, car, comme nous l'étudions plus loin (2.1.2 J), les médecins semblent avoir pour objectif l'autonomie du patient au moyen d'une relation d'alliance thérapeutique. Peut-être qu'une relation de paternalisme est involontairement pratiquée car elle est plus facile à mettre en place et surtout plus spontanée pour nos participants plutôt âgés, formés selon le modèle paternaliste.

Le sentiment de difficulté à coopérer découle probablement de ce déséquilibre relationnel que les patients refusent : Une étude retrouve la notion que les patients disent mieux connaître leur trouble que leur médecin. Nous comprenons qu'ils n'acceptent alors pas facilement de laisser le soignant conduire seul la prise en charge [15]. Bonnet a montré que les patients de nos jours ne se prêtent plus au modèle paternaliste [32]. Une revue de la littérature internationale a également mis en évidence cette demande de relation d'alliance thérapeutique de la part des patients [47].

De plus, dans une enquête, des français souffrant du SII évoquent l'impression que leurs problèmes ne sont pas pris suffisamment au sérieux par leur médecin parmi les raisons pour lesquelles ils ne consultent pas [15].

I) Difficulté à saisir la véritable demande du patient car une demande peut en cacher une autre (568). Le symptôme digestif peut être le point d'appel vers une autre souffrance (d'origine psychique peut-être). Toute la difficulté réside pour le praticien à l'identifier et à l'intégrer ou non dans sa prise en charge. En effet, le patient n'est pas toujours prêt à l'entendre.

C'est la difficulté de comprendre que derrière la plainte s'exprime autre chose qui pousse (inconsciemment) le patient à vouloir être reconnu malade, comme l'explique bien Mimoun [46]. Cette problématique fait l'objet de recherche de solutions par des auteurs [38].

Le déséquilibre relationnel que nous expliquons en 2.1.1 H, contribue peut-être à cette incompréhension. Le médecin étant focalisé plus sur ses objectifs que sur ceux du patient.

2.1.2 Un ressenti nuancé

Des paramètres de la prise en charge ne posent en revanche pas de problème :

A) La plupart des médecins présents émettent du plaisir dans la prise en charge de ces patients ce qui témoigne que les difficultés rencontrées sont relativisées. Ce résultat s'oppose à Cathebras [38] qui évoque que la prise en charge des troubles fonctionnels est jugée peu valorisante par les praticiens.

B) Notre groupe comprend que le diagnostic et la prise en charge de ces patients s'inscrit dans le temps. Ils ont le temps d'observer la répétition des symptômes, le temps pour essayer diverses approches thérapeutiques. Ils décrivent une chronologie s'étalant sur des mois voire des années. Les critères diagnostiques en vigueur de Rome III préconisent au moins 6 mois [3, 4].

C) Une pathologie chronique mais bénigne. Un participant le rappelle (743).

La majorité des patients vus en médecine générale (70%) ont des symptômes qui restent légers, intermittents, sans répercussion sur les activités de la vie quotidienne et qui ne s'accompagnent pas de troubles psychologiques évidents [6, 48]. Les symptômes la plupart du temps restent stables, et peuvent s'améliorer ou disparaître ; exceptionnellement s'aggraver [5]. Les patients à problème sont donc minoritaires : consommation de soins très élevée, avec une altération majeure de leur qualité de vie, à laquelle contribuent de façon indépendante les symptômes digestifs et la détresse psychologique [38]. L'intensité des symptômes perçus est en effet corrélée à la consommation de soins [10]. Dans une enquête nationale d'évaluation par les patients de leur prise en charge, la majorité sont satisfaits [49]. Ce qui appuie l'idée que les cas complexes à prendre en charge sont rares.

D) Le diagnostic est parfois difficile à établir, mais il semble que dans la majorité des cas il soit aisé, que les médecins n'en doutent pas ou peu.

Dans notre étude les médecins connaissent bien les symptômes d'alarme : apparition des symptômes après 50 ans, antécédents familiaux de maladie organique intestinale, altération de l'état général, examen clinique anormal (masse abdominale ou rectale car une discrète sensibilité non spécifique ou un météorisme peuvent être présents), présence de sang dans les selles. La symptomatologie nocturne divise le groupe à juste titre car elle peut être un signe d'appel vers une autre maladie mais peut aussi être présente dans le SII donc elle justifie des investigations avant de conclure comme l'attestent les recommandations [4, 48].

E) Si des manques de connaissances physiopathologiques sont constatés, en revanche certains médecins ont des notions plus précises sur le mécanisme : absence d'explication causale uniciste mais implication de facteurs organiques par hypersensibilité viscérale, et de facteurs psychiques. Ces notions sont conformes aux connaissances scientifiques actuelles [3, 6, 50] à l'exception que la notion d'une participation d'un dysfonctionnement de la motricité grêlo-colique n'est pas citée. Elles semblent suffire aux généralistes car ceux qui ont ces notions avancées sont relativement à l'aise : donc la méconnaissance physiopathologique exhaustive n'est pas problématique pour les praticiens alors qu'elle l'est pour les chercheurs puisqu'ils s'animent à explorer davantage les mécanismes.

Leurs connaissances vont jusqu'à percevoir que le SII ne survient pas forcément chez des malades psychiatriques mais chez des patients avec souvent un « terrain psychologique » (428). Une typologie de patients est évoqué : compliants, anxieux (232), voire obsessionnels (426) et incapables de verbaliser leurs souffrances (alexithymiques) (377). Ce que Cathebras décrit [38] avec caricature « méticuleux obsessionnel, « obsédé fécal », « hystérophobique polyalgique », « déprimé cénesthopathe », « délirant hypochondriaque ».

En effet, de nombreux travaux explorent les relations entre somatisation et traits de personnalité pathogènes. Les résultats concernant le facteur alexithymie sont contradictoires. En revanche le névrosisme (ou affectivité négative : tendance à ressentir des émotions négatives) apparaît comme facteur majeur et consensuel [34, 38, 51]. Chez les douloureux chroniques en général, seraient retrouvés des traits de masochisme, ergomanie (impossibilité de s'arrêter de s'occuper), perfectionnisme. La question de la causalité psychosomatique fait aujourd'hui encore l'objet d'incessantes réflexions. Diverses formulations psychanalytiques ou non, sont toutefois proposées [51] : théorie du traumatisme (Freud), théorie des personnalités prédisposées (Dunbar), théorie économique (Marty), théorie des clivages de la structure narcissique (Dejours), etc.

Selon la littérature, la prévalence des troubles psychopathologiques des sujets présentant un SII mais ne consultant pas, excède à peine celle de la population générale mais elle y est supérieure dans le groupe des patients qui consultent régulièrement. Ces derniers sont significativement associés à une plus grande exposition à des facteurs stressants, à une plus grande sévérité des symptômes et à un pronostic plus médiocre [1, 10, 34, 38, 50, 51, 52, 53, 54], ce que les participants à notre étude perçoivent bien. 31 à 44% des patients colopathes réfractaires auraient été victimes d'agressions physique ou sexuelle [1, 33, 48, 53].

Ces patients ont plus fréquemment d'autres troubles fonctionnels digestifs ou extradiigestifs associés au SII (dyspepsie, asthénie, insomnie, dyspareunie, fibromyalgie, céphalées, etc. [4, 34, 38]. Des prévalences élevées de dépression, de névrose d'angoisse ou phobique, de troubles de la personnalité sont aussi retrouvées [1, 17, 34, 51, 55].

Comme pour d'autres symptômes fonctionnels, la détresse psychologique joue un rôle comme facteur déclenchant de recours aux soins et de sévérité des symptômes plutôt que comme déterminant des symptômes [38]. Cette relation, s'explique du fait des liens qui existent entre cerveau et système nerveux entérique, le terrain psychologique interfère avec la perception et l'intégration des informations sensibles d'origine digestive, en maintenant notamment un état d'hypervigilance à ces stimuli [1, 53, 55, 56].

Les experts, en établissant les recommandations prévoient des approches adaptées à ces paramètres [45, 56]. Des tests existent pour effectuer une évaluation objective des facteurs psychologiques [51].

F) De plus en plus de médicaments ne sont plus ou peu remboursés. La Sécurité sociale a abaissé en 2010 le taux de remboursement de nombreux médicaments au SMR coté « faible » [5, 21, 57]. Cette modification ne semble pas nuire à la pratique des participants : Un seul des médecins sait que peu de médicaments sont encore remboursés, les autres n'ont pas de notion concernant le statut de remboursement de ce qu'ils prescrivent.

Nous pouvons supposer que ce n'est pas une préoccupation des patients non plus puisqu'ils ne doivent probablement pas interroger leur médecin à ce sujet.

G) Les généralistes évoquent des relations de proximité avec les gastroentérologues notamment lorsque les troubles se chronicisent : ils permettent d'une part de conforter les généralistes dans le diagnostic, et d'autre part de répondre à la pression des patients pour réaliser des examens complémentaires. De plus, comme signalé par Denis, ils partagent la difficulté à faire accepter l'idée d'une prise en charge mixte : somatique et psychologique [45].

Nos participants considèrent aussi ces spécialistes comme un relais, lorsqu'ils s'épuisent. Ce soutien est confirmé dans la littérature [10, 12].

D'après la thèse de Bonnet [32], les patients apprécient cette délégation de compétence car elle signifie que leur médecin souhaite pour eux la meilleure prise en charge possible.

D'après la littérature, les gastroentérologues sont extrêmement concernés : les TFI seraient responsables de 30% des consultations de gastroentérologie [6, 58].

H) Les généralistes citent, au cours de l'entretien, un panel de modalités de prise en charge :

Pour satisfaire les patients, les médecins expliquent adapter leur prise en charge aux attentes qu'ils perçoivent. L'approche est aussi singulière d'un médecin à un autre, selon ses expériences et ses habitudes.

- L'examen clinique : il a pour but de rassurer le patient et le médecin en excluant un point d'appel vers une cause organique, en confortant dans le diagnostic. Cette pratique est conforme aux recommandations [4]. Ainsi, la réassurance se fait durant la consultation physiquement et psychologiquement. Le contact physique donnerait l'impression au patient que le médecin s'approche, touche le point douloureux ce qui faciliterait l'alliance, le dialogue (564, 566).
- Les explications du mécanisme physiopathologique : nous avons vu que les patients l'attendent [32,40]. Elles participent, une fois trouvée la formulation appropriée à chaque patient, à soulager ; cette idée est soutenue aussi par la littérature [4, 33].
- Les médicaments : ils sont une réponse très employée en première intention. La fréquence de cet usage est chiffrée par des enquêtes [10]. Pour nos participants, ils ciblent essentiellement les douleurs abdominales car ce sont surtout les antispasmodiques qu'ils citent ; les antalgiques paliers 1 sont utilisés par certains mais leur indication est l'objet d'un débat ; brièvement sont cités les pansements digestifs et ponctuellement les régulateurs du transit, et les antifatulents à base de charbon.

Nous avons vu que d'après des études, les médicaments ne soulagent pas les souffrances de tout patient atteint du SII, mais notre groupe considère tout de même qu'ils peuvent parfois apporter un bénéfice symptomatique.

- Les règles hygiéno-diététiques : elles sont reconnues comme autre composante majeure du traitement des symptômes. Elles sont enseignées par le médecin après avoir fait l'objet d'une enquête alimentaire, voire jusqu'à un agenda. Elles sont parfois résumées sur support

écrit. La revue Prescrire en a établi un exemple [cf. info patient Revue Prescrire mars 2010]. Mais bien souvent les participants constatent qu'elles sont déjà appliquées par les patients qui reconnaissent eux-mêmes les aliments influençant leurs troubles (flatulents, constipants). C'est d'ailleurs dans les cas où les patients initient eux-mêmes les changements que les règles hygiénodietétiques font véritablement partie du soin, sinon elles ne sont bien souvent pas respectées.

Le risque d'erreur alimentaire par l'exclusion complète de catégories d'aliments est connu et recherché.

Il est décrit dans la littérature, qu'elle peut conduire jusqu'au développement d'une pathologie du comportement alimentaire [4, 34]. En raison des effets modestes voire pathogènes, elles sont donc préconisées avec prudence [5].

La quête du facteur psychique déclenchant la poussée : en l'exploitant, elle constitue une réponse à l'origine de chaque crise (733). Plusieurs études démontrent le rôle des événements de vie dans les poussées de la maladie. [1, 36, 56].

I) La place du psychologique : elle est reconnue à l'unanimité comme une modalité de prise en charge des patients avec une efficacité propre (indépendamment des médicaments), même si elle ne soulage parfois que partiellement ou transitoirement. Elle est incontournable car les troubles psychiques dans le SII sont extrêmement fréquents puisqu'ils peuvent être cause ou conséquence du trouble : c'est un cercle vicieux pathogène d'après Cathebras [38]. Elle consiste à :

- rassurer le patient sur sa pathologie. Une réassurance efficace et adaptée au patient nécessite un savoir faire comme l'explique Cathebras [38]. Selon une étude néerlandaise les patients attendent la réassurance avant la prise en charge médicamenteuse [44].

- permettre au patient d'avoir un espace où il peut parler de son trouble digestif.

- l'accompagner à vivre avec sa douleur chronique, à la tolérer, en la « dominant » (625), en la « vivant différemment » (623), Pour ne pas être enfermé dans ce que décrit De Saussure dans un « comportement-maladie » [19]. Ils proposent dans ce cadre des modalités thérapeutiques originales (associative, sportive [marche, yoga, relaxation...] ...) dans le but de modifier le rapport à la douleur, de faire sortir les patients de leurs symptômes. Car selon une étude [59], si les symptômes tendent à s'améliorer, avec le temps, le handicap ressenti tend au contraire à s'aggraver.

- Aider le patient à faire face à ses autres problèmes (personnels, professionnels, familiaux) : ils sont révélés par l'exploration du contexte psychologique du déclenchement de la crise. Les médecins citent à de très nombreuses reprises cet aspect, ils y sont donc très souvent confrontés.

Cathebras distingue les souffrances qui participent comme facteurs prédisposant, précipitant ou d'entretien aux symptômes [38]. La symptomatologie digestive correspond alors à une demande d'aide pour un important mal de vivre (les « mots de ventre ») : les patients communiquent leur détresse psychologique par des symptômes physiques [46] ; cette idée, est perçue de notre groupe. Bonnet constate que les patients ont confiance en leur généraliste, ils le considèrent même comme un confident, un psychologue [32]. Cette

confiance leur fournit la possibilité de prendre en charge les difficultés psychologiques associées au SII.

Nous étudions en 2.1.2 E, que ce ne sont pas les symptômes qui emmènent le patient à consulter mais la survenue d'évènements extérieurs qui modifient le vécu des symptômes, d'où leur importance.

Ces problèmes sous-jacents, certains les recherchent d'emblée, d'autres ultérieurement : car ils peuvent être difficiles à aborder (cf. 2.1.1 H). Le patient n'a pas toujours conscience que sa demande d'aide a une tout autre ampleur qu'une plainte somatique [45]. Cet abord s'impose de toute façon quand arrive l'évidence que les autres thérapeutiques échouent. Le médecin peut difficilement échapper à demander au patient de clarifier l'aide qu'il attend ; C'est le moment où les médecins «touchent le fond du problème ».

Nos participants confient parfois leurs patients à des psychologues ou psychiatres lorsque le SII ouvre sur des problèmes psychologiques ou psychiatriques complexes. Ils reconnaissent une plus grande compétence et disponibilité chez les psychiatres. D'ailleurs, d'après le travail de Bonnet [32], les patients estiment que ce n'est plus du ressort du généraliste de s'occuper des problèmes trop lourds. Dans certains cas, ils sollicitent leurs confrères comme ils le font avec les gastroentérologues comme relais en cas d'épuisement dans la prise en charge chronique. Les recommandations précisent la possibilité de recourir lors de la prise en charge de douleurs viscérales rebelles à la psychothérapie en s'inscrivant alors dans une démarche analogue qui vise à associer au traitement somatique de la douleur viscérale celui de sa dimension affective [9, 45]. Mais ce transfert nécessite que le patient ait compris l'intérêt d'une telle démarche donc que le patient ait changé le registre de sa plainte [33, 46].

J) Les médecins ont une obligation de moyens mais pas de résultats.

Cet objectif de moyens et non de résultats rejoindrait les exigences des patients : eux non plus n'auraient pas comme objectif principal l'attente du résultat que leurs symptômes soient soulagés mais ils attendraient d'abord des moyens humains : disponibilité et écoute (709).

La demande exprimée des patients est la recherche d'un soulagement immédiat à laquelle les praticiens sont tentés de répondre par l'usage des médicaments, parce que c'est le moyen le plus rapide et qui semble par conséquent être la réponse attendue. Mais il est évoqué que l'absence d'intervention « active » a aussi un potentiel d'action propre important (294): C'est le concept de la relation d'aide de Rogers [60] : l'aide psychologique par la relation. C'est une relation dans laquelle « la chaleur de l'acceptation, l'absence de tout jugement, de toute contrainte ou de pression de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes ». Cela nécessite de la part du soignant « des attitudes de compréhension empathique, de respect chaleureux et surtout de congruence » ; la relation médecin-patient est thérapeutique [34], elle concourt à l'effet placebo, qui est très important dans la prise en charge du SII. Son action se confirme par une méta-analyse regroupant 45 essais randomisés et contrôlés : l'effet du placebo est supérieur (54,1%) au bénéfice thérapeutique médicamenteux (40,2%) [1, 19, 38, 46]. Cette action peut être tellement efficace que certains patients expriment un bénéfice « anticipé », ils disent se sentir mieux dès la salle d'attente (295), rien que le fait de savoir qu'ils vont être écoutés les soulage. Elle agit aussi parce que les patients expriment à 74,3% une confiance en leur médecin dans leur prise en charge médicale [15].

Les espoirs émis des généralistes sont une réduction de l'intensité, de la fréquence des symptômes et une amélioration de la qualité de vie des patients. Ce sont les objectifs théoriques enseignés [9]. En pratique, ils semblent se fixer comme objectif la modification du rapport du patient à la douleur et son autonomisation dans la gestion de sa vie avec la maladie ; ils se reconnaissent un rôle d'accompagnant (726). Ils aident le patient à devenir acteur thérapeutique comme le préconise Mimoun. [46].

De toute façon, le médecin met à la disposition du patient des moyens. Ensuite, il décide lui-même ce qui est bon pour lui (principe d'autonomie en bioéthique [61]), et il peut faire le choix de ne pas respecter l'ordonnance et les conseils hygiéno-diététiques. Cette décision est parfois par perte d'espoir dans l'action de la molécule, ou parfois par le désir de prolonger le statut de malade, comme le suggère Michelon et Mimoun [33, 46].

Découle l'hypothèse qu'il s'agit d'une pathologie dont la gestion devrait plutôt être à la charge du patient après une éducation par le médecin ? C'est ce que recommande la WGO pour les « cas légers » et avec certaines conditions [4]. Il est recommandé dans la *guideline* britannique [34] de remettre un guide d'éducation aux patients pour les aider. La revue *Prescrire* en a aussi édité [*fiche info patient* Revue *Prescrire* mars 2010].

Les patients partagent ce point de vue : moins du quart des sujets concernés par le SII consultent pour ce motif [17, 38, 48]. Dans une enquête interrogeant des français souffrant du SII, 70,1% répondent ne pas consulter car ils ne considèrent pas leur trouble comme une maladie [15].

K) D'une manière générale les médecins expriment ressentir peu de difficultés. Ils sont relativement à l'aise dans la prise en charge des malades du SII. Ils ont des connaissances suffisamment correctes sur l'origine des symptômes. Ils reconnaissent pouvoir se heurter à des obstacles et être parfois impuissants mais ils savent les relativiser. Ils relativisent la problématique notamment en faisant des liens avec d'autres pathologies. Leur prise en charge s'avère structurée. Ils paraissent privilégier la réponse psychologique, la place majeure de l'écoute de la plainte et au contraire attribuer une moindre place aux médicaments. Ils mettent en place des consultations dédiées. Les plus à l'aise ont des connaissances avancées sur le thème de la douleur.

Le médecin qui se dégage comme étant le plus en difficulté avec ce syndrome est celui qui par opposition semble avoir le moins de connaissances de la définition et de la physiopathologie ; il semble ne pas avoir de conduite de prise en charge standardisée et aussi, il semble avoir plus fréquemment une réponse médicamenteuse. C'est le seul à ne pas dire clairement s'il pratique des consultations dédiées uniquement à ce motif et c'est aussi le seul à ne pas avoir établi de lien entre le SII et d'autres problèmes de santé du même type.

Malgré un manque de thérapeutique efficace, médecins et patients parviennent à être satisfaits de la prise en charge effectuée. Dans une enquête française publiée en 2004, 64,1% des patients interrogés se disent satisfaits complètement ou correctement de la prise en charge médicale et des explications de leur généraliste [15].

L) Comme s'interrogent plusieurs participants : peut-on considérer que le SII est un problème ? En effet, les problèmes cités, les généralistes les retrouvent dans de nombreux autres troubles fonctionnels ce qui fait relativiser son originalité. L'exemple de la

fibromyalgie a été souvent cité. Des auteurs confirment les similitudes cliniques et thérapeutiques entre les maladies fonctionnelles [38, 56]. Nous constatons que le seul médecin qui n'a pas fait de lien avec d'autres entités est le plus en difficulté : peut-être a-t-il l'impression que ce trouble est atypique et ainsi déstabilisant à prendre en charge ? Nous supposons que, s'ils établissent ces liens, les médecins observent des conduites similaires, évitant la surenchère investigatrice ou thérapeutique.

2.2 Les solutions pour améliorer cette prise en charge

A) Notre étude retrouve des espoirs communs aux chercheurs et aux généralistes : parvenir à établir une explication physiopathologique claire, un diagnostic fiable et un traitement ciblé, efficace [3, 10]. Mais elle met aussi en évidence un décalage entre leurs préoccupations actuelles : des experts s'animent à établir des classifications nosologiques minutieuses des TFI (dernier consensus en 2006 : critères de ROME III [2]). Pour parler du SII, nous constatons que les généralistes emploient différentes dénominations selon leurs habitudes ou la connotation qu'ils y attribuent. Ils n'ont pas la notion de l'existence des classifications, mais au final tous parlent du même sujet. Cette méconnaissance semble, à première vue, ne pas entraver leurs pratiques, probablement parce qu'elle n'a pas d'application concrète pour eux. Effectivement, les classifications sont conçues pour définir des groupes homogènes de malades en vue d'études cliniques ou pharmacologiques [12]. La complexité des critères diagnostiques définis par Rome III, malgré leurs modifications successives, contribue à les rendre hors d'usage pour les généralistes. La littérature montre que les gastro-entérologues connaissent cette difficulté [10, 12]. Eux non plus ne les utilisent pas forcément [34].

Ce défaut de connaissance des critères consensuels a néanmoins des effets néfastes : un lien entre le niveau de connaissances et le ressenti difficile semble exister puisque le médecin qui a le moins de connaissance de la définition est aussi celui qui s'éprouve le plus en difficulté dans sa pratique.

Les douleurs abdominales sont évoquées mais en revanche les troubles du transit, les ballonnements abdominaux, le lien chronologique avec la défécation [4] sont à peine cités. Ils ne semblent donc pas inclus dans cette entité par les médecins. Nous comprenons logiquement que les antispasmodiques sont majoritairement utilisés et que l'usage des régulateurs de transit (antidiarrhéiques et laxatifs) et antifatulents n'est quasiment pas évoqué. Nos résultats concordent avec ceux de l'enquête menée chez des généralistes en 2004 [58]. Il semble y avoir dans notre groupe un sous-diagnostic du SII qui entraîne un recours excessif aux examens complémentaires (cf. 2.1.1 B et 2.1.1 E) et un frein à l'annonce du diagnostic. Puisque les critères d'alarme devant amener à réaliser des investigations sont bien connus (2.1.2 B) et que les investigations sont presque systématiques, le manque de connaissance des critères du SII ne paraît pas entraîner de risque de méconnaître une pathologie digestive organique. Il entraîne plutôt le risque de multiplier les examens complémentaires de façon inutile, coûteuse et dangereuse. Une étude montre pourtant que les investigations entreprises sont globalement justifiées [10]. Si l'appellation précise du trouble importe peu aux médecins, peut-être qu'en revanche une meilleure connaissance des critères cliniques principaux de Rome III aiderait à éviter les sous-diagnostics. Ainsi ils auraient plus d'assurance pour présenter ce diagnostic non pas par exclusion mais comme un diagnostic plutôt « positif » [10, 34, 36]. La décision de justifier ou refuser des examens

complémentaires serait facilitée. Pour cela il semble nécessaire que les définitions à disposition soient simples et pratiques à comprendre et à utiliser. Puisque les recommandations internationales actuelles en vigueur (WGO Global Guidelines [4]) sont, sur certains points, trop éloignées des nécessités pratiques des médecins, peut-être serait-il utile, comme les britanniques l'ont fait [34], de concevoir une version française des recommandations de prise en charge thérapeutique des TFI plus adaptée ? Par exemple il est moins important en pratique clinique de savoir si les symptômes d'un patient correspondent à tel ou tel type de SII (à prédominance de diarrhées ou de constipation ou mixte ; ou bien SII d'origine post infectieuse, ou liée à l'alimentation ...) [3,4] que de connaître ceux des symptômes qui l'inquiètent ou le gênent au quotidien, les explications qu'il en donne, le niveau de détresse psychologique auxquels ils sont associés, et leur retentissement sur la vie sociale [38].

B) Poursuivre les améliorations déjà initiées ces dernières décennies :

Les participants admettent reconnaître la réalité des troubles, la souffrance et le handicap engendré. Une enquête réalisée auprès de gastroentérologues français [52] révèle que les patients sont satisfaits de la consultation de la même manière pour un trouble organique que pour un trouble fonctionnel, ils se sentent compris. Nous n'avons pas retrouvé d'étude effectuant la même comparaison avec les praticiens de soins primaires.

Aussi, ils disent prendre en compte la possibilité de « bénéfices secondaires » : Selon Cathebras [38] « cette notion devrait être reconsidérée car les patients souffrent davantage de leurs symptômes qu'ils n'en bénéficient ». Mais l'idée est de chercher le sens qu'ils peuvent prendre pour chaque patient. Mimoun l'explique parce que [46] « la possibilité de régresser pour fuir la réalité est autorisée par l'état de maladie ». Les rechercher et les prendre en charge doivent permettre d'éviter le glissement vers un autre trouble fonctionnel.

Le groupe insiste sur l'importance d'assurer en soins primaires une approche globale, biopsychosociale malgré la complexité de son application. Les patients éprouveraient parfois difficilement que cette prise en charge soit transférée à un tiers, ils l'attendent donc probablement de leur généraliste.

Bonnet démontre [32] que « certains souhaitent du médecin une approche plus globale du patient, dont ils reconnaissent la triple entité physique, psychologique et sociale ». Cette approche fait partie des pratiques recommandées par la WGO [4] et par la WONCA Europe dans sa définition de la médecine générale en 2002 « elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » [62]. Des études révèlent d'ailleurs que la méconnaissance des facteurs qui précipitent la demande de consultation et des symptômes psychoaffectifs et non digestifs associés avec l'absence d'aide thérapeutique réduisent la qualité de vie des consultants et augmentent la consommation de soins : donc la qualité de la relation d'aide est un élément essentiel du pronostic [4, 52].

Notre étude, comme la littérature [1, 33] montre que faute de médicament efficace, la prise en charge au long cours du SII s'oriente vers cette approche globale. Une préoccupation des chercheurs pas uniquement concernant l'aspect biomédicale mais également concernant l'approche globale est attendue. Elle est pourtant initiée, en témoigne certains articles parus, [20, 45] et des recherches sur le champ psychiatrique comportementale et pharmacologique (antidépresseurs, sérotoninergiques) notamment depuis que les hypothèses de troubles de

la régulation de la sensibilité viscérale avec un dysfonctionnement des relations entre tube digestif et cerveau sont mis en avant [3, 6, 50]. Mais les participants déplorent qu'il n'y ait pas à ce jour d'essais assez solides portant sur les techniques visant à contrôler les émotions et réactions (relaxation, biofeedback, psychothérapie). Des auteurs considèrent cependant que certains résultats semblent en faveur d'une efficacité chez les patients peu soulagés par d'autres traitements [4, 5, 38].

A ce jour, c'est la thérapie médicamenteuse, qui bénéficie de la meilleure « visibilité » dans la littérature médicale, et la seule pour laquelle existent des données validées. Cette « visibilité » ne doit pas être confondue avec l'efficacité propre des médicaments, puisque le SMR est faible, ni faire oublier qu'une approche non médicamenteuse est proposée par de nombreux cliniciens expérimentés : « l'adage du patient qui doit sortir heureux sans ordonnance » [19].

Si les prises en charge mixtes intégrant les traitements médicamenteux aux approches psychologiques donnent de bons résultats dans les formes sévères de SII associés à une détresse psychologique [38], elles connaissent des limites. Les symptômes intestinaux ne sont pas toujours clairement modifiés par ces traitements ; Il n'est pas certain que les résultats positifs des psychothérapies obtenues en milieu spécialisé soient extrapolables aux patients vus en médecine générale [38].

Le SII, et les autres symptômes fonctionnels, « sont des défis quotidiens à la science médicale triomphante qui voudrait faire croire que tout symptôme doit s'expliquer, et que toute souffrance relève de la médecine » [38]. Il n'est pas certain que les symptômes sans explication médicale disparaîtront avec les progrès de la médecine. Bien au contraire, la médicalisation de la vie quotidienne, la mise en avant du « principe de précaution » poussant les médecins eux-mêmes parfois sous la pression de leurs patients, à éliminer d'improbables pathologies organiques par de multiples examens complémentaires, tendent à les rendre à la fois plus fréquents, et socialement plus insupportables. D'où la nécessité de développer l'approche globale.

C) Réaliser cette prise en charge globale nécessite de l'écoute donc du temps. Offrir plus de temps à chaque patient serait d'après notre groupe une des clés de l'amélioration. Nos participants citent des propositions pour trouver du temps :

Soit accorder un temps plus long à la consultation (en fin de journée par exemple).

Soit dédier des consultations spécifiques : un problème par consultation. Presque tous les participants ont mis en place cette pratique. D'après leur expérience, les patients apprécient cette action. Probablement, d'après Dedianne [40], parce qu'ils ont conscience que la notion de temps impose une double contrainte du médecin : le temps laissé à l'expression du patient et la ponctualité à respecter.

D) Les gastro-entérologues proposent de recourir aux centres de la douleur. Ces structures sont destinées à prendre en charge les patients chez lesquels on ne trouve pas la cause de la douleur ou chez lesquels il n'y a pas de traitement efficace de la cause. Ces centres envisagent une prise en charge globale du patient, s'attachant à traiter non seulement la douleur somatique mais aussi sa composante émotionnelle [45, 53].

Nous remarquons que la formation à la prise en charge de la douleur chronique semble corrélée à un meilleur ressenti des médecins. L'une des réponses pourrait être de renforcer la formation médicale à ce sujet, et particulièrement au sujet des troubles fonctionnels. Les généralistes seraient ainsi munis de moyens pour accompagner eux-mêmes ces patients. Durant les études médicales il y a un item concernant (N°289) les troubles somatoformes mais dont l'abord est probablement trop succinct... Le *guideline* britannique suggère aussi d'accroître la formation des médecins généralistes aux techniques de réassurance, d'explication et d'exploration des facteurs psychologiques [34].

E) La participation des généralistes à des groupes de pairs, voire à des rencontres multidisciplinaires (généraliste, psychiatre ou psychologue, gastroentérologue, diététicien) permettrait de partager les difficultés rencontrées pour les patients les plus compliqués à prendre en charge. Cette proposition est citée par des auteurs [33, 38] qui proposent jusqu'à des consultations conjointes somaticien-psychiatre. L'idée est intéressante mais probablement inadaptée dans notre système de santé. Peut-être que la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires permettra cette approche ?

F) Accompagner les patients à se prendre en charge avec leur trouble, donc encourager l'autonomie. Une étude met en évidence que si les patients ne consultent pas toujours pour ce motif c'est notamment parce qu'ils considèrent devoir apprendre à vivre avec ; elle révèle aussi que la pratique de l'automédication est fréquente (26%) mais qu'il est aussi fréquent qu'ils ne prennent aucune thérapeutique (30%) [17, 63]. Notamment parce qu'ils considèrent que leur douleur n'est pas suffisamment forte, ou que les médicaments n'ont pas d'efficacité [15]. Des moyens à la disposition des patients sont cités : les médicaments en vente libre en pharmacie pour la plupart, les mesures diététiques, la gestion des facteurs déclenchant alimentaires ou psychosociaux, l'investissement associatif ou sportif. Ces conseils participent à l'apprentissage de la gestion au long cours des symptômes résiduels donc de la douleur chronique.

Nous supposons que les articles dans les revues de vulgarisation et les informations des sites Web apportent probablement aussi des informations aux patients pour se prendre en charge mais cela n'est pas abordé par notre groupe. Un sondage TNS-Sofres en 2000, un rapport de l'HAS en 2007 et le travail de Bonnet en 2008 [32] confirment l'existence de ces pratiques, en complément des informations que peut délivrer le généraliste. Cependant les médecins de notre groupe ne semblent pas être amenés à discuter avec leurs patients des informations qu'ils ont pu trouver.

Il reste néanmoins au généraliste à assurer le soutien psychologique dont nous avons détaillé les modalités (2.1.2 H)

G) Est suggérée la création d'associations de patients dans le but de leur permettre de bénéficier justement d'un autre soutien que celui de leur généraliste. Aucun des participants n'en connaissait l'existence. Nos recherches en ont retrouvées mais étrangères (exemples : IBS Self Help Group, Irritable Bowel Syndrome association). Sont-elles à l'initiative de patients ou soutenues par l'industrie pharmaceutique ? En France, une association nationale verra le jour cette année : l'APSSII.

Mais les échanges se font surtout via de nombreux forums sur internet qui permettent aux patients concernés du monde entier de partager leurs difficultés et leurs solutions puisque

les données suggèrent que la prévalence est relativement uniforme dans plusieurs pays, malgré des différences considérables en termes de niveau de vie [4].

CONCLUSION

Notre étude s'intéressait à la perception des médecins généralistes sur le SII. De nombreux travaux concernent l'impact collectif et le retentissement individuel du syndrome mais nous n'avons pas retrouvé d'étude en soins primaires sur ce sujet précis.

De notre étude, il ressort que ce trouble ne pose pas de problème majeur aux médecins généralistes. Ils ne sont pas devant une problématique originale car ils ont l'habitude de gérer des troubles fonctionnels et leur approche est similaire. Ils déclarent une difficulté de prise en charge seulement dans les cas les plus invalidés.

Plus la compétence relationnelle semble efficace, moins le syndrome semble problématique.

Les médecins généralistes considèrent le SII comme un désordre digestif associé à une souffrance psychologique. Ils observent que la fréquence des consultations est corrélée à l'intensité des troubles psychiques, comme la littérature le décrit. Il ne leur est pas toujours possible de partager cette approche avec leurs patients.

Si leur regard sur le SII est le même, leur prise en charge reste en revanche personnelle et individualisée.

Les généralistes estiment que la limite de leur action se situe à la capacité du patient à prendre en charge lui-même ses symptômes. Cette limite est celle que l'on retrouve dans toutes les pathologies chroniques.

Nous avons perçu la nécessité d'un mode relationnel basé sur l'alliance mais son application semble difficile. Peut-être par insuffisance de formation à l'éducation thérapeutique des pathologies chroniques.

Peu de propositions concrètes ont été apportées pour favoriser l'autonomie du patient. Une étude complémentaire permettrait peut-être d'y répondre.

BIBLIOGRAPHIE

Date de dernière consultation de la bibliographie : le 20 Mai 2011.

- 1 Rambaud J.C. *Traité de Gastroentérologie*. 2ème éd. Paris : Ed. Flammarion Médecines sciences, 2005, 1027 p.
- 2 *Critères diagnostiques de Rome III pour les troubles fonctionnels gastrointestinaux* [en ligne]. 14 p. Disponible sur : http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_Romelll_apA_885-898.pdf [consulté le 22 avril 2011]
- 3 Hurlimann R., Stenz V. Gastroentérologie: Rome ressuscitée. *Forum Med. Suisse*, 2006 ; 6 : p. 1155-1157.
- 4 Quigley E., Fried M., Gwee K.A., et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *Syndrome de l'intestin irritable : Une approche globale*. [en ligne]. Juin 2009. 26 p. disponible sur : http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/20_irritable_bowel_syndrome_fr.pdf[consulté le 22 juin 2010]
- 5 Troubles fonctionnels intestinaux récurrents : une évolution bénigne, des traitements symptomatiques. *Rev. Prescrire*, 2008 ; 295 : p. 359-364.
- 6 Coffin B. Troubles fonctionnels intestinaux. *Rev. Prat.*, 2010 ; 838 : p.229-230.
- 7 Coffin B., Dapoigny M., Cloarec D., et al. Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 2004 ; 28 : p. 11-15.
- 8 Silk D.B. Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practices. *Eur J Gastroenterol Hepatol.*, Nov 2001 ; 13 ; 11: p. 1327-32.
- 9 De Solano L. *Troubles fonctionnels intestinaux: Préserver l'activité sociale et professionnelle* [en ligne]. Impact santé [référence du 08 janvier 2010].Disponible sur : http://www.impact-sante.fr/Medecine/Mise_au_point/Troubles_fonctionnels_intestinaux_-_preserver_l_activite_sociale_et_professionnelle/16/10643 [consulté le 21 juin 2010]
- 10 Dapoigny M., Bruley des Varannes S. Syndrome de l'intestin irritable : un poids lourd de la gastroentérologie. *Hépto-Gastro*, 2006 ; 13 ; 3 : p. 175-177.
- 11 Observatoire de la Médecine Générale. [en ligne]. 2007. Disponible sur : <http://omg.sfmq.org/content/donnees/top25.php?sid=19c04b730ea82776ae1d4df25c> [consulté le 22 avril 2010]
- 12 Dapoigny M., Dyard F., TFI et consommation de soins. *Gastroentérol. Clin. Biol.*, 2003 ; 27 : p. 265-271
- 13 Société Nationale Française de Gastroentérologie. *Les troubles fonctionnels intestinaux*. [en ligne]. Septembre 1999. 2 p. Disponible sur : http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0D-colon/faq/colon_tfi.htm [consulté le 24 janvier 2010]
- 14 Bommelaer G., Dorval E., Denis P. et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in the French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 2002 ; 26: p. 1118- 1123.
- 15 Dapoigny M., Bellanger J., Bonaz B., et al. Irritable bowel syndrome in France: a common, debilitating and costly disorder. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2004 ; 16 : p. 995-1001.
- 16 Le Pen C., Rusziewsky P., Gaudin A.-F., et al. The burden cost of French patients suffering from irritable bowel syndrome. *Scand. J. Gastroenterol.*, 2004 ; 39 : p. 336-43.

- 17 Hungin A.P.S., Whorwhell P.J., Tack J., *et al.* The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2003 ; 17 : p.643-50.
- 18 Wells N.E.J., Hahn B.A., Whorwhell P.J. Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 1997 ; 11 : p. 1019- 1030.
- 19 De Saussure Ph., Bertolini D. Troubles fonctionnels intestinaux: apports et limites de la médecine basée sur les preuves. *R. M. S.*, 2006, 77, 31649.
- 20 Ducrotte Ph. *Traitement du syndrome de l'intestin irritable : connaître les thérapeutiques médicamenteuses qui ont une efficacité démontrée. Connaître les résultats des alternatives non médicamenteuses.*[en ligne]. F.M.C Hépato-gastro-entérologie. 2005. 9 p. Disponible sur:
www.fmcgastro.org [consulté le 25 janvier 2010]
- 21 HAS (Haute Autorité de Santé). *Avis de la Commission de la Transparence : spécialités DICETEL.* [en ligne]. Février 2008. 5 p. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-1562_dicetel_.pdf
[consulté le 26 janvier 2010]
- 22 Moreau A., Dedienne M.-C., Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2004 ; 645 ; 18 : p. 382-384.
- 23 Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L, *et al.* Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008 ; 84 : p. 142-145.
- 24 Duchesne S., Haegel F. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif.* Paris : Ed. Armand Colin, 2008, 126 p.
- 25 Moscovici S., Buschini F. *Les méthodes des Sciences Humaines.* Paris : Ed. P.U.F. Fondamental, 2003, 476 p.
- 26 Mucchielli A. *Les méthodes qualitatives.* Paris : P.U.F., 1991, 128 p.
- 27 Alami S., Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I. *Les méthodes qualitatives.* Paris : Ed. P.U.F., 2009, 126 p.
- 28 Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *B.M.J.*, 1995 ;311 : p. 299-302.
- 29 Santiago-Delefosse M. *Les méthodes qualitatives en psychologie.* Paris : Ed. Dunod, 2001, 221 p.
- 30 Quivy R., Van Campenhoudt L. *Manuel de recherche en sciences sociales.* 3^{ème} éd. Paris : Ed. Dunod, 2006, 256 p.
- 31 Jailwala J., Thomas F., Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann. Intern. Med.*, 2000 ; 133 : p. 136-47.
- 32 Bonnet J.-B. *Image du médecin généraliste par les patients: étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group.* [en ligne]. 110 p. Thèse Médecine Générale : Nantes : 2008, N° M33. Disponible sur :
<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4abda022-0dac-4edf-aaf5-28c69f716198> [consulté le 21 juin 2010]
- 33 Michelon M., Frexinos J. *Prise en charge d'un colopathe « intraitable »* [en ligne]. F.M.C. Hépato-gastro-entérologie. 2005. 4 p. Disponible sur :
www.fmcgastro.org [consulté le 22 juin 2010]
- 34 Spiller R., Aziz Q., Creed F., *et al.* Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 2007 ; 56 : p. 1770-1798.
- 35 Ford A.C., Talley N.J., Spiegel B.M.R., *et al.* Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *B.M.J.*, 2008 ; 337 : p. 1388- 1392.

- 36 Caulin C. *Vidal Recos*. 3ème éd. Ed. Flammarion, 2009, 1800 p.
- 37 Ordre Nationale des Médecins. *Code de déontologie médicale* [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf>[consulté le 22 avril 2011]
- 38 Cathebras P. *Troubles fonctionnels et somatisation, Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Issy-les-Moulineaux : Ed. Masson, 2006, 240 p.
- 39 Raine R., Carter .S, Sensky T., *et al.* General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *B.M.J.*, 2004 Jun; 5 ; 328 ; 7452:p. 1354-7.
- 40 Dedianne M.-C., Hauzanneau P., Labaere J., *et al.* Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2003 ; 17 ; 612 : p. 653-656.
- 41 IPSOS. 28 février 2007 : *La bonne image des généralistes*. Disponible sur :
www.ipsos.fr/canalipsos/index.asp
- 42 Thiebaut-Lerch C. *Image du médecin généraliste en Alsace*. Thèse médecine : Strasbourg : 1998.
- 43 IPSOS : 30 septembre 2004 : *Le regard des médecins sur leur métier a changé*. Disponible sur : www.ipsos.fr/canalipsos/index.asp
- 44 Bijkerk C.-J., De Wit N.-J., Stalman W.-A, *et al.* Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol.* 2003 Jun ;6 ;:363 ;8; p. 405-6.
- 45 Denis Ph. Quand et comment adresser un colopathe en psychothérapie?. *Gastroentérol. Clin. Biol.*, 2005 ; 29 ; 8-9 : p. 846-850.
- 46 Mimoun S. *La consultation psychosomatique*. Le Plessis-Robinson : Ed., Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999, 205 p.
- 47 Dhaliwal S.K., Hunt R.H. Doctor-patient interaction for irritable bowel syndrome in primary care: a systematic perspective. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2004 Nov ;16 ; 11:p. 1161-6.
- 48 Whittom S. Comment rendre le colon moins « irritable » ? *Le Médecin du Québec*, 2002 ; 37 ; 2 : p. 79-89.
- 49 Roseau G., Carayon P., Bellot M., *et al.* Troubles fonctionnels intestinaux : Enquête nationale d'évaluation par les patients des symptômes et leur prise en charge. *Press. Med.*, 2001 ; 30 ; 10 : p.481-485.
- 50 Ducrotte Ph. Colopathie fonctionnelle. *Rev.Prat.*, 2003, 53, p. 773-9.
- 51 Attale C., Consoli S.-M. Echelles d'évaluation en psychosomatique. *E. M. C. Psychiatrie*, 2003, 115, 37 400 C 05 : p 1-10.
- 52 Spiroudhis L., Delvaux M., Chaussade S., *et al.* Relation médecin-malade dans le syndrome de l'intestin irritable : résultats d'une enquête prospective française sur l'influence de la nature fonctionnelle de la plainte. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 2002 ; 26 : p. 1125- 1133.
- 53 Douglas A., Drossman. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 2006 ; 130 : p. 1377-90.
- 54 Howard R., Mertz, M.D. Irritable bowel syndrome. *N. Engl. J. Med.*, 2003 ; 349 : p. 2136-2146.
- 55 Pirlot G. Modèles actuels en psychosomatique. *E. M. C. Psychiatrie*, 2007 ; 131 ; 37 400 C 10, p 1-16.
- 56 Simon V. *Les troubles fonctionnels et leur traitement*. Paris : Ed. Maloine, 2002, 85 p.

- 57 Médicaments à 15% : des incohérences dans la liste publiée, sans argumentation. *Rev. Prescrire*, 2010 ; 30 ; 321 : p.498-501.
- 58 Coffin B., Roussey G., Renard M. *et al.* Résultats d'une enquête transversale menée chez 688 médecins généralistes et 1091 patients ayant un syndrome de l'intestin irritable. *Supplément à la lettre de l'hépatogastroentérologue*. Janvier-février 2004 ; 1 ;7.
- 59 Danquechin-Dorval E., Delvaux M., Allemand H., *et al.* Profil et évolution du syndrome de l'intestin irritable. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 1994 ; 18 : p. 145-150.
- 60 Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. 15^{ème} éd. ESF éditeur, 2008, 235 p.
- 61 Comité Consultatif National d'Ethique. *Avis n° 87 Refus de traitement et autonomie de la personne* [en ligne]. Avril 2005. 39 p. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis087.pdf>[consulté le 22 avril 2011]
- 62 WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies of General Practitioners/Family Physicians). Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
- 63 Frexinos J., Denis Ph., Allemand H., *et al.* Etude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 1998 ; 22 : p 785-791.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA METHODE DU FOCUS GROUP

1. Principe

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, semi-structurée, un «groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il émane donc de la recherche qualitative [22].

Il est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Elle est actuellement très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires. [23, 24]

La dynamique du groupe crée une interaction et une communication entre les participants qui génèrent des données comme des réactions en chaîne : par le dialogue et la réflexion, ils vont échanger des connaissances, opinions et expériences personnelles.

Cette méthode permet donc d'étudier la variété des opinions et des sentiments des acteurs sur un sujet donné. Elle permet de tester ou de faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. [23, 25]

2. Déroulement d'un focus group

Le focus group réunit autour d'une table des participants. Leur nombre n'est pas consensuel ; il semble qu'il faille entre 4 et 12 participants pour assurer une dynamique de groupe satisfaisante et une variété de points de vue suffisante [22, 25]. La saturation est un phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps, lorsque les données recueillies ne sont plus nouvelles. Une fois la saturation atteinte, elle confère une base solide à la généralisation. [24, 26]

La méthode du focus group n'étant pas une méthode quantitative, ce n'est pas la représentativité du groupe par rapport à une population source qui est recherchée mais la diversité des opinions exprimées. Pour cela, les participants doivent avoir des caractéristiques communes en fonction du thème abordé afin de créer un groupe homogène, favorisant la prise de parole par tous afin de faire émerger tous les points de vue.

Puisque le discours doit être le plus spontané possible, le thème de la discussion n'est dévoilé qu'en début de séance, afin que les participants recrutés ne préparent pas à l'avance leurs réponses.

Un modérateur est chargé de réexpliquer le principe et d'animer le groupe en utilisant comme fil directeur le guide d'entretien. Il pose les questions et veille à ce que chaque participant s'exprime pour que tous les points de vue puissent émerger. Il doit créer une dynamique capable de faire émerger les différentes opinions, encourager les participants à clarifier leurs idées et recentrer la discussion lorsque les participants s'écartent du sujet sans prendre position.

L'observateur connaît la thématique avant la séance. Il est le témoin silencieux de l'entretien dont le rôle est de noter tous les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors de la séance, tout aussi riches de sens que les paroles proprement dites (Par exemple, un participant qui fronce les sourcils suite aux propos d'un autre traduira son désaccord avec ce qui vient d'être dit, et rentrera également en compte dans l'analyse des résultats). Il s'occupe aussi de l'enregistrement audio.

Le lieu du focus group doit être neutre et convivial pour assurer une atmosphère détendue. En début de séance, le principe du focus group est réexpliqué aux participants. L'entretien étant intégralement enregistré pour pouvoir être analysé par la suite, les acteurs en sont informés et ils ont donné leur accord. Par souci de confidentialité, on rappelle en début de séance que toutes les données qui sont livrées au cours de l'entretien resteront anonymes. De même, tout élément qui ferait mention explicite d'une personne n'apparaîtra pas dans le travail final.

La séance dure une heure environ. Chaque question est abordée environ quinze minutes. Une synthèse peut être réalisée en fin de séance pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu. [22, 24, 25, 26, 27, 28]

ANNEXE 2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

C'est Alain GIAMI qui a décrit le principe d'utilisation du guide en entretien semi-directif : Le guide d'entretien doit être un référentiel permettant, si besoin, de recentrer la discussion sur le thème de la recherche. Il vise aussi à introduire une dynamique et une progression dans la discussion. Ces questions sont généralement au nombre de 4 (soit, sur une heure d'entretien, environ 15 minutes par question).

Ainsi la première question doit être très générale et permet souvent de « délier les langues » sur un premier tour de table. Puis, après quelques échanges verbaux, viennent les questions suivantes qui abordent plus spécifiquement le sujet. La dernière question est souvent celle qui tente de faire la synthèse de tout ce qui a été dit au cours de l'entretien, et d'ouvrir éventuellement sur une autre discussion. [22, 24, 27, 29]

Notre guide d'entretien est le suivant :

Q1- Quel est l'état de vos connaissances sur le SII ?

Sous questions si besoin :

- *Quels sont vos critères pour retenir ce diagnostic / Quelle est la définition du SII ?*
- *Quelle est la physiopathologie ?*
- *Selon vous le SII est-il une pathologie ?*
- *Prévalence ? (Comme motif de consultation en cabinet de Médecine Générale ; dans la population ; relation ou non entre fréquence dans la population générale et dans les cabinets)*

Q2- Comment prenez-vous en charge les patients souffrant du SII ?

Sous questions si besoin :

- *Quels traitements proposez-vous ? (molécules prescrites, conseils hygiéno-diététiques)*
- *Quelles explications donnez-vous aux patients sur la physiopathologie ?*
- *Quels examens complémentaires réalisez-vous ?*
- *avez-vous recours à d'autres professionnels : gastroentérologue, psychologue ou psychiatre ?*

Q3- Est-ce que le SII vous pose des problèmes? Si oui, lesquels ?

Sous questions si besoin :

- *Traitements ? (efficacité ; coûts/ faibles remboursements)*
- *Chronophage ?*
- *Redondance / démotivation ?*
- *Étiologie / physiopathologie ?*

Q4- Auriez-vous des propositions à faire pour améliorer les problèmes que vous pose ce syndrome ?

ANNEXE 3 : TRANSCRIPTION DU VERBATIM

M : La première question que je vais vous poser c'est de savoir quel est l'état de vos connaissances sur cette pathologie que l'on appelle le syndrome du colon irritable ? (.) la parole est prise, soit on délimite un premier tour ou soit spontanément il y en a qui veulent s'exprimer *{rires discrets, puis il fait signe à B. de s'exprimer}*

B: colon irritable =

M : = Syndrome de l'intestin irritable

B : Oui, colite spasmodique, colopathie fonctionnelle, tout ça c'est la même chose

A : *{désignée par M.}* C'est ce que je pose comme question : parce que moi je ne parle jamais d'intestin irritable, alors je ne sais pas. Si on me dit colopathie, si on me dit colite spasmodique alors je te rejoins=

B : = Est-ce que ce n'est pas la même chose ?=

A : = Ca m'évoque quelque chose, mais l'intestin irritable je ne sais pas

B : Pour moi ça va de pair avec la colopathie =

A : = Oui, *{approuve de la tête}* et bien voilà

B : Il y a peut-être une entité que l'on pourrait définir d'un point de vue physiopathologique. Parce que pour moi c'est toute la symptomatologie fonctionnelle au niveau du tube digestif : des douleurs(.), sans substratum, sans cause organique =

D : = Sans cause organique retrouvée : coloscopie normale. Moi j'aurai tendance à penser que l'on qualifie de fonctionnel aujourd'hui ce que l'on n'explique pas. Ce sont des patients qui souffrent authentiquement. Mais je définirais comme colopathie fonctionnelle des patients qui ont des douleurs coliques récurrentes, sans qu'on ait trouvé d'explication organiques, voilà (.). C'est-à-dire Hémodult négatif, coloscopie négative, échographie négative et tout ce qu'on veut, et qu'on qualifie de colopathie. Maintenant, de la à penser que c'est psychosomatique, c'est autre chose, moi je ne partage pas cette opinion *{F. dubitatif}*

E : Moi je suis d'accord avec lui, entièrement ... *{s'embrouille dans ses paroles, incompréhensible}* Je rejoins ce que tu dis, je suis d'accord pour le colon irritable, pour qu'on l'appelle comme on veut. Globalement avec le temps (.) je trouve que dire que la cause essentielle est d'origine psychique me semble un raccourci. Le psychique intervenant sur des troubles organiques mais qu'effectivement on n'a pas d'explication vraie sur ces gens, ces douleurs intestinales mais qui doivent être sur un support organique vrai qu'on ne connaît pas et quand ils ont des troubles psychiques ça retenti sur leur intestin *{A. et C. sont songeurs}*

A : Oui, alors quand tu dis « chez qui les examens complémentaires n'ont rien décelé » moi je pense à la colopathie ou à la colite fonctionnelle de l'enfant et je n'ai pas fait forcément d'examen complémentaire quand je vais évoquer ce diagnostic. Le petit il n'aura pas eu de coloscopie. Donc je ne sais pas si ça doit faire partie du critère diagnostique

C : Moi je dirai, c'est ce que je dis aux patients d'ailleurs, que c'est un ensemble de symptômes qui associent soit une alternance de diarrhée, soit une alternance de constipation, soit les 2 ou des patients qui viennent pour des douleurs abdominales, qui ont parfois un météorisme important, qui sont gênés dans leur vie de tous les jours, qui sont parfois réveillés la nuit et qui viennent consulter parce qu'ils ont une gêne qui leur semble inhabituelle et qui se reproduit à des moments de l'année *{A. et B. acquiescent de la tête}*. En général ils viennent parce que ça fait plusieurs mois ou plusieurs fois que ça existe et je pense qu'on pose le diagnostic à partir du moment où l'on a vu le patient plusieurs fois pour la même chose, pour les mêmes symptômes. Moi c'est comme ça que je fonctionne *{D. acquiesce de la tête}*. Ça peut toucher des sujets jeunes comme des sujets âgés, mais souvent ça commence à un âge relativement jeune, parfois dans l'enfance comme on le disait tout à l'heure. On appelle ça je crois la colique du trottineur. Moi je ne fais pas toujours des examens complémentaires *{A. acquiesce de la tête}* ; on a tendance à les envoyer vers le gastroentérologue, moi en tout cas, mais le gastroentérologue après il dit « ça ressemble à une colopathie fonctionnelle on ne fait pas de coloscopie »

M : Il y a F. qui ne s'est pas exprimé

F : Moi je n'ai pas de définition précise, c'est plutôt un itinéraire de soins avec des gens qu'on a revu, qui nous ont posé problème, euh (.), dont l'examen clinique n'avait pas évoqué grand-chose, parfois adressés au spécialiste parce qu'on se pose un certain nombre de questions et de savoir s'il faut aller jusqu'à la coloscopie ou pas {E. acquiesce de la tête}. Souvent pas forcément. Et puis qu'on est amené à revoir sur des épisodes, des crises qui reviennent et qui nous embêtent dans notre prise en charge parce que (.), parce qu'on n'a pas toujours des moyens simples de les soulager {C. acquiesce de la tête}

M : Les examens complémentaires vous y avez recours comme A. et B. vous l'avez évoqué? A. ?

A : Moi je partage assez ta définition {regarde vers C.} puisqu'elle a parlé de tous les symptômes, elle a parlé du handicap, du retentissement dans la vie quotidienne et de la fréquence, moi je serai assez sur ce que tu as dit {approbation dans le groupe}

B : Moi je rajouterai 2 choses : sur l'histoire du réveil nocturne, à partir du moment où quelqu'un vient me voir et qu'une douleur le réveille la nuit je me brancherais plus sur quelque chose d'organique, il faut faire attention. Et puis la deuxième chose c'est quand même le retentissement sur le poids, sur l'état général. Dans le colon irritable bien souvent on a des patients qui ne perdent pas de poids, qui ont une grosse symptomatologie mais sans problème. Mais à partir du moment où il y a des douleurs nocturnes, diarrhées-constipations, perte de poids on peut plus s'orienter vers un Crohn. {Approbatons dans le groupe ; D. et E. lèvent la main pour intervenir}. Autre chose, en ce qui concerne éventuellement la physiopathologie, je crois qu'il y a eu des tests qui ont été fait, C'est Dr O. qui m'avait parlé de ça, on avait gonflé des ballonnets en intra rectales à des gens, avec une certaine pression, et on s'apercevait que chez les gens qui avaient une sensibilité, les colopathes, on déclenchait des douleurs pour des pressions beaucoup plus basses, {D. et E. approuvent de la tête et lèvent la main pour intervenir} donc il y a un travail qui a été fait sur des récepteurs morphiniques au niveau du colon pour dire qu'il y a peut être une explication physiopathologique de la même manière qu'on a des enfants très jeunes qui sont très très sensibles, très hyperesthésiques pour des vaccinations alors que d'autres ils ne disent rien

E : Dans ma définition ce que je voulais aussi dire tout à l'heure, je ne mettrais pas le côté anxieux dans la définition et également ces examens qu'on pratique quand même en pratique, j'ai l'impression, pour poser le diagnostic du colon irritable. Je pense que tous nos patients qu'on revoit plusieurs fois sur l'année {C. acquiesce de la tête}, on finit tous, à mon sens, par les envoyer quand même voir le gastro, et ils finissent tous par au moins avoir une échographie, une NFS, et souvent un examen des selles, enfin quelque chose. J'ai rarement vu poser le diagnostic franc de colon irritable sans qu'il y ait eu à un moment ou un autre, au bout de 2-3 ans des examens complémentaires. {A. approuve de la tête ; Brouhaha dans la salle} (.) C'est le sentiment que j'ai

D : Moi j'avais lu, et c'est une hypothèse qui me séduit assez, un parallèle entre la fibromyalgie et la colopathie. A savoir, des auteurs qui pensaient que le colopathe était un patient qui avait un abaissement du seuil douloureux {B. approuve avec la tête}. Ce que tu disais. Et c'est une hypothèse qui me séduit assez même si on n'a aucune preuve encore. Quand à la coloscopie, je trouve qu'il faut avoir beaucoup de cran, quand on est généraliste, et, je parle des adultes, et qu'on voit un patient qui se plaint de douleurs coliques récurrentes pour ne pas, un jour ou l'autre, aller faire une coloscopie {C. et E. acquiescent de la tête} parce que judiciaire, parce que crainte quand même de tomber quelque fois sur quelque chose et les gastroentérologues ont la même pression que nous. Et le colopathe finit un jour ou l'autre par avoir sa coloscopie qui en général le calme. Quand on lui dit la coloscopie. La coloscopie ou le scanner abdominal le soulage {F. semble dubitatif} =

C : =Pendant un an=

D : = Pendant un certains temps. Mais au moins on a un argument et nous on est un peu plus serein et on va taper sur toute la série des produits que l'on connaît tous par cœur, avec des succès variables. Mais la coloscopie, à un moment ou à un autre dans l'histoire du colopathe elle arrive

M : A. tu voulais parler ?

A : C'est vrai mais de l'adulte, pas de l'enfant. Chez l'enfant il faut quand même remarquer qu'il y a souvent un terrain anxieux =

M : =Le sujet est consacré à l'adulte

A : Ah bon d'accord

D : Excusez-moi, juste une parenthèse chez l'enfant moi je ne parlerai pas de colopathie. Je lisais et en I.E.M. j'en ai beaucoup, les maux de ventre chez l'enfant, 90 % des cas: constipation {C. acquiesce de la tête}: il y a des résidus stercoraux, il y a un colon qui lutte, il y a une cause. Mais c'est hors sujet
A : Alors j'ai remarqué, je ne sais pas dans quelle proportion, que sur les coloscopies, c'est vrai ils arrivent toujours à en avoir une, il y a quand même pas mal de dolichocôlons {Approbatons dans le groupe} (.)

F : Parfois quelques diverticules, ils ne font pas parler mais finalement on les découvre à ces occasions là

C : Je pense qu'il y a plus de femmes que d'hommes, en tout cas dans mes patients. Je pense que ça touche plus les femmes que les hommes {D. et E. acquiescent de la tête}

D : Elles ont un transit plus lent {quelques approbations dans le groupe, puis silence}

M : Vous partagez cette idée ? Pas formellement ? Non ?

A : Je ne sais pas, je ne peux pas dire ce que je ne sais pas. J'avoue que, je n'ai pas les pourcentages, je ne sais pas, il y a certainement des études

F : Vraisemblablement nous à la lumière de notre expérience mais est ce que ça c'est vrai {Brouhaha dans le groupe}

D : Il y a peut être un biais aussi, à mon avis, les femmes consultent plus facilement que les hommes

M : Alors il y aurait 2 explications. Il y a E. qui dirait que c'est plutôt parce que les femmes =

E : = Les femmes n'ont pas le même transit que les hommes {silence}

A : On est dans le subjectif. Moi je me prononce par rapport à des études faites, fiables {silence}

M : Les autres, est-ce que vous vous êtes exprimés pleinement sur cette question ?

F : Oui, les idées des uns et des autres se recoupent et sont complémentaires donc je n'ai pas grand-chose à ajouter

M : En essayant de faire une synthèse. C'est peut être C. qui a donné une définition qui paraît convenir à tout le monde avec des nuances. C'est-à-dire donc alternance de diarrhée-constipation, avec des douleurs, avec un météorisme : Ca ce sont les symptômes. Avec un retentissement sur la vie quotidienne, avec un handicap et puis la fréquence avec la notion de récurrence {A. et D. acquiescent avec la tête}. Donc vous partager ça =

F : = Avec une sensibilité à la palpation du cadre colique souvent. {A. approuve} il y a un météorisme, ils ont mal quand on les déprime

M : L'appellation du syndrome de l'intestin irritable vous ne l'utilisez pas ou vous l'utilisez ?

C : Moi je l'utilise

M : Toi tu l'utilises

E : Moi aussi

M : Deux l'utilisent. Les autres sont plutôt à parler de colopathie fonctionnelle, {approbations de A. et B.} c'est un terme qui pour vous est le même =

E : = Moi je préfère colon irritable à colopathie fonctionnelle

M : Colon irritable aussi ? {Approbations de C.}

E : Je trouve que le côté colopathie fonctionnelle a un côté péjoratif. Quelque part c'est fonctionnel donc il a dit que c'était dans ma tête =

C : Le patient il ne comprend pas forcément ce que ça veut dire {brouhaha}...=

B : = Non moi ce n'est pas du tout ça. Fonctionnel c'est par rapport au côté organique, c'est tout. Il y a le fonctionnel et l'organique ; Je ne mets pas de connotation =

F : = Moi je leur dit que le fonctionnement on ne le connaît pas bien =

A : = Il n'y a pas un patient qui m'a dit qu'il n'y a de connotation=

C : = Ah non moi ce n'est pas ça ...=

M : = Levez la main quand vous voulez intervenir

D : Moi je vois bien que quand ils me demandent une explication je leur parle plutôt de colites spasmodiques car je trouve le spasme, les gens comprennent et ça veut bien dire qu'ils ont un colon qui... Mais bon on veut dire la même chose, mais ...

M : Alors, on verra dans la prochaine question comment vous faites. Vous avez déjà peut être les uns et les autres des stratégies différentes d'explications. Par contre sur le mécanisme donc certains avancent par leurs connaissances des mécanismes physiopathologiques qui ont

été mis en évidence et d'autres ont fait une association avec un profil psychologique sans pour autant (.) faire un lien formel. C'est ce qui a été dit {B. lève la main}. B. ?

B : J'insiste et je tiens, pour moi, c'est l'élément que je citais tout à l'heure, c'est important : pas de retentissement, pas de perte de poids

M : Oui tu as raison, donc il y a des signes négatifs à votre syndrome : Une conservation de l'état général sans signe de gravité. {Brouhaha dans le groupe}. Avec une notion pas forcément partagée : le réveil nocturne pour toi c'est à prendre en compte ?

B : Oui

M : Les autres le partagent ou pas?

F : Pas nécessairement, moi j'ai des colopathes qui ont eu des explorations complètes et j'ai du mal à gérer les douleurs la nuit, {Approbatons dans le groupe ; A. fronce le visage ne semblant pas d'accord} (.) et donc ...

C : Je pense que l'on ne peut pas faire un diagnostic sur une première consultation d'un patient qui vient pour douleurs abdominales

M : Donc c'est un diagnostic qui se fait sur le temps

{Approbatons dans le groupe}

C : Et c'est un diagnostic d'élimination par rapport aux autres diagnostics {Approbatons dans le groupe}

M : Il y a cette notion de récurrence chez vous tous est un des piliers {Approbatons dans le groupe}

E : Il faut chez l'adulte notamment d'un certain âge lui faire à un moment un examen complémentaire pour avoir la certitude, pour se positionner je pense

B : On ne peut pas faire le diagnostic bien sur mais généralement quand on les voit en consultation quand même alors soit ce sont des patients qu'on connaît déjà {C. et D. acquiescent de la tête}, soit ils ont changé de médecins et ils viennent nous voir, C'est rarement une première crise. J'ai rarement vu quelqu'un ... On interroge, on leur demande « Depuis quand ? Comment ? » Et puis on se rend compte qu'ils ont déjà eu une histoire, déjà eu du Météospasmyl, du Spasfon, un tas de trucs. Globalement j'ai rarement

C : Moi j'ai quand même des jeunes patients qui =

B : = Qui commencent ?

C : Ah oui oui

B : Parce que c'est souvent =

C : Mais j'ai une patientèle jeune

B : Je ne dis pas non. Mais moi je vois plus ça comme ... 90% des consultations de ce type là en fait on peut faire le diagnostic rapidement, enfin on peut évoquer le diagnostic rapidement parce qu'on a quand même l'antériorité

M : Vous voulez dire que le facteur de chronicité n'est pas obligatoirement =

B : = Si, on l'a déjà, on l'a souvent parce que ça a commencé avant =

M : Ca a commencé avant. Vous prenez l'histoire du patient. Soit vous la connaissez depuis le début soit vous l'avez pris en route. Il faut donc une antériorité dans cette histoire avec des crises répétées depuis =

F : = Globalement ça revient au même {Approbatons dans le groupe}

M : D'accord, est-ce que vous évaluez ça en nombre d'années ou en nombre de mois ou en nombre de semaines cette chronicité ? {Silence}

F : En nombre d'années {Approbatons mais aussi exclamations dans le groupe} {silence}

C : Moi je dirai moins, en nombre de mois] {Approbatons dans le groupe}

D : [Je dirai moins

F : La chronicité pour l'évoquer ?

M : Oui

F : Au bout de quelques mois oui. Tu les as vus, revus, tu as éventuellement au bout d'un certain temps passé la main, on te l'a renvoyé, ça t'a conforté dans ton diagnostic, t'as éventuellement eu une colo, ça dépend des âges des patients. Et puis là c'est un diagnostic que tu évoques, que tu as dans ton tiroir que tu vas sortir et puis qui va se peaufiner au cours des différentes consultations que tu vas

avoir avec ton patient. Au bout de quelques mois oui au bout de 3-4 mois surtout si on a des crises antérieures on a presque un diagnostic de certitude quand on a éliminé une cause organique

M : On passe à la deuxième question. Elle a déjà été abordée, on est en plein dedans. Maintenant c'est de savoir comment prenez-vous en charge ces patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable ou de cette colopathie selon les termes que vous avez chacun adoptés ?

B : Question : pour la prise en charge, est-ce que l'on considère que l'on est vraiment dans un diagnostic d'intestin irritable c'est-à-dire que tout le reste a été éliminé ?

M : Alors pour résumer, puisque vous en avez déjà parlé, si c'est consensuel chez vous il a été dit que, à un moment où à un autre, vous passiez quand même la main à un gastroentérologue de façon à ce qu'il y ait un bilan, je dirais, relativement raisonnable de fait : écho peut être, coloscopie également que vous avez soumis, ou une prise de sang =

E : = Il n'y a pas obligatoirement des coloscopies mais il y a aussi beaucoup de rectosigmoidoscopies qui sont pratiquées

M : Alors question : est ce que pour vous c'est indispensable pour pouvoir poser le diagnostic ou est-ce que parfois vous êtes à même de vous en dispenser ?

D : {lève la main pour intervenir} Je pense que pour diagnostiquer ce n'est pas indispensable mais dans la vie de tous les jours...Moi ce qui m'intéresse dans ce sujet ce n'est pas le diagnostic car on arrive à le sentir, on a un ensemble d'arguments qu'on a développé tous. Ce qui est intéressant dans cette pathologie là c'est la gestion du colopathe au long cours {E. approuve de la tête}. C'est-à-dire la situation d'échec, puisque ce sont souvent des gens qui nous mettent en situation d'échec {A. approuve de la tête}, qui reviennent de nombreuses fois et c'est pour ça qu'on finit par aller vers ces examens là. C'est l'épuisement de la relation médecin-patient parce que c'est récurrent, parce qu'ils nous mettent en situation d'échec, parce qu'on sait quand on les voit dans la salle d'attente, ON SAIT ce qu'on va entendre {C. approuve de la tête} et on entend ce qu'on pensait, et ce sont les mêmes plaintes. Alors au départ on a des réponses. On a des réponses médicamenteuses : tu en as cités quelques uns, il y en a un panel ; réponse diététique : ... «Vous allez faire ça, ça va marcher ». Ça marche un temps, puis ça s'épuise et puis on passe à un autre puis un autre. Tout ça on le gère, ça s'étale sur le temps. Ce qui est intéressant c'est quand on arrive à épuisement du panel, qu'on a joué un peu sur tous les produits, on a bidouillé un peu : du pansement, à la Mébévérine, au Débridat, au Duspatalin, Météospasmyl, celui qu'on veut {A. sourit}. Et puis, ça revient, ça revient et là, enfin moi c'est comme ça que je le vit, on peut être mis en doute parce que quelques fois le patient dit « mais depuis le temps que ça dure j'ai peut être quelque chose de grave docteur, ça fait longtemps que vous ne m'avez pas fait d'examens » {E. sourit}. On se dit attention. « J'ai un oncle qui a eu ça et puis finalement on est tombé sur un cancer ». Donc gastro : ça dure 1 ou 2 consultations, le gastro résiste une fois, {E. sourit} A la seconde il fait quand même une rectosigmoidoscopie ou il préconise un scanner. A la troisième il dit « bon d'accord : coloscopie » et puis on repart pour 2-3 ans de paix, puis ça recommence. Chez le colopathe ce qui est intéressant c'est les 30 ans {A. sourit}, c'est la gestion au long cours. Ce n'est pas la gestion ponctuelle de la consultation

E : Tu disais tout à l'heure que la coloscopie et les examens complémentaires allaient soulager le patient pendant 1 an. Je voudrais dire qu'ils soulagent le médecin aussi {Approbatons de C. et D.} et la relation médecin-patient. Tu disais que dans ta salle d'attente tu savais déjà que pour ce patient là tu n'allais rien pouvoir mais tu sais déjà que tu as ta coloscopie qui est normale, mais ça te détend vis-à-vis de lui. Je ne sais pas qui est le plus soulagé des 2 : est-ce que c'est le médecin qui reçoit son patient ? Tu vas pouvoir gérer la situation plus facilement que c'est le patient qui va être soulagé. La coloscopie rassure les 2 quand même

M : Donc vous êtes en train de dire que parmi les moyens qui vous permettent de prendre en charge le patient, à un moment ou un autre la consultation du spécialiste fait partie de l'arsenal de prise en charge ? Est-ce que les quatre autres le pensent ?

C : Oui je suis d'accord mais on a aussi notre propre prise en charge : outre les médicaments je pense que c'est aussi l'explication au patient {D. et E. approuvent}. Moi je leur dis, je ne leur parle pas de colopathie fonctionnelle parce que je trouve qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit, certains comprennent mais pas tous, ils nous regardent bizarrement. Moi j'utilise le mot syndrome de l'intestin

irritable et je leurs dis c'est votre intestin qui parle. Quand on leur explique de façon imagée je leur dis soit votre intestin il fait des nœuds soit il gonfle et du coup je trouve qu'ils comprennent un petit peu mieux ce qu'on leur dit. Après c'est une expérience personnelle et ça peut ne durer que 1 mois ou 6 mois et puis ils reviennent. On parlait tout à l'heure de problème anxieux, quand même je trouve que quand ils reviennent nous revoir et qu'on creuse un peu c'est souvent qu'il y a eu un traumatisme psychologique ou une anxiété particulière dans les semaines {D. ne semble pas d'accord} ou les jours précédents et ça déclenche une crise. Même si ce ne sont pas des gens qui sont dépressifs. Du coup en creusant un peu, en leur expliquant, en essayant de comprendre pourquoi ils ont déclenché la crise, parfois en les envoyant chez un psychologue, et bien on est tranquille pendant 6 mois. J'ai eu le cas, je trouve que ça permet d'aborder des choses qui sont parfois douloureuses pour les gens et qui sont dans le ventre comme les gens qui ont des migraines ou mal au dos

M : A. tu voulais parler ?

A : C'est sûr que la prise en charge psychologique dans le syndrome de l'intestin irritable elle est très importante. Il vient chercher une écoute et il vient pour qu'on le rassure. Il faut voir ce qui lui a permis de décompenser dans sa vie personnelle ou professionnelle pour qu'il ait mal comme ça. Donc il y a toute cette prise en charge qui peut être acceptée ou non par le patient. C'est sûr qu'on va déboucher sur la psy, pas que sur la thérapeutique antispasmodique, régime etc. {C. approuve de la tête} Après ça dépend si le patient accepte ou pas et jusqu'où il veut aller et jusqu'où il veut se prendre en charge

M : Merci. B. ?

B : Moi je suis assez d'accord avec tout ce qui se dit. Parce que je pense, ce n'est pas antinomique, qu'il y a de l'anxiété, qu'il y a peut être des explications physiopathologiques, qu'il y a peut être des événements intercurrents Je pense que toute affection chronique au bout d'un moment c'est prise de tête et forcément il y a un retentissement psychologique {D. approuve}. Maintenant, en aparté, l'exemple le plus intéressant c'est l'ulcère gastroduodéal : pendant des années on a dit aux gens « vous n'en mourrez pas, vous le trainerez pendant des années, c'est parce que vous êtes un stressé », jusqu'au jour où l'on a découvert l'Helicobacter dans l'estomac qui pouvait éventuellement expliquer ça {C. et D. approuve}. Donc il faut être prudent je pense. Je suis d'accord avec toi C. il y a la prise en charge, après l'explication comment on la fait ? Est-ce qu'on parle de « boyaux » qui se tordent, de spasmes ? Tu compares le fonctionnel à l'organique. Et puis après nous dans notre tête il y a ce qu'on ne va pas forcément dire aux patients mais il faut qu'on soit conscient, qu'on a une connaissance qui peut parfois être modulable. Dans quelques temps ça peut être différent donc il ne faut pas trop pousser le bouchon ni dans un sens ni dans l'autre

M : F. ?

F : Oui. La notion d'incertitude par rapport aux connaissances, aux explications qu'ils ont souvent. C'est vrai qu'ils demandent souvent « mais docteur pourquoi j'ai mal comme ça, comment ça fonctionne ? » il y en a qui sont dans le côté très organique et ça il faut trouver les moyens de les rassurer ;... les reformulations donc on a chacun nos méthodes. Le travail sur comment gérer la douleur de façon chronique, et puis faire appelle sur ce que disait A. par rapport à tous l'environnement psychologique, il faut réussir à le proposer, il faut l'emmener, c'est difficile dans la négociation : « mais docteur non je ne suis pas fou, j'ai mal là moi » {A., B., E. approuvent de la tête}. Il y a des réticences à travailler. Parfois dans l'histoire personnelle il y a des déclics et là on va pouvoir travailler sur les déclics et la éventuellement amorcer un travail, essayer de contenir leurs pathologies qui sont imbriquées aussi psychologiquement. Moi j'ai essayé au point de vue thérapeutique médicamenteuse, il y a des patients que j'ai soulagés avec 3 gouttes de Laroxyl (.) {Silence} je ne sais pas par quel moyen. {Brouhaha, agitation}

D. : Il faudrait comparer au placebo

F : Oui. Quelle est la vertu magique que je lui ai consacrée? Comment je lui ai présenté ? Je suis tout à fait d'accord. Mais (.) APRES AVOIR ESSAYE DE NOMBREUSES CHOSES je ne sais pas ce qui a déclenché car oui c'est comme si je lui avais donné de l'eau sucrée en gros {E ; dubitatif}. Et avec 3 gouttes de Laroxyl voilà. Parce que c'est un antidépresseur sur la notice ? Parce que ... Je ne sais pas. Il y a des trucs que je ... {discussions : brouhaha}

C : C'est un antalgique. Je pense que même à trois gouttes ce n'est pas qu'un placebo le Laroxyl {A. approuve de la tête}

D : Je pensais à quelque chose qui est peut être idiot mais peut être existe-il aussi des colopathies qui arrangent. Je veux dire la douleur colique du lundi matin chez l'enfant, la douleur colique de l'employée qui n'a pas envie d'aller travailler parce qu'elle ne s'entend pas avec son employeur. C'est quelque chose qu'on voit aussi quelques fois, le symptôme qui arrange {A. sourit ; C. approuve avec la tête}. (.) {Brouhaha} Il n'y en a probablement pas beaucoup mais ça existe.

E : {*ton énérvé*} Ca voudrait dire à ton avis qu'ils inventent ? Quand ça arrange ça veut dire qu'ils l'ont réellement. Parce que les gens qui viennent ...

D : Oui mais ils en tirent bénéfice. Alors il y a des colopathes qui vont souffrir authentiquement et qui n'en ont que des, tu as parlé de handicaps, hein ? Et puis il y a des colopathes qui en tirent profil {*Silence*}

F : Ou est-ce que c'est la tension interne qui aussi engendre l'augmentation des symptômes ? {*A. rit*}

D : On peut en parler à l'infini

E : Moi personnellement je ne trouve pas gênant de partir de l'idée que : il y a un syndrome de l'intestin irritable, on ne sait pas obligatoirement d'un point de vue physiopathologique ce qu'on les gens ; On parlait des migraines tout à l'heure : on connaît mieux la physiopathologie de la migraine, maintenant personne ne prend les migraineux pour des cinglés qui font exprès d'avoir leur migraine pour ne pas aller bosser, je crois que ça ne viendrait plus à l'idée de personne maintenant et qu'il faut les traiter correctement. Donc là c'est pareil ; et donc d'un autre côté on va avoir toute une série de patients anxieux, et qui ont pleins de raisons d'être anxieux, on peut leur expliquer maintenant que quand ils sont anxieux, le trouble qu'ils ont, dont on ne connaît pas forcément la physiopathologie, va s'exprimer plus que quand ils vont bien, c'est tout. Ca me semble être une approche... On peut dissocier les 2 mais il y a une interaction à un moment et comme dans toute pathologie chronique...

A : Comme n'importe quelle pathologie chronique qui décompense au décours ...

E : Oui. On n'est peut être pas obligé de tous se prendre la tête par rapport au colon irritable. On a des patients qui ont mal et bien quand ils sont anxieux et bien ils ont encore plus mal. Voilà. {*A. approuve*} Mais pourquoi cette entité serait si bizarre par rapport aux autres maladies ?

M : Est-ce que vous différenciez deux niveaux de prise en charge : il y a la prise en charge de la symptomatologie dont on vient de parler en première question et la prise en charge du patient qui a cette pathologie avec des niveaux d'interprétation différentes qui peuvent aller jusqu'à ce que disait D. c'est-à-dire c'est une expression de euh ...=

D. : = Je provoquais exprès

M. : Oui tout à fait, mais (.) {*A approuve*} A. ?

A : Moi je pars du fait au départ : qu'est ce qu'il vient chercher le patient ? Et je vais répondre à sa demande. En gros c'est ça {*rit*}. Ah ils ne viennent pas tous chercher la même chose {*rit*}.

M. D'accord, alors là également A. comme D., au travers cette plainte qu'est ce que mon patient vient chercher donc tu as un niveau de traitement ? Tu as des niveaux ? Tu restes sur le niveau de traiter le symptôme ou tu vas d'emblée essayer de ...=

A : = Mais ça dépend de ce qu'il vient chercher

M. : Ca dépend de ce qu'il vient chercher donc tu parles ...=

A. : =Il y a des patients qui viennent pour un colon irritable ils veulent qu'on les écoute. Ils viennent, on les écoute une demi heure, ils sortent, ils disent « Ah dites donc heureusement que vous êtes là je suis drôlement bien ! » {*D. approuve de la tête*}, voilà c'est tout et on n'a pas prescrit

D : On en a quelques unes quand même qui disent : « dès que je suis dans la salle d'attente je me sens mieux » {*approbations*}

A : Et bien voilà

E. : Regarde les fibromyalgiques, tu te dis mais qu'est-ce qu'elles viennent faire là ? Elle vient encore me raconter ses douleurs, elles sortent, tu ne leur à rien donner de plus que ce que donne le médecin algologue et elles sont contentes et elles REVIENNENT ENCORE, c'est étonnant

D. : Je fais un petit aparté parce que c'est intéressant. Je me suis beaucoup intéressé à cette affection. Il y a quelque chose de formidable chez ces gens là. Ce sont des gens qui ont un parcours incroyable {*approbations de E.*} ; Qui ont déjà vu 15 confrères. Quand tu leur dis « écoutez madame je crois que vous êtes fibromyalgique ». Elles te regardent et te disent « Mais vous êtes le premier à me reconnaître comme étant malade ». Et tu as gagné la partie

M : D'accord donc la reconnaissance du patient dans sa souffrance c'est quelque chose qui fait partie de =

D : =On les écoute, et on reconnaît qu'ils ont mal. Et déjà ça c'est 90% du boulot

M : D'accord {*approbations*}. Alors (.) {C. lève la main} oui C ?

C : il m'est arrivé de leur dire que les symptômes de l'intestin irritable ce n'est pas quelque chose qu'ils inventent, et que c'est connu, que ça a été décrit, et ça je leur dit parfois. Authentifier leur maladie {*approbations de A. de la tête*}

M : **D'accord, donc vous choisissez, en s'adaptant à chaque patient, un discours approprié en tenant compte de sa personnalité, de son parcours**

B : On essaye

M : **Vous essayez, enfin c'est une préoccupation que vous avez les uns et les autres** {*approbations*}

E : je crois que moins tu es stressé en le voyant parce que tu as l'impression que tu ne vas rien lui apporter, lui le patient, finalement il est content, il vient t'en parler, il t'en reparle. C'est tout. Qu'il s'en aille en disant je ne lui ai rien donné de plus... Parfois il est content de venir t'en parler

M : Quelle est la place des médicaments, vous en avez parlés, vous en avez cités. Est-ce que vous leur donnez une place prépondérante, accessoire, systématique ou quasiment jamais ? {*Silence*} C. ?

C : Moi je dirai systématique au départ {*approbations de E. de la tête*} et puis au bout d'un moment on lâche prise parce qu'on voit que c'est inutile et qu'on a épuisé tout le stock. Après on part sur autre chose {*approbations de D. et E.*}

M : Quoi par exemple ?

C : Et bien on essaye de creuser sur la psychologie

M : **D'accord. Soit vous-même, soit au travers un psychologue =**

C : = On l'envoie, voilà

M : A un confrère extérieur. D'accord

B : Moi j'utilise des antispasmodiques assez rapidement parce que même si ça ne marche pas très très bien, pour moi ça permet de faire un peu un test quand je le vois pour la première fois. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, pour voir si ça va améliorer les symptômes ou pas. Quelques fois ça les améliore. Ça peut aussi les améliorer pour un temps très court mais en attendant s'ils sont soulagés avec une molécule, et bien (.). Ils viennent pour répondre à une demande hein, ils viennent parce qu'ils ont mal donc {*approbations de D.*}

M : Au sortir de cette première consultation est-ce que vous avez tous une prescription médicamenteuse ou pas nécessairement ?

E : Moi sur la première prescription j'utilise un antispasmodique

A : Sur la première ? Oui, on va utiliser entre autre un antispasmodique {*Approbations de B.*}

F : Oui. Antispasmodique ou antidouleur éventuellement

M : Qu'est ce que c'est comme antidouleur par exemple ?

F : Du Paracétamol et éventuellement du Spasfon {*approbations de E.*}

M : Antispasmodique plus ou moins Paracétamol ? {*approbations de B.*}

A : Moi non =

D : = Sur du viscéral du Paracétamol ? Non =

B : = Moi ça m'arrive d'en faire l'association =

D : = SUR DU VISCERAL : NON. ANTISPASMODIQUE : OUI.

A : Dicetel, Duspatalin, Débridat =

D : = VOILA : Météospasmyl, Débridat, Spasfon

M : Est-ce que le non remboursement de certains est pour vous un problème ou pas ? {*Silence*}

E : Je crois qu'ils sont remboursés

D : Ils sont remboursés tous encore. Encore

M : Quand vous prescrivez vous faites attention de savoir s'ils sont remboursés ou pas ?

D : Mais ils le sont tous encore

B : Moi je ne sais pas

F : Il en pas mal a qui ne sont plus remboursés

... {*Parlent tous en même temps ; Brouhaha*}

C+E : Il a le Carbosymag également

D : Dans les pansements il y en a encore beaucoup

A : Dans les pansements ils ne sont pas tous remboursés

F : Moi je m'intéresse au remboursement

M : Vous essayez quand même de prendre en compte cet aspect du remboursement ?

F : Un peu quand même

M : Vous êtes consensuels sur les antispasmodiques, est-ce que sur les pansements vous en prescrivez aussi associés ?

D : Ca dépend lesquels. Il y a des pansements qui ont fait, semble-il, la preuve de leur efficacité : le Bedelix, l'Actapulgit, et il m'en manque un, selon que l'on veut mettre plutôt constipant ou, euh (...). Mais de toute façon au fil du temps on se rend compte qu'on les essaye un peu tous. Jusqu'au moment où on trouve le bon

B : C'est ce que j'allais dire. Tout à l'heure on parlait de la première consultation ; c'est rarement, c'est peut être une première consultation, mais ils ont souvent vu d'autres médecins *{approbations de E.}*, ils ont déjà pris des médicaments donc généralement on leur demande s'ils ont déjà eu un traitement, ce qui a le mieux marché. Donc s'il y a effectivement, pourquoi pas, si il y a une molécule que j'utilise qui n'a pas été utilisée je vais l'essayer si elle peut apporter un plus *{approbations de D.}*. Mais si tout a été fait je vais éventuellement leur proposer pour les soulager, de leur donner ce qui marche le mieux. Parce qu'il y a une antériorité souvent dans les prescriptions *{approbations de E.}*

M : au niveau des médicaments est-ce que =

C : Il y a aussi le Librax

D : Oui j'aime beaucoup. Plus remboursé. Mais c'est aussi un bon produit

C : En plus il le voit sur la notice c'est noté : entité liée aux troubles fonctionnels intestinaux

A : Du quoi ?

B : Du Librium. Et ça marche assez bien

M : F. avait évoqué des posologies faibles d'Amitriptyline. Est ce que les psychotropes vous les utilisez un peu comme lui à des petites doses ?

B : Dans cette indication là ?

M : Oui

B et E : Non

D : Théoriquement c'est pour le neurogène. La colopathie est-elle neurogène ? A priori elle est plus proprioceptive mais si tu dis que ça marche. Mais là on est dans l'irrationnel et dans le placebo.

F : Oui oui

D : Mais en tout cas il n'y a pas d'AMM

M : Et est-ce que vous utilisez spontanément des benzodiazépines, enfin des molécules d'origine psychotropes ?

D : Non non

B : Très peu

M : Vous restez sur antispasmodiques plus ou moins pansements ? Ou Paracétamol pour certains ?

E : Moi je dirai que si quelqu'un vient vraiment à répétition, tu peux penser qu'il a donc effectivement des troubles psychiques à côté s'il existe vraiment des douleurs. Il te décrit, quand tu l'interroges, qu'effectivement il a eu pas mal de problèmes dans sa vie là tu peux peut être effectivement donner des médicaments comme le Laroxyl ou un antidépresseur mais là on n'est plus dans le diagnostic du colon irritable. Car le colon irritable n'est que le reflet de la multiplicité des troubles et des accès. Plus le reflet de ce qui va mal psychologiquement

M : Donc il n'est pas typiquement pour soigner

E : Voilà, il n'est peut être pas capable d'exprimer sa souffrance psychique donc il revient sans cesse pour son problème intestinal mais qui est quelque chose de ...

F : Je n'en mets pas systématiquement en première intention du Laroxyl

E : Non

F : C'est quand on est dans la chronicité

B : Non mais ce n'est pas idiot

M : Alors vous avez évoqué, notamment D., les mesures diététiques. Est-ce que c'est quelque chose à laquelle vous êtes attachés ou pas ? A. ?

A : Pour moi c'est la première chose, la diététique d'abord. A oui à chaque fois ... {*Approbatons de C.*}

M : Alors qu'est-ce que tu proposes ?

A : Et bien pas un régime sans résidu, {*rit*} je ne vais peut être pas être à ce point là. Mais bon j'ai des fiches avec tous les légumes, les crudités qui donnent des gaz, les boissons gazeuses, ne pas manger trop gras. J'ai une liste

M : Une liste que tu remets au patient ?

A : Alors je leur dis, ne pas manger des artichauts {*E. ne paraît pas d'accord*}, du céleri, du melon, des oranges, enfin bon j'ai tout un truc. Tout ce qui peut donner des gaz et qui peut contracter, voilà. Je leur dis surtout ça au départ quand même. S'il mange n'importe quoi, n'importe comment et bien ils ne vont pas guérir. Ce n'est pas l'antispasmodique qui va

B : Je suis assez d'accord sauf que le problème c'est toujours pareil, ils arrivent souvent déjà avec leur petit carnet en disant « moi si je mange ça, ça me fait ça », ils ont déjà supprimé plein de trucs. Alors il faut réaxer quelque fois parce qu'ils se trompent dans leur comportement

A : Je ne suis pas d'accord car il y a beaucoup de confrères qui filent des trucs, mais qui n'expliquent jamais le régime. Qui n'expliquent pas l'alimentation. Tu as plein de patients qui viennent et non, ils ne savent pas. Bon, ils vont connaître deux-trois aliments

B : Tu n'as pas compris ce que je voulais dire. Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas le faire, j'ai dit simplement que souvent ils avaient déjà eux même organisé et éliminé de l'alimentation tout ce qui les gênait

A : Et bien pas tous

B : Oui pas tous effectivement

D : Je te rejoins la diététique est très important mais je ne fais plus comme toi. J'ai abandonné les fiches, je passe du temps à leur demander : « quels aliments avez-vous déjà remarqué, quels sont les aliments qui vous gênent ? » et je te rejoins B., ils ont déjà leur liste pour la plupart {*Approbatons de E.*}. Donc je leur dis, bon ceux là c'est clair vous les évitez, et ils disent « Ce n'est pas la peine, c'est fait depuis longtemps ». Et finalement ils t'énumèrent les aliments de ta fiche, ils ont déjà très bien repéré ce qui les gênait {*Approbatons de A.*}

A : Mais la fiche elle vient en dernier. Je discute, je leur parle. Après comme je suis sur l'informatique je leur donne un support, toujours s'ils le veulent. Mais ils demandent toujours un support. Je leur dis « vous voulez que je vous donne des idées ? » C'est la fin, le support je ne leur donne pas au départ

C : Il y a aussi la vitesse à laquelle ils mangent qui peu intervenir {*Approbatons de A. D. et F.*}. Les boissons aussi {*Approbatons de A.*}, ont parlé des boissons non gazeuses mais il a aussi certaines eaux qui sont plus riches en magnésium par exemple pour la constipation ça peut parfois les aider parce que souvent ils sont constipés

F : Je n'ai pas grand-chose. Pour l'enquête alimentaire j'essaie plutôt de savoir comment ils mangent. Je leur demande comment, ce qu'ils ont mangé la veille, qu'est ce qu'ils aiment, etc. Je pars aussi de l'interrogatoire un peu mais assez ouvert, pas trop figé, pas forcément sur un listing si tu veux. Et après en fonction de ce qu'ils m'apportent, en fonction de leurs habitudes alimentaires, je leur dit « Là-dessus il faudrait peut être que vous arrêtiez ceux-ci ou ceux-là pour telle raison »

A : Moi je ne partirai pas dans le vague. Si vraiment il revenait sans arrêt je partirai, je ferai pareil que ce que je fais sur d'autres trucs, agenda de la migraine, du sommeil. Je leur demanderai « pendant 15 jours je veux savoir ce que vous mangez, vous notez vos aliments » et puis on discute et là j'ai un canevas, parce que moi sans canevas. Soit il veut se prendre en main, soit il ne veut pas

M : **Donc vous partez quand même, les uns et les autres de leurs habitudes. Soit sur leurs expériences de prise d'aliments soit sur une enquête alimentaire ?** {*Approbatons de D.*}

F : Sur un carnet. Ils sont assez compliants. C'est à noter

M : E. ne s'est pas exprimé ?

E : Non {*Soupire*}

M : La diététique ce n'est pas. Est-ce que tu privilégies d'autres abords que ça : Les médicaments certes

E : (.) Je rejoins un peu ce qu'ils disent. La diététique j'ai du mal à gérer, j'ai vraiment le sentiment que quand tu les interrogues sur la diététique, leur donner des conseils me semble assez compliqué dans les restrictions de tous les jours. C'est ça qui fait que je ne donne pas obligatoirement de conseils directifs parce que quand on voit déjà dans toutes les autres pathologies ce qu'on peut donner comme conseils diététiques et ce qui est appliqué *{A. et D. ne semblent pas d'accord}*

M : Donc tu n'es pas sûre de l'efficacité

E : J'ai tord peut être

D : Il y a un mot qui me plaît dans ce que tu viens de dire, ce sont des patients qui sont assez souvent compliants. Qui arrivent comme tu l'as dit aussi avec leur petit carnet : « hier j'ai fait une selle un peu dure, j'ai eu des gaz ce matin à 11heure ». Enfin bon. Ce sont des gens, il y a quand même un profil qu'on retrouve assez souvent *{Approbatons de C.}*, et c'est vrai que la compliance chez ces gens là, elle est très marquée

A : Je recadre toujours vis-à-vis du patient. Je lui propose quelque chose et je l'informe qu'il le fasse ou pas je m'en fou. Je l'informe. Après si il sait que les boissons gazeuses, son artichaut, son machin, ça peut lui entraîner son météorisme et ses douleurs et bien au moins il le sait, après si il veut en manger il en mange, je m'en fou complètement je ne suis pas comptable. Je suis comptable d'une information après le reste c'est son problème

D : Il m'est arrivé aussi de ne pas répondre ni par médicament ni par diététique. Le colopathe qu'on revoit pour la énième fois et qui nous met justement en situation d'échec, il m'est arrivé quand même assez souvent de poser le crayon, de m'avancer vers eux et de leur dire : « Ecoutez on va laisser de côté votre ventre et vous allez me dire enfin ce qui ne va pas ». *{Approbatons de C.}*. Et là on a un déballage de vie. Et la colopathie en fait, était un petit peu le symptôme masquant *{Approbatons de E.}*. Et il arrive un moment où on est à une impasse où il va falloir qu'on déballe le truc. Et ça marche assez souvent ; Et on découvre chez des patients qu'on connaît depuis 20 ans une histoire de vie qu'on ne soupçonnait pas avec pour point de départ la colopathie. L'arbre qui cache la forêt quoi

M : E. Tu partages aussi ?

E : Voilà

M : Tu pratiques pareil. C. aussi tu es d'accord *{Approbatons de A. et C.}*

B : Bien sûr. C'est ce qu'on disait tout à l'heure. On apprend dans sa globalité en sachant bien qu'il y a des facteurs psychiques, des facteurs peut être organiques, psychopathologiques et de toute façon comme c'est chronique au bout d'un moment il va y avoir du psychologique donc parler et permettre à la personne d'en parler ça ne peut être que bénéfique. Ça ne résoudra peut-être pas tout =

M : = Donc les uns et les autres vous facilitez l'expression du patient dans sa souffrance au delà de ses symptômes ? (.) De façon courante, pas peut être dès la première fois mais dans le temps, les uns et les autres vous le faites ? Vous le faites ? Ce n'est pas vous déléguiez à quelqu'un d'autre vous le faites ? *{A. et C. approuvent de la tête}*

F : Oui, enfin, on repositionne, on reformule. On a essayé un certain nombre de choses. On peut reprendre : J'aime bien faire l'historique des médicaments. Je dis on a essayé ça, ça et ça, même ... *{inaudible}* ça n'a pas marché : qu'est-ce que vous attendez de moi ? Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? Comment vous gérez ça ? Comment ça vous enquiquine, à quel point ça vous enquiquine ? Et comment on peut en sortir ?

M : **D'accord. Vous faites une exploration globale, du psychique, *{D. approuve de la tête}* Vous allez essayer d'enquêter sur le sens de la plainte, du symptôme. Assez rapidement dans votre prise en charge ?**

B : Je vois, peut être pas dans 100% des cas mais dans 95 % des cas c'est une question qui fait partie de l'interrogatoire, de la discussion de départ. Comme quelqu'un qui vient en disant « je ne suis pas bien, je suis déprimé, etc. ». On va essayer de remettre ça dans un contexte le colon irritable, » est-ce que vous avez des soucis, est-ce que vous êtes au chômage, est-ce que votre femme vous a quitté ou votre mari, est-ce qu'il y a des problèmes », Je veux dire, C'est dans l'interrogatoire ça *{A. et E. approuvent de la tête}*

M : **Merci B. Ca permet d'introduire la troisième question puisque j'allais vous demander maintenant quels problèmes vous posent cette pathologie, si ça en est une, du moins cette plainte du syndrome de l'intestin irritable ? B. semblait dire, ce que tu viens de dire : de toute**

façon c'est une démarche habituelle devant un patient qui a une plainte récurrente, ça ne se limite pas au syndrome de l'intestin irritable. Est-ce que tu voudrais dire par là que ce n'est pas problématique pour toi de par cette ouverture ?

B : C'est-à-dire : pas problématique ?

M : Que le syndrome de l'intestin irritable n'est pas pour toi une problématique. C'est la troisième question c'est est-ce que ça vous pose des problèmes cette prise en charge? *{S'exclament des ah oui bien évidemment dans le groupe}*

B : AH OUI CA EN POSE UNE. Pourquoi parce que les gens viennent avec une plainte, c'est ce que tu disais tout à l'heure *{regarde A. qui acquiesce de la tête}* donc tu réponds, on essaye tous de répondre à une plainte, à une souffrance ; On sait très bien de toute façon que c'est quelque chose qui va durer, qui va durer dans le temps. On va être bon, on va être bon pour 1 ou 2 mois. Le médicament va marcher, un certain temps, pas marcher. La discussion d'une demi-heure ou l'on aura crevé l'abcès ça va marcher et puis ça va être récurrent. Donc le problème que ça pose à moi ces pathologies chroniques c'est la non possibilité de pouvoir les résoudre à long terme pour que le patient soit mieux. D'une part, ça te renvoie toi même à ton propre échec, à la limite ça on s'assoie dessus parce qu'on le fait tous les jours, on sait bien qu'on n'est pas Dieu le Père. Mais le problème c'est de ne pas pouvoir. On aimerait bien que ces gens là soient guéris. D'une part pour eux et comme ça ils nous ficheraient la paix *{rit}* par rapport à leur pathologie. Le fait d'ouvrir sur le psychologique ne m'enlève pas ce sentiment de difficulté. C'est une porte c'est tout

M : D. ?

D : Je vais être très court. J'ai l'impression que la colopathie ou le colon irritable c'est un petit peu l'arbre qui cache la forêt *{C. approuve de la tête}*. C'est un petit peu le signe d'appel vers autre chose. Il y a le problème colique, bon. Mais il y a tout ce qu'il y a derrière et quand on commence à s'engouffrer la dedans ça prend une autre dimension. Au départ le traitement, l'ordonnance c'est facile, ça arrange tout le monde « Vous prenez ça, ça ira mieux. Youpi. J'en ai d'autres qui suivent. *{Rires dans le groupe}* Allez au revoir ». Et puis au bout d'un certain temps on arrive au bout de nos ressources chimiques et on est bien obligé d'aller vraiment dans le fond du problème et c'est là qu'on se met en face et qu'on dit « bon allez, qu'est-ce qui se passe vraiment ? ». Et là on rentre dans une autre histoire. Enfin moi c'est comme ça que je vis cette maladie

M : Et est-ce que justement cette prise en charge à notre niveau est problématique ? *{rires discrets de A.}* Puisque la question c'est =

D = Problématique CE N'EST PAS LE MOT. Ce n'est pas le mot. Elle est plus longue, elle est plus difficile. Moi souvent ces patients là je les vois le soir. Je leur dis « écoutez vous prenez le dernier rendez-vous et on y passera le temps qu'il faudra ». Rien que ça, le fait qu'ils savent qu'ils vont avoir du temps, ils vont mieux. Et puis on navigue à vue après. Parce qu'on ne sait pas l'histoire qui va être déballée. Il y a des histoires qui vont se terminer chez le psychiatre parce qu'elles sont vraiment très lourdes, il y a des histoires qu'on va arriver à gérer. Ca dépend de l'histoire de chacun

M : Donc tu es en train de mettre en avant que ce sont des patients qui peuvent demander du temps. Puisque tu y passes le soir. Donc cet élément là fait parti des difficultés

D : Ah oui. Mais je rejoins A. : leur principale demande c'est l'écoute

A : Eh oui. Chronophage c'est forcé. *{S'exclament des oui dans le groupe}* Ah c'est sur je ne verrai pas 15 colopathes par jour. *{S'exclament des non dans le groupe}* Alors là *{rit}* sinon je terminerai à je ne sais pas quelle heure. Mais bon moi ça ne me pose pas un problème, pas plus qu'une pathologie psy à prendre en charge *{Approbatons de E.}*. C'est une pathologie comme une autre. Ce sont des patients chronophages *{B. approuve}* qu'il faut pouvoir recalculer dans des temps de consultation, dans une économie capitaliste, avec une journée qui ne fait que 24 heures, etc. etc. C'est toujours pareil

D : Tu as très bien résumé les choses *{rires de A.}*

C : La problématique, on revient quand même au diagnostic, il faut être sûr de ne pas passer à côté d'autre chose

D : Oui mais ça on considère qu'on l'a fait

M : **Néanmoins vous avez dit à un moment ou à un autre vous allez peut être vous aider d'un gastro ou de quelque chose parce que ça vous revient un peu en tête sans obligatoirement d'altération de l'état général mais sur des échecs de médicaments. Et donc malgré tout ça**

reste une problématique à un moment ou à un autre au bout de plusieurs mois ou plusieurs années, C. c'est ce que tu veux dire ?

C : Enfin là on part du principe, c'était la problématique, une fois qu'on a posé le diagnostic de certitude. Mais ça peut être une problématique avant d'avoir ...

M : Oui donc ce n'est pas écartée complètement

F : Maintenant il y en a qui m'épuisent. Je vais vous raconter une petite histoire : J'en ai suivi un pendant 20 ans et qui est allé voir un autre confrère auprès de chez moi et qu'est ce que j'étais content d'emporter le dossier {*Rires de A., B. et C.*}

M : D'accord

F : Moi aussi ça me fait souffrir

M : Le problème ça peut être effectivement l'épuisement. {*D. et E. approuvent de la tête*}. A. et B. ?

B : Par rapport à ce que tu dis je suis d'accord. On a positionné le diagnostic sur des signes de symptomatologie fonctionnelle donc de temps en temps on a besoin d'étayer parce que ils nous mettent la pression etc. {*D. et F. approuvent de la tête*} Se pose le problème des colopathes qu'on suit depuis 15-20 ans donc épuisement. Et puis {*rit*} au bout d'un moment on retrouve ce même stress, cette demande {*Approbatons dans le groupe*} parce qu'ils ont à nouveau un beau-frère ou quelqu'un qui est mort qui avait les mêmes symptômes, c'est plus ou moins cycliques, c'est 10-15ans. Mais souvent, quelque fois on se dit « mais on ne referait pas faire une colo parce que »=

F : [Pourquoi pas, hum hum

E : Non mais je suis d'accord avec toi. C'est pas=

B := Une première approche organique éliminée ne veut pas dire qu'à vie on va poser un diagnostic

D : Bien sur. C'est d'autant plus vrai qu'il m'est arrivé de voir des patients traités pour colopathie jusqu'au jour où il y a un Hémocult positif et on tombe sur une sténose. On a bien du mal à s'expliquer. On est dans la même situation que chez le migraineux qui a des migraines depuis longtemps et un jour quand même on fait un scanner parce qu'il connaît quelqu'un qui a eu une tumeur et le gars finit par nous flanquer la trouille et dire « êtes-vous sûr que je n'ai pas une tumeur ? » et bien vas solidement dire « oui vous n'avez pas de tumeur, le scanner ce n'est pas la peine ». Et bien tu vas faire un scanner. On arrive à un moment où l'on est coincé

E : Je crois qu'il ne faut pas non plus se voir coincé. A été lancé quand même le dépistage du cancer du colon à 50 ans c'est une réalité. Donc il ne faut pas que l'on se sente coincé. Chez un colopathe suivi depuis 15 ans, rendu à 50 ans tu te dis « finalement il faut peut-être quand même que je vérifie parce que il peut avoir quelque chose ». Puisque les pouvoirs publics eux-mêmes, tout le monde fait le dépistage du cancer du colon spontanément. Ça ne me semble pas choquant qu'à un moment on se dit : il a le droit d'avoir aussi un cancer {*A. et D. approuvent de la tête*}. Pour moi ça ne me semble pas être une problématique de se remettre en cause à un moment et puis de lui dire d'ailleurs « écoutez vous êtes un colopathe depuis longtemps mais moi finalement j'aimerais bien quand même qu'on vérifie qu'il n'y a pas de cancer du colon parce que vous avez le droit aussi d'avoir un cancer du colon

A : surtout s'il a déjà eu des coloscopies, je lui proposerai certainement le test Hémocult {*Rires dans le groupe*}.

E : [Je n'ai pas dit nécessairement une colo

A : On va lui proposer son Hémocult. Je crois qu'il faut effectivement réévaluer la clinique, réévaluer un certain nombre de choses de temps en temps. Ne pas se dire « Oh non c'est encore lui, il arrive là, Qu'est ce que je vais pouvoir lui filer cette fois-ci {*rit*} ? » et puis ne pas refaire l'interrogatoire, ne pas refaire son examen clinique. Il y a des petits signes d'alerte, ça peut être un peu différent. Donc il faut. On est toujours dans les mêmes schémas en temps que médecin généraliste et c'est vrai que plus on prend de l'âge plus {*rit*} on peut être fatigué de refaire la même chose. Mais il faut. Il faut parce que c'est là qu'on passe à côté de quelque chose

M : Donc il peut il y a avoir des difficultés dans le temps à ne pas passer dans la routine

E : Effectivement s'il a des saignements on ne va pas dire c'est sa colopathie. A un moment on se rebranche et il faut essayer de ne pas le voir comme un colopathe mais comme un patient qui revient pour la première fois

F : Moi j'aime bien lui toucher le ventre, c'est systématique {*C. approuve*}

D : Ça dépend des patients. Il y en a qui détestent ça.

F : Oui oui mais enfin

D : Tu sens le patient qui lève son pull juste pour que tu glisses tes mains, tu n'as pas intérêt à le palper longtemps

M : Ca fait partie de la prise en charge, on revient un peu sur la question 2. Mais aussi de l'examiner, de lui toucher le ventre. *{Approbations dans le groupe}*. Est-ce que c'est seulement pour le rassurer ?

F : C'est aussi un moment d'échange « c'est tendu aujourd'hui » *{D. acquiesce}*

M : Donc c'est une stratégie aussi de communication

B : Moi je dirai les deux sont hyper importants. On peut discuter pendant une demi-heure mais le fait de refaire l'examen à chaque fois ça donne une dimension qui va les rassurer. *{Approbations dans le groupe ; F. baisse les mains en signe d'apaisement}*. Ca va bien un moment mais de toute façon ils vont revenir dans une angoisse donc de reprendre la tension, de palper un peu le ventre, ça rassure le médecin aussi parce que parfois il peut y avoir autre chose et puis le patient qui a un contact physique mais dans beaucoup de pathologies chroniques, les lombalgiques c'est pareil. Si il s'assoit et que pendant une demi heure il raconte sa lombalgie et que tu ne vas pas le regarder palper ou ça fait mal

M : Ca fait partie de votre conduite naturelle. Que ce soit pour vérifiez quelque chose de nouveau comme aussi un moyen d'ouvrir, et de rassurer le patient d'un geste professionnel

F : Ca fait partie du non verbal

D : C'est d'autant plus vrai et tu as raison, chez le lombalgique c'est très frappant. Le fait de trouver le point douloureux « oui docteur c'est là, vous l'avez trouvé ». Ce qui ne résout rien mais après voilà voilà

B : « Vous êtes bon docteur ». Tu sais que ton discours après il va être entendu parce que professionnellement tu as trouvé

M : Je synthétise sur cette troisième question. Donc les difficultés que ça vous posent, vous les avez plutôt mises du côté du praticien, du médecin, que du côté du patient. Le patient vous avez quand même soulevé que l'écoute était essentiel et que il y avait un facteur temps qui pouvait limiter cette prise en charge. Par contre vous avez majoritairement évoqué les difficultés que ça vous posent en temps que praticien, que ce soit la sensation d'échec : le patient qui revient et que l'on ne soulage pas donc ce sentiment d'échec *{Approbations de D. et E.}*. On n'est plus dans le sentiment « je guéris » mais « je suis en échec ». Vous avez bien évidemment soulevé tous l'épuisement, la démotivation, la lassitude. Vous avez aussi soulevé la difficulté du diagnostic associé qui vient à un moment à un autre vous mettre en défaut parce qu'il y a des pathologies graves sous-jacentes et il y toujours cette trouille. Et puis aussi la difficulté de l'étiquette mise sur un patient qui justement aussi peut induire des conduites routinières qui peuvent amener parfois à des défauts d'autres diagnostics redressés

D : J'insisterai aussi : le colon irritable est-il une entité en lui-même ou n'est-il que le symptôme d'une maladie existentielle ?

M : Tout à fait. Merci B. Je l'avais oublié. Dans vos difficultés ça peut être simplement des difficultés sur le concept initial, le mécanisme princeps de cette pathologie même si on a abordé au début des pistes, mais ça peut rester un problème

E : Le motif de la consultation n'est-il vraiment que le mal au ventre ou autre chose ? (.)

M : D'accord (.). On passe à la dernière question qui fait la suite. A travers justement ces difficultés que vous avez évoquez, est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration ou des propositions à faire pour améliorer les problèmes que ça vous posent ?

C : Je pense à une chose qui me vient. Les fibromyalgiques ils ont une association de fibromyalgiques, est-ce qu'il existe une association de colopathes ? Je ne pense pas mais je ne sais pas

D : J'imagine la vie de l'association. *{rit avec F.}* Un groupe de colopathe. Mon dieu !

C : *{Répond en riant un peu mais d'un ton gêné}* Parfois ça les libère un peu d'aller voir ailleurs plutôt que de revenir nous voir ils vont dans l'association. Mais je ne pense pas

M : Donc c'est une proposition si ça n'existe pas qu'éventuellement ce soit constituée. Ca pourrait être aussi un moyen de soutien pour ces patients là

C : Et bien qu'ils en discutent entre eux et qu'ils voient qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation

M : Donc d'appartenir à un groupe ça peut être un soutien. Donc là c'est plus dans la difficulté que posent ces patients dans leur prise en charge. Par rapport à ce que je vous ai resynthétisé comme problématique que vous aviez évoqué, est-ce que vous verriez des pistes d'amélioration ?

D : Ce qui serait très bien, comme tu l'as dit, mais je rêve, c'est que à mon avis ce sont des patients qui demandent beaucoup de temps donc qu'il faudrait prendre dans leur globalité, ne pas que s'attacher à leur colon et voir un petit peu ce qui se passe derrière mais c'est chronophage et on fait du mieux qu'on peut et on bricole en temps que généraliste dans le créneau horaire que l'on a mais c'est sûr que l'on ne peut pas faire un travail de fond avec ces patients là ce qui explique probablement qu'ils reviennent de façon répétitive {C. et E. approuvent}. Peut être faudrait-il prendre ces patients là pendant 48 heures et puis faire un bilan de vie. Mais bon, on est dans l'utopie

M : Je vais te provoquer car j'ai cru comprendre, tu nous l'as dit, que tu t'intéressais à leur histoire de vie {D. approuve}. En quoi tu ne réponds pas à leur demande ?

D : Et bien je ne réponds pas à leur demande immédiate c'est-à-dire que quand on est arrivé au bout du bout, qu'il va falloir faire sortir autre chose, la consultation s'arrête vite parce que la salle d'attente est pleine donc on leur dit « écoutez vous vous rendez bien compte qu'il va falloir qu'on parle, reprenez un nouveau rendez-vous un soir tard et on va commencer le travail » et on botte en touche ce coup là et après on part dans une aventure qui peut durer longtemps { A. soupire} jusqu'à ce que je vais continuer tant que j'ai l'impression de maîtriser. Quand on part dans des choses un petit peu trop compliquées je vais passer la main à un ami psychiatre parce que lui a la compétence et le temps que je n'ai pas mais c'est surtout sa compétence que je n'ai pas et effectivement il y a des moments où ils nous épuisent {F. sourit} et on botte en touche et on dit : « cher ami, merci de recevoir » et aller {siffle}, ça arrive, hein ? Ça arrive

A : Si le patient veut bien

D : Oui il faut l'amener

A : Parce que parfois il préfère la relation avec son médecin traitant

D : Et puis quelque fois il y a des claches {F approuve} et on dit « écoutez basta, tenez, voilà le dossier et puis salut ». Ça peut arriver ça aussi. Chacun a son seuil

M : Vous avez évoqué trois pistes : C. parlait d'association côté patient, maintenant pour parler des problèmes de souffrances des médecins par rapport à ça, vous avez évoqué d'une part un accompagnement éventuellement pour préparer ensuite un accompagnement plus spécialisé ou autrement ce que vous mettez en place les uns et les autres pour la plupart c'est ce qu'on appelle une relation d'aide {A. approuve} c'est-à-dire que le patient préfère que ce soit vous généralistes qui vous occupiez d'eux et vous mettiez en place quelque chose qui est la relation d'aide même si vous n'avez pas étiqueté en temps que telle, c'est-à-dire une relation qui est thérapeutique. C'est une piste que vous proposez et que vous faites apparemment

D : Et puis les orienter vers tout ce qui est yoga, relaxation, stretching, vie collective {A. et C. approuvent}.

M : Qu'est-ce que c'est vie collective ?

D : De les brancher sur une association qui les sorte de leur pensée centrée sur leur nombril {rires de A.}, et de les relancer {approbation de C.}. Il y a toute la palette pour les remettre sur autre chose

F : De les remettre dans la vraie vie, de marcher

D : Oui : de marcher, de faire du sport

M : Vous avez l'impression que ces patients sont désocialisés puisque vous dites que vous avez envie de les remettre dans la vraie vie?

D : Non le terme est trop fort mais ils sont très centrés sur leurs symptômes

A : Nombriéristes

F : Ils ont quand même un champ relationnel assez réduit

D : Oui je voulais dire, parce que j'ai fait au long de ces trente années une spécialisation douleur, ce que les spécialistes de la douleur nous apprennent quand on est en situation d'échec c'est d'essayer de faire en sorte que le patient la domine, qu'il arrive à la tenir en laisse {E. et F. approuvent}. Ça n'empêche pas d'avoir mal mais il vit sa douleur autrement. Et bien quand tu le rebranches sur une vie associative, sur du yoga, sur du vélo, sur de la marche, et bien il va vivre sa douleur autrement. Ça n'est plus sa douleur qui va le mener

F : L'envahir

D : Mais c'est lui qui va la dompter. Et les choses vont mieux. Quand on arrive à ça et bien on n'a pas rien fait, hein ? D'où l'intérêt de toute cette palette d'activités multiples

M : B. ?

B : Non, je n'ai rien de plus à ajouter par rapport à ça

M. : Tu tends aussi à proposer ça ou =

B : = Oui je suis un peu dans cette démarche là. Le problème c'est très souvent un problème de temps {D. et E. approuvent}. On aurait envie d'aller un peu plus loin et puis ... Pour-qui, pourquoi ce jour là on va le faire et puis on sait où ça va nous emmener mais on ne peut pas tous les emmener là, que eux nous emmènent là. Et puis parfois on coupe à court parce qu'on est un peu crevé, un peu naze {A. et C. approuvent}

M : D'accord. (.) E. ?

E. : Le temps de consultation joue un rôle. Il y aussi une chose que l'on ne fait pas beaucoup et que le psychiatre fait, il lui redonne un rendez-vous. Pour revoir les gens de façon systématique. J'ai l'impression qu'ils aiment ça. Alors que nous on ne le fait pas beaucoup de façon systématique

B : Alors moi je le fais depuis quelques =

E : = J'essaie de le faire pour quelques uns et je m'aperçois qu'ils sont heureux

B. : Alors ça fait 25 ans que je suis installé mais je ne dois le faire que depuis 4-5 ans, c'est pareil on ne le fait pas tout le temps. Quelque fois tu as envie d'aller plus loin ou alors cette consultation qui commence par un bouton sur le bout du nez, un machin, un truc, et puis au bout d'un quart d'heure on te sort le gros truc. {Approbatons dans le groupe} En fait c'était des prétextes et on vient pour ça. Donc moi c'est fini ça. Sur 25 ans j'ai mis le temps à agir. Je lui dis « ok on va prendre un temps », sinon tu bâcles le truc, tu essayes d'écouter en 5 min, tu regardes ta montre tout le temps, Tu sais que derrière. Donc redonner un rendez-vous à un autre moment pour être, toujours pareil, dans l'écoute. Mais c'est surtout de trouver le temps

D : Et ça marche dans 100% des cas. Et les gens reviennent à tous les coups

B : Oui. Ils apprécient ça, parce qu'ils savent ...

M : Vous mettez en place une stratégie de prise en charge globale, vous différez =

B : = Tout ce qui est temps d'écoute, oui

E : Moi je ne suis pas obligatoirement persuadé que c'est le temps de la consultation qui compte parce que je pense qu'au bout d'un certain nombre de minutes la vigilance des deux baisse donc ce n'est pas très bon. Mais c'est plus de redonner une consultation, la possibilité de revenir parler qui aide les gens {D. approuve}

M : Donc il y a les deux stratégies. Il y a =

E : = J'aurai maintenant tendance à essayer ça plusieurs fois depuis quelques temps. Bah, on le voit pour le tabac, tu le fais, parce que c'est toujours entre 2 consultations qu'ils disent « docteur je veux arrêter de fumer ». On demande à les revoir. Pour les syndromes dépressifs c'est pareil. « Je vous donne maintenant un rendez-vous dans trois semaines ». Et bien les gens ils sont ravis. Ils viennent tout le temps

B : Je crois que c'est complémentaire. Il y a des consultations soit le colopathe vient pour sa colopathie et dans ces cas là si tu prends toutes les 15 ou 20 minutes tu auras largement le temps de faire ton truc, mais souvent aussi c'est une consultation multiple et ils viennent et ils mettent ça à la fin et là tu n'as pas le temps donc soit tu réponds par un médicament, ça m'arrive de le faire, assez souvent même. « Qu'est-ce qui vous fait du bien ? ». Soit tu veux t'intéresser un peu plus mais comme ça va te prendre du temps, et bien tu dis, « ça c'est une autre consultation, j'ai déjà fait 2-3 choses là, on n'a pas le temps ». Il faut savoir remettre

M : S'adapter en fonction du moment

A : Consultation dédiée

M : **Voilà. Consultation dédiée à ce problème que vous identifiez parce que la consultation est déjà passez à autre chose. Donc sur rendez-vous pour la motivation, le patient sait pourquoi il vient. Vous vous l'attendez pour ça. Donc il y a une stratégie pour contourner le problème du temps, contourner le problème de la plainte multiple enfin du motif de consultation multiple.** {C. approuve} F. tu veux réagir ?

D : C'est extrêmement important

F : La nécessité de revoir et de s'inscrire dans le temps nous aussi, dans notre prise en charge est quelque chose d'important pour le patient et pour nous

E : Et d'ailleurs c'est ça la difficulté je trouve aussi quand tu as 25 ans de consultations. Tu te rends compte à un moment tu vois beaucoup de monde mais tu ne soulages pas bien les gens et tu as envie d'en voir moins, de faire revenir les gens pour mieux les soigner, mieux les prendre en charge. C'est d'ailleurs toute la difficulté aujourd'hui de contraction qu'on a : tu te rends bien compte que tu ne fais pas bien ton boulot, qu'il vaut mieux redonner et donc tu prends du temps pour pouvoir... donc tu en vois moins. Apprendre ça aussi

M : Vous faites aussi intervenir la notion d'expérience. Puisque vous êtes deux à avoir dit que « au bout de quelques années je me suis rendu compte que » de dédier des consultations en prenant des plages. 2, {approbations de C. et apparition d'un brouhaha} 3,4, 5 pour F.

D : La consultation du soir c'est magique. Il fait nuit dehors, il y a les lampes, c'est silencieux, et on a le temps

M : On va laisser la parole à la plus jeune qui a peut être des choses à dire

C : Et bien moi je commence aussi à les faire revenir pour des consultations dédiées. Par contre je ne leurs dis pas le soir parce que je ne suis pas assez réceptive =

D := Non mais chacun ses horaires

C : Et je ne veux pas finir tard. Par contre je leur dis « dites à la secrétaire que vous prendrez 2 rendez-vous » où je leur bloque une demi-heure

M : Donc vous avez tous des stratégies pour leur consacrer du temps à cette demande d'écoute {approbations de B.}. Vous identifiez tous que ce syndrome appelé différemment, s'inscrit dans quelque chose qui est plus vaste qui est une demande l'écoute et que vous avez bien différencié des niveaux de prise en charge. La prise en charge médicamenteuse, diététique d'un côté que vous ne privilégiez pas même si vous la faite. Et que peut-être dans le temps pour justement accompagner ces patients vous privilégiez plus cette prise en charge d'écoute, psychothérapeutique {approbations de C. et D.} on peut l'appeler comme ça même si vous n'avez pas l'appellation du psychiatre. Est-ce que c'est ça que les uns et les autres vous faites, c'est consensuel ?

B : Oui, et globalement je mettrais un petit bémol. Ce n'est pas qu'on l'a privilégié plus mais c'est qu'on sait qu'elle est importante et qu'elle va demander plus de temps que le reste {approbations dans le groupe}

M : Et est-ce qu'elle vous paraît être plus efficace que si vous ne faites que du traitement symptomatique ? (.)

B : Je serais incapable de dire

D : Probablement quand même puisque les patients sont demandeurs {approbations dans le groupe}

A : Je me pose la question pour pleins de pathologies

E : Le problème c'est chronophage pour nous et on a un tas de patients qui nous demandent pour un tas de pathologies cette prise en charge là

A : J'aimerais bien être salariée, vraiment, ça résoudrait tous les problèmes

E : Pas sûr, tu aurais un patron qui demanderait des résultats {rires}

B : Pour répondre à ta question, moi cette prise en charge j'essaie de la faire, je sais qu'elle me demande du temps donc on va plus la faire dans le cadre d'une consultation dédiée si c'est possible et si il le faut tout en n'étant pas persuadé qu'elle va apporter quelque chose. Dans l'expérience : si je ne la fais pas, je me sens coupable de ne pas avoir fait mon travail de médecin jusqu'au bout mais je ne suis pas persuadé que ça va changer quelque chose

M : Vous n'avez pas le sentiment d'être efficace dans cette prise en charge contrairement à ce que dit B. ?

B : JE ME POSE LA QUESTION, JE NE SAIS PAS, il faudrait qu'il y ait une évaluation, quand je vois la chronicité avec laquelle ils reviennent après

F : Moi je me sens peu efficace globalement. Au bout d'un certain temps je me pose un certain nombre de questions

D : Moi je crois qu'on est toujours efficace quand on écoute *{approbations de E.}* . Dans tous les sondages chaque année la presse sort ça depuis de nombreuses années. La presse interroge les citoyens pour leur demander qu'elles sont les qualités attendues chez leur médecin : 1 : disponibilité ; 2 : écoute. Ce qui est surprenant c'est que la compétence vient en 5 ou 6ème. Et ça fait des années que ça dure, ils veulent deux choses : disponibilité et écoute. Et même quand tu n'as pas eu de réponse médicamenteuse, si tu leur as donné de l'écoute, d'ailleurs tu remarqueras, je suis frappée de ça, de plus en plus les gens sont conscients que l'on travaille beaucoup, que l'on est disponible, et ils nous remercient beaucoup plus qu'il y a de nombreuses années. Et très souvent on entend merci pour le temps que vous m'avez accordé. Pas pour le traitement, *{approbations de F.}* merci pour le temps d'écoute. Rien que ça, tu es utile je trouve. Même si c'est fatigant

B : Moi je ne dis pas non. Je dis seulement que ça mériterait des évaluations

C : On n'est pas forcément efficace sur la colopathie mais on ouvre des portes *{approbations de D.}* sur d'autres pathologies. Et on est efficace à un moment donné, même si c'est quelque chose de tout simple on leur fait vider leur sac

D : On les fait avancer

C : Voilà, on les fait avancer. Exactement

M : Donc finalement la colopathie, si vous l'appellez comme ça, ce n'est pas un problème réel pour vous médical puisque ça s'inscrit dans autre chose que vous accompagnez et vous l'impression finalement que vous leur faites accepter dans la durée, leurs symptômes intestinaux ?

D : Ce n'est pas toujours si rose

F : Oui. C'est un raccourci

D : C'est compliqué. C'est une affection qui est compliquée parce qu'on n'a pas de réponse. Ce n'est pas l'angine : strepto-bing-amox-au revoir. On sait qu'on s'engage dans une longue histoire

F : Je les accompagne sur leur chemin de la santé, sur leur propre itinéraire. Moi je me considère plus comme un accompagnant, ou un passeur. Et puis à des moments donnés on est là et on soulève des choses importantes comme tu disais. Il y a des moments : Paf, il y a des choses qui vont se faire. Et on va avoir dans notre cheminement 2 ou 3 ans, où on va être dans la routine et puis rien ne se passe. C'est ça qui est frustrant. Même si tu lances des perches en consultation, si tu titilles, tu envoies des petits messages et bien si tes messages ne sont pas reçus et bien tu te les ramasses. Il y a des fois où c'est intéressant quand ça bouge et puis il y a une période de latence où tu vas t'endormir, etc., et tu t'épuises. Moi c'est là où je les ai petit à petit, mes épuisements

E : Moi je pense qu'à partir du moment où tu leur as fait percevoir, que quand ils consultaient pour leur poussée douloureuse, il y avait aussi un autre problème dans leur vie, tu peux donc les aider à chaque fois quand ils reviennent parce qu'ils ont eu un problème ponctuel. Et globalement c'est quand même satisfaisant. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, n'oublions pas qu'au bout d'un certain nombre d'années il faut repenser toujours à se mettre dans un contexte, qu'ils ont vieilli et qu'ils peuvent avoir autre chose

A : S'ils se connaissent mieux, ils se prendront mieux en charge de toute façon

M : Donc aussi cette perceptive, dans deux solutions : De les autonomiser, de les amener vers la gestion et l'apprentissage de leur douleur, de leur maladie

E : De leur vie, quoi

M : De leur vie. Est-ce que, pour conclure, c'est un problème médical que vous pointez comme étant difficile ou pas plus qu'un autre par rapport à votre pratique ?

D : Moi je dirai tous les jours

E : Moi je dirai quotidien, puisque là tu as pris un sujet le colon irritable mais on va en avoir plein, c'est la migraine, c'est le lombalgique

B : C'est le symbole des pathologies chroniques, c'est récurrent, c'est la migraine, c'est le lombalgique

A : [C'est la migraine, c'est le lombalgique

D : A une nuance près, c'est qu'on est devant une pathologie chronique non grave. Il y a la pathologie chronique grave c'est autre chose

... *{Brouhaha dans le groupe}*

E : Peut-être qu'à une époque on disait psychosomatique, je n'aime pas trop ce terme. J'ai fait ma thèse sur ça donc j'en sais quelque chose sur les douleurs rhumatologiques et psychosomatiques.

C'est qu'en fait je crois qu'on se trompait quand on parlait de ça. On avait une vision assez restrictive du patient. Le patient a des symptômes maintenant on a évolué, on se dit, il a autre chose, il faut qu'on l'accompagne dans autre chose que sa douleur pour l'aider à finalement gérer ses douleurs au quotidien comme tu disais tout à l'heure. Se replacer dans sa vie alors que moi quand je faisais ma thèse il y a 25 ans c'était : il a mal c'est dans sa tête c'est psychosomatique, c'est de la connerie. On n'avait pas du tout la même démarche et ça, ça a beaucoup évolué je trouve qu'il y a eu beaucoup de choses de faites. Notamment quand tu vois les antidépresseurs qu'on utilise beaucoup aujourd'hui dans l'anxiété chronique, la psychiatrie a beaucoup évolué. Il y a 25 ans quand je faisais ma thèse sur le psychosomatique, l'anxiété chronique n'existait pas c'était ou des tirs-au-cul ou c'était des dépressifs. Et là maintenant c'est pareil cet abord des patients, on ne les voit plus qu'à travers leur douleur, mais à travers leurs difficultés de vie de tous les jours et c'est pour ça que les gens on plus de mal à consulter. Parce que c'est plus épuisant pour nous

M : On va laisser à C. le mot de la fin pour respecter le timing

C : j'ai l'impression qu'on est assez ambivalent par rapport à cette pathologie parce que on a tous dit que quand on voyait un patient dans la salle d'attente on était en train de dire qu'on n'avait pas envie qu'il soit là qu'on se demandait bien ce qu'on allait lui dire mais qu'en fait au fond de nous on a bien envie de le soulager et de l'aider. Et que c'est aussi notre rôle de médecin

A : Je ne crois pas qu'on a tous dit qu'en voyant le patient dans la salle d'attente. Moi je l'ai dit mais on l'a pas tous dit {rit}

M : Je ne crois pas non plus

A : Dans ce cas là, j'irai à reculons au boulot

D : Que je me fasse bien comprendre parce que c'est moi qui l'ai dit, ça arrive de temps en temps, ce n'est pas tous les jours

ANNEXE 4 : DECOUPAGE DU VERBATIM EN UNITES DE SIGNIFICATION

M : La première question que je vais vous poser c'est de savoir quel est l'état de vos connaissances sur cette pathologie que l'on appelle le syndrome du colon irritable ?
(.) la parole est prise, soit on délimite un premier tour ou soit spontanément il y en a qui veulent s'exprimer {rires discrets, puis il fait signe à B. de s'exprimer}

- 1 B: colon irritable =
M : = Syndrome de l'intestin irritable
- 2 B : Oui, colite spasmodique, colopathie fonctionnelle, tout ça c'est la même chose
- 3 A : {désignée par M.} C'est ce que je pose comme question : parce que moi je ne parle jamais d'intestin irritable, alors je ne sais pas.
- 4 Si on me dit colopathie, si on me dit colite spasmodique alors je te rejoins=
- 5 B : = Est-ce que ce n'est pas la même chose ?=
- 6 A : = Ca m'évoque quelque chose, mais l'intestin irritable je ne sais pas
- 7 B : Pour moi ça va de paire avec la colopathie =
- 8 A : = Oui, {approuve de la tête} et bien voilà
- 9 B : Il y a peut-être une entité que l'on pourrait définir d'un point de vue physiopathologique.
- 10 Parce que pour moi c'est toute la symptomatologie fonctionnelle au niveau du tube digestif :
- 11 des douleurs(.),
- 12 sans substratum, sans cause organique =
- 13 D : = Sans cause organique retrouvée : coloscopie normale.
- 14 Moi j'aurai tendance à penser que l'on qualifie de fonctionnel aujourd'hui ce que l'on n'explique pas.
- 15 Ce sont des patients qui souffrent authentiquement.
- 16 Mais je définirais comme colopathie fonctionnelle
- 17 des patients qui ont des douleurs coliques récurrentes,
- 18 sans qu'on ait trouvé d'explication organiques, voilà (.).
- 19 C'est-à-dire Hémocult négatif, coloscopie négative, échographie négative et tout ce qu'on veut,
- 20 et qu'on qualifie de colopathie.
- 21 Maintenant, de la à penser que c'est psychosomatique, c'est autre chose, moi je ne partage pas cette opinion {F. dubitatif}
- 22 E : Moi je suis d'accord avec lui, entièrement ... {s'embrouille dans ses paroles, incompréhensible} Je rejoins ce que tu dis,
- 23 je suis d'accord pour le colon irritable, pour qu'on l'appelle comme on veut.
- 24 Globalement avec le temps (.) je trouve que dire que la cause essentielle est d'origine psychique me semble un raccourci.
- 25 Le psychique intervenant sur des troubles organiques
- 26 mais qu'effectivement on n'a pas d'explication vraie sur ces gens, ces douleurs intestinales mais qui doivent être sur un support organique vrai qu'on ne connaît pas
- 27 et quand ils ont des troubles psychiques ça retenti sur leur intestin {A. et C. sont songeurs}
- 28 A : Oui, alors quand tu dis « chez qui les examens complémentaires n'ont rien décelé » moi je pense à la colopathie ou à la colite fonctionnelle de l'enfant et je n'ai pas fait forcément d'examen complémentaire quand je vais évoquer ce diagnostic. Le petit il n'aura pas eu de coloscopie.
- 29 Donc je ne sais pas si ça doit faire partie du critère diagnostique
- 30 C : Moi je dirai,
- 31 c'est ce que je dis aux patients d'ailleurs, que
- 32 c'est un ensemble de symptômes qui associent
- 33 soit une alternance de diarrhée, soit une alternance de constipation, soit les 2
- 34 ou des patients qui viennent pour des douleurs abdominales,

35 qui ont parfois un météorisme important,
36 qui sont gênés dans leur vie de tous les jours,
37 qui sont parfois réveillés la nuit
38 et qui viennent consulter parce qu'ils ont une gêne qui leurs semble inhabituelle et qui se
reproduit à des moments de l'année {A. et B. acquiescent de la tête}.

39 En général ils viennent parce que ça fait plusieurs mois ou plusieurs fois que ça existe
40 et je pense qu'on pose le diagnostic à partir du moment où l'on a vu le patient plusieurs fois pour la
même chose, pour les mêmes symptômes. Moi c'est comme ça que je fonctionne {D. acquiesce de la
tête}.

41 Ca peut toucher des sujets jeunes comme des sujets âgés, mais souvent ça commence à un âge
relativement jeune, parfois dans l'enfance comme on le disait tout à l'heure.

42 On appelle ça je crois la colique du trottineur.
43 Moi je ne fais pas toujours des examens complémentaires {A. acquiesce de la tête};
44 on a tendance à les envoyer vers le gastroentérologue, moi en tout cas,
45 mais le gastroentérologue après il dit « ça ressemble à une colopathie fonctionnelle on ne fait pas
de coloscopie »

M : Il y a F. qui ne s'est pas exprimé
46 F : Moi je n'ai pas de définition précise,
47 c'est plutôt un itinéraire de soins avec des gens qu'on a revu,
48 qui nous ont posé problème,
49 euh (.), dont l'examen clinique n'avait pas évoqué grand-chose,
50 parfois adressés au spécialiste
51 parce qu'on se pose un certain nombre de questions et de savoir s'il faut aller jusqu'à la coloscopie
ou pas {E. acquiesce de la tête}. Souvent pas forcément.

52 Et puis qu'on est amené à revoir sur des épisodes, des crises qui reviennent
53 et qui nous embêtent dans notre prise en charge
54 parce que (.), parce qu'on n'a pas toujours des moyens simples de les soulager {C. acquiesce de
la tête}

M : Les examens complémentaires vous y avez recours comme A. et B. vous l'avez évoqué? A. ?
55 A : Moi je partage assez ta définition {regarde vers C.} puisqu'elle a parlé de tous les symptômes,
56 elle a parlé du handicap,
57 du retentissement dans la vie quotidienne
58 et de la fréquence,
59 moi je serai assez sur ce que tu as dit {approbation dans le groupe}

60 B : Moi je rajouterai 2 choses :
61 sur l'histoire du réveil nocturne, à partir du moment où quelqu'un vient me voir et qu'une
douleur le réveille la nuit je me brancherais plus sur quelque chose d'organique,
62 il faut faire attention.

63 Et puis la deuxième chose c'est quand même le retentissement sur le poids, sur l'état général. Dans
le colon irritable bien souvent on a des patients qui ne perdent pas de poids,
64 qui ont une grosse symptomatologie
65 mais sans problème.

66 Mais à partir du moment où il y a des douleurs nocturnes, diarrhées-constipations, perte de poids
on peut plus s'orienter vers un Crohn. {Approbatons dans le groupe ; D. et E. lèvent la main pour
intervenir}.

67 Autre chose, en ce qui concerne éventuellement la physiopathologie, je crois qu'il y a eu des tests
qui ont été fait,
68 C'est Dr O. qui m'avait parlé de ça,
69 on avait gonflé des ballonnets en intra rectales à des gens, avec une certaine pression, et on
s'apercevait que chez les gens qui avaient une sensibilité, les colopathes, on déclenchait des
douleurs pour des pressions beaucoup plus basses, {D. et E. approuvent de la tête et lèvent la
main pour intervenir} donc il y a un travail qui a été fait sur des récepteurs morphiniques au
niveau du colon pour dire qu'il y a peut être une explication physiopathologique

70 de la même manière qu'on a des enfants très jeunes qui sont très très sensibles, très
hyperesthésiques pour des vaccinations alors que d'autres ils ne disent rien

71 E : Dans ma définition ce que je voulais aussi dire tout à l'heure,
72 je ne mettrais pas le côté anxieux dans la définition

73 et également ces examens qu'on pratique quand même en pratique, j'ai l'impression, pour poser le
diagnostic du colon irritable.

74 Je pense que tous nos patients qu'on revoit plusieurs fois sur l'année {C. acquiesce de la tête}, on
finit tous, à mon sens, par les envoyer quand même voir le gastro,
75 et ils finissent tous par au moins avoir une échographie, une NFS, et souvent un examen des
selles, enfin quelque chose.

76 J'ai rarement vu poser le diagnostic franc de colon irritable sans qu'il y ait eu à un moment ou un
autre, au bout de 2-3 ans des examens complémentaires. {A. approuve de la tête ; Brouhaha dans
la salle} (.) C'est le sentiment que j'ai

77 D : Moi j'avais lu, et c'est une hypothèse qui me séduit assez, un parallèle entre la fibromyalgie
et la colopathie.

78 A savoir, des auteurs qui pensaient que le colopathe était un patient qui avait un abaissement
du seuil douloureux {B. approuve avec la tête}. Ce que tu disais. Et c'est une hypothèse qui me
séduit assez

79 même si on n'a aucune preuve encore.

80 Quand à la coloscopie, je trouve qu'il faut avoir beaucoup de cran, quand on est généraliste,
et, je parle des adultes, et qu'on voit un patient qui se plaint de douleurs coliques récurrentes
pour ne pas, un jour ou l'autre, aller faire une coloscopie {C. et E. acquiescent de la tête}

81 parce que judiciaire,isation,
82 parce que crainte quand même de tomber quelques fois sur quelque chose
83 et les gastroentérologues ont la même pression que nous.

84 Et le colopathe finit un jour ou l'autre par avoir sa coloscopie

85 qui en général le calme. Quand on lui dit la coloscopie. La coloscopie ou le scanner abdominal le
soulage {F. semble dubitatif} =

86 C : =Pendant un an=
87 D : = Pendant un certain temps.

88 Mais au moins on a un argument et nous on est un peu plus serein

89 et on va taper sur toute la série des produits que l'on connaît tous par cœur, avec des succès
variables.

90 Mais la coloscopie, à un moment ou à un autre dans l'histoire du colopathe elle arrive

M : A. tu voulais parler ?

91 A : C'est vrai mais de l'adulte, pas de l'enfant. Chez l'enfant il faut quand même remarquer qu'il y a
souvent un terrain anxieux =

M : =Le sujet est consacré à l'adulte

92 A : Ah bon d'accord

93 D : Excusez-moi, juste une parenthèse chez l'enfant moi je ne parlerai pas de colopathie. Je lisais et
en I.E.M. j'en ai beaucoup, les maux de ventre chez l'enfant, 90% des cas: constipation {C.
acquiesce de la tête}: il y a des résidus stercoraux, il y a un colon qui lutte, il y a une cause. Mais c'est
hors sujet

94 A : Alors j'ai remarqué, je ne sais pas dans quelle proportion, que sur les coloscopies,
95 c'est vrai ils arrivent toujours à en avoir une,
96 il y a quand même pas mal de dolichocôlons {Approbatons dans le groupe} (.)

97 F : Parfois quelques diverticules, ils ne font pas parler mais finalement on les découvre à ces
occasions là

98 C : Je pense qu'il y a plus de femmes que d'hommes, en tout cas dans mes patients. Je pense que
ça touche plus les femmes que les hommes {D. et E. acquiescent de la tête}

99 D : Elles ont un transit plus lent {quelques approbatons dans le groupe, puis silence}

M : Vous partagez cette idée ? Pas formellement ? Non ?

- 100 A : Je ne sais pas, je ne peux pas dire ce que je ne sais pas. J'avoue que, je n'ai pas les pourcentages, je ne sais pas, il y a certainement des études
- 101 F : Vraisemblablement nous à la lumière de notre expérience mais est ce que ça c'est vrai *{Brouhaha dans le groupe}*
- 102 D : Il y a peut être un biais aussi, à mon avis, les femmes consultent plus facilement que les hommes
M : Alors il y aurait 2 explications. Il y a E. qui dirait que c'est plutôt parce que les femmes =
- 103 E : = Les femmes n'ont pas le même transit que les hommes *{silence}*
- 104 A : On est dans le subjectif. Moi je me prononce par rapport à des études faites, fiables *{silence}*
M : Les autres, est-ce que vous vous êtes exprimés pleinement sur cette question ?
- 105 F : Oui, les idées des uns et des autres se recoupent et sont complémentaires donc je n'ai pas grand-chose à ajouter
M : **En essayant de faire une synthèse. C'est peut être C. qui a donné une définition qui paraît convenir à tout le monde avec des nuances. C'est-à-dire donc alternance de diarrhée-constipation, avec des douleurs, avec un météorisme : Ca ce sont les symptômes. Avec un retentissement sur la vie quotidienne, avec un handicap et puis la fréquence avec la notion de récurrence** *{A. et D. acquiescent avec la tête}*. **Donc vous partager ça =**
- 106 F : = Avec une sensibilité à la palpation du cadre colique souvent. *{A. approuve}*
- 107 il y a un météorisme,
- 108 ils ont mal quand on les déprime
M : L'appellation du syndrome de l'intestin irritable vous ne l'utilisez pas ou vous l'utilisez ?
- 109 C : Moi je l'utilise
M : Toi tu l'utilises
- 110 E : Moi aussi
M : Deux l'utilisent. Les autres sont plutôt à parler de colopathie fonctionnelle, *{approbations de A. et B.}* c'est un terme qui pour vous est le même =
- 111 E : = Moi je préfère colon irritable à colopathie fonctionnelle
M : Colon irritable aussi ? *{Approbations de C.}*
- 112 E : Je trouve que le côté colopathie fonctionnelle a un côté péjoratif. Quelque part c'est fonctionnel donc il a dit que c'était dans ma tête =
- 113 C : Le patient il ne comprend pas forcément ce que ça veut dire *{brouhaha}*...=
- 114 B : = Non moi ce n'est pas du tout ça.
- 115 Fonctionnel c'est par rapport au côté organique, c'est tout. Il y a le fonctionnel et l'organique ;
- 116 Je ne mets pas de connotation =
- 117 F : = Moi je leur dit que le fonctionnement on ne le connaît pas bien =
- 118 A : = Il n'y a pas un patient qui m'a dit qu'il n'y a de connotation=
- 119 C : = Ah non moi ce n'est pas ça ...=
M : = Levez la main quand vous voulez intervenir
- 120 D : Moi je vois bien que quand ils me demandent une explication je leur parle plutôt de colites spasmodiques car je trouve le spasme, les gens comprennent et ça veut bien dire qu'ils ont un colon qui...
- 121 Mais bon on veut dire la même chose,
- 122 mais ...
M : **Alors, on verra dans la prochaine question comment vous faites. Vous avez déjà peut être les uns et les autres des stratégies différentes d'explications. Par contre sur le mécanisme donc certains avancent par leurs connaissances des mécanismes physiopathologiques qui ont été mis en évidence et d'autres ont fait une association avec un profil psychologique sans pour autant (.) faire un lien formel. C'est ce qui a été dit** *{B. lève la main}*. **B. ?**
- 123 B : J'insiste et je tiens, pour moi, c'est l'élément que je citais tout à l'heure,
- 124 c'est important : pas de retentissement, pas de perte de poids

M : **Oui tu as raison, donc il y a des signes négatifs à votre syndrome : Une conservation de l'état général sans signe de gravité.** *{Brouhaha dans le groupe}*. **Avec une notion pas forcément partagée : le réveil nocturne pour toi c'est à prendre en compte ?**

125 B : Oui

M : Les autres le partagent ou pas?

126 F : Pas nécessairement, moi j'ai des colopathes qui ont eu des explorations complètes et j'ai du mal à gérer les douleurs la nuit, *{Approbatons dans le groupe ; A. fronce le visage ne semblant pas d'accord}* (.) et donc ...

127 C : Je pense que l'on ne peut pas faire un diagnostic sur une première consultation d'un patient qui vient pour douleurs abdominales

M : Donc c'est un diagnostic qui se fait sur le temps *{Approbatons dans le groupe}*

128 C : Et c'est un diagnostic d'élimination par rapport aux autres diagnostics *{Approbatons dans le groupe}*

M : Il y a cette notion de récurrence chez vous tous est un des piliers *{Approbatons dans le groupe}*

129 E : Il faut chez l'adulte notamment d'un certain âge lui faire à un moment un examen complémentaire pour avoir la certitude,

130 pour se positionner je pense

131 B : On ne peut pas faire le diagnostic bien sur

132 mais généralement quand on les voit en consultation quand même alors soit ce sont des patients qu'on connaît déjà *{C. et D. acquiescent de la tête}*, soit ils ont changé de médecins et ils viennent nous voir, C'est rarement une première crise. J'ai rarement vu quelqu'un ... On interroge, on leur demande « Depuis quand ? Comment ? » Et puis on se rend compte qu'ils ont déjà eu une histoire,

133 déjà eu du Météospasmyl, du Spasfon,

134 un tas de trucs.

135 Globalement j'ai rarement

136 C : Moi j'ai quand même des jeunes patients qui =

137 B : = Qui commencent ?

138 C : Ah oui oui

139 B : Parce que c'est souvent =

140 C : Mais j'ai une patientèle jeune

141 B : Je ne dis pas non. Mais moi je vois plus ça comme ...

142 90% des consultations de ce type là en fait

143 on peut faire le diagnostic rapidement, enfin on peut évoquer le diagnostic rapidement

144 parce qu'on a quand même l'antériorité

M : Vous voulez dire que le facteur de chronicité n'est pas obligatoirement =

145 B : = Si, on l'a déjà, on l'a souvent parce que ça a commencé avant =

M : **Ca a commencé avant. Vous prenez l'histoire du patient. Soit vous la connaissez depuis le début soit vous l'avez pris en route. Il faut donc une antériorité dans cette histoire avec des crises répétées depuis =**

146 F : = Globalement ça revient au même *{Approbatons dans le groupe}*

M : D'accord, est-ce que vous évaluez ça en nombre d'années ou en nombre de mois ou en nombre de semaines cette chronicité ? *{Silence}*

147 F : En nombre d'années *{Approbatons mais aussi exclamations dans le groupe}* *{silence}*

148 C : Moi je dirai moins, en nombre de mois] *{Approbatons dans le groupe}*

149 D : [Je dirai moins

150 F : La chronicité pour l'évoquer ?

M : Oui

151 F : Au bout de quelques mois oui.

152 Tu les as vus, revus,

153 tu as éventuellement au bout d'un certain temps passé la main, on te l'a renvoyé,

154 ça t'a conforté dans ton diagnostic,

155 t'as éventuellement eu une colo, ça dépend des âges des patients.

156 Et puis là c'est un diagnostic que tu évoques, que tu as dans ton tiroir que tu vas sortir et puis
qui va se peaufiner au cours des différentes consultations que tu vas avoir avec ton patient.

157 Au bout de quelques mois oui au bout de 3-4 mois surtout si on a des crises antérieures

158 on a presque un diagnostic de certitude

159 quand on a éliminé une cause organique

M : **On passe à la deuxième question. Elle a déjà été abordée, on est en plein dedans. Maintenant c'est de savoir comment prenez-vous en charge ces patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable ou de cette colopathie selon les termes que vous avez chacun adoptés ?**

160 B : Question : pour la prise en charge, est-ce que l'on considère que l'on est vraiment dans un
diagnostic d'intestin irritable c'est-à-dire que tout le reste a été éliminé ?

M : **Alors pour résumer, puisque vous en avez déjà parlé, si c'est consensuel chez vous il a été dit que, à un moment où à un autre, vous passiez quand même la main à un gastroentérologue de façon à ce qu'il y ait un bilan, je dirais, relativement raisonnable de fait : écho peut être, coloscopie également que vous avez soumis, ou une prise de sang =**

161 E : = Il n'y a pas obligatoirement des coloscopies mais il y a aussi beaucoup de rectosigmoidoscopies
qui sont pratiquées

M : Alors question : est ce que pour vous c'est indispensable pour pouvoir poser le diagnostic ou
est-ce que parfois vous êtes à même de vous en dispenser ?

162 D : {lève la main pour intervenir} Je pense que pour diagnostiquer ce n'est pas indispensable
163 mais dans la vie de tous les jours...

164 Moi ce qui m'intéresse dans ce sujet ce n'est pas le diagnostic car
165 car on arrive à le sentir,
166 on a un ensemble d'arguments qu'on a développé tous.

167 Ce qui est intéressant dans cette pathologie là c'est la gestion du colopathe au long cours {E.
approuve de la tête}.

168 C'est-à-dire la situation d'échec, puisque ce sont souvent des gens qui nous mettent en situation
d'échec {A. *approuve de la tête*},
169 qui reviennent de nombreuses fois
170 et c'est pour ça qu'on finit par aller vers ces examens là
171 C'est l'épuisement de la relation médecin-patient
172 parce que c'est récurrent,
173 parce qu'ils nous mettent en situation d'échec,
174 parce qu'on sait quand on les voit dans la salle d'attente, ON SAIT ce qu'on va entendre {C.
approuve de la tête} et on entend ce qu'on pensait, et ce sont les mêmes plaintes.

175 Alors au départ on a des réponses.
176 On a des réponses médicamenteuses :
177 tu en as cités quelques uns,
178 il y en a un panel ;
179 réponse diététique : ...
180 «Vous allez faire ça, ça va marcher ».

181 Ça marche un temps, puis ça s'épuise et puis on passe à un autre puis un autre. Tout ça on le gère,
ça s'étale sur le temps.

182 Ce qui est intéressant c'est quand on arrive à épuisement du panel, qu'
183 on a joué un peu sur tous les produits, on a bidouillé un peu :
184 du pansement,
185 à la Mébévérine, au Débridat, au Duspatalin, Météospasmyl,
186 celui qu'on veut {A. *sourit*}.

187 Et puis, ça revient, ça revient et là,
188 enfin moi c'est comme ça que je le vit,
189 on peut être mis en doute parce que quelques fois le patient dit « mais depuis le temps que ça
dure j'ai peut être quelque chose de grave docteur, ça fait longtemps que vous ne m'avez pas
fait d'exams » {E. *sourit*}.

190 On se dit attention.

191 « J'ai un oncle qui a eu ça et puis finalement on est tombé sur un cancer ».

192 Donc gastro :

193 ça dure 1 ou 2 consultations, le gastro résiste une fois, {E. sourit} A la seconde il fait quand même une rectosigmoidoscopie ou il préconise un scanner. A la troisième il dit « bon d'accord : coloscopie »

194 et puis on repart pour 2-3 ans de paix, puis ça recommence.

195 Chez le colopathe ce qui est intéressant c'est les 30 ans {A. sourit}, c'est la gestion au long cours. Ce n'est pas la gestion ponctuelle de la consultation

196 E : Tu disais tout à l'heure que la coloscopie et les examens complémentaires allaient soulager le patient pendant 1 an.

197 Je voudrais dire qu'ils soulagent le médecin aussi {Approbatons de C. et D.}

198 et la relation médecin-patient.

199 Tu disais que dans ta salle d'attente tu savais déjà que pour ce patient là tu n'allais rien pouvoir

200 mais tu sais déjà que tu as ta coloscopie qui est normale, mais ça te détend vis-à-vis de lui.

201 Je ne sais pas qui est le plus soulagé des 2 : est-ce que c'est le médecin qui reçoit son patient ?

202 Tu vas pouvoir gérer la situation plus facilement que c'est le patient qui va être soulagé.

203 La coloscopie rassure les 2 quand même

M : Donc vous êtes en train de dire que parmi les moyens qui vous permettent de prendre en charge le patient, à un moment ou un autre la consultation du spécialiste fait partie de l'arsenal de prise en charge ? Est-ce que les quatre autres le pensent ?

204 C : Oui je suis d'accord

205 mais on a aussi notre propre prise en charge :

206 outre les médicaments je pense que c'est aussi l'explication au patient {D. et E. approuvent}.

207 Moi je leur dis,

208 je ne leur parle pas de colopathie fonctionnelle parce que je trouve qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit, certains comprennent mais pas tous, ils nous regardent bizarrement.

209 Moi j'utilise le mot syndrome de l'intestin irritable

210 et je leurs dis c'est votre intestin qui parle.

211 Quand on leur explique de façon imagée je leur dis soit votre intestin il fait des nœuds soit il gonfle et du coup je trouve qu'ils comprennent un petit peu mieux ce qu'on leur dit.

212 Après c'est une expérience personnelle

213 et ça peut ne durer que 1 mois ou 6 mois et puis ils reviennent.

214 On parlait tout à l'heure de problème anxieux, quand même je trouve que quand ils reviennent nous revoir et qu'on creuse un peu c'est souvent qu'il y a eu un traumatisme psychologique ou une anxiété particulière dans les semaines {D. ne semble pas d'accord} ou les jours précédents et ça déclenche une crise.

215 Même si ce ne sont pas des gens qui sont dépressifs.

216 Du coup en creusant un peu, en leur expliquant, en essayant de comprendre pourquoi ils ont déclenché la crise,

217 parfois en les envoyant chez un psychologue,

218 et bien on est tranquille pendant 6 mois.

219 J'ai eu le cas,

220 je trouve que ça permet d'aborder des choses qui sont parfois douloureuses pour les gens

221 et qui sont dans le ventre

222 comme les gens qui ont des migraines ou mal au dos

M : A. tu voulais parler ?

223 A : C'est sûr que la prise en charge psychologique dans le syndrome de l'intestin irritable elle est très importante.

224 Il vient chercher une écoute

225 et il vient pour qu'on le rassure.

226 Il faut voir ce qui lui a permis de décompenser dans sa vie personnelle ou professionnelle pour qu'il ait mal comme ça.

227 Donc il y a toute cette prise en charge qui peut être acceptée ou non par le patient.

228 C'est sur qu'on va déboucher sur la psy, pas que sur la thérapeutique antispasmodique, régime etc. {C. approuve de la tête}

229 Après ça dépend si le patient accepte ou pas et jusqu'où il veut aller et jusqu'où il veut se prendre en charge

M : Merci. B. ?

230 B : Moi je suis assez d'accord avec tout ce qui se dit. Parce que

231 je pense, ce n'est pas antinomique,

232 qu'il y a de l'angoisse,

233 qu'il y a peut être des explications physiopathologiques,

234 qu'il y a peut être des événements intercurrents.

235 Je pense que toute affection chronique au bout d'un moment c'est prise de tête et forcément il y a un retentissement psychologique {D. approuve}.

236 Maintenant, en aparté, l'exemple le plus intéressant c'est l'ulcère gastroduodéal : pendant des années on a dit aux gens « vous n'en mourrez pas, vous le trainerez pendant des années, c'est parce que vous êtes un stressé », jusqu'au jour où l'on a découvert l'Hélicobacter dans l'estomac qui pouvait éventuellement expliquer ça {C. et D. approuvent}. Donc il faut être prudent je pense.

237 Je suis d'accord avec toi C.

238 il y a la prise en charge, après l'explication comment on la fait ?

239 Est-ce qu'on parle de « boyaux » qui se tordent, de spasmes ?

240 tu compares le fonctionnel à l'organique.

241 Et puis après nous dans notre tête il y a ce qu'on ne va pas forcément dire aux patients

242 mais il faut qu'on soit conscient, qu'on a une connaissance qui peut parfois être modulable. Dans quelques temps ça peut être différent donc il ne faut pas trop pousser le bouchon ni dans un sens ni dans l'autre

M : F. ?

243 F: Oui. La notion d'incertitude par rapport aux connaissances, aux explications qu'ils ont souvent. C'est vrai qu'ils demandent souvent « mais docteur pourquoi j'ai mal comme ça, comment ça fonctionne ? »

244 il y en a qui sont dans le côté très organique et ça

245 il faut trouver les moyens de les rassurer ;...

246 les reformulations

247 donc on a chacun nos méthodes.

248 Le travail sur comment gérer la douleur de façon chronique,

249 et puis faire appelle sur ce que disait A. par rapport à tous l'environnement psychologique,

250 il faut réussir à le proposer, il faut l'emmener, c'est difficile dans la négociation :

251 « mais docteur non je ne suis pas fou, j'ai mal là moi » {A., B., E. approuvent de la tête}.

252 Il y a des réticences à travailler.

253 Parfois dans l'histoire personnelle il y a des déclics et là on va pouvoir travailler sur les déclics et la éventuellement amorcer un travail,

254 essayer de contenir leurs pathologies qui sont imbriquées aussi psychologiquement.

255 Moi j'ai essayé au point de vue thérapeutique médicamenteuse, il y a des patients que j'ai soulagés avec 3 gouttes de Laroxyl (.) {Silence}

256 je ne sais pas par quel moyen. {Brouhaha, agitation}

257 D. : Il faudrait comparer au placebo

258 F : Oui. Quelle est la vertu magique que je lui ai consacrée? Comment je lui ai présenté ?

259 Je suis tout à fait d'accord.

260 Mais (.) APRES AVOIR ESSAYE DE NOMBREUSES CHOSES

261 je ne sais pas ce qui a déclenché

262 car oui c'est comme si je lui avais donné de l'eau sucrée en gros {E ; dubitatif}.

263 Et avec 3 gouttes de Laroxyl voilà.

264 Parce que c'est un antidépresseur sur la notice ?

265 Parce que ... Je ne sais pas. Il y a des trucs que je ... {discussions : brouhaha}

266 C : C'est un antalgique.

267 Je pense que même à trois gouttes ce n'est pas qu'un placebo le Laroxyl {A. *approuve de la tête*}

268 D : Je pensais à quelque chose qui est peut être idiot

269 mais peut être existe-il aussi des colopathies qui arrangent ? Je veux dire la douleur colique du lundi matin chez l'enfant, la douleur colique de l'employée qui n'a pas envie d'aller travailler parce qu'elle ne s'entend pas avec son employeur. C'est quelque chose qu'on voit aussi quelques fois, le symptôme qui arrange {A. *sourit*; C. *approuve avec la tête*}. (.) {Brouhaha} Il n'y en a probablement pas beaucoup mais ca existe.

270 E : {*ton énérvé*} Ca voudrait dire à ton avis qu'ils inventent ?

271 Quand ça arrange ça veut dire qu'ils l'ont réellement.

272 Parce que les gens qui viennent ...

273 D : Oui

274 mais ils en tirent bénéfice.

275 Alors il y a des colopathes qui vont souffrir authentiquement et qui n'en ont que des, tu as parlé de handicaps, hein ?

276 Et puis il y a des colopathes qui en tirent profit {*Silence*}

277 F : Ou est-ce que c'est la tension interne qui aussi engendre l'augmentation des symptômes ? {A. *rit*}

278 D : On peut en parler à l'infini

279 E : Moi personnellement je ne trouve pas gênant de partir de l'idée que : il y a un syndrome de l'intestin irritable,

280 on ne sait pas obligatoirement d'un point de vue physiopathologique ce qu'on les gens ;

281 On parlait des migraines tout à l'heure : on connaît mieux la physiopathologie de la migraine, maintenant personne ne prend les migraineux pour des cinglés qui font exprès d'avoir leur migraine pour ne pas aller bosser, je crois que ça ne viendrait plus à l'idée de personne maintenant et qu'il faut les traiter correctement. Donc là c'est pareil ;

282 et donc d'un autre côté on va avoir toute une série de patients anxieux, et qui ont pleins de raisons d'être anxieux,

283 on peut leur expliquer maintenant que quand ils sont anxieux, le trouble qu'ils ont, dont on ne connaît pas forcément la physiopathologie, va s'exprimer plus que quand ils vont bien, c'est tout. Ca me semble être une approche...

284 On peut dissocier les 2 mais il y a une interaction à un moment et comme dans toute pathologie chronique...

285 A : Comme n'importe quelle pathologie chronique qui décompense au décours ...

286 E : Oui. On n'est peut être pas obligé de tous se prendre la tête par rapport au colon irritable.

287 On a des patients qui ont mal et bien quand ils sont anxieux et bien ils ont encore plus mal. Voilà. {A. *approuve*}

288 Mais pourquoi cette entité serait si bizarre par rapport aux autres maladies ?

M : Est-ce que vous différenciez deux niveaux de prise en charge : il y a la prise en charge de la symptomatologie dont on vient de parler en première question et la prise en charge du patient qui a cette pathologie avec des niveaux d'interprétation différentes qui peuvent aller jusqu'à ce que disait D. c'est-à-dire c'est une expression de euh ... =

289 D. : = Je provoquais exprès

M. : Oui tout à fait, mais (.) {A *approuve*} A. ?

290 A : Moi je pars du fait au départ : qu'est ce qu'il vient chercher le patient ? Et je vais répondre à sa demande. En gros c'est ça {*rit*}.

291 Ah ils ne viennent pas tous chercher la même chose {*rit*}.

M. D'accord, alors là également A. comme D., au travers cette plainte qu'est ce que mon patient vient chercher donc tu as un niveau de traitement ? Tu as des niveaux ? Tu restes sur le niveau de traiter le symptôme ou tu vas d'emblée essayer de ... =

292 A : = Mais ça dépend de ce qu'il vient chercher

M. : Ca dépend de ce qu'il vient chercher donc tu parles ... =

293 A. : =Il y a des patients qui viennent pour un colon irritable ils veulent qu'on les écoute. Ils viennent, on les écoute une demi heure, ils sortent, ils disent « Ah dites donc heureusement que vous êtes là je suis drôlement bien ! » {D. approuve de la tête},

294 voilà c'est tout et on n'a pas prescrit

295 D : On en a quelques unes quand même qui disent : « dès que je suis dans la salle d'attente je me sens mieux » {approbations}

296 A : Et bien voilà

297 E. : Regarde les fibromyalgiques, tu te dis mais qu'est-ce qu'elles viennent faire là ? Elle vient encore me raconter ses douleurs, elles sortent, tu ne leur à rien donner de plus que ce que donne le médecin algologue et elles sont contentes et elles REVIENNENT ENCORE, c'est étonnant

298 D. : Je fais un petit aparté parce que c'est intéressant. Je me suis beaucoup intéressé à cette affection.

299 Il y a quelque chose de formidable chez ces gens là. Ce sont des gens qui ont un parcours incroyable {approbations de E.} ; Qui ont déjà vu 15 confrères. Quand tu leur dis « écoutez madame je crois que vous êtes fibromyalgique ». Elles te regardent et te disent « Mais vous êtes le premier à me reconnaître comme étant malade ». Et tu as gagné la partie

M : D'accord donc la reconnaissance du patient dans sa souffrance c'est quelque chose qui fait partie de =

300 D : =On les écoute, et

301 on reconnaît qu'ils ont mal. Et déjà ça c'est 90% du boulot

M : D'accord {approbations}. Alors (.) {C. lève la main} oui C ?

302 C : Il m'est arrivé de leur dire que les symptômes de l'intestin irritable ce n'est pas quelque chose qu'ils inventent, et que c'est connu, que ça a été décrit, et ça je leur dit parfois.

303 Authentifier leur maladie {approbations de A. de la tête}

M : **D'accord, donc vous choisissez, en s'adaptant à chaque patient, un discours approprié en tenant compte de sa personnalité, de son parcours**

304 B : On essaye

M : **Vous essayez, enfin c'est une préoccupation que vous avez les uns et les autres** {approbations}

305 E : je crois que moins tu es stressé en le voyant parce que tu as l'impression que tu ne vas rien lui apporter, lui le patient, finalement il est content, il vient t'en parler, il t'en reparle. C'est tout. Qu'il s'en aille en disant je ne lui ai rien donné de plus... Parfois il est content de venir t'en parler

M : Quelle est la place des médicaments, vous en avez parlés, vous en avez cités. Est-ce que vous leur donnez une place prépondérante, accessoire, systématique ou quasiment jamais ? {Silence} C. ?

306 C : Moi je dirai systématique au départ {approbations de E. de la tête}

307 et puis au bout d'un moment on lâche prise parce qu'on voit que c'est inutile et qu'on a épuisé tout le stock.

308 Après on part sur autre chose {approbations de D. et E.}

M : Quoi par exemple ?

309 C : Et bien on essaye de creuser sur la psychologie

M : **D'accord. Soit vous-même, soit au travers un psychothérapeute =**

310 C : = On l'envoie, voilà

M : A un confrère extérieur. D'accord

311 B : Moi j'utilise des antispasmodiques

312 assez rapidement

313 parce que même si ça ne marche pas très très bien,

314 pour moi ça permet de faire un peu un test quand je le vois pour la première fois. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, pour voir si ça va améliorer les symptômes ou pas.

315 Quelques fois ça les améliore.

316 Ca peut aussi les améliorer pour un temps très court

317 mais en attendant s'ils sont soulagés avec une molécule, et bien (.)

318 Ils viennent pour répondre à une demande hein, ils viennent parce qu'ils ont mal donc
{approbations de D.}
M : Au sortir de cette première consultation est-ce que vous avez tous une prescription
médicamenteuse ou pas nécessairement ?

319 E : Moi sur la première prescription
320 j'utilise un antispasmodique

321 A : Sur la première ? Oui,
322 on va utiliser entre autre un antispasmodique *{Approbations de B.}*

323 F : Oui. Antispasmodique
324 ou antidouleur éventuellement

M : Qu'est ce que c'est comme antidouleur par exemple ?

325 F : Du Paracétamol
326 et éventuellement du Spasfon *{approbations de E.}*

M : Antispasmodique plus ou moins Paracétamol ? *{approbations de B.}*

327 A : Moi non =
328 D : = Sur du viscéral du Paracétamol ? Non =
329 B : = Moi ça m'arrive d'en faire l'association=
330 D : = SUR DU VISCERAL : NON.
331 ANTISPASMODIQUE : OUI.
332 A : Dicetel, Duspatalin, Débridat =
333 D : = VOILA : Météospasmyl, Débridat, Spasfon

M : Est-ce que le non remboursement de certains est pour vous un problème ou pas ? *{Silence}*

334 E : Je crois qu'ils sont remboursés
335 D : Ils sont remboursés tous encore. Encore

M : Quand vous prescrivez vous faites attention de savoir s'ils sont remboursés ou pas ?

336 D : Mais ils le sont tous encore
337 B : Moi je ne sais pas
338 F : Il en pas mal a qui ne sont plus remboursés
... *{Parlent tous en même temps ; Brouhaha}*

339 C+E : Il a le Carbosymag également
340 D : Dans les pansements il y en a encore beaucoup

341 A : Dans les pansements ils ne sont pas tous remboursés
342 F : Moi je m'intéresse au remboursement

M : Vous essayez quand même de prendre en compte cet aspect du remboursement ?

343 F : Un peu quand même

M : Vous êtes consensuels sur les antispasmodiques, est-ce que sur les pansements vous en prescrivez aussi associés ?

344 D : Ca dépend lesquels.
345 Il y a des pansements qui ont fait, semble-il, la preuve de leur efficacité :
346 le Bedelix, l'Actapulgite, et il m'en manque un,
347 selon que l'on veut mettre plutôt constipant ou, euh (.).
348 Mais de toute façon au fil du temps on se rend compte qu'on les essaye un peu tous.
349 Jusqu'au moment où on trouve le bon

350 B : C'est ce que j'allais dire.
351 Tout à l'heure on parlait de la première consultation ; c'est rarement, c'est peut être une première
consultation, mais ils ont souvent vu d'autres médecins *{approbations de E.}*, ils ont déjà pris des
médicaments

352 donc généralement on leur demande s'ils ont déjà eu un traitement, ce qui a le mieux marché.
353 Donc s'il y a effectivement, pourquoi pas, si il y a une molécule que j'utilise qui n'a pas été
utilisée je vais l'essayer si elle peut apporter un plus *{approbations de D.}*

354 Mais si tout a été fait je vais éventuellement leur proposer pour les soulager, de leur donner ce qui
marche le mieux.

355 Parce qu'il y a une antériorité souvent dans les prescriptions *{approbations de E.}*

M : au niveau des médicaments est-ce que =

356 C : Il y a aussi le Librax

357 D : Oui j'aime beaucoup.

358 Plus remboursé.

359 Mais c'est aussi un bon produit

360 C : En plus il le voit sur la notice c'est noté : entité liée aux troubles fonctionnels intestinaux

361 A : Du quoi ?

362 B : Du Librium.

363 Et ça marche assez bien

M : F. avait évoqué des posologies faibles d'Amitriptyline. Est ce que les psychotropes vous les utilisez un peu comme lui à des petites doses?

364 B : Dans cette indication là ?

M : Oui

365 B et E : Non

366 D : Théoriquement c'est pour le neurogène. La colopathie est-elle neurogène ? A priori elle est plus proprioceptive mais si tu dis que ça marche.

367 Mais là on est dans l'irrationnel

368 et dans le placebo.

369 F : Oui oui

370 D : Mais en tout cas il n'y a pas d'AMM

M : Et est-ce que vous utilisez spontanément des benzodiazépines, enfin des molécules d'origine psychotropes ?

371 D : Non non

372 B : Très peu

M : Vous restez sur antispasmodiques plus ou moins pansements ? Ou Paracétamol pour certains ?

373 E : Moi je dirai que si quelqu'un vient vraiment à répétition, tu peux penser qu'il a donc effectivement des troubles psychiques à côté s'il existe vraiment des douleurs.

374 Il te décrit, quand tu l'interroges, qu'effectivement il a eu pas mal de problèmes dans sa vie là tu peux peut être effectivement donner des médicaments comme le Laroxyl ou un antidépresseur

375 mais là on n'est plus dans le diagnostic du colon irritable.

376 Car le colon irritable n'est que le reflet de la multiplicité des troubles et des accès. Plus le reflet de ce qui va mal psychiquement

M : Donc il n'est pas typiquement pour soigner

377 E : Voilà, il n'est peut être pas capable d'exprimer sa souffrance psychique donc il revient sans cesse pour son problème intestinal mais qui est quelque chose de ...

378 F : Je n'en mets pas systématiquement en première intention du Laroxyl

379 E : Non

380 F : C'est quand on est dans la chronicité

381 B : Non mais ce n'est pas idiot

M : Alors vous avez évoqué, notamment D., les mesures diététiques. Est-ce que c'est quelque chose à laquelle vous êtes attachés ou pas ? A. ?

382 A : Pour moi c'est la première chose, la diététique d'abord. A oui à chaque fois ... {Approbatons de C.}

M : Alors qu'est-ce que tu proposes ?

383 A : Et bien pas un régime sans résidu, {rit} je ne vais peut être pas être à ce point là.

384 Mais bon j'ai des fiches avec tous les légumes, les crudités qui donnent des gaz, les boissons gazeuses, ne pas manger trop gras. J'ai une liste

M : Une liste que tu remets au patient ?

385 A : Alors je leur dis, ne pas manger des artichauts {E. ne paraît pas d'accord}, du céleri, du melon, des oranges, enfin bon j'ai tout un truc. Tout ce qui peut donner des gaz et qui peut contracter, voilà.

386 Je leur dis surtout ça au départ quand même.

387 S'il mange n'importe quoi, n'importe comment et bien ils ne vont pas guérir. Ce n'est pas l'antispasmodique qui va

388 B : Je suis assez d'accord

389 sauf que le problème c'est toujours pareil, ils arrivent souvent déjà avec leur petit carnet en disant « moi si je mange ça, ça me fait ça », ils ont déjà supprimé plein de trucs.

390 Alors il faut réaxer quelque fois parce qu'ils se trompent dans leur comportement

391 A : Je ne suis pas d'accord car

392 il y a beaucoup de confrères qui filent des trucs, mais qui n'expliquent jamais le régime. Qui n'expliquent pas l'alimentation. Tu as plein de patients qui viennent et non, ils ne savent pas. Bon, ils vont connaître deux-trois aliments

393 B : Tu n'as pas compris ce que je voulais dire. Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas le faire,

394 j'ai dit simplement que souvent ils avaient déjà eux même organisé et éliminé de l'alimentation tout ce qui les gênait

395 A : Et bien pas tous

396 B : Oui pas tous effectivement

397 D : Je te rejoins la diététique est très important

398 mais je ne fais plus comme toi. J'ai abandonné les fiches,

399 je passe du temps à leur demander : « quels aliments avez-vous déjà remarqué, quels sont les aliments qui vous gênent ? »

400 et je te rejoins B., ils ont déjà leur liste pour la plupart *{Approbations de E.}*

401 Donc je leur dis, bon ceux là c'est clair vous les évitez,

402 et ils disent « Ce n'est pas la peine, c'est fait depuis longtemps ». Et finalement ils t'énumèrent les aliments de ta fiche, ils ont déjà très bien repéré ce qui les gênait *{Approbations de A.}*

403 A : Mais la fiche elle vient en dernier.

404 Je discute, je leur parle.

405 Après comme je suis sur l'informatique je leur donne un support, toujours s'ils le veulent. Mais ils demandent toujours un support. Je leur dis « vous voulez que je vous donne des idées ? » C'est la fin, le support je ne leur donne pas au départ

406 C : Il y a aussi la vitesse à laquelle ils mangent qui peu intervenir *{Approbations de A. D. et F.}*

407 Les boissons aussi *{Approbations de A.}*, ont parlé des boissons non gazeuses mais il y a aussi certaines eaux qui sont plus riches en magnésium par exemple pour la constipation ça peut parfois les aider

408 parce que souvent ils sont constipés

409 F : Je n'ai pas grand-chose.

410 Pour l'enquête alimentaire j'essaie plutôt de savoir comment ils mangent. Je leur demande comment, ce qu'ils ont mangé la veille, qu'est ce qu'ils aiment, etc. Je pars aussi de l'interrogatoire un peu mais assez ouvert, pas trop figé, pas forcément sur un listing si tu veux.

411 Et après en fonction de ce qu'ils m'apportent, en fonction de leurs habitudes alimentaires, je leur dit « Là-dessus il faudrait peut être que vous arrêtez ceux-ci ou ceux-là pour telle raison »

412 A : Moi je ne partirai pas dans le vague. Si vraiment il revenait sans arrêt

413 je partirai, je ferai pareil que ce que je fais sur d'autres trucs, agenda de la migraine, du sommeil.

414 Je leur demanderai « pendant 15 jours je veux savoir ce que vous mangez, vous notez vos aliments » et puis on discute et là j'ai un canevas, parce que moi sans canevas.

415 Soit il veut se prendre en main, soit il ne veut pas

M : Donc vous partez quand même, les uns et les autres de leurs habitudes. Soit sur leurs expériences de prise d'aliments soit sur une enquête alimentaire ? *{Approbations de D.}*

416 F : Sur un carnet.

417 Ils sont assez compliants. C'est à noter

M : E. ne s'est pas exprimé ?

418 E : Non *{Soupire}*

M : La diététique ce n'est pas. Est-ce que tu privilégies d'autres abords que ça : Les médicaments certes

419 E : (.) Je rejoins un peu ce qu'ils disent.
420 La diététique j'ai du mal à gérer,
421 j'ai vraiment le sentiment que quand tu les interrogues sur la diététique, leur donner des conseils
me semble assez compliqué dans les restrictions de tous les jours.
422 C'est ça qui fait que je ne donne pas obligatoirement de conseils directs
423 parce que quand on voit déjà dans toutes les autres pathologies ce qu'on peut donner comme
conseils diététiques et ce qui est appliqué {A. et D. ne semblent pas d'accord}
M : Donc tu n'es pas sûre de l'efficacité
425 D : Il y a un mot qui me plaît dans ce que tu viens de dire,
426 ce sont des patients qui sont assez souvent compliants.
427 « hier j'ai fait une selle un peu dure, j'ai eu des gaz ce matin à 11H ».
428 Enfin bon. Ce sont des gens, il y a quand même un profil qu'on retrouve assez souvent
{Approbatons de C.},
429 et c'est vrai que la compliance chez ces gens là, elle est très marquée
430 A : Je recadre toujours vis-à-vis du patient.
431 Je lui propose quelque chose et je l'informe
432 qu'il le fasse ou pas je m'en fou.
433 Je l'informe.
434 Après si il sait que les boissons gazeuses, son artichaut, son machin, ça peut lui entraîner son
météorisme et ses douleurs et bien au moins il le sait, après si il veut en manger il en mange, je
m'en fou complètement je ne suis pas comptable.
435 Je suis comptable d'une information
436 après le reste c'est son problème
437 D : Il m'est arrivé aussi de ne pas répondre ni par médicament ni par diététique. Le colopathe qu'on
revoit pour la énième fois
438 et qui nous met justement en situation d'échec,
439 il m'est arrivé quand même assez souvent de poser le crayon, de m'avancer vers eux et de leur
dire : « Ecoutez on va laisser de côté votre ventre et vous allez me dire enfin ce qui ne va pas ».
{Approbatons de C.}.
440 Et là on a un déballage de vie. Et la colopathie en fait, était un petit peu le symptôme masquant
{Approbatons de E.}.
441 Et il arrive un moment où on est à une impasse
442 où il va falloir qu'on déballe le truc.
443 Et ça marche assez souvent ;
444 Et on découvre chez des patients qu'on connaît depuis 20 ans une histoire de vie qu'on ne
soupçonnait pas avec pour point de départ la colopathie. L'arbre qui cache la forêt quoi
M : E. Tu partages aussi ?
445 E : Voilà
M : Tu pratiques pareil. C. aussi tu es d'accord {Approbatons de A. et C.}
446 B : Bien sûr. C'est ce qu'on disait tout à l'heure.
447 On apprend dans sa globalité
448 en sachant bien qu'il y a des facteurs psychiques,
449 des facteurs peut-être organiques,
450 psychopathologiques
451 et de toute façon comme c'est chronique au bout d'un moment il va y avoir du psychologique
452 donc parler et permettre à la personne d'en parler
453 ça ne peut être que bénéfique.
454 Ca ne résoudra peut-être pas tout =
M : = Donc les uns et les autres vous facilitez l'expression du patient dans sa souffrance au delà de
ses symptômes ? (.) De façon courante, pas peut être dès la première fois mais dans le temps,
les uns et les autres vous le faites ? Vous le faites ? Ce n'est pas vous délégués à quelqu'un
d'autre vous le faites ? {A. et C. approuvent de la tête}

455 F : Oui, enfin, on repositionne, on reformule. On a essayé un certain nombre de choses. On peut reprendre : J'aime bien faire l'historique des médicaments. Je dis on a essayé ça, ça et ça, même ... *{inaudible}* ça n'a pas marché : qu'est-ce que vous attendez de moi ? Qu'est-ce que je peux faire pour vous ?

456 Comment vous gérez ça ? Comment ça vous enquiquine, à quel point ça vous enquiquine ?

457 Et comment on peut en sortir ?

M : **D'accord. Vous faites une exploration globale, du psychique, {D. approuve de la tête} Vous allez essayer d'enquêter sur le sens de la plainte, du symptôme. Assez rapidement dans votre prise en charge ?**

458 B : Je vois, peut être pas dans 100% des cas mais dans 95 % des cas c'est une question qui fait partie de l'interrogatoire, de la discussion de départ.

459 Comme quelqu'un qui vient en disant « je ne suis pas bien, je suis déprimé, etc. ».

460 On va essayer de remettre ça dans un contexte le colon irritable, « est-ce que vous avez des soucis, est-ce que vous êtes au chômage, est-ce que votre femme vous a quitté ou votre mari, est-ce qu'il y a des problèmes »,

461 Je veux dire, C'est dans l'interrogatoire ça *{A. et E. approuvent de la tête}*

M : **Merci B. Ca permet d'introduire la troisième question puisque j'allais vous demander maintenant quels problèmes vous posent cette pathologie, si ça en est une, du moins cette plainte du syndrome de l'intestin irritable ? B. semblait dire, ce que tu viens de dire : de toute façon c'est une démarche habituelle devant un patient qui a une plainte récurrente, ça ne se limite pas au syndrome de l'intestin irritable. Est-ce que tu voudrais dire par là que ce n'est pas problématique pour toi de par cette ouverture ?**

462 B : C'est-à-dire : pas problématique ?

M : Que le syndrome de l'intestin irritable n'est pas pour toi une problématique. C'est la troisième question c'est est-ce que ça vous pose des problèmes cette prise en charge? *{S'exclament des ah oui bien évidemment dans le groupe}*

463 B : AH OUI CA EN POSE UNE.

464 Pourquoi ? parce que les gens viennent avec une plainte, c'est ce que tu disais tout à l'heure *{regarde A. qui acquiesce de la tête}*

465 donc tu réponds, on essaye tous de répondre à une plainte, à une souffrance ;

466 On sait très bien de toute façon que c'est quelque chose qui va durer, qui va durer dans le temps.

467 On va être bon, on va être bon pour 1 ou 2 mois. Le médicament va marcher, un certain temps, pas marcher.

468 La discussion d'une demi-heure ou l'on aura crevé l'abcès

469 ça va marcher

470 et puis ça va être récurrent.

471 Donc le problème que ça pose à moi ces pathologies chroniques c'est la non possibilité de pouvoir les résoudre à long terme pour que le patient soit mieux.

472 D'une part, ça te renvoie toi même à ton propre échec,

473 à la limite ça on s'assoie dessus parce qu'on le fait tous les jours, on sait bien qu'on n'est pas Dieu le Père.

474 Mais le problème c'est de ne pas pouvoir. On aimerait bien que ces gens là soient guéris. D'une part pour eux

475 et comme ça ils nous ficheraient la paix *{rit}* par rapport à leur pathologie.

476 Le fait d'ouvrir sur le psychologique ne m'enlève pas ce sentiment de difficulté. C'est une porte c'est tout

M : D. ?

477 D : Je vais être très court.

478 J'ai l'impression que la colopathie ou le colon irritable c'est un petit peu l'arbre qui cache la forêt *{C. approuve de la tête}*. C'est un petit peu le signe d'appel vers autre chose. Il y a le problème colique, bon. Mais il y a tout ce qu'il y a derrière et quand on commence à s'engouffrer la dedans ça prend une autre dimension.

479 Au départ le traitement, l'ordonnance c'est facile,
480 ça arrange tout le monde
481 « Vous prenez ça, ça ira mieux.
482 Youpi.
483 J'en ai d'autres qui suivent. *{Rires dans le groupe}* Allez au revoir ».
484 Et puis au bout d'un certain temps on arrive au bout de nos ressources chimiques
485 et on est bien obligé d'aller vraiment dans le fond du problème
486 et c'est là qu'on se met en face et qu'on dit « bon allez, qu'est-ce qui se passe vraiment ? ».
487 Et là on rentre dans une autre histoire.
488 Enfin moi c'est comme ça que je vis cette maladie
M : Et est-ce que justement cette prise en charge à notre niveau est problématique ? *{rires discrets de A.}* Puisque la question c'est =
489 D= Problématique CE N'EST PAS LE MOT. Ce n'est pas le mot.
490 Elle est plus longue,
491 elle est plus difficile.
492 Moi souvent ces patients là je les vois le soir. Je leur dis « écoutez vous prenez le dernier
rendez-vous et on y passera le temps qu'il faudra ».
493 Rien que ça, le fait qu'ils savent qu'ils vont avoir du temps, ils vont mieux.
494 Et puis on navigue à vue après.
495 Parce qu'on ne sait pas l'histoire qui va être déballée.
496 Il y a des histoires qui vont se terminer chez le psychiatre parce qu'elles sont vraiment très lourdes,
il y a des histoires qu'on va arriver à gérer. Ca dépend de l'histoire de chacun
M : Donc tu es en train de mettre en avant que ce sont des patients qui peuvent demander du
temps. Puisque tu y passes le soir. Donc cet élément là fait parti des difficultés
497 D : Ah oui.
498 Mais je rejoins A. : leur principale demande c'est l'écoute
499 A : Eh oui. Chronophage c'est forcé. *{S'exclament des oui dans le groupe}* Ah c'est sur je ne
verrai pas 15 colopathes par jour. *{S'exclament des non dans le groupe}* Alors là *{rit}* sinon je
terminerai à je ne sais pas quelle heure.
500 Mais bon moi ça ne me pose pas un problème, pas plus qu'une pathologie psy à prendre en
charge *{Approbatons de E.}*.
501 C'est une pathologie comme une autre.
502 Ce sont des patients chronophages *{B. approuve}* qu'il faut pouvoir recalculer dans des temps de
consultation, dans une économie capitaliste, avec une journée qui ne fait que 24 heures, etc.
etc.
503 C'est toujours pareil
504 D : Tu as très bien résumé les choses *{rires de A.}*
505 C : La problématique,
506 on revient quand même au diagnostic, il faut être sûr de ne pas passer à côté d'autre chose
507 D : Oui mais ça on considère qu'on l'a fait
M : **Néanmoins vous avez dit à un moment ou à un autre vous allez peut être vous aider
d'un gastro ou de quelque chose parce que ça vous revient un peu en tête sans
obligatoirement d'altération de l'état général mais sur des échecs de médicaments. Et donc
malgré tout ça reste une problématique à un moment ou à un autre au bout de plusieurs
mois ou plusieurs années, C. c'est ce que tu veux dire ?**
508 C : Enfin là on part du principe, c'était la problématique, une fois qu'on a posé le diagnostic de
certitude. Mais ça peut être une problématique avant d'avoir ...
M : Oui donc ce n'est pas écartée complètement
509 F : Maintenant il y en a qui m'épuisent.
510 Je vais vous raconter une petite histoire : J'en ai suivi un pendant 20 ans et qui est allé voir un
autre confrère auprès de chez moi et qu'est ce que j'étais content d'emporter le dossier *{Rires de A.,
B. et C.}*
M : D'accord

511 F : Moi aussi ça me fait souffrir
M : Le problème ça peut être effectivement l'épuisement. {D. et E. approuvent de la tête}. A. et B. ?

512 B : Par rapport à ce que tu dis je suis d'accord.

513 On a positionné le diagnostic sur des signes de symptomatologie fonctionnelle
514 donc de temps en temps on a besoin d'étayer
515 parce que ils nous mettent la pression etc. {D. et F. approuvent de la tête}

516 Se pose le problème des colopathes qu'on suit depuis 15-20 ans donc épuisement. 517 Et puis {rit} au bout d'un moment on retrouve ce même stress, cette demande {Approbatons dans le groupe}
518 parce qu'ils ont à nouveau un beau-frère ou quelqu'un qui est mort qui avait les mêmes symptômes,
519 c'est plus ou moins cycliques, c'est 10-15ans.

520 Mais souvent, quelque fois on se dit « mais on ne referait pas faire une colo parce que »=
521 F : [Pourquoi pas, hum hum
522 E : Non mais je suis d'accord avec toi. C'est pas=
523 B := Une première approche organique éliminée ne veut pas dire qu'à vie on va poser un diagnostic

524 D : Bien sur. C'est d'autant plus vrai qu'il m'est arrivé de voir des patients traités pour colopathie jusqu'au jour où il y a un Hémocult positif et on tombe sur une sténose. 525 On a bien du mal à s'expliquer.

526 On est dans la même situation que chez le migraineux qui a des migraines depuis longtemps et un jour quand même on fait un scanner parce qu'il connaît quelqu'un qui a eu une tumeur et le gars finit par nous flanquer la trouille et dire « êtes-vous sûr que je n'ai pas une tumeur ? » et bien vas solidement dire « oui vous n'avez pas de tumeur, le scanner ce n'est pas la peine ». Et bien tu vas faire un scanner.

527 On arrive à un moment où l'on est coincé
528 E : Je crois qu'il ne faut pas non plus se voir coincé. A été lancé quand même le dépistage du cancer du colon à 50 ans c'est une réalité. Donc il ne faut pas que l'on se sente coincé.

529 Chez un colopathe suivi depuis 15 ans,
530 rendu à 50 ans
531 tu te dis « finalement il faut peut-être quand même que je vérifie
532 parce que il peut avoir quelque chose ».

533 Puisque les pouvoirs publics eux-mêmes, tout le monde fait le dépistage du cancer du colon spontanément.

534 Ça ne me semble pas choquant qu'à un moment on se dit : il a le droit d'avoir aussi un cancer {A. et D. approuvent de la tête}. Pour moi ça ne me semble pas être une problématique de se remettre en cause à un moment et puis de lui dire d'ailleurs « écoutez vous êtes un colopathe depuis longtemps mais moi finalement j'aimerais bien quand même qu'on vérifie qu'il n'y a pas de cancer du colon parce que vous avez le droit aussi d'avoir un cancer du colon

535 A : surtout s'il a déjà eu des coloscopies, je lui proposerai certainement le test Hémocult {Rires dans le groupe}.

536 E : [Je n'ai pas dit nécessairement une colo
537 A : On va lui proposer son Hémocult.

538 Je crois qu'il faut effectivement réévaluer la clinique, réévaluer un certain nombre de choses de temps en temps.

539 Ne pas se dire « Oh non c'est encore lui, il arrive là, Qu'est ce que je vais pouvoir lui filer cette fois-ci {rit} ? »

540 et puis ne pas refaire l'interrogatoire, ne pas refaire son examen clinique.
541 Il y a des petits signes d'alerte, ça peut être un peu différent.
542 Donc il faut.

543 On est toujours dans les mêmes schémas en temps que médecin généraliste
544 et c'est vrai que plus on prend de l'âge plus {rit} on peut être fatigué de refaire la même chose.
545 Mais il faut. Il faut
546 parce que c'est là qu'on passe à côté de quelque chose

- M : **Donc il peut il y a avoir des difficultés dans le temps à ne pas passer dans la routine**
- 547 E : Effectivement s'il a des saignements on ne va pas dire c'est sa colopathie. A un moment on se rebranche
- 548 et il faut essayer de ne pas le voir comme un colopathe mais comme un patient qui revient pour la première fois
- 549 F : Moi j'aime bien lui toucher le ventre, c'est systématique {C. approuve}
- 550 D : Ca dépend des patients. Il y en a qui détestent ça.
- 551 F : Oui oui mais enfin
- 552 D : Tu sens le patient qui lève son pull juste pour que tu glisses tes mains, tu n'as pas intérêt à le palper longtemps
- M : Ca fait partie de la prise en charge, on revient un peu sur la question 2. Mais aussi de l'examiner, de lui toucher le ventre. {Approbatons dans le groupe}. Est-ce que c'est seulement pour le rassurer ?
- 553 F : C'est aussi un moment d'échange « c'est tendu aujourd'hui » {D. acquiesce}
- M : Donc c'est une stratégie aussi de communication
- 554 B : Moi je dirai les deux sont hyper importants.
- 555 On peut discuter pendant une demi-heure mais le fait de refaire l'examen à chaque fois ça donne une dimension qui va les rassurer. {Approbatons dans le groupe ; F. baisse les mains en signe d'apaisement}.
- 556 Ca va bien un moment mais de toute façon ils vont revenir dans une angoisse
- 557 donc de reprendre la tension, de palper un peu le ventre, ça rassure le médecin aussi
- 558 parce que parfois il peut y avoir autre chose
- 559 et puis le patient qui a un contact physique
- 560 mais dans beaucoup de pathologies chroniques,
- 561 les lombalgiques c'est pareil. Si il s'assoit et que pendant une demi heure il raconte sa lombalgie et que tu ne vas pas le regarder palper ou ça fait mal
- M : **Ca fait partie de votre conduite naturelle. Que ce soit pour vérifiez quelque chose de nouveau comme aussi un moyen d'ouvrir, et de rassurer le patient d'un geste professionnel**
- 562 F : Ca fait partie du non verbal
- 563 D : C'est d'autant plus vrai et tu as raison, chez le lombalgique c'est très frappant.
- 564 Le fait de trouver le point douloureux « oui docteur c'est là, vous l'avez trouvé ». Ce qui ne résout rien mais après voilà voilà
- 565 B : « Vous êtes bon docteur ».
- 566 Tu sais que ton discours après il va être entendu parce que professionnellement tu as trouvé
- M : **Je synthétise sur cette troisième question. Donc les difficultés que ça vous posent, vous les avez plutôt mises du côté du praticien, du médecin, que du côté du patient. Le patient vous avez quand même soulevé que l'écoute était essentiel et que il y avait un facteur temps qui pouvait limiter cette prise en charge. Par contre vous avez majoritairement évoqué les difficultés que ça vous posent en temps que praticien, que ce soit la sensation d'échec : le patient qui revient et que l'on ne soulage pas donc ce sentiment d'échec {Approbatons de D. et E.}. On n'est plus dans le sentiment « je guéris » mais « je suis en échec ». Vous avez bien évidemment soulevé tous l'épuisement, la démotivation, la lassitude. Vous avez aussi soulevé la difficulté du diagnostic associé qui vient à un moment à un autre vous mettre en défaut parce qu'il y a des pathologies graves sous-jacentes et il y toujours cette trouille. Et puis aussi la difficulté de l'étiquette mise sur un patient qui justement aussi peut induire des conduites routinières qui peuvent amener parfois à des défauts d'autres diagnostics redressés**
- 567 D : J'insisterai aussi : le colon irritable est-il une entité en lui-même ou n'est-il que le symptôme d'une maladie existentielle ?
- M : **Tout à fait. Merci B. Je l'avais oublié. Dans vos difficultés ça peut être simplement des difficultés sur le concept initial, le mécanisme princeps de cette pathologie même si on a abordé au début des pistes, mais ça peut rester un problème**
- 568 E : Le motif de la consultation n'est-il vraiment que le mal au ventre ou autre chose ? (.)

M : **D'accord (.). On passe à la dernière question qui fait la suite. A travers justement ces difficultés que vous avez évoquez, est-ce que vous auriez des pistes d'amélioration ou des propositions à faire pour améliorer les problèmes que ça vous posent ?**

569 C : Je pense à une chose qui me vient.

570 Les fibromyalgiques ils ont une association de fibromyalgiques,

571 est-ce qu'il existe une association de colopathes ? Je ne pense pas mais je ne sais pas

572 D : J'imagine la vie de l'association. *{rit avec F.}* Un groupe de colopathe. Mon dieu !

573 C : *{Répond en riant un peu mais d'un ton gêné}* Parfois ça les libère un peu d'aller voir ailleurs plutôt que de revenir nous voir ils vont dans l'association.

574 Mais je ne pense pas

M : Donc c'est une proposition si ça n'existe pas qu'éventuellement ce soit constituée. Ça pourrait être aussi un moyen de soutien pour ces patients là

575 C : Et bien qu'ils en discutent entre eux et qu'ils voient qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation

M : Donc d'appartenir à un groupe ça peut être un soutien. Donc là c'est plus dans la difficulté que posent ces patients dans leur prise en charge. Par rapport à ce que je vous ai resynthétisé comme problématique que vous aviez évoquez, est-ce que vous verriez des pistes d'amélioration ?

576 D : Ce qui serait très bien, comme tu l'as dit, mais je rêve,

577 c'est que à mon avis ce sont des patients qui demandent beaucoup de temps

578 donc qu'il faudrait prendre dans leur globalité, ne pas que s'attacher à leur colon et voir un petit peu ce qui se passe derrière

579 mais c'est chronophage

580 et on fait du mieux qu'on peut

581 et on bricole en temps que généraliste

582 dans le créneau horaire que l'on a

583 mais c'est sur que l'on ne peut pas faire un travail de fond avec ces patients là

584 ce qui explique probablement qu'ils reviennent de façon répétitive *{C. et E. approuvent}*.

585 Peut être faudrait-il prendre ces patients là pendant 48 heures et puis faire un bilan de vie.

586 Mais bon, on est dans l'utopie

M : Je vais te provoquer car j'ai cru comprendre, tu nous l'as dis, que tu t'intéressais à leur histoire de vie *{D. approuve}*. En quoi tu ne réponds pas à leur demande ?

587 D : Et bien je ne réponds pas à leur demande immédiate

588 c'est-à-dire que quand on est arrivé au bout du bout,

589 qu'il va falloir faire sortir autre chose,

590 la consultation s'arrête vite parce que la salle d'attente est pleine

591 donc on leur dit « écoutez vous vous rendez bien compte qu'il va falloir qu'on parle,

592 reprenez un nouveau rendez-vous un soir tard

593 et on va commencer le travail »

594 et on botte en touche ce coup là

595 et après on part dans une aventure qui peut durer longtemps *{ A. soupire}*

596 jusqu'à ce que je vais continuer tant que j'ai l'impression de maîtriser. Quand on part dans des choses un petit peu trop compliquées je vais passer la main à un ami psychiatre

597 parce que lui a la compétence et le temps que je n'ai pas mais c'est surtout sa compétence que je n'ai pas et

598 effectivement il y a des moments où ils nous épuisent *{F. sourit}*

599 et on botte en touche et on dit : « cher ami, merci de recevoir » et aller *{siffle}*,

600 ça arrive, hein ? Ça arrive

601 A : Si le patient veut bien

602 D : Oui il faut l'amener

603 A : Parce que parfois il préfère la relation avec son médecin traitant

604 D : Et puis quelque fois il y a des claches *{F approuve}*

605 et on dit « écoutez basta, tenez, voilà le dossier et puis salut ». Ça peut arriver ça aussi.

606 Chacun a son seuil

M : Vous avez évoquez trois pistes : C. parlait d'association côté patient, maintenant pour parler des problèmes de souffrances des médecins par rapport à ça, vous avez évoquez d'une part un accompagnement éventuellement pour préparer ensuite un accompagnement plus spécialisé ou autrement ce que vous mettez en place les uns et les autres pour la plupart c'est ce qu'on appelle une relation d'aide {A. approuve} c'est-à-dire que le patient préfère que ce soit vous généralistes qui vous occupiez d'eux et vous mettiez en place quelque chose qui est la relation d'aide même si vous n'avez pas étiqueté en temps que telle, c'est-à-dire une relation qui est thérapeutique. C'est une piste que vous proposez et que vous faites apparemment

607 D : Et puis les orienter vers tout ce qui est yoga, relaxation, stretching,
608 vie collective {A. et C. approuvent}.

M : Qu'est-ce que c'est vie collective ?

609 D : De les brancher sur une association qui les sorte de leur pensée centrée sur leur nombril {rires
de A.}, et de les relancer {approbation de C.}.

610 Il y a toute la palette pour les remettre sur autre chose

611 F : De les remettre dans la vrai vie,

612 de marcher

613 D : Oui : de marcher, de faire du sport

M : Vous avez l'impression que ces patients sont désocialisés puisque vous dites que vous avez envie de les remettre dans la vraie vie?

614 D : Non le terme est trop fort

615 mais ils son très centrés sur leurs symptômes

616 A : Nombriéristes

617 F : Ils ont quand même un champ relationnel assez réduit

618 D : Oui je voulais dire, parce que j'ai fait au long de ces trente années une spécialisation douleur,
619 ce que les spécialistes de la douleur nous apprennent quand on est en situation d'échec c'est d'essayer de faire en sorte que le patient la domine, qu'il arrive à la tenir en laisse {E. et F. approuvent}. Ca n'empêche pas d'avoir mal mais il vit sa douleur autrement.

620 Et bien quand tu le rebranches

621 sur une vie associative,

622 sur du yoga, sur du vélo, sur de la marche,

623 et bien il va vivre sa douleur autrement. Ca n'est plus sa douleur qui va le mener

624 F : L'envahir

625 D : Mais c'est lui qui va la dompter. Et les choses vont mieux.

626 Quand on arrive à ça et bien on n'a pas rien fait, hein ?

627 D'où l'intérêt de toute cette palette d'activités multiples

M : B. ?

628 B : Non, je n'ai rien de plus à ajouter par rapport à ça

M. : Tu tends aussi à proposer ça ou =

629 B : = Oui je suis un peu dans cette démarche là.

630 Le problème c'est très souvent un problème de temps {D. et E. approuvent}.

631 On aurait envie d'aller un peu plus loin et puis ...

632 Pour-qui, pourquoi ce jour là on va le faire

633 et puis on sait où ça va nous emmener

634 mais on ne peut pas tous les emmener là, que eux nous emmènent là.

635 Et puis parfois on coupe à court parce qu'on est un peu crevé, un peu naze {A. et C. approuvent}

M : D'accord. (.) E. ?

636 E. : Le temps de consultation joue un rôle.

637 Il y aussi une chose que l'on ne fait pas beaucoup et que le psychiatre fait, il lui redonne un rendez-vous. Pour revoir les gens de façon systématique.

638 J'ai l'impression qu'ils aiment ça.

639 Alors que nous on ne le fait pas beaucoup de façon systématique

640 B : Alors moi je le fais depuis quelques =

641 E : = J'essaie de le faire pour quelques uns
642 et je m'aperçois qu'ils sont heureux
643 B : Alors ça fait 25 ans que je suis installé mais je ne dois le faire que depuis 4-5 ans,
644 c'est pareil on ne le fait pas tout le temps.
645 Quelque fois tu as envie d'aller plus loin
646 ou alors cette consultation qui commence par un bouton sur le bout du nez, un machin, un truc, et
puis au bout d'un quart d'heure on te sort le gros truc. {*Approbatons dans le groupe*} En fait c'était
des prétextes et on vient pour ça.
647 Donc moi c'est fini ça. Sur 25 ans j'ai mis le temps à agir.
648 Je lui dis « ok on va prendre un temps », sinon tu bâcles le truc, tu essayes d'écouter en 5 min, tu
regardes ta montre tout le temps, Tu sais que derrière.
649 Donc redonner un rendez-vous à un autre moment
650 pour être, toujours pareil, dans l'écoute.
651 Mais c'est surtout de trouver le temps
652 D : Et ça marche dans 100% des cas. Et les gens reviennent à tous les coups
653 B : Oui. Ils apprécient ça, parce qu'ils savent ...
M : Vous mettez en place une stratégie de prise en charge globale, vous différez =
654 B : = Tout ce qui est temps d'écoute, oui
655 E : Moi je ne suis pas obligatoirement persuadé que c'est le temps de la consultation qui compte
656 parce que je pense qu'au bout d'un certain nombre de minutes la vigilance des deux
baisse donc ce n'est pas très bon.
657 Mais c'est plus de redonner une consultation, la possibilité de revenir parler qui aide les gens {*D.*
approuve}
M : Donc il y a les deux stratégies. Il y a =
658 E : = J'aurai maintenant tendance à essayer ça plusieurs fois depuis quelques temps.
659 Bah, on le voit pour le tabac, tu le fais, parce que c'est toujours entre 2 consultations qu'ils
disent « docteur je veux arrêter de fumer ».
660 On demande à les revoir.
661 Pour les syndromes dépressifs c'est pareil. « Je vous donne maintenant un rendez-vous dans
trois semaines ».
662 Et bien les gens ils sont ravis. Ils viennent tout le temps
663 B : Je crois que c'est complémentaire.
664 Il y a des consultations soit le colopathe vient pour sa colopathie et dans ces cas là si tu prends
toutes les 15 ou 20 minutes tu auras largement le temps de faire ton truc,
665 mais souvent aussi c'est une consultation multiple et ils viennent et ils mettent ça à la fin et là tu
n'as pas le temps
666 donc soit tu réponds par un médicament, ça m'arrive de le faire, assez souvent même. « Qu'est-ce
qui vous fait du bien ? ».
667 Soit tu veux t'intéresser un peu plus
668 mais comme ça va te prendre du temps, et bien tu dis, « ça c'est une autre consultation, j'ai déjà
fait 2-3 choses là, on n'a pas le temps ».
669 Il faut savoir remettre
M : S'adapter en fonction du moment
670 A : Consultation dédiée
M : **Voilà. Consultation dédiée à ce problème que vous identifiez parce que la consultation
est déjà passée à autre chose. Donc sur rendez-vous pour la motivation, le patient sait
pourquoi il vient. Vous vous attendez pour ça. Donc il y a une stratégie pour contourner
le problème du temps, contourner le problème de la plainte multiple enfin du motif de
consultation multiple. {*C. approuve*} F. tu veux réagir ?**
671 D : C'est extrêmement important
672 F : La nécessité de revoir et de s'inscrire dans le temps nous aussi, dans notre prise en charge est
quelque chose d'important pour le patient et pour nous
673 E : Et d'ailleurs c'est ça la difficulté je trouve aussi quand tu as 25 ans de consultations.

674 Tu se rends compte à un moment tu vois beaucoup de monde mais tu ne soulages pas bien les gens

675 et tu as envie d'en voir moins,

676 de faire revenir les gens pour mieux les soigner, mieux les prendre en charge.

677 C'est d'ailleurs toute la difficulté aujourd'hui de contraction qu'on a : tu te rends bien compte que tu ne fais pas bien ton boulot, qu'il vaut mieux redonner et donc tu prends du temps pour pouvoir... donc tu en vois moins. Apprendre ça aussi

M : Vous faites aussi intervenir la notion d'expérience. Puisque vous êtes deux à avoir dit que « au bout de quelques années je me suis rendu compte que » de dédier des consultations en prenant des plages. 2, {approbations de C. et apparition d'un brouhaha} 3,4, 5 pour F.

678 D : La consultation du soir c'est magique. Il fait nuit dehors, il y a les lampes, c'est silencieux, et on a le temps

M : On va laisser la parole à la plus jeune qui a peut être des choses à dire

679 C : Et bien moi je commence aussi à les faire revenir pour des consultations dédiées.

680 Par contre je ne leurs dis pas le soir parce que je ne suis pas assez réceptive =

681 D := Non mais chacun ses horaires

682 C : Et je ne veux pas finir tard.

683 Par contre je leur dis « dites à la secrétaire que vous prendrez 2 rendez-vous » où je leur bloque une demi-heure

M : Donc vous avez tous des stratégies pour leur consacrer du temps à cette demande d'écoute {approbations de B.}. Vous identifiez tous que ce syndrome appelé différemment, s'inscrit dans quelque chose qui est plus vaste qui est une demande l'écoute et que vous avez bien différencié des niveaux de prise en charge. La prise en charge médicamenteuse, diététique d'un côté que vous ne privilégiez pas même si vous la faite. Et que peut-être dans le temps pour justement accompagner ces patients vous privilégiez plus cette prise en charge d'écoute, psychothérapeutique {approbations de C. et D.} on peut l'appeler comme ça même si vous n'avez pas l'appellation du psychiatre. Est-ce que c'est ça que les uns et les autres vous faites, c'est consensuel ?

684 B : Oui, et globalement je mettrais un petit bémol.

685 Ce n'est pas qu'on l'a privilégié plus

686 mais c'est qu'on sait qu'elle est importante

687 et qu'elle va demander plus de temps que le reste {approbations dans le groupe}

M : Et est-ce qu'elle vous paraît être plus efficace que si vous ne faites que du traitement symptomatique ? (.)

688 B : Je serais incapable de dire

689 D : Probablement quand même puisque les patients sont demandeurs {approbations dans le groupe}

690 A : Je me pose la question pour pleins de pathologies

691 E : Le problème c'est chronophage pour nous

692 et on a un tas de patients qui nous demandent pour un tas de pathologies cette prise en charge là

693 A : J'aimerais bien être salariée, vraiment, ça résoudrait tous les problèmes

694 E : Pas sûr, tu aurais un patron qui demanderait des résultats {rires}

695 B: Pour répondre à ta question,

696 moi cette prise en charge j'essaie de la faire,

697 je sais qu'elle me demande du temps

698 donc on va plus la faire dans le cadre d'une consultation dédiée si c'est possible

699 et si il le faut

700 tout en n'étant pas persuadé qu'elle va apporter quelque chose.

701 Dans l'expérience : si je ne la fais pas, je me sens coupable de ne pas avoir fait mon travail de médecin jusqu'au bout

702 mais je ne suis pas persuadé que ça va changer quelque chose

M : Vous n'avez pas le sentiment d'être efficace dans cette prise en charge contrairement à ce que dit B. ?

703 B : JE ME POSE LA QUESTION, JE NE SAIS PAS,
704 il faudrait qu'il y ait une évaluation,
705 quand je vois la chronicité avec laquelle ils reviennent après
706 F : Moi je me sens peu efficace globalement.
707 Au bout d'un certain temps je me pose un certain nombre de questions
708 D : Moi je crois qu'on est toujours efficace quand on écoute *{approbations de E.}*. Dans tous les sondages chaque année la presse sort ça depuis de nombreuses années. La presse interroge les citoyens pour leur demander qu'elles sont les qualités attendues chez leur médecin : 1 : disponibilité ; 2 : écoute.
709 Ce qui est surprenant c'est que la compétence vient en 5 ou 6ème.
710 Et ça fait des années que ça dure, ils veulent deux choses : disponibilité et écoute. Et même quand tu n'as pas eu de réponse médicamenteuse, si tu leur as donné de l'écoute, d'ailleurs tu remarqueras, je suis frappée de ça, de plus en plus les gens sont conscients que l'on travaille beaucoup, que l'on est disponible, et ils nous remercient beaucoup plus qu'il y a de nombreuses années. Et très souvent on entend merci pour le temps que vous m'avez accordé. Pas pour le traitement, *{approbations de F.}* merci pour le temps d'écoute.
711 Rien que ça, tu es utile je trouve.
712 Même si c'est fatiguant
713 B : Moi je ne dis pas non. Je dis seulement que ça mériterait des évaluations
714 C : On n'est pas forcément efficace sur la colopathie
715 mais on ouvre des portes *{approbations de D.}* sur d'autres pathologies.
716 Et on est efficace à un moment donné, même si c'est quelque chose de tout simple
717 on leur fait vider leur sac
718 D : On les fait avancer
719 C : Voilà, on les fait avancer. Exactement
M : Donc finalement la colopathie, si vous l'appellez comme ça, ce n'est pas un problème réel pour vous médical puisque ça s'inscrit dans autre chose que vous accompagnez et vous l'impression finalement que vous leur faites accepter dans la durée, leurs symptômes intestinaux ?
720 D : Ce n'est pas toujours si rose
721 F : Oui. C'est un raccourci
722 D : C'est compliqué. C'est une affection qui est compliquée
723 parce qu'on n'a pas de réponse.
724 Ce n'est pas l'angine : strepto-bing-amox-au revoir.
725 On sait qu'on s'engage dans une longue histoire
726 F : Je les accompagne sur leur chemin de la santé, sur leur propre itinéraire. Moi je me considère plus comme un accompagnant, ou un passeur.
727 Et puis à des moments donnés on est là et on soulève des choses importantes comme tu disais. Il y a des moments : Paf, il y a des choses qui vont se faire.
728 Et on va avoir dans notre cheminement 2 ou 3 ans, où on va être dans la routine et puis rien ne se passe. C'est ça qui est frustrant.
729 Même si tu lances des perches en consultation, si tu titilles, tu envoies des petits messages et bien si tes messages ne sont pas reçus et bien tu te les ramasses.
730 Il y a des fois où c'est intéressant quand ça bouge
731 et puis il y a une période de latence où tu vas t'endormir, etc.,
732 et tu t'épuises. Moi c'est là où je les ai petit à petit, mes épuisements
733 E : Moi je pense qu' à partir du moment où tu leur as fait percevoir, que quand ils consultaient pour leur poussée douloureuse, il y avait aussi un autre problème dans leur vie, tu peux donc les aider à chaque fois quand ils reviennent parce qu'ils ont eu un problème ponctuel.
734 Et globalement c'est quand même satisfaisant.
735 C'est ce qu'on disait tout à l'heure, n'oublions pas qu'au bout d'un certain nombre d'années il faut repenser toujours à se mettre dans un contexte, qu'ils ont vieilli et qu'ils peuvent avoir autre chose
736 A : S'ils se connaissent mieux, ils se prendront mieux en charge de toute façon

M : Donc aussi cette perceptive, dans deux solutions : De les autonomiser, de les amener vers la gestion et l'apprentissage de leur douleur, de leur maladie

737 E : De leur vie, quoi

M : De leur vie. Est-ce que, pour conclure, c'est un problème médical que vous pointez comme étant difficile ou pas plus qu'un autre par rapport à votre pratique ?

738 D : Moi je dirai tous les jours

739 E : Moi je dirai quotidien,

740 puisque là tu as pris un sujet le colon irritable mais on va en avoir plein, c'est la migraine, c'est le lombalgique

741 B : C'est le symbole des pathologies chroniques, c'est récurrent, c'est la migraine, c'est le lombalgique

742 A : [C'est la migraine, c'est le lombalgique

743 D : A une nuance près, c'est qu'on est devant une pathologie chronique non grave. Il y a la pathologie chronique grave c'est autre chose ... {Brouhaha dans le groupe}

744 E : Peut-être qu'à une époque on disait psychosomatique, je n'aime pas trop ce terme.

745 J'ai fait ma thèse sur ça donc j'en sais quelque chose sur les douleurs rhumatologiques et psychosomatiques.

746 C'est qu'en fait je crois qu'on se trompait quand on parlait de ça.

747 On avait une vision assez restrictive du patient. Le patient a des symptômes maintenant on a évolué, on se dit, il a autre chose,

748 il faut qu'on l'accompagne dans autre chose que sa douleur

749 pour l'aider à finalement gérer ses douleurs au quotidien comme tu disais tout à l'heure.

750 Se replacer dans sa vie

751 alors que moi quand je faisais ma thèse il y a 25 ans c'était : il a mal c'est dans sa tête c'est psychosomatique, c'est de la connerie.

752 On n'avait pas du tout la même démarche

753 et ça, ça a beaucoup évolué je trouve qu'il y a eu beaucoup de choses de faites.

754 Notamment quand tu vois les antidépresseurs qu'on utilise beaucoup aujourd'hui dans l'anxiété chronique, la psychiatrie a beaucoup évolué. Il y a 25 ans quand je faisais ma thèse sur le psychosomatique, l'anxiété chronique n'existait pas c'était ou des tirs-au-cul ou c'était des dépressifs.

755 Et là maintenant c'est pareil cet abord des patients, on ne les voit plus qu'à travers leur douleur, mais à travers leurs difficultés de vie de tous les jours

756 et c'est pour ça que les gens on plus de mal à consulter.

757 Parce que c'est plus épuisant pour nous

M : On va laisser à C. le mot de la fin pour respecter le timing

758 C : j'ai l'impression qu'on est assez ambivalent par rapport à cette pathologie

759 parce que on a tous dit que quand on voyait un patient dans la salle d'attente on était en train de dire qu'on n'avait pas envie qu'il soit là

760 qu'on se demandait bien ce qu'on allait lui dire

761 mais qu'en fait au fond de nous on a bien envie de le soulager et de l'aider.

762 Et que c'est aussi notre rôle de médecin

763 A : Je ne crois pas qu'on a tous dit qu'en voyant le patient dans la salle d'attente. Moi je l'ai dit mais on l'a pas tous dit {rit}

M : Je ne crois pas non plus

764 A : Dans ce cas là, j'irai à reculant au boulot

765 D : Que je me fasse bien comprendre parce que c'est moi qui l'ai dit, ça arrive de temps en temps, ce n'est pas tous les jours

ANNEXE 5 : MATERIEL NON UTILISE DANS L'ANALYSE

- 1 B: colon irritable =
- 8 A : = Oui, *{approuve de la tête}* et bien voilà
- 22 E : Moi je suis d'accord avec lui, entièrement ... *{s'embrouille dans ses paroles, incompréhensible}* Je rejoins ce que tu dis,
- 28 A : Oui, alors quand tu dis « chez qui les examens complémentaires n'ont rien décelé » moi je pense à la colopathie ou à la colite fonctionnelle de l'enfant et je n'ai pas fait forcément d'examen complémentaire quand je vais évoquer ce diagnostic. Le petit il n'aura pas eu de coloscopie.
- 30 C : Moi je dirai,
- 42 On appelle ça je crois la colique du trottineur.
- 55 A : Moi je partage assez ta définition *{regarde vers C.}* puisqu'elle a parlé de tous les symptômes,
- 59 moi je serai assez sur ce que tu as dit *{approbation dans le groupe}*
- 60 B : Moi je rajouterai 2 choses :
- 68 C'est Dr O. qui m'avait parlé de ça,
- 71 E : Dans ma définition ce que je voulais aussi dire tout à l'heure,
- 91 A : C'est vrai mais de l'adulte, pas de l'enfant. Chez l'enfant il faut quand même remarquer qu'il y a souvent un terrain anxieux =
- 92 A : Ah bon d'accord
- 93 D : Excusez-moi, juste une parenthèse chez l'enfant moi je ne parlerai pas de colopathie. Je lisais et en I.E.M. j'en ai beaucoup, les maux de ventre chez l'enfant, 90% des cas: constipation *{C. acquiesce de la tête}*: il y a des résidus stercoraux, il y a un colon qui lutte, il y a une cause. Mais c'est hors sujet
- 94 A : Alors j'ai remarqué, je ne sais pas dans quelle proportion, que sur les coloscopies,
- 105 F : Oui, les idées des uns et des autres se recourent et sont complémentaires donc je n'ai pas grand-chose à ajouter
- 114 B : = Non moi ce n'est pas du tout ça.
- 119 C : = Ah non moi ce n'est pas ça ...=
- 123 B : J'insiste et je tiens, pour moi, c'est l'élément que je citais tout à l'heure,
- 135 Globalement j'ai rarement
- 137 B : = Qui commencent ?
- 138 C : Ah oui oui
- 139 B : Parce que c'est souvent =
- 140 C : Mais j'ai une patientèle jeune
- 141 B : Je ne dis pas non. Mais moi je vois plus ça comme ...
- 146 F : = Globalement ça revient au même *{Approbatons dans le groupe}*
- 150 F : La chronicité pour l'évoquer ?
- 160 B : Question : pour la prise en charge, est-ce que l'on considère que l'on est vraiment dans un diagnostic d'intestin irritable c'est-à-dire que tout le reste a été éliminé ?
- 177 tu en as cités quelques uns,
- 180 «Vous allez faire ça, ça va marcher ».
- 191 enfin moi c'est comme ça que je le vit,
- 196 E : Tu disais tout à l'heure que la coloscopie et les examens complémentaires allaient soulager le patient pendant 1 an.
- 199 Tu disais que dans ta salle d'attente tu savais déjà que pour ce patient là tu n'allais rien pouvoir
- 219 J'ai eu le cas,
- 199 B : Moi je suis assez d'accord avec tout ce qui se dit. Parce que
- 207 Moi je leur dis,
- 237 Je suis d'accord avec toi C.
- 259 Je suis tout à fait d'accord.

263 Et avec 3 gouttes de Laroxyl voilà.

268 D : Je pensais à quelque chose qui est peut être idiot

272 Parce que les gens qui viennent ...

296 A : Et bien voilà

298 D. : Je fais un petit aparté parce que c'est intéressant. Je me suis beaucoup intéressé à cette affection.

350 B : C'est ce que j'allais dire.

361 A : Du quoi ?

364 B : Dans cette indication là ?

369 F : Oui oui

378 F : Je n'en mets pas systématiquement en première intention du Laroxyl

379 E : Non

391 A : Je ne suis pas d'accord car

393 B : Tu n'as pas compris ce que je voulais dire. Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas le faire,

418 E : Non *{Soupire}*

419 E : (.) Je rejoins un peu ce qu'ils disent.

425 D : Il y a un mot qui me plaît dans ce que tu viens de dire,

427 « hier j'ai fait une selle un peu dure, j'ai eu des gaz ce matin à 11H ».

430 A : Je recadre toujours vis-à-vis du patient.

445 E : Voilà

446 B : Bien sur. C'est ce qu'on disait tout à l'heure.

462 B : C'est-à-dire : pas problématique ?

464 Pourquoi ? parce que les gens viennent avec une plainte, c'est ce que tu disais tout à l'heure *{regarde A. qui acquiesce de la tête}*

477 D : Je vais être très court.

488 Enfin moi c'est comme ça que je vis cette maladie

504 D : Tu as très bien résumé les choses *{rires de A.}*

507 D : Oui mais ça on considère qu'on l'a fait

512 B : Par rapport à ce que tu dis je suis d'accord.

521 F : [Pourquoi pas, hum hum

522 E : Non mais je suis d'accord avec toi. C'est pas=

551 F : Oui oui mais enfin

567 D : J'insisterai aussi : le colon irritable est-il une entité en lui-même ou n'est-il que le symptôme d'une maladie existentielle ?

569 C : Je pense à une chose qui me vient.

572 D : J'imagine la vie de l'association. *{rit avec F.}* Un groupe de colopathe. Mon dieu !

600 ça arrive, hein ? Ça arrive

618 D : Oui je voulais dire, parce que j'ai fait au long de ces trente années une spécialisation douleur,

628 B : Non, je n'ai rien de plus à ajouter par rapport à ça

629 B : = Oui je suis un peu dans cette démarche là.

663 B : Je crois que c'est complémentaire.

673 E : Et d'ailleurs c'est ça la difficulté je trouve aussi quand tu as 25 ans de consultations.

684 B : Oui, et globalement je mettrais un petit bémol.

695 B: Pour répondre à ta question,

707 Au bout d'un certain temps je me pose un certain nombre de questions

745 J'ai fait ma thèse sur ça donc j'en sais quelque chose sur les douleurs rhumatologiques et psychosomatiques.

763 A : Je ne crois pas qu'on a tous dit qu'en voyant le patient dans la salle d'attente. Moi je l'ai dit mais on l'a pas tous dit *{rit}*

764 A : Dans ce cas là, j'irai à reculant au boulot

765 D : Que je me fasse bien comprendre parce que c'est moi qui l'ai dit, ça arrive de temps en temps, ce n'est pas tous les jours

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

LE SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE EST-IL UN PROBLEME POUR LES MEDECINS GENERALISTES ?

Etude auprès d'un groupe de médecins de Loire-Atlantique

par la méthode du focus group

RESUME :

-Objectif : Le syndrome de l'intestin irritable est un trouble fréquent, chronique, couteux et souvent invalidant. Nous avons étudié s'il pose aussi des difficultés aux médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par la méthode du focus group réunissant 6 médecins généralistes de Loire-Atlantique. Analyse thématique à partir du verbatim.

Résultats : Ce syndrome ne pose pas de problème majeur sur le plan du diagnostic et de la prise en charge. Un accompagnement relationnel personnalisé semble reconnu comme le plus aidant.

Discussion : Plus l'abord est centré sur le patient et non sur le syndrome, moins la prise en charge est difficile. Les praticiens reconnaissent des similitudes avec d'autres entités syndromiques (exemple : la fibromyalgie). Le patient est considéré comme le responsable de la gestion du trouble. Nos résultats ne divergent pas de la littérature.

MOTS-CLES :

Syndrome de l'intestin irritable
Médecins généralistes
Focus Group